

Research Article

CROYANCES ASSOCIÉES À LA PRISE DE RISQUES SEXUELS CHEZ LES ADOLESCENTS ET JEUNES ADULTES À YAOUNDÉ-CAMEROUN

^{1,*}Bessala Ndzié Belinga Bruno Ludwic, ²Mvessomba Edouard Adrien, ²NgahEssomba Hélène Chantal, ¹Levodo Pierre, ²Itong Emmanuel

¹Doctorants au Département de Psychologie de l'Université de Yaoundé I, Cameroun.

²Enseignants au Département de psychologie de l'Université de Yaoundé I, Cameroun.

Received 10th November 2024; Accepted 11th December 2024; Published online 31st January 2025

RÉSUMÉ

La santé sexuelle des adolescents et des jeunes adultes est au centre des politiques gouvernementales en raison de leur implication dans des comportements sexuels à risque. Les conséquences des telles conduites sont entre autres, les grossesses précoces, les infections sexuellement transmissibles en général et le VIH/Sida en particulier. Cette prise de risque a fait l'objet de plusieurs travaux en psychologie sociale cependant, peu d'études à ce sujet ont permis de mettre en exergue le rôle des croyances en contexte camerounais. Cet article vise à identifier les différents comportements sexuels à risque et les croyances qui y sont associées auprès des adolescents et des jeunes adultes de la ville de Yaoundé. À partir des entretiens semi-directifs menés auprès de 11 participants, il en ressort que deux types de comportements sexuels à risque sont régulièrement évoqués : les rapports sexuels sans protection et le multipartenariat sans protection. Ces comportements sont sous-tendus par trois types de croyances: les croyances fatalistes, les croyances religieuses et le sentiment d'invulnérabilité. Cette étude pourra aider à élaborer efficacement des stratégies visant à lutter contre la persistance des comportements sexuels dangereux.

Mots clés: prise de risque sexuel, jeunes adultes, croyances fatalistes, croyances religieuses, sentiment d'invulnérabilité.

ABSTRACT

The sexual health of adolescents and young adults is at the center of government policies due to their involvement in risky sexual behaviors. The consequences of such behaviors include, among others, early pregnancies, sexually transmitted infections in general, and HIV/AIDS in particular. This risk-taking has been the subject of several studies in social psychology; however, few studies on this topic have highlighted the role of beliefs in the Cameroonian context. This article aims to identify the different risky sexual behaviors and the beliefs associated with them among adolescents and young adults in the city of Yaoundé. Based on semi-structured interviews conducted with 11 participants, it appears that two types of risky sexual behaviors are regularly mentioned: unprotected sexual intercourse and unprotected multiple partnerships. These behaviors are underpinned by three types of beliefs: fatalistic beliefs, religious beliefs, and a sense of invulnerability. This study could help effectively develop strategies aimed at combating the persistence of dangerous sexual behaviors.

Keywords: sexual risk-taking, young adults, fatalistic beliefs, religious beliefs, invulnerability feeling

INTRODUCTION

Les adolescents et les jeunes adultes se livrent plus souvent à des comportements sexuels risqués que les autres groupes d'âge (Lewis *et al.*, 2017; Panchaud *et al.*, 2000; Ramiro *et al.*, 2015). En effet, la période de transition de l'adolescence à l'âge adulte est caractérisée par une exploration intense de la sexualité qui fait partie intégrante d'un développement sain (Fortenberry, 2016) d'une part, mais aussi par un manque de compétences émotionnelles et cognitives nécessaires pour prendre des décisions responsables d'autre part (Avery & Lazdane, 2009; Kann *et al.*, 2018). Les travaux portant sur les comportements sexuels à risque ont permis de mettre en exergue plusieurs conduites susceptibles d'exposer à un risque, notamment les débuts sexuels précoces, les partenaires sexuels multiples et le fait d'avoir des relations sexuelles en état d'ébriété ; toutes choses qui ont été systématiquement liées à des rapports sexuels non protégés, à un risque accru d'acquisition d'infections sexuellement transmissibles et à une grossesse non désirée (Kotchick *et al.*, 2001; Mercer *et al.*, 2013; Mokdad *et al.*, 2016). Malgré les avancées enregistrées dans la sensibilisation dans le but d'adopter des comportements sexuels sains, la prévalence des IST/MST/VIH-Sida reste la plus élevée chez les jeunes et celle-ci semble augmenter (Centers for Disease Control and Prevention, 2017; Mokdad *et al.*, 2016; World Health Organization, 2013).

Plusieurs changements d'attitudes et de comportements se produisent en effet chez les adolescents et les jeunes adultes. Ils sont plus susceptibles de présenter un comportement sexuel à risque, comme le fait d'avoir un grand nombre de partenaires occasionnels (Otis, 1996). Quelques-uns de ces changements attitudinaux et comportementaux peuvent favoriser le développement de l'identité personnelle de même que celui de la maturité physiologique et cognitive de l'adolescent (Igra & Irwin, 1996). En revanche, bien qu'elles soient des périodes relativement saines, l'adolescence et la période d'adulte émergent sont souvent décrites comme des moments de détresse et de perturbations (McGee & Williams, 2000). C'est une période au cours de laquelle se développent un certain nombre d'habitudes saines et malsaines qui peuvent durer tout au long de la vie (Heaven, 1996). Par conséquent, l'adoption de comportements de santé positifs pendant cette période présente un grand potentiel pour réduire les problèmes de santé plus tard dans la vie (Broadstock *et al.*, 1996). Statistiquement parlant, ils sont surreprésentés dans presque tous les types de comportements à risque (Kuther & Higgins-D'Alessandro, 2000; Watts & Wright, 1990). La prévalence de ces comportements à l'adolescence ressort dans un grand nombre de recherches (Adekan *et al.*, 1994; Bagnall, 1988; Beinart *et al.*, 2002; Goddard & Higgins, 1999; Madu & Matla, 2003). Aussi, les travaux de Millstein et Halpern-Felsher (2002a et 2002b) ont montré que l'invulnérabilité absolue (c'est-à-dire le fait pour un individu d'estimer à 0 % son degré d'exposition à un risque donné) qui en serait la cause s'observe plus fréquemment chez les jeunes

adultes âgés de 20 à 30 ans (34%) que chez les adolescents âgés de 10 à 15 ans (14%).

Les raisons pour lesquelles les adolescents sont impliqués dans des comportements à risque ont souvent été centrées sur des explications développementales, les adolescents étant considérés comme incapables de prendre des décisions rationnelles concernant leur comportement (Courtois, 2011). Par ailleurs, l'une des idées dominantes est que la participation à un comportement à risque est le résultat de croyances comme la croyance en une invulnérabilité personnelle (Lapsley & Hill, 2009) ou d'un fort biais optimiste envers les comportements à risque qui conduit à considérer qu'on a personnellement moins de risques que les autres (Weinstein, 1980). En outre, d'autres croyances notamment les croyances religieuses, les croyances fatalistes, les croyances culturelles et traditionnelles sont généralement évoquées comme des facteurs qui influencent les comportements d'une manière générale (Fomba, 2020; Khandan *et al.*, 2019; KwesiAmponah, 2018; Ngueutsa&Kouabenan, 2014; Shen *et al.*, 2009; Spitzstetter, 2006; Üngüren, 2018).

Les influences de ces différentes croyances sont susceptibles de modifier la perception du danger ce qui laisse entrevoir l'adoption des conduites dangereuses en matière de santé et plus spécifiquement en matière de santé sexuelle et reproductive. Ainsi, cette étude vise à identifier les croyances associées à la prise de risque sexuel chez les adolescents et les jeunes adultes du Cameroun en général et de la ville de Yaoundé en particulier. Dans cette optique, la question qui constitue notre fil conducteur est celle de savoir quelles sont les croyances qui sous-tendent la prise de risque sexuel ? Pour y apporter une réponse, notre travail sera axé sur deux articulations. La première articulation portant sur les procédures méthodologiques ayant soutenu la sélection des participants, l'élaboration de l'outil de collecte des données, son pré-test et sa validation, la procédure de collecte des données et l'outil d'analyse de ces données. La seconde articulation quant à elle, se concentre sur la présentation des résultats et leur discussion.

MÉTHODE

Participants

Les participant(e)s ont été recruté(e)s parmi les adolescents et jeunes adultes de la ville de Yaoundé à partir d'un échantillonnage de convenance. Comme critère d'éligibilité, il fallait être âgé(e) de 17 à 30 ans. En effet, en psychologie du développement, Piaget (1956) précise que la période de l'adolescence est comprise entre l'enfance et l'âge adulte. Elle commence avec le début de la puberté et s'achève à l'entrée de l'âge adulte (10-18 ans : 10-11 ans pour la fille et 11-12 ans pour le garçon) d'une part. D'autre part, l'OMS définit l'adolescence comme la période de la vie d'un individu qui va de 10 à 19 ans. En outre, l'expression jeune adulte désigne généralement les personnes de plus de 18 ans qui vivent seules (Dadoorian, 2007).

Dans le cadre de cette recherche, pour entrer en contact avec eux, nous les rencontrons parfois dans la rue pour certains, et dans le campus de l'Université de Yaoundé I pour d'autres. Leurs avis ont été recueillis de façon volontaire. Toutefois, aucune compensation financière n'a été offerte aux participant(e)s en contrepartie de leur participation à l'étude. Au total, 11 intervenants ont été interviewés et répartis ainsi qu'il suit : 07 de sexe masculin et 04 de sexe féminin.

Elaboration de l'outil de collecte de données

Pour la collecte des données de cette étude, nous avons eu recours à un guide d'entretien. Cet instrument a donné la possibilité de recueillir les informations sur deux principaux thèmes : les comportements sexuels qui caractérisent la prise de risque et les croyances associées à cette prise de risque. Ces entretiens étaient semi-directifs.

a) Les comportements sexuels à risque

Les questions relatives à ce thème permettaient aux participants de se prononcer sur les comportements sexuels exposant à une prise de risque. Ces comportements sont constitués de l'ensemble des pratiques sexuelles qui exposent celui qui les pratique aux IST/MST/VIH/Sida et autres affections telles que les grossesses précoces ou non désirées. Il s'agit notamment du fait d'entretenir des relations sexuelles sans préservatifs et du fait d'entretenir des rapports sexuels non protégés avec plusieurs partenaires (Exemple : quels sont, pour toi, les comportements sexuels pouvant exposer celui qui les pratique à être contaminé par le VIH/Sida ?) Est-ce qu'il n'y aurait pas d'autres pratiques ? ; et de se prononcer sur ce type de comportements (exemple : penses-tu que l'on puisse manifester les comportements que tu viens d'énumérer et ne pas être contaminé par le VIH/Sida ?).

b) Les croyances

Plusieurs types de croyances développées par les individus sont mentionnés dans la littérature en psychologie sociale, notamment en ce qui est des comportements relatifs à la santé (NghaEssomba *et al.*, 2022). Parmi celles-ci figurent les croyances fatalistes, l'illusion d'invulnérabilité, l'optimisme comparatif, l'illusion de contrôle, les croyances au contrôle divin et les croyances traditionnelles ou culturelles. En nous appuyant sur cette littérature, il était demandé aux participants de donner les informations sur ces différentes croyances.

- Penses-tu que certaines croyances permettent de se protéger du VIH/Sida ? Lesquelles ? (Et ceux qui croient que le Sida n'existe pas ou qu'il a été inventé pour décourager les amoureux ? Que cela n'arrive qu'aux autres) ;
- Le sentiment d'invulnérabilité (Ex : Vous arrive-t-il de vous sentir comme quelqu'un qui ne peut pas être atteint du VIH/Sida ?) ;
- Croyance au contrôle divin (Ex : Certaines personnes pensent que des pratiques telles que la prière, le jeûne et les rituels peuvent protéger du VIH/Sida ?) ;
- Croyances fatalistes (Ex : Certaines personnes disent que si une personne est destinée à avoir une maladie grave comme le VIH/Sida, elle aura cette maladie ; comment ?).

Pré-test et validation

En vue de valider notre instrument de collecte de données, nous avons dans un premier temps procédé à un pré-test. En effet, c'est une étape importante dans le processus de validation d'un instrument de collecte des données. Le pré-test permet au chercheur de savoir si l'outil de collecte utilisé est à mesure de recueillir l'information nécessaire ou l'information qu'il souhaite avoir. Le pré-test permet d'évaluer la clarté et l'applicabilité de l'instrument (Mvessomba, 2013). Il s'est effectué au campus de l'université de Yaoundé I, auprès des étudiants en attente du passage du cours. Après une brève discussion avec chacun pour des civilités, nous avons présenté l'objet de notre sollicitation et avons procédé à l'interview proprement dite. En moyenne, l'entretien durait entre 15 et 20 minutes maximum. Nous avons personnellement dirigé tous les entretiens. Ceux-ci ont souvent eu lieu dans un endroit calme. Après les formules de

politesse d'usage, l'objectif de la recherche qui consiste à explorer les comportements sexuels à risque des jeunes adultes était présenté aux participant(e)s. Ils/elles étaient invité(e)s à accepter que les entretiens soient enregistrés à l'aide d'un téléphone multimédia. **En outre**, dans le but de respecter la confidentialité des informations et de toutes les données recueillies auprès des participants ainsi que leur anonymat, des pseudonymes ont été utilisés pour nommer les participant(e)s lors de la rédaction des résultats.

Analyse de contenu

Nous avons privilégié l'analyse qualitative thématique proposée par Braun et Clarke (2006), qui est une approche inductive ayant pour objectif d'identifier et d'analyser des thèmes émergents de l'entièreté du discours des participants. Comme il s'agit d'une approche inductive, la thématization et la catégorisation ne sont pas imposées en fonction d'un cadre théorique. Après la transcription des entretiens, nous avons méthodiquement examiné les interviews afin d'identifier les concepts pertinents pouvant constituer des sous-thèmes pour chaque thème principal. Afin de nous assurer de la confidentialité, nous avons modifié les prénoms des personnes interviewées et des lieux de rencontre lors de la retranscription. Chaque prise de parole d'un(e) participant(e) était considérée comme une unité d'information. Mais une prise de parole pouvait aussi être constituée de plusieurs unités d'information. Dans ce cas précis, on pouvait avoir une ou plusieurs idées allant, soit dans le même sens, soit dans des sens différents ou contraires. C'est ce qui a parfois justifié la nécessité de les diviser en plusieurs unités d'information. Les unités d'information nous ont donné des renseignements sur les participant(e)s par rapport à l'infection du VIH/Sida en fonction des thèmes.

RÉSULTATS

L'analyse des réponses des personnes interviewées permet de ressortir les principaux comportements sexuels liés à la prise de risque d'une part, les croyances qui sous-tendent ce type de comportements d'autre part. S'agissant des comportements à risque, nous avons : les rapports sexuels sans protection avec un seul partenaire qui n'est pas son conjoint et les rapports sexuels avec plusieurs partenaires autres que ses conjoints sans protection. Pour ce qui est des croyances à la base de l'adoption de ces conduites à risque, elles sont de trois ordres : les croyances religieuses, les croyances fatalistes et le sentiment d'invulnérabilité.

Identification des participants

Tableau 1 Présentation des participants en fonction de l'âge et le statut socioprofessionnel

Pseudonymes	Sexe	Age	Niveau d'instruction	Statut
1- Arsène	M	18 ans	Primaire	Coiffeur
2- Cyrus	M	26 ans	Secondaire	Sans emploi
3- Davy	M	22 ans	Secondaire	Mototaximan
4- Jean Charles	M	28 ans	Supérieur	Etudiant
5- Jordane	F	29 ans	Supérieur	Etudiante
6- Josephat	F	28 ans	Secondaire	Infirmière
7- Keren	F	21 ans	Supérieur	Etudiante
8- Longin	M	24 ans	Primaire	Mototaximan
9- Richy	M	19 ans	Supérieur	Etudiant
10- Robi	M	26 ans	Supérieur	Etudiant
11- Vanelle	F	19 ans	Supérieur	Etudiante

Le tableau ci-dessus présente les informations relatives à l'identification des participant(e)s auprès desquels les entretiens ont été menés. Les informations présentées concernent entre autres : le sexe, l'âge, le niveau d'instruction et le statut socioprofessionnel.

S'agissant du genre, nous avons enregistré 04 participants de sexe féminin et 07 de sexe masculin. En ce qui concerne l'âge, il varie entre 18 et 29 ans. Quatre des onze participants ont un âge compris entre 18 et 21 ans (Arsène, Keren, Richy et Vanelle), deux d'entre eux ont un âge compris entre 22 et 25 ans (Davy et Longin) et les cinq derniers ont un âge compris entre 26 et 29 ans (Cyrus, Jean Charles, Jordane, Josephat et Robi). Par rapport niveau d'instruction, trois niveaux sont représentés ici : le niveau du primaire avec 02 participants (Arsène et Longin) ; le niveau du secondaire avec 03 participants (Cyrus, Davy et Josephat) et le niveau du supérieur avec 06 participants (Jean Charles, Jordane, Keren, Richy, Robi et Vanelle). S'agissant enfin du statut socioprofessionnel, trois rubriques se dégagent. La première a trait au statut d'étudiant. En effet, sept des onze participants déclinent leur statut en tant qu'étudiant ou admis dans une école de formation. C'est le cas de Jean Charles, Jordane, Josephat, Keren, Richy, Robi et Vanelle qui ont été rencontrés dans le campus de l'Université de Yaoundé I ; tandis que Josephat s'est présentée comme étant élève-infirmière dans un institut de la ville de Yaoundé. Trois participants appartiennent à la seconde rubrique qui a trait au secteur informel constitué de chauffeurs de mototaxi et de coiffeur notamment, Davy et Longin pour le premier cas et de Arsène pour le second cas. La troisième rubrique se réfère au statut de sans emploi et seul Cyrus en fait partie.

Prise de risque chez les adolescents et jeunes adultes

La prise de risque chez les adolescents et les jeunes adultes peut être observée à travers la description qu'ils font des comportements sexuels à risque ; ceux-ci pouvant résulter des expériences personnelles ou de celles vécues par un proche.

Comportements sexuels à risque

Il est question ici de répertorier les expériences dites à risque et autres comportements susceptibles d'exposer celui qui les pratique à la contamination du VIH/Sida. A la question de savoir "Quels sont, pour toi, les comportements sexuels pouvant exposer celui qui les aopte à être contaminé par le VIH/Sida ?" Deux modalités de réponse nous sont données : entretenir des rapports sexuels sans protection et le fait d'entretenir des rapports sexuels sans protection avec plusieurs partenaires.

S'agissant des rapports sexuels sans protection, 7/11 (64%) des participants identifient ce facteur comme étant le facteur majeur dans la prise de risque. A cet effet, Arsène (18 ans) précise que « c'est parce qu'ils ont des rapports sexuels non protégés. Donc, le manque de protection ». Pour Robi (26 ans), « Bon, les comportements que quelqu'un peut adopter pouvant l'exposer au VIH/Sida, il y a le manque de protection. Il va avec son partenaire sans se protéger et il le fait avec brutalité, avec violence, quoi ! ». C'est le même point de vue que Vanelle (19 ans) pour qui, « Concrètement, quand tu es face à une telle situation, que fais-tu ? Te protèges-tu ou alors tu fonces sans ta capote ? C'est la deuxième éventualité qui est souvent envisagée ». Josephat (28 ans) voit en cela « une sexualité non contrôlée, une sexualité non protégée ». Cette attitude est décriée par Richy (19 ans) qui la juge d'attitude irresponsable quand il affirme : « Je ne comprends pas comment quelqu'un peut se risquer jusqu'à ce niveau ». C'est également le même point de vue pour Jordane (29 ans) qui reconnaît les efforts qui sont faits pour

conscientiser les uns et les autres, surtout pendant les campagnes de sensibilisation. Il déclare à ce propos « Pendant les vacances, je suis toujours impliqué dans les caravanes Vacances Sans Sida. Au cours de celles-ci, on distribue gratuitement les préservatifs aux jeunes, car on ne sait jamais ». Pour Davy (22 ans) et Keren (21 ans) cela relève du suicide quand ils reconnaissent unanimement que : « Avec le dehors qui est risqué-là, rapports sexuels sans condoms équivaut à un suicide ».

D'autre part, parmi les comportements sexuels à risque, nous avons décelé que nos participants font allusion aux rapports sexuels non protégés avec plusieurs partenaires. Le phénomène du multipartenariat a retenu l'attention de 9/11 (82%) participants. Pour Arsène, cela s'illustre par « le fait d'avoir plusieurs copines et donc ils vont avec elles sans se protéger ». Cela se traduit également par l'infidélité telle que le précise Jean Charles (28 ans) pour qui, « je dis euh, dans un premier temps, il y a l'infidélité. Et si je dis infidélité, c'est ..., enfin, je veux parler une multitude de partenaires » ou bien « le fait qu'ils se livrent aussi à plusieurs partenaires ». Longin quant à lui note cet état de chose pour le fustiger et déclare : « Il y a le cas des jeunes qui ont plusieurs filles ou plusieurs garçons. Et dans ces relations tu ne sais pas qui est malade ou qui ne l'est pas ; surtout que tu ne peux pas le lire sur le visage des gens. Donc en allant avec tout ce monde-là, tu es sûr d'être infecté ». Dans le même ordre d'idées, Cyrus trouve lui aussi ce comportement répréhensible quand il déclare : « Je dirais que c'est un pervers, c'est-à-dire qu'il veut toujours aller de femme en femme, toutes les filles qu'il croise sur son chemin. Il tient absolument à les découvrir sans toutefois chercher à savoir leur état de santé ». Jordane renchérit en disant que « notre jeunesse d'aujourd'hui est soumise à une influence des réseaux sociaux qui déroutent beaucoup d'entre eux ; quand il déclare : « Les réseaux sociaux ont une grande influence sur certains d'entre nous et se laissent aller à des pratiques pas très orthodoxes, notamment le multipartenariat ». Davy quant à lui, voit en cela une pratique aux visées économico-sexuelles. Il déclare à ce niveau que « Plusieurs jeunes filles, mais malheureusement aussi des garçons, pensent survenir à leurs besoins en se livrant à cette pratique que moi je taxe de diabolique ».

En outre, les participants pensent que la consommation des substances psychoactives d'une part et l'influence des pairs d'autre part sont responsables de conduites sexuelles à risque et qui se concrétisent par la pratique de rapports sexuels non protégés avec plusieurs partenaires à la fois. A cet effet, Arsène déclare : « Généralement et même depuis quelque temps, le phénomène de partouze (charter sexuel) est très fréquent au milieu des jeunes. C'est triste, mais c'est la réalité. Les gars, sous le coup des influences soit de leurs amis ou bien de leurs camarades de classes pairs ou alors même sous l'influence du chanvre, des alcools ou bien des comprimés qu'on vient parfois leur livrer à l'établissement, abandonnent les cours pour aller se livrer à ce type d'activité ». Il termine son propos à ce sujet en déclarant : « Vu ce qu'on vient de citer, c'en est déjà assez pour que celui qui se comporte de la sorte s'expose automatiquement au VIH/Sida. Ce point de vue est partagé par Jean Charles qui pense que « Il n'est pas possible de se comporter de la sorte et prétendre être à l'abri des infections sexuellement transmissibles et notamment le VIH/Sida ; ce n'est pas possible. Une telle personne est totalement exposée au VIH/Sida » ; et Longin d'ajouter que « Non, penser que l'on peut se comporter ainsi et penser qu'on ne sera jamais atteint du VIH/Sida est impossible ». « Non jamais ! Il est impensable de croire qu'en se comportant de la sorte, qu'on puisse être à l'abri d'une éventuelle contamination. Je dirais même qu'on est largement exposé ». Ce point de vue est partagé par Cyrus et Vanelle quand ils déclarent que

« Non, pour moi, en se livrant à ce genre de vie, à ces types de pratiques, on est certain d'être contaminé ».

Ainsi, sur les 11 interventions retenues, seules 04 (37%) d'entre-elles nuancent en reconnaissant explicitement que, bien que ces pratiques soient susceptibles d'exposer ceux qui les pratiquent à une contamination, on n'est pas toujours rattrapé par ses inconduites. C'est ainsi que Richyadmet que « Je pense qu'on peut adopter ces conduites que nous venons d'énumérer et ne pas être contaminé par le VIH/Sida parce que de nos jours la médecine est tellement évoluée, synthétisée, si je peux le dire ainsi. Du coup, plusieurs méthodes de planning sont proposées et autorisées aux jeunes. Mais malheureusement, beaucoup vivent dans l'ignorance ; et pourtant, c'est gratuit à l'hôpital et dans les dispensaires ce planning-là » ; et puis Josephat d'ajouter : « Prétendre vivre de la sorte et ne pas être infecté par le VIH/Sida, à ce niveau mon avis est mitigé parce que ça joue un grand rôle. Chacun a ses orientations et peut décider, malgré toutes ces méthodes préconisées pour éviter certaines infections notamment le VIH/Sida, qu'il adopte d'autres comportements. Vous savez, l'être humain a ceci de particulier qu'on ne peut pas prédire son comportement. Donc euh, à un niveau ça dépend de chacun, mais je sais que quand on utilise certaines méthodes pour contraindre ce genre de comportement, ça peut avoir, pas que ça peut, ça un impact considérable sur le comportement sexuel de l'individu ou du jeune ».

On constate que nos participants sont parfaitement conscients du danger qu'il y a à adopter tel ou tel comportement sexuel, cependant plusieurs s'y adonnent au détriment de leur santé. Ces comportements peuvent être la résultante d'un système de croyances inhérent au contexte socioculturel dans lequel ils vivent.

Les croyances

A la lumière des interventions de nos participants, on dénombre plusieurs croyances ayant un lien avec les causes et à la protection contre le VIH/Sida. Celles-ci se rapportent en fait aux pratiques, aux objets et aux êtres qui constituent l'univers des croyances de ces participants. Parmi ces croyances, trois d'entre elles reviennent de manière récurrente, à savoir : les croyances religieuses ; les croyances fatalistes et le sentiment d'invulnérabilité.

Les croyances religieuses

Les croyances qui attribuent la protection contre les fléaux tels que le VIH/Sida à Dieu sont partagées par la quasi-totalité de nos participant(e)s. Pour eux, il n'y a pas un être qui soit suprême que le Créateur de toute chose. C'est ce qui transparaît dans les propos de Arsène, lorsqu'il reconnaît explicitement « Bien sûr que la croyance en Dieu permet de se protéger des maladies notamment le VIH/Sida » ; point de vue partagé par Josephat qui avoue que « Pour moi, oui ouioui ! Les croyances permettent de se protéger, notamment la croyance en Dieu, le Père ; je sais que je suis sûre de moi-même, je fais ma prière et je sais que rien ne peut m'arriver, mon Dieu me protège ». Dieu est non seulement au centre de tout, mais c'est aussi lui qui décide de tout ce qui arrive ou va arriver : « Bon, c'est Dieu qui décide de tout, hein ! Ouais ! Et on ne se lève pas un beau matin, chacun ne se sort pas de chez soi allant pour attraper une maladie ou peut faire un accident. Tout ce qui nous arrive, c'est Dieu qui décide ; d'après moi » (Robis). Poursuivant son discours, il déclare : « Bien sûr que oui, par les prières, je me sens protégé contre tout... La solution c'est de prier le bon Dieu ». Dans la même optique, Longin affirme « Je vais dire que la croyance est quelque chose que tout le monde peut expérimenter, mais sachant que la seule personne qui puisse nous protéger est Jésus Christ, le Dieu très

haut ». Il en est de même pour Cyrus, il précise à ce niveau : « Pour moi, c'est une erreur très grave de penser que la croyance en Dieu ne soit pas susceptible de nous protéger du VIH/Sida ». Vanelle va plus loin en faisant même allusion aux autres créatures telles que les anges quand il déclare que « Pour moi, Dieu a mis à la disposition de chacun un ange gardien qui veille sur lui, 24h/24. Du coup, je pense que la croyance, pour moi, est importante dans la vie ». Compte tenu de ces opinions nous pouvons dire que croire en Dieu est un facteur de protection pour nombre d'entre eux. Cependant, on note aussi l'influence des croyances fatalistes.

Les croyances fatalistes

Il ressort des opinions recueillies, que nos participants, de manière unanime, attribuent l'infection au VIH/Sida à une action de la destinée. Ils évoquent notamment les contaminations qui résultent des viols ou alors les cas où le préservatif se déchire ou s'arrache au cours du rapport sexuel sont considérées comme faisant partie de la malchance. Ces croyances fatalistes amènent à penser que la contamination est une affaire qui peut arriver malgré l'hygiène de vie que l'on puisse adopter. Cela est illustré par ces extraits : « Seul Dieu décide de qui sera malade, de qui ne le sera pas. Donc je suis sûr que si Dieu a écrit dans son testament que tu seras malade, tu montes, tu descends, avant de mourir tu auras cette maladie ; même si c'est seulement deux jours qui te restent avant de mourir tu auras cette maladie » (Arsène). « Seul Dieu décide de qui sera malade, de qui ne le sera pas. Donc je suis sûr que si Dieu a écrit dans son testament que tu seras malade, tu montes, tu descends, avant de mourir tu auras cette maladie ; même si c'est seulement deux jours qui te restent avant de mourir tu auras cette maladie » (Arsène) ; « Bon, dans le cas du viol, comme tu viens de le dire, on peut considérer que c'est un coup de malchance, parce qu'elle n'a pas choisit d'être là au mauvais endroit au mauvais moment, tu ne sais pas qui est qui... donc beaucoup de chose même. Il y a aussi les cas où la capote se déchire ou s'enlève ; c'est aussi un coup de malchance » (Robis) ; « Etre atteint du VIH/Sida, une affaire de malchance, moi je dis oui. Je me dis souvent que le VIH/Sida en lui-même est une malchance puisqu'il ne devrait même pas exister dans ce monde du grand créateur. C'est quelque chose que je pense que Dieu devrait bannir dans le monde ; ce n'est pas une bonne chose. « Je suis du même avis que ceux qui pensent que le VIH/Sida est une affaire de malchance parce qu'il y en a qui entretiennent des rapports sexuels non protégés et qui ne sont jamais infectés. Mais une personne malchanceuse qui a l'habitude de se protéger et qui une seule fois de sa vie fait cette erreur de ne pas se protéger lors d'un rapport sexuel occasionnel et qui se retrouve infectée à vie. Nous citerons aussi le cas de viol » (Jean Charles) ; « Dans le cadre du viol comme vous le dites, je crois que oui c'est une malchance de se retrouver dans cette situation malheureuse » (Josephat) ; « Dire que le VIH/Sida est une affaire de malchance, je pense que oui dans une certaine mesure. Notamment le cas du viol comme tu viens de le dire. Celui qui est violé et dont le bourreau était porteur du VIH/Sida et qui plus tard est déclaré séropositif est vraiment victime de malchance. Il ou elle s'est retrouvé au mauvais endroit au mauvais moment. Tout comme le préservatif qui s'enlève ou qui se déchire, oui oui, c'est possible » (Cyrus). Il ressort de ces interventions que tout avait déjà été prescrit là-haut et tout ce qu'on peut faire ne concourt qu'à l'accomplissement de cette destinée. Cependant, on décèle aussi dans leurs avis la tendance à croire que la contamination au VIH/Sida est une affaire qui ne concerne que les autres. Ce qui traduit le sentiment de n'être pas concerné.

Le sentiment d'invulnérabilité

En plus du châtement divin, de la croyance que les mauvaises choses n'arrivent qu'à des mauvaises personnes, le sentiment d'invulnérabilité apparaît dans les discours de nos participants comme étant un facteur non négligeable dans les comportements sexuels à risque. Il transparaît des opinions recueillies que les participant(e)s reconnaissent l'existence des éléments endogènes (raisons personnelles) et/ou exogènes (les éléments de la situation) à l'individu, pouvant empêcher la contamination au VIH/Sida. Il s'agit notamment de l'usage sans faille du préservatif d'une part, et de l'évitement de toute lésion au cours des rapports intimes. C'est ainsi que Annice déclare que « Je ne pense pas qu'en adoptant tous ces comportements que nous venons de citer (comportements sexuels à risque) on puisse être infecté. Parce que je me dis, quand on a une bonne hygiène de vie, on est hors du danger ». Robis reconnaît que personnellement, il lui arrive très souvent d'entretenir des rapports sexuels sans préservatif et il ne lui est jamais arrivé de choper une maladie sexuellement transmissible (MST) « Il peut t'arriver d'aller son partenaire sans se protéger et si tu le fais sans brutalité, ni violence quoi, rien ne peut t'arriver ». Longin va dans le même sens en déclarant « En état d'ébriété, on est très poussé à entretenir des rapports sexuels sans protection. A vous dire vrai, le réflexe de se protéger n'est plus présent à l'esprit. On a envie d'une seule chose, se sentir bien, tu comprends ce que je veux dire. Si tu peux le faire avec douceur, je t'assure que rien ne peut t'arriver ».

Il revient aussi de manière récurrente l'impact de la prière sur ce sentiment d'invulnérabilité. Cette croyance est particulièrement ancrée soit chez les purs traditionalistes ou alors chez les chrétiens des églises communément appelées « églises de réveil ». En effet, Annice s'estime totalement invulnérable par sa prière. Il affirme à ce propos : « Oui, je suis ainsi, mes convictions religieuses me poussent à me sentir comme dans un bouclier, je me dis que je suis sous la protection du Très Haut ». Quant à Pierrot dans son intervention, il va plus loin quand il déclare que « En dehors de la prière, certains pensent que les ancêtres, les êtres, les rituels, les cultes et les objets protecteurs peuvent protéger contre certaines maladies comme celle dont on parle là ». Davy et Keren vont même jusqu'à donner des pouvoirs protecteurs aux anges et autres saints quand ils déclarent que : « les anges et l'évocation des saints (litanies des saints) peuvent nous protéger... parce que c'est la manifestation de notre foi en Dieu ». Cette position est partagée par Jordane qui reconnaît que : « Pour moi, je sais que les ancêtres me protègent... On m'a toujours dit de ne jamais mettre ma tradition de côté au détriment de la culture occidentale. Je me dis qu'il y a quelqu'un qui veille sur moi... je pense qu'il y a des êtres pouvant protéger de toute sorte de risque ; même comme les occidentaux sont venus tout banaliser dans nos traditions. Je le sais, tout ça nous rend invulnérables ». Longin arrive à faire un parallèle entre les espérances de vie de ses parents et grands parents et cette génération. Il estime d'ailleurs que c'est important de suivre la tradition, car « il n'y a qu'à voir comment notre génération est fragile par opposition à nos grands parents qui vivaient aussi longtemps. C'est tout simplement qu'à la base, il y avait toutes ces choses et qui étaient scrupuleusement respectées ». Au regard de ce qui précède, un constat se dégage ; celui du caractère immunisant des êtres, rituels et autres objets auxquels les participants ont recours face à une pandémie telle que le VIH/Sida. Le sentiment d'invulnérabilité apparaît alors comme un des facteurs à la base des comportements sanitaires à risque.

DISCUSSION

L'objectif de cette première étude était d'identifier les comportements sexuels à risque et les croyances susceptibles de sous-tendre ces

comportements chez les adolescents et les jeunes adultes de la ville de Yaoundé. Au moyen d'entretiens semi-directifs auprès d'un échantillon de 11 participant(e)s sexuellement actifs composé de 07 de sexe masculin et de 04 de sexe féminin, nous avons mené une enquête dont les résultats nous ont permis de savoir que tous les participant(e)s interrogé(e)s perçoivent qu'il existe un risque réel en entretenant des rapports sexuels soit sans protection, soit avec plusieurs partenaires sans protection. L'analyse des contenus nous a permis de ressortir un certain nombre de comportements dits à risque. Il s'agit notamment des conduites telles qu'entretenir des rapports sexuels sans protection ou bien entretenir des rapports sexuels non protégés avec plusieurs partenaires. D'autres comportements ont été énumérés. Ceux-ci vont, entre autres, de la zoophilie à l'homosexualité. C'est la preuve que la communication invitait à un comportement sexuel responsable atteint les cibles. Cependant, l'engagement des jeunes dans l'activité sexuelle dépend largement du milieu dans lequel ils vivent, des perceptions que la société a des relations sexuelles, du rôle assigné à l'activité sexuelle (Galambos & Tilton-Weaver, 1998 ; Berger & Luckmann, 1966; Koblembi, 2010). Les comportements sexuels des jeunes sont influencés par les normes et les valeurs socioculturelles en vigueur, que ce soit au sein de la famille ou dans le cadre du cercle d'amis (Bozon, 1994 ; Foucault, 1984 ; Kangha, 2016). De cette manière, dans la famille, à l'école, dans le quartier, les adolescents fréquentent fréquemment des individus parfois plus âgés qui deviennent pour eux des personnes à idéaliser et à imiter (Tarde, 1890). Selon Mazougnazegbo (2014), il arrive fréquemment que les aînés sociaux, grâce à leurs habitudes sexuelles, éveillent une curiosité, des désirs et des envies chez les plus jeunes en les observant.

De l'analyse des réponses des participants, il est évident qu'il y a des facteurs socioéconomiques qui incitent les adolescents et les jeunes adultes à adopter des comportements sexuels à risque. Effectivement, une étude réalisée en Côte d'Ivoire sur les disparités sociales et les comportements sexuels à risque chez les jeunes adolescents montre que, face à la détérioration constante des conditions de vie des foyers, certains parents sont de plus en plus incapables de répondre aux besoins de leurs enfants. Ainsi, il est devenu courant d'avoir des relations sexuelles à un jeune âge et dans des conditions précaires dans la plupart des villes et campagnes d'Afrique subsaharienne, ainsi que dans de nombreux pays en développement (Zanou *et al.*, 2002) ; toutes choses susceptibles d'influencer l'intention d'avoir des rapports sexuels non protégés. On a beau avoir des bonnes intentions d'utiliser un préservatif, mais face à un partenaire possédant la majorité psychologique, l'intention de l'autre partenaire restera inerte, inoffensive ou totalement écrasée (Noumbissie, 2010). Dans le contexte camerounais, des résultats similaires ont été obtenus ; les jeunes filles entretiendraient donc des liens avec un ou plusieurs sponsors (des travailleurs) afin de financer leurs dépenses quotidiennes, ainsi qu'avec des partenaires réguliers, tels que des élèves ou des étudiants (Kaptué, 1998). De plus, les personnes pauvres ou menacées de précarité sont exposées à l'exploitation sexuelle et sont encouragées à échanger des faveurs sexuelles pour subsister. De cette façon, en raison des problèmes économiques, certains jeunes contractent des contrats tarifés afin de répondre à leurs besoins. Le contexte socio-économique de précarité semble donc être l'un des facteurs qui favorisent l'apparition de comportements sexuels à risque (Kacou, 2018 ; Rwenge, 1999).

Les résultats obtenus de l'analyse des interventions de nos participants s'inscrivent également dans la logique des travaux qui mettent en évidence des comportements qui laissent transparaître chez des individus le goût du risque à travers la recherche des sensations (Arnett, 1992 ; Assailly, 2010 ; Zuckerman, 1974). Elle est

devenue synonyme de comportement à haut risque (Kalichman & Rompa, 1995) ; une construction multidimensionnelle impliquant la recherche d'expériences passionnantes, aventureuses, nouvelles et souvent dangereuses ; être désinhibé dans les situations sociales ; et faire preuve de sensibilité à l'ennui (Kalichman & Rompa, 1995). Une personne sujette aux sensations sexuelles cherche fréquemment à participer à des fêtes, boit excessivement, est aventureuse, cherche des expériences sexuelles nouvelles ou différentes, peut avoir des relations sexuelles non protégées avec plusieurs partenaires sexuels, et peut consommer des drogues illégales (Cronin, 1995 ; Kalichman & Rompa, 1995 ; Boyle *et al.*, 2002 ; Reece *et al.*, 2002). Systématiquement, des recherches menées à ce sujet démontrent qu'il y a une relation entre la consommation de substances psychoactives et le comportement sexuel à risque. Les individus qui recherchent des sensations ont une plus grande fréquence de relations sexuelles et une consommation accrue d'alcool (Arnold *et al.*, 2002 ; Parent & Newman, 1999 ; Rolison, 2002).

D'après les participant(e)s, l'adoption de comportements sexuels à risque est le résultat d'une dépendance aux substances psychoactives. En effet, sous l'effet des drogues qui sont abondantes et accessibles à moindre coût sur les marchés, de nombreux jeunes utilisent ces substances pour se procurer un luxe illusoire. Cette affirmation est en accord avec les recherches menées par Williams, Norris et Bedor (2003) sur les étudiants caucasiens en quête de sensations. Cette étude a souligné que plus on consomme de l'alcool, plus on a des partenaires sexuels occasionnels (Arnold *et al.*, 2002 ; Rolison & Scherman, 2002), ce qui expliquerait le nombre toujours croissant de nouvelles épidémies.

De plus, il convient de souligner que certaines résistances à adopter des comportements sains se manifestent par des pratiques et des croyances qui sont à l'origine des comportements sexuels mentaux. Selon Rosenstock (1990), une persistance des comportements sexuels à risque pourrait être associée à un manque de reconnaissance de la gravité de la pandémie (l'idée selon laquelle, avec les progrès réalisés dans le domaine de la médecine, le sida a été initialement perçu comme le "Syndrome Imaginaire pour Décourager les Amoureux" et est devenu de nos jours une maladie comme toutes les autres) ou à une perception de l'inefficacité du comportement proposé (perception de l'inefficacité des préservatifs). Pour certains, la pandémie du VIH/Sida, tout comme de nombreuses maladies quise prolongent avec décès par la suite, sont parfois attribués à la sorcellerie (cause mystique) ; pour d'autres, le VIH/Sida, tout comme le cancer ou les hépatites, peuvent s'attraper par un mauvais sort lancé par une personne malveillante (Tsala Tsala, 2004). Des recherches sur le plan anthropologique (Mbiti, 1992 ; Kalichman & Simbaye, 2004) ont permis de mettre en exergue le fait que la croyance en la malédiction peut être la cause de maladies incurables est courante dans la culture africaine traditionnelle. Et en guise de protection contre de telles maladies, plusieurs voies de protection sont évoquées, notamment la croyance en la puissance divine.

En effet, une recherche réalisée par Poulson et ses collègues (2008) démontre que l'adhérence aux convictions religieuses ne diminue pas l'implication dans des comportements sexuels dangereux chez les adolescents. De plus, selon Goggin et ses collègues (2007), par-delà les convictions religieuses (en particulier une doctrine religieuse), la conviction du contrôle divin sur les comportements et les événements de la vie joue un rôle essentiel dans l'implication dans des comportements de protection. C'est sans doute pourquoi nos intervenants affirment qu'une prière ou une simple évocation du nom

de Jésus-Christ les protège du danger, donc de la contamination à toutes sortes de maladies, y compris le VIH/Sida.

En plus de la protection offerte par ce genre de croyance, il est clair dans les propos de nos participants que les individus atteints du VIH/Sida, en raison de leurs comportements inappropriés, sont victimes du destin. La conviction du fatalisme met en évidence clairement le sentiment d'impuissance face à cette pandémie. Les résultats de cette étude concordent avec les recherches menées par Akande (1997). En utilisant l'échelle d'attitudes envers les précautions de Moore et Rosenthal (1991), il a été démontré que le fatalisme était un facteur important de risque sexuel chez les hommes à risque occasionnel. De même, les travaux de Meyer-Weitz (2005) ont mis en évidence une corrélation entre la protection contre le VIH/Sida et le risque sexuel. D'après Hess et McKinney (2007), cette croyance fataliste implique que chacun est soumis à un pouvoir ou à un être supérieur, ainsi qu'à des forces extérieures telles que la chance, le destin ou Dieu. Selon Cohen-Mor (2001), ce pouvoir ou cet individu préfigure le déroulement de la vie d'une personne, incluant des facteurs tels que le genre, la durée de la vie et le niveau de richesse. Selon Fountain (1996 ; Latham (1993 ; Meyer-Weitz (2005)), une attitude fataliste a un impact sur les comportements entraînant une résignation passive aux événements de la vie, ce qui constitue un frein à la prévention du sida.

L'analyse des discours de nos participant(e)s a également révélé l'efficacité de la prière comme croyance de protection contre les fléaux (accidents routiers, pandémie du VIH/Sida) (NghahEssomba, 2017). Cette croyance est particulièrement forte chez les participant(e)s plus chrétiens car, à force de prier, ils développent le sentiment d'invulnérabilité (Lapsley et Flannery, 2002) qui ont montré que le sentiment d'invulnérabilité est à l'origine de l'adoption des comportements à risque.

En évoquant les avantages et les limites de cette étude, il est important de souligner que l'un des principaux avantages réside dans le fait qu'elle a prouvé que l'approche qualitative qui consiste à organiser des groupes de discussion sur la perception du risque par les adolescents était une méthode efficace et précieuse pour explorer le monde social des adolescents, leurs valeurs sous-jacentes et le contexte de leurs commentaires. L'expérience, la compréhension et le sens des adolescents ont pu être obtenus plutôt que du point de vue des chercheurs. Ceci est en contradiction avec les recherches empiriques actuelles, qui ont été largement dominées par un cadre dérivé des adultes qui ne correspond pas forcément aux représentations des adolescents. Notre étude était également soumise à quelques limites. Par exemple, les participants ont été tirés d'un échantillon de commodité prélevé dans certains campus de nos grandes écoles ; les études futures devraient envisager d'obtenir un échantillon plus élargi englobant mêmes les adolescents non scolarisés. En outre, étant donné que les adolescents qui ont participé à l'étude étaient tous âgés de plus de 16 ans, la mesure dans laquelle les résultats peuvent s'appliquer à des âges différents n'est pas claire. Il serait utile de déterminer si le changement est également un défi pertinent pour les adolescents plus jeunes et s'ils perçoivent le risque de la même manière que les adolescents plus âgés. Liée à cette idée, les réponses des adolescents n'ont pas été comparées aux réponses des adultes, ce qui signifie qu'il est difficile de tirer des conclusions théoriques sur les raisons pour lesquelles les adolescents adoptent plus fréquemment des comportements à risque. Les études futures pourraient également inclure un échantillon d'adultes pour servir de groupe de comparaison.

CONCLUSION

Cette étude qui a porté sur des entretiens semi-directifs avait pour objectif d'une part d'identifier les comportements sexuels dits à risque et les croyances associées à cette prise de risque d'autre part auprès de notre population d'étude constituée des adolescents et des jeunes adultes de la ville de Yaoundé. Il en ressort que le nombre élevé de nouvelles infections en milieu jeune est la conséquence de l'adoption des comportements sexuels à risque. En effet, au cours de l'enquête, deux types de comportements sexuels à risque ont été évoqués de manière récurrente, à savoir les rapports sexuels sans protection et les rapports sexuels avec de plusieurs partenaires sans protection. A cette liste, on associerait les autres formes de sexualité (l'homosexualité, la zoophilie et l'usage contre-nature du sexe) que nous avons volontairement éludées. Cet état de choses illustre une perception biaisée que se font ces derniers par rapport au risque. Et pourtant, les multiples campagnes de prévention et de sensibilisation portant sur le changement de comportements prescrivent des mesures visant à réduire le taux de nouvelles infections. Ce biais perceptif englobe un ensemble de croyances qui sont à la base de ces conduites dangereuses. Il s'agit, entre autres des croyances à un contrôle divin, des croyances fatalistes et la croyance en l'invulnérabilité. Celles-ci entraînent une attitude ambivalente à l'égard de la motivation à se protéger, car soit on se sent protégé par une puissance divine (croyances religieuses), soit on est invulnérable (sentiment d'invulnérabilité), soit on est simplement résigné et on s'attend à tout selon qu'on est prédéterminé, malchanceux ou pessimiste (fatalisme) ; toutes choses qui ont un impact négatif sur les initiatives visant à lutter contre la persistance des comportements à risque.

BIBLIOGRAPHIQUES

- Adekan, M. L., Gowers, S., & Singh, D. (1994). Reliability and validity of the Westminster Substance Use Questionnaire among Lancashire adolescents. *Drug and alcohol dependence*, 34(3), 191-199.
- Akande, A. (1997). The perception of ability scale for students (PASS) in Africa and New Zealand. *School Psychology International*, 18(2), 179-189.
- Arnett, J. J. (1992). Reckless behavior in adolescence: A developmental perspective. *Developmental Review*, 12, 339-373.
- Arnold, P., Fletcher, S., & Farrow, R. (2002). Condom use and psychological sensation seeking by college students. *Sexual & Relationship Therapy*, 17(4), 355-365.
- Assailly, J., P. (2010). La psychologie du risque. Lavoisier, Collection Sciences du Risque et de la Décision.
- Avery, L., & Lazdane, G. (2008) What do we know about sexual and reproductive health of adolescents in Europe?. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 13(1), 58-70.
- Bagnall, G. (1988). Use of alcohol, tobacco and illicit drugs amongst 13-year-olds in three areas of Britain. *Drug and alcohol dependence*, 22(3), 241-251.
- Beinart, S., Anderson, B., & Lee, S. (2002). A national survey of problem behaviour and associated risk and protective factors among young people. Findings Series, Joseph Rowntree Foundation.
- Berger, P., & Luckmann, T. (1966). *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge Society as a Human Product* Garden City, New York: Anchor Books.

- Beyth-Marom, R., Austin, L., Fischhoff, B., Palmgren, C., & Jacobs-Quadrel, M. (1993). Perceived consequences of risky behaviors: Adults and adolescents. *Developmental psychology*, 29(3), 549.
- Boyle, J., R., Murray, C., & Boekeloo, B. O. (2002). Traditional attitudes about male sexuality and sexual risk-taking among college students. In *The 130th Annual Meeting of APHA*.
- Bozon, M. (1994). L'entrée dans la sexualité adulte : le premier rapport et ses suites », *Population*, Vol. 48, N°5, pp.1317-1352.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2017). Sexually Transmitted Disease Surveillance 2016. Department of Health and Human Services, Atlanta, US.
- Cohen-Mor, D. (2001). A matter of fate: the concept of fate in the Arab world as reflected in modern Arabic literature. Oxford, England; New York: Oxford University Press.
- Cronin, J. (1995). Fixed points and topological degree in nonlinear analysis (Vol. 11). American Mathematical Soc.
- Desroche, H. (1965). Les Religions africaines traditionnelles. *Archives de Sciences Sociales des Religions*, 20(1), 199-200.
- EDS. (2018). Enquête Démographique et de Santé, Rapport Principal, Institut National de la Statistique, Cameroun.
- Fortenberry, J. D. (2016). The visible man: Gendering health care services to improve young men's sexual health. *Journal of Adolescent Health*, 61(1), 3-5.
- Foucault, M. (1984). Foucault, Michel. *Dictionnaire des philosophes*, 1, 942-944.
- Fountain, D. E. (1996). Why Africa's transformation waits. *Evangelical Missions Quarterly*, 2, 320-324.
- Galambos, N. L. & Tilton-Weaver, L. C. (1998). Comportement à risque multiple chez les adolescents et les jeunes adultes. *Rapports sur la santé*, automne, vol. 10, no 2.
- Goddard, E., & Higgins, V. (1999). Smoking, drinking and drug use among young teenagers in 1998.
- Goggin, K., Malcarne, V., L., Murray, T. S., Metcalf, K. A., & Wallston, K., A. (2007). Do religious and control cognitions predict risky behavior? II. Development and validation of the Sexual Risk Behavior-related God Locus of Control Scale for adolescents (SexGLOC-A). *Cognitive Therapy and Research*, 31, 123-139.
- Greene, K., Krcmar, M., Walters, L. H., Rubin, D. L., & Hale, L. (2000). Targeting adolescent risk-taking behaviors: the contributions of egocentrism and sensation-seeking. *Journal of adolescence*, 23(4), 439-461.
- Hampl, J. S., & Betts, N. M. (1999). Cigarette use during adolescence: effects on nutritional status. *Nutrition reviews*, 57(7), 215-221.
- Heaven, P. C. (1996). Personality and self-reported delinquency: Analysis of the "Big Five" personality dimensions. *Personality and individual differences*, 20(1), 47-54.
- Hess, R., F., & McKinney, D. (2007). Fatalism and HIV/AIDS beliefs in rural Mali, West Africa. *Journal of Nursing scholarship*, 39(2), 113-118.
- Igra, V., Irwin, C. E., DiClemente, R. J., Hansen, W. B., & Ponton, L. E. (1996). *Handbook of adolescent health risk behavior. Adolescents at risk: A generation in jeopardy*, 35-51.
- Jacobs-Quadrel, M., Fischhoff, B., & Davis, W. (1993). Perceived consequences of risky behaviors: Adults and adolescents. *Developmental psychology*, 29(3), 549.
- Kacou, E. A. (2018). Comportements sexuels à risque au temps du VIH/Sida : le cas des jeunes en Côte d'Ivoire. [Thèse de doctorat non publiée, Université Panthéon-Sorbonne]. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-02978732>.
- Kalichman, S., Kelly, J., Morgan, M., & Rompa, D. (1995). Fatalism, current life satisfaction, and risk for HIV infection among gay and bisexual men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 542-546.
- Kalichman, S.C. & Simbayi, L. (2004). Traditional beliefs about the cause of AIDS and AIDS-related stigma in South Africa. *AIDS Care*, 16, 572-580.
- Kangah, O., M., A. (2016). La problématique de la persistance des comportements sexuels à risque face au VIH/Sida chez les étudiants de l'Université Félix Houphouët-Boigny, *European Scientific Journal*, 11, 328-336.
- Kann, B. H., Aneja, S., Loganadane, G. V., Kelly, J. R., Smith, S. M., Decker, R. H., & Husain, Z. A. (2018). Youth risk behavior surveillance—United States, 2017. *MMWR. Surveillance Summaries*, 67.
- Kaptue, L. (1998). Les adolescents et le VIH/Sida. Sexualité et Santé reproductive durant l'adolescence en Afrique, avec une attention particulière sur le Cameroun (287-295). Québec: Edic Conseil INC.
- Kobelembi, F. (2010). Le comportement sexuel des adolescents à Bangui (RCA), in *Etude de la population africaine*, Vol. 20, N°2, pp. 65-99.
- Kotchick, B. A., Shaffer, A., Miller, K. S., & Forehand, R. (2001). Adolescent sexual risk behavior: A multi-system perspective. *Clinical psychology review*, 21(4), 493-519.
- Kuther, T. L., & Higgins-D'Alessandro, A. N. N. (2000). Bridging the gap between moral reasoning and adolescent engagement in risky behavior. *Journal of Adolescence*, 23(4), 409-422.
- Lapsley, D. K., & Flannery, D. (2002). Personal fables risk behaviors and adjustment in early and middle adolescence. *Manuscript under review*.
- Latham, L. (1993). Sexual assault experience in adulthood and prior victimization experiences: A prospective analysis. *Psychology of Women Quarterly*, 17(2), 151-168.
- Lewis, R., Tanton, C., Mercer, C.H., Mitchell, K.R., Palmer, M., Macdowall, W., & Wellings, K. (2017). Heterosexual practices among young people in Britain: evidence from three national surveys of sexual attitudes and lifestyles. *Journal of Adolescent Health*. 61, 694-702.
- Madu, S. N., & Matla, M. Q. P. (2003). Illicit drug use, cigarette smoking and alcohol drinking behaviour among a sample of high school adolescents in the Pietersburg area of the Northern Province, South Africa. *Journal of adolescence*, 26(1), 121-136.
- Mazougnazegbo, H. (2014). Comportement sexuel à risque des jeunes scolarisés : une analyse des déterminants sociaux du non-usage du préservatif chez les élèves du Lycée Moderne II de Bouaké. *European Scientific Journal*, ESJ, 10(2).
- Mbiti, J. S. (1992). *African religions and philosophy*. Nairobi, Kenya: East African Educational Publishers.
- McGee, R. O. B., & Williams, S. (2000). Does low self-esteem predict health compromising behaviours among adolescents? *Journal of adolescence*, 23(5), 569-582.
- Mercer, C. H., Tanton, C., Prah, P., Erens, B., Sonnenberg, P., Clifton, S., Macdowall, W., Lewis, R., Field, N., Datta, J., Copas, A.J., Phelps, A., Wellings, K., & Johnson, A. M. (2013). Changes in sexual attitudes and lifestyles in Britain through the life course and over time: findings from the national surveys of sexual attitudes and lifestyles (natsal). *Lancet* 382, 1781-1794.
- Meyer-Weitz, A. (2005). Understanding fatalism in HIV/AIDS protection: the individual in dialogue with contextual factors. *African Journal of AIDS Research*, 4(2): 75-82.

- Millstein, S. G., & Halpern-Felsher, B. L. (2002a). Judgments about risk and perceived invulnerability in adolescents and young adults. *Journal of research on adolescence*, 12(4), 399-422.
- Millstein, S. G., Halpern-Felsher, B. L., & Irwin, C. E. (2002b). Work group II: Healthy adolescent psychosocial development. *Journal of Adolescent Health*, 31(6), 201-207.
- Mokdad, A. H., Forouzanfar, M. H., Daoud, F., Mokdad, A. A., El Bcheraoui, C., Moradi-Lakeh, M., & Murray, C. J. (2016). Global burden of diseases, injuries, and risk factors for young people's health during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, 387(10036), 2383-2401.
- Moore, S. M., & Rosenthal, D. (1991). The social context of adolescent sexuality: Safe sex implication. *Journal of Adolescence*, 15, 121–140.
- NgahEssomba, H. C. (2017). Culture, croyances et prise de risque chez les jeunes usagers vulnérables de la route français et camerounais. (Doctoral dissertation, Paris 8).
- Noumbissie, C. D. (2010). Attitude et changement de comportement sexuel face au VIH/Sida : de l'intention d'agir à l'action. Étude de la résistance à l'usage du préservatif chez les adolescents-élèves des classes terminales de Yaoundé (Cameroun). (Thèse de Doctorat) Université Lumière-Lyon 2 et Université de Yaoundé I.
- ONUSIDA. (2021). Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de Sida 2020, 220p.
- Otis, J. (1996). Santé sexuelle et prévention des MTS et de l'infection au VIH. Bilan d'une décennie de recherche au Québec auprès d'adolescents et adolescentes et des jeunes adultes. In Ministère de la santé et des services sociaux. Direction générale de la planification et de l'évaluation (Ed), Québec : Gouvernement du Québec.
- Panchaud, C., Singh, S., Feivelson, D., & Darroch, J. E. (2000). Sexually transmitted diseases among adolescents in developed countries. *Family Planning Perspectives*, 24-45.
- Parent, E., C., & Newman, D. L. (1999). The role of sensation-seeking in alcohol use and risk-taking behavior among college women. *Journal of Alcohol and Drug Education; Lansing Vol.* 44, N° 2, 12.
- Piaget, J. (1956). *Le problème des stades en psychologie de l'enfant*. PUF.
- Poulson, R. L. Bradshaw, S. D., Huff, J. M., Peebles, L. L., & Hilton, D. B. (2008). Risky Sex Behaviors among African American College Students: The Influence of Alcohol, Marijuana, and Religiosity. *North American Journal of Psychology*, 10(3), 529-542.
- Ramiro, L., Windlin, B., Reis, M., NicGabhainn, S., Jovic, S., Matos, M.G., Magnusson, J., & Godeau, E. (2015). Gendered trends in early and very early sex and condom use in 20 European countries from 2002 to 2010. *Eur. J. Publ. Health* 25, 65–68.
- Reece, M., & Dodge, B. A. (2002). Study in Sexual Health Applying the Principles of Community-Based Participatory Research. *Arch Sex Behav* 33, 235–247.
- Rodham, K., Brewer, H., Mistral, W., & Stallard, P. (2006). Adolescents' perception of risk and challenge: A qualitative study. *Journal of adolescence*, 29(2), 261-272.
- Rolison, M. R. (2002). Factors influencing adolescents' decisions to engage in risk-taking behavior. *Adolescence*, 37(147), 585.
- Rolison, M. R., & Scherman, A. (2002). College student risk-taking from three perspectives. *Adolescence*, 38(152).
- Rosenstock, I. M. (1990). The health belief model: Explaining health behavior through expectancies.
- Rwenge, M. (1999). Facteurs contextuels de la transmission sexuelle du SIDA en Afrique subsaharienne (synthèse). In W.M. Becker, L. J. Lewis & J. Hardin (Eds.). *Vivre et penser le SIDA en Afrique* (13-18). Dakar :CODESRIA-KARTHALA-IRD.
- Tarde, G. (1890). *La loi de l'imitation*, Les éditeurs classiques, Québec.
- TsalaTsala, J. P. (2004). L'ascenseur et l'escalier ; la lutte contre le SIDA au Cameroun. *SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 1(3), 139-156.
- Watts, W. D., & Wright, L. S. (1990). The Relationship of Alcohol, Tobacco, Marijuana, and Other Illegal Drug Use to Delinquency among Mexican-American, Black, and White Adolescent Males. *Adolescence*, 25(97), 171.
- Weinstein, N. D. (1980). Unrealistic optimism about future life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3, 806-820.
- Weinstein, N. D. (1982). Unrealistic optimism about susceptibility to health problems. *Journal of Behavioral Medicine*, 5, 441-460.
- Weinstein, N. D. (1986). Why it won't happen to me: perceptions of risk factors and susceptibility. *Health psychology*, 3(5), 431.
- Williams, S. S., Norris, A. E., & Bedor, M. M. (2003). Sexual relationships, condom use, and concerns about pregnancy, HIV/AIDS, and other sexually transmitted diseases. *Clinical Nurse Specialist*, 17(2), 89-94.
- World Health Organization. (2013). Sexually Transmitted Infections (STIs). The Importance of a Renewed Commitment to STI Prevention and Control in Achieving Global Sexual and Reproductive Health. URL: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/rhr13_02/en/ (accessed August 2014).
- Zanou, B., Talnan, E. & Amoako, A. (2002). Connaissance, attitudes et comportements en matière d'IST/VIH/SIDA chez les jeunes du milieu urbain en Côte d'Ivoire (Rapport d'enquête, USAID, ENSEA). Abidjan: Johns Hopkins.
- Zuckerman, M. (1979). Sensation seeking and risk-taking. In C.E. Izard (Ed.). *Emotions in personality and psychopathology*. New-York: Plenum, Press.
- Zuckerman, M. (1994). *Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking*. Cambridge university press.
