



**Thème : ACCES DES JEUNES AUX SERVICES DE
SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE AU
TCHAD**

Réalisé par : AKOINA Ndigal Bang-djang

Novembre, 2015

SOMMAIRE

Résumé 4

INTRODUCTION..... 5

I - CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE..... 6

I.1- CADRE THEORIQUE..... 6

I.1.1-Définition des concepts de base 6

a)Jeune 6

b) Santé sexuelle 6

c)La santé de la reproduction..... 6

I.1.2- Synthèse de la littérature 6

1.1.2.1. Approches explicatives de la santé sexuelle des jeunes 6

1.1.2.2. Approche professionnelle positive..... 6

1.1.2.3.Approche biologique 7

1.1.2.4.Approche socioculturelle 7

1.1.2.5. Approche économique 8

a). Les jeunes dans l'éducation sexuelle formelle et informelle 8

b. Les jeunes ont à la fois besoin d'une éducation à la santé sexuelle informelle et formelle 9

c. L'éducation à la santé sexuelle dans les écoles comme réponse de la société aux échanges sociaux..... 9

d. L'éducation à la santé sexuelle comme une matière multidisciplinaire 10

e. La perception du condom comme un objet chargé de préjugés 11

f. Le préservatif : une menace permanente de rupture de relation 11

g. L'activité sexuelle : un moyen d'améliorer ses conditions économiques..... 12

1.1.2.6. Approche institutionnelle 13

1.1.2.7. L'approche émergente du genre..... 14

a. Définitions des quelques concepts clés 17

b.Les variables d'analyses 18

c) Hypothèses spécifiques et schéma d'analyse 18

1.1.3.3 Schéma d'analyse 18

II. Méthodologie 19

2.1. Source de données 19

2.2. La sélection de l'échantillon s'est faite à deux degrés :..... 19

2.3. Les limites de données..... 20

2.4. La technique d'analyse explicative 21

III IDENTIFICATION DES FACTEURS DIFFERENTIEL ASSOCIE A L'ACCES DES JEUNES AUX SERVICES DE SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE..... 21

Tableau 2.1 : Incidence des variables contextuelles et individuelles des jeunes sur accès aux services de santé sexuelle et reproductive 22

3.1 : Variabilité d'accès aux services de santé sexuelle selon différentes catégories des Jeunes 23

IV. Les facteurs d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive par les jeunes : un essai d'explication de l'évolution de chance au Tchad 2014. 26

4.1.1 Estimation des facteurs d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive par les jeunes 26

Tableau 3.1 Risques relatifs des jeunes associés à l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive.....	26
DISCUSSION	31
CONCLUSION GENERALE	33
Références	35

Résumé

La santé sexuelle et reproductive des jeunes est devenue un sujet de préoccupation de santé publique, avec l'extension des IST et du SIDA au cours de ces dernières années. Quels sont les déterminants d'accès aux services sexuelle et reproductive des jeunes ? Pourquoi certaines caractéristiques peuvent-elles être qualifiées comme obstacle aux jeunes ? Dans quelles mesures les politiques de santé publique pourront-elles résoudre les problèmes liés à la population à l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive de qualité? C'est pour apporter des éléments de réponse à ces questions que notre étude sur l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive auprès des jeunes au Tchad. Deux questionnaires ont été administré auprès de 6484 dont 3294 connaissent au moins un service de santé sexuelle. Les principaux résultats descriptifs sont les suivants : 57,2% en milieu urbain ont eu accès aux services de santé dont 42,8% n'ont pas eu un accès. Par contre 65% ont accès aux services de santé sexuelle et reproductive en milieu rural. 90% ont eu accès au Centre de la Littérature et d'Animation Culturelle, 70% à l'hôpital, 86% dans le centre de santé, environ 58% ont accès dans l'Association Tchadienne de Bien-être Familiale et 47,5% ont eu accès aux services de santé sexuelle et reproductive. 60,1% des jeunes filles accèdent plus dans les services de santé sexuelle que les garçons, 60% des jeunes ont eu accès aux services que les adolescents, 62,2% de niveau secondaire et plus ont eu un accès aux services que les autres. Ainsi, 65,2% des jeunes protestants accèdent plus aux services de santé que les autres Il faut noter également que, les 82% des jeunes qui vivent dans la région de Mandoul accèdent plus aux services de santé que les autres, 66% des professionnelle de sexe ont plus d'accès aux services de santé. Les résultats de l'analyse multi variée montrent que les chances d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive sont plus réduites chez les jeunes de la région de Logone oriental et Logone occidental quelque soit leur milieu de résidence, leur situation matrimoniale, leur âge, leur sexe, ainsi que leur occupation, tandis que le niveau d'instruction élevé des jeunes, ceux qui fréquente la religion protestante ont plus de chance d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive. La fréquentation des structures, le niveau d'instruction, la religion ainsi que la région où vivent les jeunes sont les principaux déterminants d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive.

INTRODUCTION

La santé sexuelle des jeunes est un problème de santé publique dans le monde. La République du Tchad, à l'instar de nombreux pays, est confrontée à ce problème. L'enquête par grappe à indicateurs multiple (MICS 2010) réalisé au Tchad montre que la proportion de femmes de 15-19 ans ayant déjà eu une naissance vivante est de 36,7%. Aussi, cette enquête nous relève que 25,2% de la tranche d'âges de femmes 15 à 24 ans connaissent un endroit pour se faire tester, et 3,9 % ont été testées et ont eu le résultat.

Les autorités Tchadiennes reconnaissent que des mesures spécifiques peuvent aider les jeunes à éviter une grossesse non désirée et précoce, à prévenir la diffusion des infections sexuellement transmissibles comme le VIH/SIDA. Cette préoccupation pour la santé sexuelle des jeunes au Tchad est sous-tendue par les facteurs suivants : la croissance démographique qui a pour corollaire l'augmentation de la proportion de la population de moins de 25 ans, le processus d'urbanisation et de modernisation qui a gravement perturbé l'environnement traditionnel des jeunes et leur lien avec le reste de la société, l'immaturité physique qui expose les jeunes à des risques si la sexualité ou la reproduction commence trop tôt. Ces éléments ont montré que les jeunes représentent un groupe ayant des particularités psychologiques, sociologiques et physiologiques qui méritent une attention soutenue. Il faut noter que dans les secteurs de l'éducation, santé et emploi, l'accroissement de la population en général et celle des enfants, d'adolescents et jeunes, implique des besoins supplémentaires à satisfaire notamment en termes de demande d'éducation, de maintien dans le système scolaire, de fréquentation des structures de santé de reproduction, de demande d'emplois décents.

Notre étude ambitionne à identifier les insuffisances des infrastructures sanitaires et connaître les forces et faiblesses actuelles des acteurs publics, en faveur d'accès des jeunes aux services de santé sexuelle et reproduction. Il s'articule autour de points tels que présentation de contexte de l'étude, la méthodologie utilisée et des principaux résultats attendus.

I - CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE

I.1- CADRE THEORIQUE

I.1.1-Définition des concepts de base

Pour une bonne compréhension des analyses présentées, les concepts jeunes et la santé sexuelle et reproductive méritent d'être définis au début de cette étude.

a) Jeune : le terme jeune «selon Organisation Mondiale de la Santé » (OMS) est utilisé pour désigner une tranche d'âge de la population à savoir celle comprise entre 10 à 24 ans.

Pour la statistique, la **jeunesse** est une classe d'âge. Elle réunit une population mineure, généralement de moins de 18 ans, et majeure. Généralement, y sont inclus les personnes allant de quinze à vingt-quatre ans, notamment les étudiants et les jeunes en difficulté d'insertion.

b) Santé sexuelle : selon l'OMS, la santé sexuelle "est l'intégration des aspects somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux de l'être sexué, d'une manière qui sont positivement épanouissantes et qui valorisent la personnalité, la communication et l'amour."

Elle comprend des éléments qui reconnaissent les droits de santé sexuelle et reproductive, la santé sexuelle et mentale et émotionnelle, en plus de la santé sexuelle physique.

c) La santé de la reproduction : Elle implique que les gens soient capables d'avoir une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité et qu'ils ont la capacité de se reproduire et la liberté de décider si, quand et combien de fois de le faire. Elle comprend également la santé sexuelle, dont le but est l'amélioration de la vie et des relations personnelles, et non pas seulement à dispenser conseils et soins liés à la reproduction et aux maladies sexuellement transmissibles "

1.1.2- Synthèse de la littérature

1.1.2.1. Approches explicatives de la santé sexuelle des jeunes

De la littérature traitant de la question, il se dégage plusieurs approches dans l'explication de santé sexuelle des jeunes. Nous en retiendrons six principaux dans la suite de notre travail : l'approche professionnelle positive, l'approche biologique, l'approche socioculturelle, l'approche socio-économique, l'approche institutionnelle et l'approche de genre.

1.1.2.2. Approche professionnelle positive

Selon cette approche, une grande part de l'apprentissage en matière de sexualité se déroule de manière informelle. Pourtant, les professionnels ont un très grand rôle à jouer. L'éducation sexuelle actuelle ne «forme» guère à la sexualité et le rôle des éducateurs tend à se focaliser sur des problèmes et leur prévention, comme les grossesses non prévues ou les maladies sexuellement transmissibles. Cette approche essentiellement négative et axée sur des problèmes est facilement critiquable. Une éducation sexuelle qui met l'accent sur les problèmes et les risques n'est pas en phase avec la curiosité, les intérêts, les besoins et l'expérience des jeunes et des adolescents, et n'aura donc pas les effets visés sur leur comportement. Ce constat conduit à la demande d'une approche plus positive, qui soit non seulement plus efficace, mais aussi plus réaliste. Autrement dit, le développement de l'éducation sexuelle a été à ce jour l'histoire d'une

lutte pour concilier les exigences d'une éducation professionnelle et axée sur la prévention avec les exigences d'une éducation pertinente, efficace, acceptable et attrayante pour les jeunes.

1.1.2.3 .Approche biologique

L'approche biologique postule que l'activité sexuelle des jeunes résulte d'un mécanisme purement biologique et donc naturel. Pour Freud (1905) cité par Rwenge (1995), les types de comportements sexuels sont le résultat d'un vif désir sexuel. Selon cet auteur, l'activité sexuelle serait le résultat d'une pulsion biologique que l'individu chercherait à satisfaire à n'importe quel prix, directement ou indirectement. Les contraintes extérieures imposées par la société seraient le cadre approprié défini par celle-ci pour réglementer toute activité sexuelle. Il ne serait pas superflu de conclure à l'universalité de l'expérience sexuelle, les variations n'étant dues qu'aux normes sociales qui régissent l'activité sexuelle. Emboîtant le pas à Freud, Bancroft et Skakkebaek en 1978, Udry *et al* en 1986 ont montré que l'activité sexuelle est déterminée par un mécanisme hormonal naturel, donc biologique.

Ces résultats sont davantage confortés par les travaux de Beach qui a montré en 1974 que l'activité sexuelle augmente avec le niveau des hormones à l'adolescence. De ce point de vue, on pourrait conclure à une universalité de la pratique des rapports sexuels dont les seules limites seraient les contraintes extérieures imposées par la société. Les sociologues se sont élevés contre cette approche, lui reprochant de "désocialiser" en grande partie l'activité sexuelle en faisant passer pour secondaire la construction sociale et culturelle de l'activité sexuelle. Pour eux, ces relations ne devraient pas être extraites du contexte social dans lequel elles se déroulent.

1.1.2.4. Approche socioculturelle

Pour les sociologues, l'engagement ou non des jeunes dans l'activité sexuelle dépendent largement du milieu dans lequel ils vivent, des perceptions que la société a des relations sexuelles, du rôle assigné à l'activité sexuelle, des normes qui la régissent. Ils estiment que les comportements sexuels sont déterminés par les normes et les valeurs socioculturelles en vigueur. Une modification de ces normes et valeurs aura certainement une incidence sur le comportement sexuel des individus qui composent le corps social. De ce fait ils rejettent l'approche biologique comme dans ces propos de Twa-Twa (1997) : « *The social science proposes that libido or sexual motivation, is generated purely by social processes that fill the culture with the message that sex is highly satisfying and identify the pubertally developed adolescent as an attractive and sexual participant. Hormones are relegated to the single role of producing pubertal development, which is socially interpreted as the signal by the female*

adolescent and those around her that she is ready to enact the social « script » of sexual behaviour ». Ils soutiennent que les comportements sexuels et les circonstances dans lesquelles se déroule l'activité sexuelle sont déterminés par les normes et les valeurs socioculturelles en matière de sexualité.

La théorie générale de modernisation tente d'expliquer les tendances sexuelles actuelles des jeunes africains. Selon elle, l'adoption de nouveaux comportements sexuels par les jeunes pourrait trouver son explication dans l'influence de la modernisation qui sape progressivement les valeurs traditionnelles en matière de sexualité. Certains auteurs parmi lesquels Gagnon et Simon (1973), Hoffert et Hayes (1987), Bozon (1994) soutiennent que la motivation sexuelle est générée par des processus sociaux, par l'environnement et le cadre de vie. Ils n'accordent pas un grand rôle aux hormones qui selon eux n'interviennent que dans la croissance et la maturation des organes sexuels secondaires. Les comportements sexuels pour ainsi dire sont déterminés par les normes et valeurs socioculturelles en matière de sexualité.

1.1.2.5. Approche économique

L'approche économique se fonde sur les deux postulats de base de l'économie à savoir l'individualisme méthodologique et la rationalité économique. Cette approche stipule que l'activité sexuelle des jeunes et les comportements qui la régissent sont le résultat d'un calcul rationnel de leurs auteurs. Ainsi donc, les jeunes qui s'engagent dans l'activité sexuelle et adoptent certains comportements ne le font qu'à la suite d'une décision bien réfléchie, en vue d'atteindre des objectifs bien précis d'ordre économique et social. « ...*Unmarried teenagers use sexual relations and pregnancy to accomplish certain goals. For example, sexual relations may have economic benefits or be a step towards marriage.* » (Meekers, 1994). Cherlin et Riley (1986) cités par Meekers en 1994 ont distingué deux catégories d'objectifs poursuivis par les jeunes : l'objectif économique et l'objectif social.

a). Les jeunes dans l'éducation sexuelle formelle et informelle

En grandissant, les jeunes et les adolescents acquièrent progressivement des connaissances et développent des idées, des valeurs, des attitudes et des compétences en rapport avec le corps, les relations intimes et la sexualité. Pour cela, ils utilisent différentes sources d'apprentissage. Les principales, surtout lors des premiers stades de leur développement, sont informelles et incluent les parents en tant que ressources les plus importantes des enfants en bas âge. Les professionnels, médecins, pédagogues, psychologues, etc. n'interviennent guère dans ce premier processus, car ils ne sont généralement sollicités qu'en cas de problèmes ne pouvant être résolus sans leur aide. Toutefois, avec l'attention croissante que la culture occidentale.

b. Les jeunes ont à la fois besoin d'une éducation à la santé sexuelle informelle et formelle

Il est important de souligner que les jeunes ont à la fois besoin d'une éducation à leur santé sexuelle informelle et formelle, les deux n'étant pas antagonistes, mais complémentaires. D'un côté, les jeunes ont besoin d'amour, d'espace et d'appui dans leur environnement social quotidien pour développer leur identité sexuelle. De l'autre côté, ils doivent acquérir des connaissances, des attitudes et des compétences spécifiques, ce qui requiert l'implication de professionnels. Les principaux fournisseurs professionnels d'information et d'éducation à la santé sexuelle formelles sont les écoles, les livres, brochures, dépliants, CD-ROM, les sites éducatifs sur l'Internet, les programmes et campagnes radio et TV et, finalement, les prestataires de services (médicaux). Le présent document se concentre sur l'accès aux services de santé sexuelle, même si les hôpitaux ou centres de santé ne sont pas le seul médium.

c. L'éducation à la santé sexuelle dans les écoles comme réponse de la société aux changements sociaux

Les changements fondamentaux esquissés plus haut, avec l'émergence d'un nouveau groupe social entre enfance et âge adulte avec sa culture, ses comportements et ses besoins propres, ont requis un réajustement des réponses de la société. Dans le domaine de la sexualité, cela a signifié la création de nouveaux services de santé et/ou l'adaptation de services existants, ainsi que de nouveaux efforts d'information et d'éducation spécifiques à ce groupe ciblent. L'appel en faveur d'une éducation à la santé sexuelle dans la seconde moitié du 20^{es} siècle en Afrique doit être compris en premier lieu dans ce contexte. À la reconnaissance de la nécessité d'offrir une telle éducation s'ajoutent des visions nouvelles, en particulier sur le plan des Droits de l'homme, sur les droits et le rôle de la jeunesse dans la société. Il est important de relever que ce processus a touché tous les pays d'Afrique, même si certains ont réagi plus rapidement que d'autres. L'éducation à la santé sexuelle, notamment à l'école, est une composante essentielle de ce processus d'adaptation. Les arguments du plaidoyer en faveur de l'éducation à la santé sexuelle dans les écoles ont changé au fil des années et varié d'un pays à un autre, allant de la prévention de grossesses non prévues à la prévention du VIH et des IST. La révélation d'affaires scandaleuses d'abus sexuels a conféré une forte légitimité à l'éducation sexuelle aux yeux de la population. Le vœu a été émis que celle-ci soit dispensée également aux enfants plus jeunes, désormais perçus comme des sujets. Toutes ces motivations ont progressivement convergé vers une vision plus globale de l'éducation à la santé sexuelle et reproductive. Une vision fondée sur l'idée que les jeunes doivent être soutenus, renforcés et rendus aptes à gérer la sexualité de manière responsable, sûre et satisfaisante, plutôt que sur la gestion de problèmes individuels. Une vision dans laquelle la «sexualité» est comprise dans un sens beaucoup plus

large que celui lié aux seules relations sexuelles et qui est aujourd'hui défendue par la grande majorité des experts en sexualité et en santé sexuelle.

d. L'éducation a la santé sexuelle comme une matière multidisciplinaire

Le contexte programmatique dans lequel l'éducation à la santé sexuelle est donnée et la formation des éducateurs/enseignants diffèrent d'un pays africain à un autre. Si l'éducation à la santé sexuelle et reproductive est parfois dispensée comme branche à part entière, elle est plus souvent intégrée dans d'autres branches. La biologie semble la branche la plus évidente, mais d'après le pays, le type d'école ou d'autres critères encore, l'éducation à la santé sexuelle et reproductive peut aussi être dispensée dans le cadre des cours de civisme, d'orientation sociale ou de compétences sociales, de promotion de la santé, de philosophie, de religion, de langue ou de sports. La branche dans laquelle elle s'inscrit et la formation des éducateurs/enseignants ont beaucoup d'influence sur les contenus et les méthodes. L'accent tend à être mis sur des aspects physiques si l'éducation à la santé sexuelle et reproductive est donnée dans le cadre de la biologie ou de la promotion de la santé, et sur les aspects sociaux, relationnels et moraux si elle est dispensée dans des branches de sciences humaines.

Pour garantir une éducation à la santé sexuelle holistique, il est bon de déléguer l'enseignement des différents aspects à différents éducateurs/enseignants pour en faire ce qu'elle est réellement: une matière multidisciplinaire. Dans ce cas, expériences à l'appui, il est important qu'un éducateur/enseignant s'occupe de coordonner les contenus et les méthodes. Une autre approche couramment utilisée est le recours à des spécialistes externes (médecins, infirmières, sages-femmes, éducateurs sociaux, psychologues, etc.) spécialement formés à l'éducation à la santé sexuelle et reproductive. Des ONG en santé sexuelle et reproductive ou des services spécialisés pour la jeunesse remplissent souvent cette tâche. Dans quelques pays, comme la Suède ou l'Estonie en Europe, les enfants reçoivent une partie de l'éducation sexuelle dans des centres de santé jeunesse, ce qui permet d'abaisser le seuil d'accès à de tels centres et d'encourager les enfants et les jeunes à les fréquenter par la suite. L'éducation l'accès aux services de santé sexuelle (et relationnelle) devrait être obligatoire. En effet, l'expérience a montré que dès que la matière n'est plus obligatoire, l'attention qu'on lui porte tend à baisser. Cependant, qui dit obligatoire ne dit pas forcément qualitativement bon ni complet. Encore faut-il que l'éducation à la santé sexuelle soit un processus participatif avec des éducateurs/enseignants motivés, formés et soutenus? En Europe, par exemple, la tendance générale depuis quelques décennies est à l'éducation à la santé sexuelle et reproductive obligatoire, sans clauses d'exception qui permettraient aux parents de retirer leurs enfants de la classe s'ils ont des objections sérieuses par rapport au programme. Dans la pratique on constate

que les parents (y compris ceux de groupes de population minoritaires) sont en général favorables à l'éducation à la santé sexuelle et reproductive dans les écoles, parce qu'ils se sentent parfois dépassés par la tâche ou que le sujet les embarrasse.

L'éducation à la santé sexuelle n'est pratiquement jamais une branche d'examen, même si certains de ces éléments devraient ou pourraient l'être dès lors qu'ils sont traités dans le cadre de branches obligatoires comme la biologie. Pour être suffisamment valorisée, l'éducation à la santé sexuelle devrait devenir une branche d'examen. Il est recommandé d'impliquer les parents d'une manière ou d'une autre dans l'élaboration des programmes d'éducation à la santé sexuelle, non seulement pour obtenir d'eux l'appui nécessaire, mais aussi pour garantir une combinaison optimale entre le rôle informel des parents et le rôle formel de l'école.

Par exemple en Autriche, la coopération avec les parents est même officiellement requise. Cela dit, les écoles ne sont pas les seules institutions/organisations à jouer un rôle important. De nombreuses autres ayant des contacts étroits avec des enfants et adolescents peuvent fournir des contributions utiles.

Notons finalement que les différences au plan des instances en charge du développement et de la mise en œuvre des programmes éducatifs, y compris de l'éducation à la santé sexuelle. En fonction de leur degré de centralisation, les pratiques en matière d'éducation à la santé sexuelle sont très différentes d'un pays à un autre.

e. La perception du condom comme un objet chargé de préjugés

❖ Condom et réduction du plaisir sexuel

L'époque où on liait l'activité sexuelle au mariage est révolue. Personne n'y croît plus aujourd'hui car de plus en plus les rapports sexuels n'ont plus pour seul but la procréation. Avec l'évolution du temps, la recherche du plaisir est devenue l'une des raisons principales de l'acte sexuel. Ceci est d'autant plus vrai que la plupart des jeunes ayant eu un enfant n'ont jamais désiré l'avoir. Du coup, tout élément qui entraîne ou est supposé entraîner une réduction du plaisir est immédiatement rejeté. Le condom, quoiqu'il protège contre les IST/VIH-Sida, en s'intercalant entre l'homme et la femme au cours du rapport sexuel, réduirait le plaisir tiré de l'acte sexuel. C'est là l'une des raisons qui sont évoquées pour expliquer la faible utilisation des préservatifs masculins par les populations africaines et notamment par les jeunes.

f. Le préservatif : une menace permanente de rupture de relation

Si le préservatif masculin protège contre les IST/VIH-Sida, son utilisation n'est pas évidente et dépend non seulement de son coût mais aussi de l'image et de la représentation qu'il véhicule parmi les populations. De cette image et de cette représentation dépendent l'acceptation et l'utilisation de « corps étranger ». Dans beaucoup d'unions, l'exigence du port du préservatif

est source d'accusation et de suspicion de l'un des partenaires. Ainsi, l'homme qui porte le préservatif soupçonne indirectement sa partenaire de mener une vie sexuelle indisciplinée ; il en est de même de la femme qui exige de son partenaire l'utilisation du préservatif. Le condom est ainsi devenu synonyme de méfiance. Cette méfiance est à son tour un facteur de l'érosion de la confiance entre les partenaires et une menace de rupture d'union. C'est ainsi que les partenaires qui tiennent à leur union renonceraient volontiers à un recours aux préservatifs (Bond and Dover, 1997). De même chez les jeunes filles qui tiennent à ne pas perdre leur petit ami et chez les jeunes garçons qui ne veulent pas vexer leur petite amie, on préfère ne pas s'embarrasser de condom. Pour illustrer cette relation entre la confiance et l'utilisation des moyens de protection, l'étude de l'IRESO parmi les jeunes de Yaoundé et de Douala a relevé que le condom a été d'autant moins utilisé que le lien avec le partenaire était étroit : 9,5 % de jeunes ont utilisé le condom avec leur partenaire habituel 4, 57,3 % avec un partenaire sexuel occasionnel et 98 % avec un partenaire commercial.

g. L'activité sexuelle : un moyen d'améliorer ses conditions économiques

Certains adolescents ont des rapports sexuels contre une gratification financière ou des cadeaux qui leur permettent de satisfaire leurs besoins matériels et financiers. L'activité sexuelle devient alors une stratégie de survie, un moyen de se mettre à l'abri du besoin matériel et financier. Il s'agit des filles qui dans l'incapacité de satisfaire leurs besoins financiers sont obligées de commercialiser leur sexe aux hommes de situation financière aisée (Calvès, 1996 ; Ilinigumugabo et al., 1996). « Si l'argent ne constitue pas une motivation importante pour la première expérience sexuelle, il constitue toutefois par la suite une composante majeure de leur vie affective. » (Calvès, 1998, p. 167). Ainsi les avantages financiers découlant de la multiplicité des partenaires sont cités par un nombre important de jeunes femmes âgées de 20 ans et plus. Au cours de son enquête, Calvès a relevé que 47 % d'entre elles affirment qu'elles ont plusieurs partenaires afin de satisfaire leurs besoins financiers. Cette monétarisation des rapports sexuels se fait non seulement avec des partenaires plus âgés et plus riches (relations du type "sugar dadies" ou encore "sponsors") mais aussi avec leurs jeunes copains de qui elles exigent des faveurs similaires en échange de relations sexuelles. Dans les discussions de groupe, il ressort que le phénomène de "sugar dadies" fait aussi partie des stratégies pour la recherche d'un emploi car « ...un parrain qui a souvent une bonne situation professionnelle et de nombreux contacts, peut rendre également des services à sa partenaire, comme l'aider à trouver un emploi. » (Calvès, 1998, p. 165).

Les filles ne sont cependant pas les seules à recourir aux relations sexuelles de ce type pour satisfaire des besoins financiers. Les garçons sont eux aussi plus ou moins impliqués dans cette

activité sexuelle rétribuée. En effet, certaines femmes un peu plus âgées se proposent d'aider financièrement des jeunes hommes en contrepartie des rapports sexuels que ces derniers auront avec elles (relations du type "sugar mummies"). Bien plus, la perversité ne pousse certains jeunes à avoir des rapports homosexuels avec des hommes plus âgés contre une gratification financière (Kaptue, 1998). Rwenge a relevé en 1995 que la précarité peut aussi expliquer les rapports sexuels occasionnels des hommes car ceux-ci n'ont pas assez de moyens pour entretenir une partenaire régulière. Dans ce cas, ils se contenteraient de relations sexuelles occasionnelles peu stables et peu coûteuses. Ces données montrent bien que les conditions économiques peuvent avoir une influence sur le comportement sexuel des jeunes.

Relevons que la situation économique peut agir dans un double sens en cas d'insuffisance des moyens financiers, les jeunes filles auront tendance à se prostituer et les jeunes garçons à avoir des rapports sexuels occasionnels, dans le cas de suffisance des moyens financiers par contre, les jeunes filles adopteraient des comportements sexuels plus sains alors que les garçons s'engageraient volontiers dans le multi partenariat.

En somme, les contraintes économiques auxquelles font face les jeunes peuvent les pousser à se compromettre dans des relations sexuelles rétribuées. Cette dépendance économique enlève aux jeunes qui en sont les victimes le pouvoir d'exercer un contrôle sur les modalités du déroulement de l'acte sexuel. Ils peuvent ainsi être contraints à avoir des rapports sexuels non protégés, selon la volonté du partenaire qui exerce sa domination.

1.1.2.6. Approche institutionnelle

Cette approche est basée sur l'idée que l'environnement institutionnel en matière d'activité sexuelle aurait une influence sur les comportements sexuels des jeunes. Il s'agit de déterminer la manière dont les institutions politiques gèrent les questions relatives à la sexualité ainsi que les stratégies qu'elles mettent en œuvre pour faire face aux IST/Sida. Cette approche accorde une grande importance aux politiques, aux programmes et aux lois en matière de sexualité relatifs aux comportements sexuels des adolescents.

Si jusqu'à une date très récente, l'Afrique n'avait pas une tradition de lutte contre les IST, force est de constater que depuis la découverte du VIH/Sida, des efforts significatifs des gouvernements dans ce sens ne passent pas inaperçus.

L'attitude et l'implication des autorités dans la lutte contre les IST/Sida peuvent avoir une grande incidence sur la propagation de ces maladies parmi les jeunes. On peut imaginer l'impact négatif que peut avoir la légalisation de la prostitution sur le comportement sexuel des jeunes ceux-ci pourraient adopter un comportement liberticide sur le plan sexuel. Une loi légalisant la pratique de l'avortement est un couteau à double tranchant en même temps qu'elle

peut être d'un apport certain sur le plan de la santé de la reproduction, elle peut aussi inciter les jeunes à avoir une activité sexuelle intense et à risque.

La politique gouvernementale en matière de services de santé de la reproduction (SR) peut aussi avoir un impact sur le comportement des adolescents. Lorsque les programmes de population et les services sanitaires sont davantage dirigés vers les adultes que vers les groupes spécifiques des adolescents, ceux-ci se retrouvent moins bien informés des conséquences d'une sexualité incontrôlée. L'absence des structures sanitaires spécialisées dans les réponses aux problèmes des jeunes peut accroître leur ignorance des dangers qu'ils courent dans leur activité sexuelle. En revanche, la dissémination des services de SR dirigés spécifiquement vers les jeunes leur permettrait d'être mieux informés des questions relatives aux risques liés à l'activité sexuelle. Dans nombre de pays africains, la législation sur les mariages est inexistante (Rwenge, 1999) ; là où elle existe, elle est le plus souvent favorable aux mariages précoces. De plus, elle pêche souvent par une grande imprécision qui rend son application difficile. Au Tchad, l'âge minimum au mariage est fixé à 18 ans pour les jeunes filles et 20 ans pour les jeunes garçons. Malheureusement, lorsqu'elles existent, ces lois ne sont pas toujours respectées par certains parents conservateurs qui continuent à conclure le mariage de leurs filles sans leur consentement.

1.1.2.7. L'approche émergente du genre

C'est l'approche utilisée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à travers le projet Santé familiale et prévention du Sida (SFPS). Les inégalités que l'on observe entre les sexes ainsi que les rapports qui en découlent sont des constructions sociales. Ces rapports sont connus sous le terme de « rapports de genre ». L'approche de genre est fondée sur l'idée selon laquelle la réduction de l'écart entre les pouvoirs dévolus à chaque sexe par la société permettra à la femme de participer plus efficacement à la prise des décisions, notamment celles relatives à la santé de la reproduction. Cette approche vise le renforcement du pouvoir des femmes dans tous les domaines. Dans le domaine de la sexualité, l'approche du genre stipule qu'en raison de son faible pouvoir de décision, la femme ou la jeune fille n'a aucun contrôle ou alors n'a qu'un contrôle limité sur sa sexualité. Les rapports de genre en Afrique étant fortement inégalitaires, les femmes subissent la volonté des hommes à qui le rapport de force est favorable. Entre les jeunes, on pouvait bien s'attendre à une situation de plus grande compréhension entre les partenaires mais le problème demeure. L'écart d'âge entre les partenaires renforce aussi cette inégalité (les hommes plus âgés contractent très souvent des rapports sexuels avec des filles beaucoup plus jeunes). L'adoption des comportements sexuels sains (utilisation des préservatifs) doit résulter d'une concertation entre les deux personnes en présence.

Malheureusement, cette négociation n'est pas toujours de règle à cause du rapport de genre déséquilibré. Meekers et Megan relèvent que « *Sexual risk reduction tends to be more difficult for women, as they do not use condom in isolation but negotiate their use with their partners.* » Beaucoup d'auteurs documentent des rapports inégalitaires entre les hommes et les femmes en Afrique dans les négociations sur les modalités de déroulement de l'acte sexuel. Ces rapports inégalitaires qui prennent leur source dans les rapports de genre se prolongent parmi les jeunes. On aboutit ainsi à des rapports de domination où les jeunes hommes peuvent dicter leur volonté sur la façon dont doit se dérouler l'acte sexuel. Les jeunes n'ont pas le pouvoir de demander, encore moins d'exiger de leur partenaire que le rapport sexuel soit protégé.

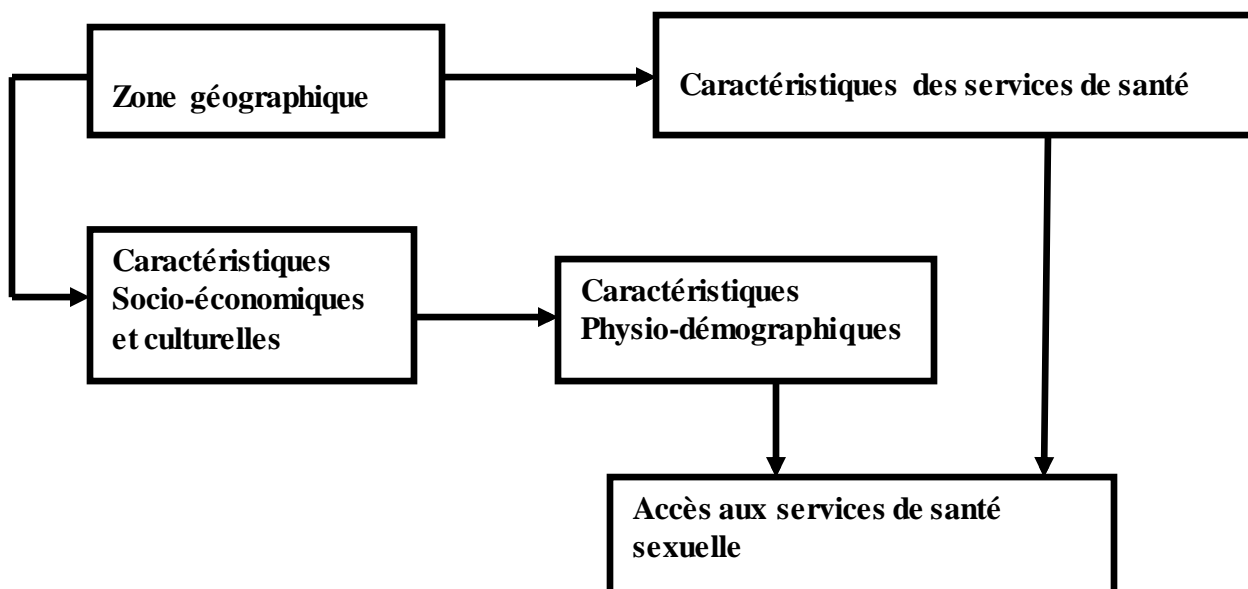
Cette situation de domination dégrade profondément l'image que les jeunes filles notamment peuvent avoir d'elles. « L'image de soi-même est la considération que l'on a de sa personne et la représentation que l'on fait de sa personne et de sa personnalité. » (Rwenge, 2001 inédit). Cette dégradation de l'image de soi-même agit négativement sur la perception de son auto-efficacité, c'est-à-dire, la confiance qu'on a de son propre pouvoir de refuser certaines modalités des rapports sexuels ou de n'avoir que des rapports sexuels sans risque. Ainsi, « *women who lack confidence in their ability to purchase condom and negotiate their use tend to have a higher likelihood of engaging in unprotected intercourse.* » (Meekers and Megan, 1997). Pourtant, une meilleure perception de l'auto-efficacité (*auto-efficacy*) permettrait aux adolescentes de prendre conscience de la nécessité pour elles de se protéger ou de s'abstenir. Les rapports inégalitaires, la mauvaise image de soi sont des facteurs psychosociaux qui déterminent parfois les comportements sexuels à risque. Dans l'étude des comportements sexuels des jeunes à Yaoundé et à Douala au Cameroun en 2001, près de 40 % des filles estiment que l'usage des préservatifs dépend entièrement du garçon. C'est dire combien cette perception de l'auto-efficacité affecte les comportements de prévention et l'adoption des comportements sexuels sans risque.

1.1.3. Cadre conceptuel et hypothèses de l'étude

1.1.3.1. Hypothèses de l'étude

L'hypothèse de cette étude est que, l'accès des jeunes aux services de santé sexuelle peut transformer sa mentalité sociale et physique sous l'influence de divers facteurs de leur identification. Il découle de cette hypothèse le cadre conceptuel suivant

1.1.3.2. Cadre conceptuel



Ce cadre conceptuel est basé sur la notion d'accès. Il démontre que l'accès des jeunes aux services dépend d'un certain nombre de facteurs identifiables chez les jeunes tels que, son âge. En plus de ces facteurs, l'accès des jeunes aux services dépend aussi dans une certaine mesure des conditions contextuelles (caractéristiques socioéconomiques et culturelles des jeunes ainsi que celles relevant de l'organisation du système des soins). Ces dernières influencent les perceptions, les pratiques et bien évidemment les motivations des jeunes à l'égard de l'utilisation des services de santé. Le niveau va dépendre d'accès des jeunes aux services de santé sexuelle.

a. Définitions des quelques concepts clés

La zone géographique : décrit le milieu de résidence des jeunes au moment de l'enquête, qui pourra être urbain ou rural et région. En ce qui concerne les caractéristiques socioéconomiques et culturelles, elles sont appréhendées par le niveau d'instruction des jeunes, sa religion, sa situation matrimoniale, son occupation principale et sa région où il vit. L'éducation formelle – la scolarisation – est l'un des principaux moyens d'exposition à la culture occidentale. L'éducation des jeunes déterminera en grande partie ses connaissances, son autonomie de décision, son ouverture vers l'extérieur. Quant à la religion, cette variable peut nuancer les comportements d'accès aux services de santé d'un groupe à l'autre à travers les différences culturelles.

La situation matrimoniale renseigne sur les types d'unions des jeunes au moment de l'enquête. Le terme union s'applique à l'ensemble des jeunes qui se sont déclarées mariées avec un partenaire.

Les caractéristiques physio-démographiques de la femme font référence à l'âge et au sexe

Les caractéristiques des services de santé renseignent sur les infrastructures existantes. Ces caractéristiques sont saisies par la disponibilité de ces infrastructures techniques des services de santé qui est opérationnalisée pour permettre aux jeunes d'accéder.

Le concept région saisie la couverture des infrastructures spécialisées dans le domaine de santé sexuelle et reproductive

Quant au concept d'accès aux services, il est étroitement lié à celui de la couverture qui est considérée dans la plupart de temps comme un indicateur composite de prestations de soins de santé (OMS, 1981 :28). Par utilisation on entend l'effectif ou proportion de la population utilisant un service donné, peut être rapporté à l'effectif ou à la proportion de la population ayant besoin du service. En effet, l'accès aux services ou couverture effective est exprimée par la proportion des personnes ayant besoin d'un service, qui le reçoivent effectivement au cours d'une période donnée habituellement une année ; par exemple, la proportion des femmes enceintes qui reçoivent des soins prénatals, ou accouchement avec l'aide d'un personnel qualifié. Dans le cas échéant, elle est appréhendée par l' « assistance à l'accouchement par un personnel de santé qualifié » et « l'utilisation par la femme d'une méthode contraceptive moderne ».

Le concept «recours aux services de santé sexuelle » donne la probabilité pour que les jeunes connaissent et accèdent rapidement à ces services.

b. Les variables d'analyses

La variable dépendante dans cette analyse est « l'accès des jeunes aux services de santé sexuelle et reproductive ». Elle est désignée dans le modèle des variables relatives à la connaissance des structures qui offrent des services de santé Il s'agit de «Jeunes ayant eu accès aux services de santé sexuelle» et « reproductive par les jeunes». Cette variables est dichotomique (oui, non). Elle prend la valeur Oui si les jeunes a accès à ces services et la valeur non au cas contraire. Ainsi, l'accès à ces services de santé sexuelle est analysée selon une série de variables explicatives qui sont le milieu de résidence des jeunes, son niveau d' instruction, sa religion, son occupation principale, sa situation matrimoniale, son âge, son sexe sa région ou il vie habituellement les Structures qui offrent des services de santé. Pour toutes ces variables retenues, chacune de leurs catégories a été transformée en variable parmi lesquelles une est choisie comme référence et à la quelle les autres sont comparées.

c) Hypothèses spécifiques et schéma d'analyse

Les relations entre les variables sont décrites à travers les hypothèses spécifiques suivantes :

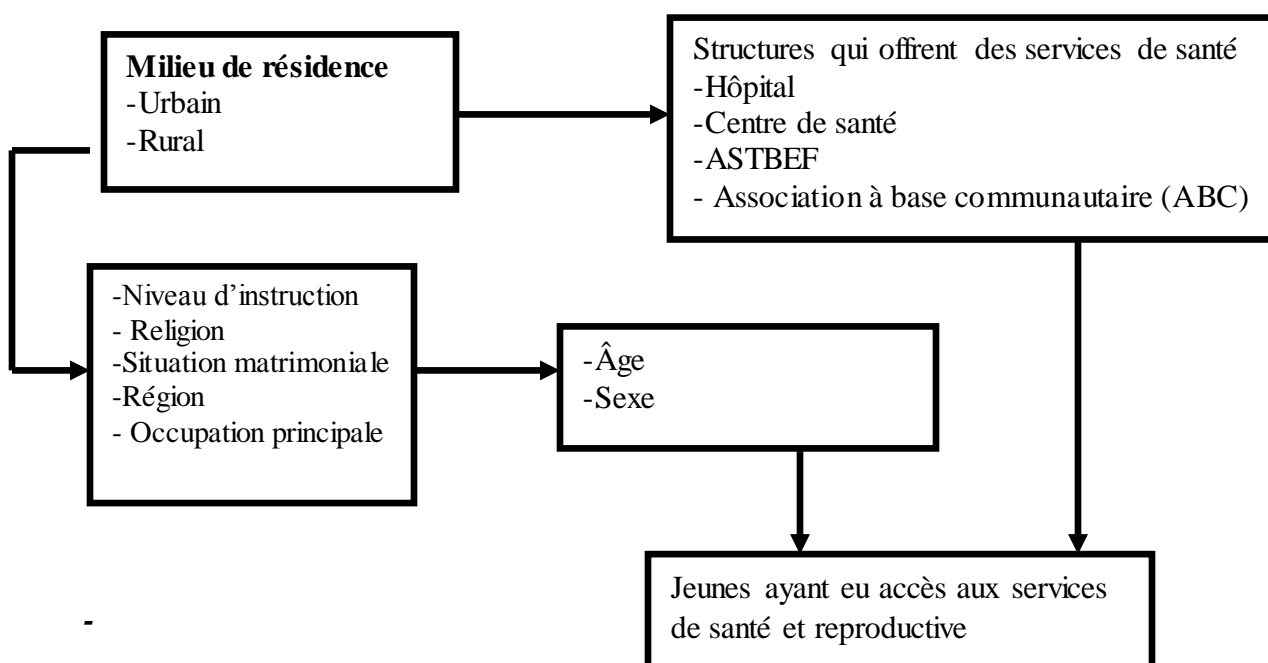
H1. Les jeunes qui vivent dans la ville de ndjaména ont plus de chance d'accès aux services de santé sexuelle que ceux qui dans les autres régions.

H2. La chance d'accès à un service de santé sexuelle augmente avec le niveau d' instruction.

H3. La chance d'accès à un service de santé augmente avec l'âge.

H4. Les jeunes qui vivent en milieu urbain ont plus de chance d'accès à un service de santé que ceux qui vivent en milieu rural.

1.1.3.3 Schéma d'analyse



II. Méthodologie

2.1. Source de données

Pour atteindre les objectifs fixés, que nous avons formulées doivent être soumises à l'épreuve des faits (données empiriques). Nous avons retenu l'enquête transversale sur la vulnérabilité des adolescents et jeunes au VIH/sida réalisée dans 10 régions du Tchad qui ont été choisies de manière aléatoire. Cette enquête a été réalisée auprès des adolescents et jeunes âgés de 10 à 24 ans, membres des ménages sélectionnés au hasard dans les ménages ordinaires.

L'objectif général de cette enquête est de contribuer à la génération de l'information stratégique sur la vulnérabilité au VIH, SIDA et IST chez les jeunes au Tchad.

D'une manière spécifique, il s'agira de rassembler, synthétiser et analyser l'information sur les jeunes de 10 à 24 ans dans les domaines suivants :

- Développer une base de connaissances stratégiques de prévention à partir des données quantitatives et qualitatives recueillies sur les jeunes face au SIDA. Ces connaissances serviront à l'élaboration d'une stratégie de prévention nationale répondant aux besoins actuels des jeunes.
- Mieux comprendre les forces et faiblesses actuelles des acteurs publics, des communautés et celles des services de santé et de conseils à la prévention du VIH/SIDA chez les jeunes.
- Fournir des recommandations sur les meilleures pratiques appropriées aux besoins nationaux et communautaires pour assurer le respect des droits des jeunes en matière de prévention du VIH/SIDA.
- Fournir des recommandations sur le renforcement des capacités aux niveaux national et communautaire assurant la mise en place de services de protection efficace des jeunes.
- Mettre en évidence le besoin d'intégrer la prévention des violences sexuelles et la prise en compte de la dimension « Genre » dans les interventions de prévention du SIDA.

2.2. La sélection de l'échantillon s'est faite à deux degrés :

- au premier degré : la base de sondage utilisée est la liste complète des carrés/blocs/zone avec effectif de la population par carrés/blocs/zone existante. Les grappes sont constituées par les carrés/blocs/zone et chaque était tiré au hasard par la méthode des totaux cumulés (ce qui a garanti une bonne répartition des grappes sur l'ensemble de chaque localité)

- Au second degré : dans chaque carrés/blocs/zone tiré au hasard, les agents de collecte de données ont établi une liste exhaustive des ménages estimant l'effectif moyen d'individus âgés de 10 à 24 ans par ménage. Dans chaque carrés/blocs/zone l'échantillon des femmes représentent 52% et les hommes 48%.

En ce qui concerne la population cible pour cette étude, au total 6484 hommes et femmes âgées de 10-24 ans ont été enquêtées avec succès d'où 3225 enquêté de sexe masculin et 3259 de sexe féminin de précision de 1% avec un niveau de confiance de 95%.

2.3. Les limites de données

Les principales limites rencontrées dans cette donnée concernent les critères de sélection des régions dans lesquelles l'enquête a été réalisée, étaient de manières raisonnables. Or ces régions ont beaucoup bénéficiés des projets de développement et bon nombre des ONG ayant dans leurs programmes les activités de volet de santé de reproduction et la prise en charge des personnes vivantes avec les VIH/SIDA sont installés dans ces localités.

Ces critères sont comme suit :

- Critère 1 : Les localités dont les pesanteurs sociales et culturelles constituent les freins à la santé de reproduction et l'application des méthodes de préventions contre le VIH/SIDA. ce sont par exemple les régions de Guéra et du Ouaddaï.
- Critère 2 : les localités qui sont situées dans les zones communément le couloir de la mort. Cette expression traduit les localités où le taux de prévalence au VIH/SIDA est élevé. Ce sont les villes telles que Kelo, Pala, Moundou et Koumra.
- Critère 3 : Les localités où vivent les réfugiées. Ce sont les régions de Wadi Fira et le Dar-sila à l'Est, le Logone Oriental et le Moyen Chari au Sud du Tchad.
- Critère 4 : Les localités où il ya affluence des personnes venant des divers pays pour y exercer des activités économiques. Par exemple la ville de Kinasseroum.

Autre limite est encore que la question pour appréhender l'accès des jeunes aux services de santé et reproductive n'est pas posée mais seulement sur la connaissance des structures qui offrent des services de prévention du VIH/sida.

A la lumière des critères ci-dessus, Neuf (9) régions plus la ville de N'Djaména sont retenues pour la réalisation de l'enquête. Il s'agit des régions de : Lac (Bol et Kinasseroum), Logone Occidental (Moundou et Krim-Krim), Wadi Fira (Biltine et Kounoungou), Mandoul (Koumra et Doro); Logone Oriental (Doba et Dossey/Gondje), Mayo Kebbi Ouest (Pala et Goï-goudoum); Tandjilé (Kelo et Delbian), Moyen Chari (Sarh et Manda), Ouaddaï (Abéché et Chokoyan et Abougoudam) et la ville de Ndjamenana avec ses 10 Arrondissements

L'analyse des données fait appel à deux types de méthodes. En premier lieu, on procédera à une analyse descriptive par la production des tableaux pour se rassurer de la distribution des modalités dans chacune des variables à analyser ainsi qu'à l'établissement des associations entre différentes variables. La statistique du Khi-deux servira à apprécier au seuil de 5% l'existence ou pas de relation entre les différentes variables. En second lieu, interviendra

l'analyse explicative qui servira à établir les relations d'associations entre la variable expliquée et les variables indépendantes.

2.4. La technique d'analyse explicative

Au niveau explicatif, la méthode d'analyse statistique retenue pour rendre compte de l'influence des jeunes d'accédés aux services de santé sexuelle et reproductive est le modèle de régression logistique binaire.

III IDENTIFICATION DES FACTEURS DIFFERENTIEL ASSOCIE A L'ACCES DES JUENES AUX SERVICES DE SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

La présente partie essaie de circonscrire le mécanisme par lequel agit sur l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive par les jeunes. Cette partie présente les effets des caractéristiques socioéconomiques, culturelles et démographiques des jeunes sur l'accès aux services de santé, la seconde partie quant à elle essaie d'identifier les déterminants a l'accès aux services de santé sexuelle par les jeunes. En dernier, viendra une discussion des résultats issus de nos analyses.

Tableau 2.1 : Incidence des variables contextuelles et individuelles des jeunes sur accès aux services de santé sexuelle et reproductive

Variables	Effectifs	Accès aux services de santé sexuelle		Total	Probabilité du Khi-deux
		Oui	Non		
Contextuelles					
Milieu de résidence					0,000***
-Urbain	2374	57,2	42,8	100	
-Rural	920	65,3	34,7	100	
Services fréquentés					0,000***
-Hôpital	1529	69,3	30,7	100	
-Centre de santé	114	86,0	14,0	100	
-Clac	40	90,0	10,0	100	
-ASTBEF	7	57,1	42,9	100	
-ABC	1604	47,5	52,5	100	
Niveau d'instruction					0,01***
-Sans niveau	564	58,0	42,0	100	
-Primaire	1242	56,7	43,3	100	
-Secondaire et plus	1473	62,2	37,8	100	
Religion					0,000***
-Musulman	1104	50,7	49,3	100	
-Catholique	951	62,3	37,7	100	
-Protestant	1165	65,2	34,8	100	
-Animiste/autres	34	58,8	41,2	100	
Situation matrimoniale					0,986 ns
-Célibataire	2721	59,5	40,5	100	
-Mariés	508	59,4	40,6	100	
-Divorcés/séparés	65	58,5	41,5	100	
Région					0,000***
-Lac	175	23,4	76,6	100	
-Logone Occidentale	300	73,3	26,7	100	
-Logone orientale	574	67,8	32,2	100	
-Mandoul	525	82,7	17,3	100	
-Mayo kebbi-Ouest	225	44,9	55,1	100	
-Moyen Chari	311	62,4	37,6	100	
-Njamena	277	41,2	58,8	100	
-Ouaddaï	269	72,5	27,5	100	
-Tandjilé	371	47,2	52,8	100	
-Wadi-Fira	267	36,0	64,0	100	
Occupation principale					0,408 ns
-Agriculteur/Éleveur	144	51,8	48,2	100	
-Commerçants	178	57,9	42,1	100	
-Fonctionnaire	25	60,0	40,0	100	
-Élève/Étudiant	2581	60,2	39,8	100	
-Professionnelle de sexe	15	66,7	33,3	100	
-Ménagère/autres	354	57,6	42,4	100	
Individuelles					
Groupe d'âge					0,327 ns
-Adolescent	2445	59,0	41,0	100	
-Jeunes	849	60,9	39,1	100	
Sexe					0,478 ns
-Masculin	1747	58,9	41,1	100	
-Féminin	1547	60,1	39,9	100	
*** : significatif au seuil de 1%					
** : significatif au seuil de 5%					
ns : non significatif					
Source : exploitation des données de l'enquête sur la vulnérabilité des jeunes au Tchad					

3.1 : Variabilité d'accès aux services de santé sexuelle selon différentes catégories des Jeunes

a) Le milieu de résidence

Le milieu de résidence des jeunes a un effet significatif sur l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive. Les probabilités associées à la statistique du Khi-deux sont significatives au seuil de 1%. Mais triste est de constater que une plus grande proportion des jeunes ont accès aux services de santé sexuelle en milieu rural (65,3%) qu'en milieu urbain (57,2%).

b) Les structures fréquentés par les jeunes

Les faits de connaître les différentes structures des services de santé sexuelle et reproductive a un effet significatif à l'accès à ces services. En effet, on constate qu'une forte proportion (90,0%) des jeunes fréquente le centre de la littérature et d'animation culturelle (CLAC), (86,0%) ont accès au centre de santé, (69,3%) ont accès à l'hôpital, (57,1) dans l'association Tchadienne pour le bien-être familial et on observe une faible proportion de (5,7%) fréquente les associations à bas communautaire. Cette dernière situation pourrait s'expliquer par le manque de la construction des infrastructures dans d'autres localités, le manque des personnels formés et spécialisés dans le domaine de santé de la reproduction ou le manque de la dotation des structures existantes en équipements modernes. En effet, en 2011, le Ministère de la Santé Publique du Tchad comptait environ 400 médecins, 2.429 infirmiers qualifiés et 297 sages-femmes diplômées d'État (SFDE). Il se dégage un manque cruel des médecins spécialistes comme les gynécologues-obstétriciens, les nutritionnistes, les anesthésistes, les pharmaciens, etc.

c) Le niveau d'instruction

L'instruction des jeunes a également un effet significatif sur l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive. De ce fait, on constate qu'une proportion plus importante chez les jeunes qui n'ont un niveau d'instruction secondaire et plus (62,2%) accèdent plus aux services de santé sexuelle et reproductive. la proportion la plus faible s'observe chez les jeunes du niveau primaire (30%) alors que (58,0%) des jeunes sans niveau d'instruction accèdent aux services de santé sexuelle.

d) Religion

La religion traduirait dans une certaine mesure les valeurs culturelles au sein d'une population. Selon l'EDSC-II. Elle a un effet significatif sur les jeunes a leur accès aux services de santé sexuelle et reproduction. Cependant ont constate que les jeunes fréquente la religion protestante ont un accès facile dans les services de santé sexuelle (65,2%) suivi des catholique(62,3%) , (58,8%) des animiste/autres et (50,7%) des jeunes musulmans ont accès aux services de santé sexuelle.

e) La situation matrimoniale

La situation matrimoniale des jeunes n'a pas un effet significatif sur l'accès aux services de santé sexuelle. Mais ont constate qu'a même que les jeunes célibataires occupent la première position, soit (59,5%) par rapport aux autres des jeunes mariés et divorcés ou séparés.

f) la région

Contrairement à la situation matrimoniale, la région ou vivent habituellement les jeunes a un effet significatif sur l'accès aux services de santé sexuelle. Selon cette variable, (82,7%) des jeunes qui vivent dans la région du Mandoul accèdent plus aux services de santé sexuelle et reproductive suivi de ceux vivent dans le Logone occidental(73,3%), en suite (72 ;5%) pour les jeunes qui vivent dans la région du Ouaddaï, (67,8%) pour la région du Logone oriental, (62,4%) pour ceux qui vivent dans la région du moyen Chari. Il faut noter qu'on observe une faible proportion des jeunes accède aux services de santé sexuelle dans les régions tels que : la région du Lac (23,4%), (36,0%) pour région la région du Wadi- Fira, (41,2%) pour les jeunes qui vivent dans la ville de Ndjaména,(44%) des jeunes qui vivent dans la région du mayo kebbi Ouest et en fin (47,2%) des jeunes qui vivent dans la région de la tandjilé ont accès aux services de santé sexuelle et reproductive.

g) L'occupation principale des jeunes

Cette variable n'a pas un effet significatif sur l'accès aux services de santé sexuelle par les jeunes. Elle ne renseigne pas sur la sensibilisation auprès des jeunes qui ne s'intéresse pas aux services de santé sexuelle et reproductive. A cet effet, on observe que ce sont les professionnelle de sexe ont plus d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive (66,7%). Ceci se ferait comprendre que ces jeunes partent se procurer des méthodes contraceptives modernes pour éviter la grossesse précoce et les IST. Ainsi il faut signaler que (60%) des jeunes élèves/étudiants et fonctionnaire fréquentent aussi les services de santé sexuelle et reproductive.ont s'observe également une proportion de (57,9%) chez les jeunes commerçants, aussi (57,4) chez les ménagères ou autres et (51,8%) chez les agriculteurs.

h) L'âge

Qu'il soit adolescents ou jeunes la variable âge n'a pas un effet significatif sur l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive. En effet, l'accès des jeunes aux services de santé sexuelle et reproductive est presque identique à tous les âges. Ainsi 59,0% des adolescents et 60% des jeunes ont accès aux services de santé sexuelle et reproductive.

i) Le sexe

La variable sexe n'a pas un effet significatif sur l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive quelque soit le sexe des enquêtés. Mais il faut noter que la proportion un peu plus élevée est observée chez le sexe féminin (60,1%) par rapport aux jeunes de sexe masculin qui totalise (58,9%).

En somme, l'analyse de la relation entre les variables contextuelles et individuelles de l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive par les jeunes montre qu'il existe bien une association entre elles. Les probabilités associées à la statistique du Khi-deux, excepté les variables âge, sexe, occupation principale et la situation le reste des variables sont associées à l'accès aux des services de santé sexuelle et reproductive à un seuil de signification de 1%.

Par ailleurs, il convient de noter que ces analyses ne reflètent que les effets de chacune des variables indépendantes prises isolément sur l'accès aux des services de santé sexuelle et reproductive. Afin de dégager l'apport ou la contribution de chacune d'elles en présence des autres dans l'explication l'accès aux des services de santé sexuelle et reproductive par les jeunes, il est nécessaire de recourir à une technique d'analyses explicative, la quelle dans le cas échéant est le modèle de régression logistique binaire.

Ainsi, pour la suite, les résultats de nos analyses seront présentés sous la forme des tableaux où seront reprises les coefficients, le R carré ainsi que les différents seuils de signification associés à chacune des variables explicatives.

IV. Les facteurs d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive par les jeunes : un essai d'explication de l'évolution de chance au Tchad 2014

Dans les sections qui ont précédé, nous avons cherché à établir l'existence ou non de l'association entre les variables indépendantes et la variable expliquée. Ainsi, le but de cette section est de pouvoir vérifier les hypothèses émises en identifiant des facteurs d'accès aux services de santé par les jeunes lesquels, par leurs effets auraient contribué à augmenter ou à réduire la chance au Tchad pendant la période d'observation.

4.1.1 Estimation des facteurs d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive par les jeunes

Le tableau suivant présente la chance d'accès aux services de santé sexuelle associés à chacune des modalités des variables contextuel et individuel. Ainsi, dans le cadre de nos analyses les adolescents de référence correspond à ceux vivant en milieu urbain, dans la région du Logone oriental ayant un niveau d'instruction primaire, appartenant à la religion musulmane, qui est célibataire, du sexe féminin, et dont l'occupation principale est élève ou étudiant, qui a fait recours aux associations à base communautaires (ABC).

En effet, l'identification des déterminants d'accès aux services de santé sexuelle est basée sur le modèle saturé (M09).

Tableau 3.1 Risques relatifs des jeunes associés à l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive

Variables indépendantes	Effets nets des variables indépendantes								
	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9
Milieu									
-Urbain Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
-Rural	-0.081***	-0.1203***	-0.125**	-0.127***	-0.128***	-0.020ns	-0.019ns	-0.020ns	-0.019ns
Services fréquentés									
Hôpital		-0.229**	-0.225***	-0.214***	-0.215***	-0.214***	-0.213***	-0.213***	-0.213***
-Centre de santé		0.412***	-0.406***	-0.398***	-0.397***	-0.317***	-0.319***	-0.318***	-0.318***
-CLAC		-0.451***	-0.446***	-0.422***	-0.421***	-0.312***	-0.313***	-0.312***	-0.311***
-ASTBEF		-0.120***	-0.114ns	-0.107ns	-0.109ns	-0.029ns	-0.026***	-0.024ns	-0.024ns
-ABC (R)		Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Niveau d'instruction									
-Sans niveau			0.003ns	-0.003ns	-0.009ns	-0.041*	-0.032ns	-0.031ns	-0.024ns
-Primaire Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
-Second/Supérieur			-0.020ns	-0.011ns	-0.012ns	-0.034**	-0.036**	-0.035**	-0.035**
Religion									
-Musulman	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
-Catholique				-0.095***	-0.094***	-0.023ns	-0.025ns	-0.025ns	-0.024ns
-Protestant				-0.110***	-0.109***	-0.049**	-0.053**	-0.053**	-0.051**
-Animiste/autres				-0.071ns	-0.072***	-0.124ns	-0.128ns	-.127ns	-0.127ns
Statut matrimoniale									
-Célibataire Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
-Mariés					0.023ns	0.004ns	0.021ns	0.024ns	0.027ns
-Divorcés/ séparés					0.013ns	-0.020ns	0.013ns	0.017ns	0.020ns

Région -Lac -Logone occidental -Logone oriental -Mandoul -Mayo kebbi ouest -Moyen Chari -Ndjamena -Ouadda -Tandjilé	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	0.405*** -0.032ns Réf -0.163*** 0.203*** 0.174*** 0.174*** -0.144*** 0.208***	0.412*** -0.030ns Réf -0.163*** 0.204*** 0.175*** -0.144*** 0.215*** 0.238***	0.413*** -0.031ns Réf -0.164*** 0.205*** 0.176*** -0.143*** 0.215*** 0.239***	0.413*** -0.030ns Réf -0.163*** 0.205*** 0.177*** -0.143*** 0.214*** 0.240***
Occupation -agriculteur/éleveur -Commerçants -Fonctionnaire -Elève/étudiant -professionnelle de sexe -ménagère/autre	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	0.030ns -0.030ns -0.096ns Réf -0.184ns -0.043ns	0.032ns -0.028ns -0.094ns Réf -0.183ns -0.042ns	0.029ns -0.027ns -0.095ns Réf -0.178ns -0.040ns
Groupe d'âge -Adolescents -Jeunes	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf -0.008ns	Réf -0.009ns
Sexe de l'enquêté -Masculin -Féminin	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	0.007ns Réf
R²	0.0054	0.0738	0.0745	0.0842	0.0845	0.1806	0.1822	0.1822	0.1823

En effet, compte tenu de l'influence évoquée précédemment de la zone géographique dans la littérature comme faisant l'objet d'une différenciation de l'accès des jeunes aux services de santé sexuelle et reproductive entre le milieu rural et le milieu urbain dans le modèle 1, l'accès des jeunes aux services de santé sexuelle est considérée comme une fonction du milieu de résidence. Les modèles suivants sont une reprise du modèle 1 auxquels sont ajoutés une à une le reste des variables.

a) Le milieu de résidence ne contraste pas l'accès des jeunes aux services de santé sexuelle

Comme on peut le constater, le milieu de résidence n'exerce pas une influence significative sur l'accès des jeunes aux services de santé sexuelle et reproductive après contrôle de toutes les autres variables. Le résultat montre que les jeunes du milieu rural ont la même chance d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive que ceux vivent en milieu urbain.

b) Les services fréquentés par les jeunes a une influence significative

En ce qui concerne les services, les jeunes ont plus de chance d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive. Le résultat montre que les jeunes sollicitent plus d'aller à l'hôpital, au centre de santé, au Clac que les associations à bas communautaire (ABC) après contrôle des autres variables. Mais il n'ya pas une différence significative entre les associations à bas communautaire (ABC) et association Tchadienne pour le bien-être familial (ASTBEF) qui ont moins de chance d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive.

c) Le niveau d'instruction des jeunes augmente la chance d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive

Concernant le niveau d'instruction, le résultat montre que l'instruction n'a aucune influence significative sur les jeunes sans niveau par rapport a leur confrère de niveau d'instruction primaire, mais significatif pour ceux qui ont un niveau d'instruction secondaire et plus après contrôle des autres variables par rapport aux jeunes sans niveau et du niveau primaire, qui ont moins de chance d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive.

d) La religion diffère l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive

La religion des jeunes protestants a gardé un niveau de signification appréciable après contrôle des autres variables. Ainsi, en comparaison les jeunes protestants avec les jeunes musulmans, catholiques de même que les animistes/autres religions ont moins de chance d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive. Partant, on peut admettre que la religion protestante

est significativement associée à l'accès des jeunes aux services de santé sexuelle par rapport aux autres religions.

e) Quelque soit le statut matrimonial des jeunes, l'accès n'est pas significative aux services de santé sexuelle et reproductive

La situation matrimoniale des jeunes n'a pas un effet significatif sur l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive. En effet, le résultat montre quelque soit le statut des jeunes, ont la même de chance d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive.

f) Les régions où vivent habituellement les jeunes confère un grand accès aux services de santé

Contrairement à la situation matrimoniale la région a une influence significative sur l'accès des jeunes aux services de santé sexuelle et reproductive. Mais le résultat montre qu'il n'y a pas une différence significative entre la région du Logone occidental et Logone oriental. A cet effet, ces jeunes qui vivent dans ces régions ont moins de chance d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive que les jeunes qui vivent dans les autres régions.

g) L'occupation principale des jeunes n'a pas un effet significatif sur l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive

En ce qui concerne l'occupation principale des jeunes, cette variable n'a aucune influence significative sur l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive après contrôle des autres variables. En effet, quelque soit l'occupation principale, ces jeunes ont la même chance d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive.

h) L'âge et le sexe n'ont pas une influence significative sur l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive

En ce qui concerne le groupe d'âge et le sexe des jeunes, ces variables n'ont aucune influence significative sur l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive. De cet fait, quelque soit l'âge, les jeunes ont la même chance d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive que les adolescents.

De même, ce résultat montre quelque soit le sexe, les jeunes de sexe masculin ont la même chance d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive que les jeunes de sexe féminin.

En guise de synthèse, on remarque que la variable recours aux services qui offrent des services de santé tels que: l'hôpital, le centre de santé et le centre d'animation culturelle, exerce une influence significative sur l'accès des jeunes aux services de santé sexuelle et reproductive,

viens en suite les variables région et niveau d'instruction ainsi que la religion.

DISCUSSION

Contrairement à ce qui a été mentionné sur la littérature au sujet de la différenciation de l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive entre le milieu urbain et le milieu rural, n'est pas due à une inaccessibilité des jeunes aux services de santé sexuelle et reproductive en milieu rural. Dans cette étude cette infirmation ne semble pas avoir été prouvée.

Par ailleurs, ce résultat ne peut être révélateur de plusieurs autres situations. Car, selon la direction de la population et de planification humaines les insuffisances des structures de services sociaux sanitaires spécifiques aux jeunes, l'absence de débats sur la sexualité et les tabous sur le sexe font que les adolescents et jeunes n'ont un accès limité aux informations et aux services de santé de la reproduction. Aussi, d'après le résultat de l'enquête de base réalisée en 2008 pour le suivi du 5^{ème} programme de coopération entre le Tchad et l'UNFPA, 3,6% seulement des jeunes et des adolescents ont utilisé les services de santé de reproduction dans les maisons des jeunes et de la culture et cette proportion est encore très faible dans les centres de santé (0,3%).

En effet, étant donné que la santé sexuelle est considéré comme un « état de bien être physique, émotionnel, mental et social associé à la sexualité, ne consiste pas uniquement en absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité », ceci revient donc à infirmer quelque soit le milieu ou vie les jeunes l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive, reste très limité du fait des pesanteurs socioculturelles et de l'inadéquation des structures de santé (centre de santé, infrastructures de jeunesse) à répondre aux besoins spécifiques des jeunes. Ce qui nous pousse d'infirmer l'hypothèse 4 qui postule que « *les jeunes qui vivent en milieu urbain ont plus de chance d'accès à un service de santé sexuelle que ce qui vivent en milieu rural* ».

Concernant l'instruction de jeune, on peut observer clairement que son augmentation fait croître l'avantage d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive. Le résultat montre que si l'instruction de jeune est assez élevée, elle lui donne un accès à un niveau de vie plus favorable qui permet de disposer d'un accès à des soins de santé de meilleure qualité. Ceci étant, l'avantage qu'ont les jeunes du niveau secondaire et plus sur leurs homologues du niveau primaire et sans niveau d'instruction, fait que ceux-ci soient moins représentés bien évidemment d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive. De ce fait, nous pouvons bien affirmer l'hypothèse 2 qui mentionne que « *la chance d'accès aux services de santé sexuelle augmente avec le niveau d'instruction des jeunes* » est vérifiée.

Lorsqu'on considère globalement l'incidence de l'ensemble des variables sur l'accès aux services de santé sexuelle par les jeunes, le fait d'être célibataire, mariés et divorcés ou séparés,

ne fait pas varier l'accès aux services de santé sexuelle des jeunes. Par contre, la fréquentation des structures de santé, la région où vit le jeune, le fait de fréquenter l'église protestante se sont révélés significatifs et expliquent donc la variation d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive. Il faut noter que la construction des infrastructures, la formation du personnel et la dotation des structures existantes en équipements modernes couplé d'une instance sensibilisatrice jouera un rôle déterminant pour encourager les jeunes d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive.

Par contre la variable « région » avec son niveau significatif nous a permis de vérifier l'hypothèse 1 qui mentionne que « *les jeunes qui vivent dans la ville de N'djaména ont plus de chance d'accès à un service de santé sexuelle que ceux qui vivent dans la région* » est confirmé.

Quant aux variables « Occupation principale », le « sexe » ainsi que « l'âge », leurs niveaux non significatifs ne nous ont pas permis de vérifier l'hypothèse 3 qui mentionne que « la chance d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive augmente avec l'âge ».

En définitive, l'accès des jeunes aux services de santé sexuelle et reproductive est déterminé par certaines variables contextuelles telles que : niveau d'instruction, la région où vit habituellement le jeune, la fréquentation des structures d'encadrement des jeunes ainsi que la variable religion.

CONCLUSION GENERALE

Comme il est opportun de faire un tour d'horizon sur les différents aspects qui ont été développés, l'objectif principal pour ce travail était de pouvoir identifier les insuffisances des infrastructures sanitaires au Tchad au regard des jeunes d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive.

A cet effet, quatre objectifs spécifiques ont guidé cette démarche. Il s'agissait de :

1. Evaluer le niveau d'accès des jeunes aux services de santé en matière de la sexualité des jeunes au Tchad;
2. Identifier les régions où l'accès des jeunes aux services de santé est influencé par les caractéristiques culturelles en matière de sexualité;
3. Identifier parmi les caractéristiques d'identification des jeunes celles qui explique le niveau actuel d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive;
4. Identifier les obstacles à l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive chez les jeunes. Afin de rendre ces objectifs réalisables, différents approches et modèles qui traitent de l'accès aux services de santé sexuelle ont été exploités. Par rapport aux approches il convient de distinguer ici :

a) La notion de «accès», qui établit une différence entre d'une part les caractéristiques individuelles liées à l'accès dont l'âge et le sexe et d'autre part, les caractéristiques contextuelles d'accès aux services de santé telles que le statut social et économiques des jeunes, la disponibilité et l'accessibilité aux services de santé sexuelle.

b) la mise en place d'un nouveau programme avec l'appui du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) dénommé « programme de renforcement de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes y compris la prévention des IST/VIH/SIDA » dans quelques régions du Tchad a fin de contribuer à l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes de 10 à 24 ans.

En ce qui concerne les modèles théoriques, nous avons fait recours à ceux développés par Pierre FOURNIER et Slim HADDAD sur l'utilisation des services de santé dans les pays en développement. Dans ce modèle, il est apparu que le processus d'accès aux services de santé dans les pays en développement devra inclure plusieurs dimensions notamment, économiques, sociales, culturelles, sanitaires etc.

En cela, l'hypothèse principale émise dans cette étude soutient que: l'accès aux services de santé sexuelle par des jeunes peut transformer sa mentalité sociale physique sous l'influence de divers facteurs de leur identification. De celle-ci, a découlé les hypothèses spécifiques suivantes

:

1. Les jeunes qui vivent dans la ville de Ndjaména ont plus de chance d'accès à un service de santé sexuelle et reproductive;
2. La chance d'accès à un service de santé sexuelle augmente avec le niveau d'instruction;
3. La chance d'accès à un service de santé augmente avec l'âge.
4. Les jeunes qui vivent en milieu urbain ont plus de chance d'accès à un service de santé que ceux qui vivent en milieu rural.

Cependant, à la suite de nos analyses, il résulte que toutes les caractéristiques d'identification des jeunes retenues dans cette étude, sont en majorité les caractéristiques contextuelles qui ont une influence déterminante sur l'accès à un service de santé sexuelle et reproductive. Ces facteurs se réfèrent particulièrement aux services fréquentés, au niveau d'instruction, à la religion, à la situation matrimoniale ainsi qu'à la région où vivent habituellement les jeunes. En effet, à l'issue d'une discussion menée au niveau de ces facteurs, il est ressorti que des quatre hypothèses spécifiques émises, seulement deux d'entre elles qui ont pu être vérifiées. Il s'agit de : H1. « Les jeunes qui vivent dans la ville de Ndjaména ont plus de chance d'accès à un service de santé sexuelle »; H2. « La chance d'accès à un service de santé sexuelle augmente avec le niveau d'instruction ».

Ainsi, par rapport à l'instruction des jeunes, il convient de noter que ce sont les jeunes n'ayant sans niveau d'instruction et niveau primaire auraient moins de chance au niveau d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive pendant la période d'observation. Alors que ceux du niveau secondaire et plus ont plus de chance d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive.

De même, les analyses portées sur la région où vivent les jeunes montre un réel avantage aux jeunes qui vivent dans les régions du Logone oriental et Logone occidental qui ont plus de chance en ce qui concerne l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive que les jeunes qui vivent dans les autres régions.

Concernant la religion, nous estimons que l'avantage serait aux jeunes qui fréquentent la religion protestante que les autres qui ont d'énormes difficultés d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive.

De même, il apparaît que si la politique nationale met l'accent sur la construction des infrastructures socio sanitaire, la formation du personnel et la dotation des structures existantes en équipements modernes, auraient un impact significatif sur l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive. Ceci se justifie selon la projection de la direction de la population et de la planification humaine (2014) que la proportion des adolescents et de jeunes qui connaissent les méthodes modernes de contraception croissant mais leurs utilisations constituent un véritable goulot d'étranglement.

Compte tenu de la dynamique de la population sans cesse croissante, nos recommandations en vue d'une réforme sérieuse et profonde du système éducatif Tchadien offrant les mêmes chances aux garçons et aux filles est donc impérative pour assurer aux adolescents et jeunes une éducation et formation de qualité et adaptées aux besoins de développement du pays surtout vers une responsabilité au niveau politique nationale de la santé qui devra :

- tenir compte des différents contextes des jeunes dans les interventions à mener dans la politique en faveur des jeunes
- Construire des structures de services sociaux sanitaires spécifiques susceptibles d'aider à développer les attitudes des jeunes sur l'accès aux services de santé et reproductive.

En fin, il nous revient de reconnaître que les résultats issus de cette étude ne sont pas suffisantes pour traduire la situation des jeunes au Tchad pendant la période de notre observation car la dimension sur laquelle a porté les analyses ne tient compte que des caractéristiques des jeunes qui connaissent et fréquentent les services de santé sexuelle et reproductive. En effet, pour des besoins d'approfondissement d'une telle étude, nous estimons qu'il serait envisageable de mener une étude spécifique que les analyses intègrent effectivement les caractéristiques des jeunes qui ne connaissent pas les structures des services sociaux sanitaires spécifiques pour espérer déboucher à des conclusions beaucoup plus réalistes.

Références

Bond V. and Dover P. (1997), « Men, Women and Trouble with Condoms: Problems Associated with Condom Use by Migrant Workers in Rural Zambia », in *Health Transition Review*, Supplement to volume 7, p. 377-391.

Calvès A.E. 1998. « La sexualité pré maritale des adolescents à Yaoundé », in KUATEDEFOB. (dir.), *Sexualité et santé reproductive durant l'adolescence en Afrique.*, Boucherville, Ediconseil Inc., p. 15-26.

Calvès A.E., Cornwell G.T. and Enyegue P. 1996. *Adolescent Sexual Activity in Sub-Saharan Africa: Do Men Have the Same Strategies and Motivations as Women?* University Park, Pennsylvania, Pennsylvania State University, Working paper, 34 p.

Centre d'études de la famille (CEFA), Santé sexuelle et de la reproduction des jeunes, manuel de formation, 2001

Centre d'Etudes de la Famille Africaine (CEFA), Cours régional, Communiquer efficacement avec les jeunes en matière de sexualité de santé de la reproduction Lomé-Togo, 2004

Danielle Zangréyanogho, Fernand Bationo/PSV/DHTE, Etude sur la stratégie d'IEC/CCC du Programme Santé Sexuelle-VIH/SIDA, Droits Humains et Lutte contre le Trafic et les Pires Formes de Travail des Enfants, 2004

Dr Antonio Gerbase (2015), La santé sexuelle et reproductive: un enjeu international de santé publique ; Direction Générale de la Santé Publique Française, 12 P

FOURNIER P. et HADDAD S., 1995 - Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en Développement, pp.289-325, in Hubert GERARD et Victor PICHE : la sociologie des populations, Montréal, AUPELF-UREF, pp. 289- 325.

Kaptue L. 1998. « Les adolescents et le VIH/SIDA: le cas du Cameroun », in KUATEDEFO B. (dir), *Sexualité et santé reproductive durant l'adolescence en Afrique*, Boucherville, Ediconseil Inc., p. 287-296.

Meekers D. and Calvès A.E. 1997. « *Gender Differentials in Adolescent Sexual Activity and Reproductive Health Risk in Cameroon* », Washington D.C., Population services international, Research Division, 50 p.

Meekers D. and Calvès A.E. 1997. « *Gender Differentials in Adolescent Sexual Activity and Reproductive Health Risk in Cameroon* », Washington D.C., Population services international, Research Division, 50 p.

Ministère de la Santé /Direction de la Santé de la Famille, (Burkina Faso) Plan
Stratégique de la santé des jeunes 2004 à 2008, 2004

OMS(2013) sante sexuelle, Bureau Régional de l'Europe, Version française, 70P

<https://www.sante-sexuelle.ch/fr/nos-activites/informationeducation-formation-sante-sexuelle/education-sexuelle>

Organisation mondiale de la santé (OMS):

www.who.int/reproductive-health/index.htm

www.apps.who.int/rhl/en/index.html

Projet Planification Familiale DGP/GTZ/DED, Les jeunes et la santé de la reproduction, Kit IEC/SR, 1998.

Rwenge M. 1995. *Statut de la femme, comportements sexuels et SIDA en Afrique subsaharienne: le cas du Cameroun* (Communication présentée au séminaire sur « les aspects socio-économiques, sanitaires et démographiques du VIH/SIDA en Afrique », organisé par l'UEPA, Abidjan, 26-28 octobre 1995).

Rwenge M. 1999. *Facteurs contextuels des comportements sexuels : le cas des jeunes de la ville de Bamenda (Cameroun, Yaoundé, IFORD, UEPA, 164 p.*

Rwenge M. 2000. « Sexual Risk Behaviors among Young People in Bamenda, Cameroon », *International Family Planning Perspectives*, vol. 26, n° 3, p. 118-123.

SALEH Damane A., CAMAN B.O., GUENGANT P., 2004 - Guide de sensibilisation en matière de la santé de la reproduction, République du Tchad ,Ministère du Plan, du Développement et de la coopération, ,145 pages.