Étude des déterminants socio-familiaux associés aux comportements sexuels à risque des adolescents de Lubumbashi : Une contribution à la théorie socio-psychologique de la santé

Jean-Marie Kalau Mutej

▶ **To cite this version:**

Jean-Marie Kalau Mutej. Étude des déterminants socio-familiaux associés aux comportements sexuels à risque des adolescents de Lubumbashi : Une contribution à la théorie socio-psychologique de la santé. Santé publique et épidémiologie. Université de Lubumbashi, 2013. Français. NNT : . tel-00862001

HAL Id: tel-00862001

https://theses.hal.science/tel-00862001

Submitted on 15 Sep 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
Enseignement supérieur et universitaire
UNIVERSITE DE LUBUMBASHI
ECOLE DE SANTE PUBLIQUE

Etude des déterminants socio-familiaux associés aux comportements sexuels à risque des adolescents de Lubumbashi

Une contribution à la théorie socio-psychologique de la santé

Par :
KALAU – MUTEJ Jean-Marie (Chef de travaux)

Thèse présentée et soutenue publiquement en vue de l'obtention du grade de Docteur en Santé Publique

Année académique 2012- 2013

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
Enseignement supérieur et universitaire
UNIVERSITE DE LUBUMBASHI
ECOLE DE SANTE PUBLIQUE

Etude des déterminants socio-familiaux associés aux comportements sexuels à risque des adolescents de Lubumbashi

Une contribution à la théorie socio-psychologique de la santé

Par :
KALAU – MUTEJ Jean-Marie (Chef de travaux)

Thèse présentée et soutenue publiquement en vue de l'obtention du grade de Docteur en Santé Publique

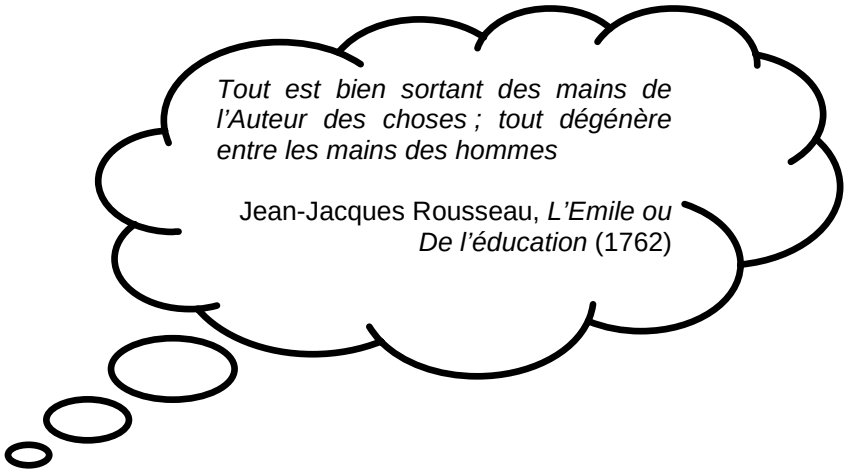
Promotrice :
MALONGA KAJ Françoise (Professeure ordinaire)

Mai 2013

DEDICACE

Aux personnes concernées par les phénomènes ici étudiés…

EPIGRAPHE


Tout est bien sortant des mains de l'Auteur des choses ; tout dégénère entre les mains des hommes
Jean-Jacques Rousseau, *L'Emile ou De l'éducation* (1762)

AVANT PROPOS

La voie sexuelle est le mode principal de transmission du VIH/SIDA, actuelle pandémie mondiale au macabre bilan insoutenable : environ 40 millions d'infectés dans le monde en 2011 dont plus de deux tiers en Afrique Subsaharienne, de nouvelles contaminations annuelles évaluées par centaines de milliers, explosion du nombre d'orphelins, etc.

Le lecteur sera peut-être frappé par la fréquence de l'usage des expressions « rapports sexuels non protégés », « relations sexuelles », « comportements sexuels à risque »… Qu'à cela ne tienne, la pudeur peut-elle encore être de mise ? N'est-ce pas cette même pudeur qui a longtemps contribué à la vulnérabilité de jeunes générations ? Cependant, pour ne pas tomber dans les spéculations outrancières, il importait, nous semblait-il, d'examiner de sang froid ; avec méthode ; de manière systématique et rigoureuse, les contours paradigmatiques et sémantiques des comportements sexuels.

Une telle autopsie ne pouvait pas être de tout repos ; elle ne pouvait pas non plus être tout aisée à réaliser ; à faire aboutir sans le concours de plusieurs personnes. Pour ce, nous adressons premièrement nos vifs remerciements à celle-là même qui, malgré ses multiples occupations n'a ménagé aucun effort pour donner à cette œuvre une valeur susceptible de solliciter reconnaissance. J'ai cité professeure Françoise MALONGA KAJ.

Madame, merci pour les conseils prodigués encourageants ; le souci de rigueur et perfection inculqué et amour du travail et de la recherche

témoigné. Nous en resterons toujours et à jamais imprégné en guise de témoignage de notre reconnaissance à votre éminence.

Nous disons aussi notre gratitude à tous ceux et celles sans l'aide de qui il aurait été difficile si non impossible de parvenir au terme de cette expérience. A ce titre, vives reconnaissances aux professeurs Gabriel KALABA MUTABUSHA, Albert LUBOYA DIAMBILE de l'Université de Lubumbashi ; Philipe DONNEN, Michèle DRAMAIX, Perrine HUMBLET, Pierre PETIT et Danièle PIETTE de l'Université Libre de Bruxelles pour leurs contributions, observations et remarques respectives.

Nos remerciements s'adressent également aux professeurs Donatien DIBWE DIA MWEMBU et Dismas NKIKO MUNYA RUGERO, nos encadreurs à l'Observatoire du Changement Urbain de l'Université de Lubumbashi, centre de recherche au sein duquel nous exerçons depuis plus d'une décennie. Merci aussi aux nombreux autres « héros dans l'ombre » ; ceux et celles qui ont courtoisement accepté de participer aux entrevues et qui ne peuvent être nommés ici en vertu des exigences déontologiques usuelles. Nous n'oublions pas les personnes qui ont accepté de se sacrifier de diverses manières pour nous faire parvenir à cette étape : NGUMB, KABASH, MBAY, MUKOJ et TABU… TSHILEMB, Pasteur Anaclet, Michel MUKOJ, Ginette KAPALANG, Jolie MUJING, Chouchou KAMIN, Papy MUKOJ, Toto MUKOJ, Francis MUKOJ ; KASHALA, Maman Leki KAMIN, Alain, désiré, Dodo et Patrick MBAY, Timour MUKANDA, Jean-Claude KAMBOL ; Françoise KAYAKEZ, Ignace KABASH, Olivier MUKOJ, Guy TSHIBWID, Don, Patrick ; René TONGLET, Marthe KABID, MANSANG, TSHIKUTA, ma bien aimée Françoise

NTANGA, Famille SHIKALE, La Rose MULANGU, Famille Jean-Pierre MUBAKILAYI et Da MBOMBO, NGOY, MANGALA, Dieudonné et José BUKASA, Claude ILUNGA, Joël, Mimi ; Laurenne, Aimée, Harmony, Jaël, Eliel, Benedi, Tegra, EXO…

Nous ne saurons pas non plus passer sous silence les autorités académiques et autres membres de divers corps du personnel des facultés des sciences sociales, administratives et politiques et Médecine ; à travers le comité d'éthique médical de l'Université de Lubumbashi ; de l'Ecole de Santé Publique ; de l'Université de Lubumbashi pour les encouragements. Il en est de même des autorités du département de sociologie et anthropologie.

Nos remerciements s'adressent aussi à messieurs KANTENGA et TSHIBAMB ; à mesdames NTANGA et MAMBO pour leurs concours appréciables lors de la récolte des données sur le terrain. Vives reconnaissances aux professeurs, docteurs et autres collègues compagnons de lutte : ASSUMANI, KAIMBI, MULEKA, NUMBI, NGOY, MULUMBWA, KALONJI, KAKUDJI, KABUYA, KAYEMBE, TSHIBAMB, KAHOLA, MUTETE, KASANDJI, KALONJI, KALEMBWE, MUNDONGO et MUSONDA pour leurs soutiens inlassables.

Nous disons également notre reconnaissance à l'endroit du personnel de la Coopération Technique Belge (CTB) et du service de la coopération internationale de l'Université Catholique de Louvain et ; au travers d'eux, au gouvernement Belge, dont les contributions en termes de prise en charge des formations en Santé Publique ont été déterminantes.

Daigne l’Eternel tout puissant combler toutes ces personnes ainsi que bien d’autres encore que nous n’avons pas citées ici avec beaucoup de paix, de réussite, d’intelligence et sagesse.

SIGLES ET ABREVIATIONS

ADO : Adolescents et adolescentes

ADONS : Adolescents et adolescentes non scolarisés

ADOS : Adolescents et adolescentes scolarisés

AKF : Action Kata Forme

BIT : Bureau International du Travail

CAP : Comportements, Attitudes et Pratiques

CSR : Comportement Sexuel à Risque

CTB : Coopération Technique Belge

DS : Déviation Standard

e : Marge d'erreur

EDS : Enquêtes Démographiques et de Santé

FC : Francs Congolais

HCR : Haut Commissariat aux Refugiés

HIV : Human immunodeficiency virus

IC : Intervalle de Confiance

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

KABP: Knowledge, Attitudes, Beliefs, Practices

MICS : Multiple Indicator Cluster Survey

n (dans formule de calcul de l'échantillon) : Taille de l'échantillon attendu

OCU : Observatoire du Changement Urbain

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non-Gouvernementale

ONUSIDA : Organisation des Nations Unies pour la lutte contre le SIDA

OR : Odds Ratio (rapport des cotes)

p (dans formule de calcul de l'échantillon) : Proportion estimative de la population avec caractéristique pertinente

PMA: Pays Moins avancé

PS : Professionnelle de Sexe

QCA : Qualitative Comparative Analysis

RDC : République Démocratique du Congo

RSSP : Rapport Sexuel Sans Préservatif

SIDA : Syndrome d`ImmunoDéficience Acquise

t (dans formule de calcul de l'échantillon) : niveau de confiance

ULB : Université Libre de Bruxelles

UNICEF: United Nations international Children's Emergency Fund

UNAIDS : United Nations Program on HIV/AIDS

UNESCO : Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science and la Culture

US : United States

USD: United States Dollars

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

WHO : World Health Organization

ZS : Zone de Santé

LISTE DES TABLEAUX

Tableau III.1 : Répartition ADO sexuellement actifs en fonction de la situation scolaire……131

Tableau III.2 : OR ajustés dérivés du modèle pour activité sexuelle……132

Tableau III.3 : OR ajustés dérivés du modèle pour déclaration IST…….137

Tableau III.4 : Répartition des ADO ayant déclaré au moins une IST en fonction des expériences antérieures de « vie sexuelle »……..138

Tableau III.5 : Répartition des ADO ayant déclaré au moins une IST en fonction des ancrages sociaux et climat familial……..139

Tableau III.6 : Répartition des ADO ayant déclaré au moins une IST en fonction de quelques caractéristiques sociodémographiques individuelles……..140

Tableau III.7 : Distribution des adolescentes et adolescents en fonction de la situation scolaire et âge……..131

Tableau III.8 : Effectifs des ADO par commune de résidence et situation scolaire..……..143

Tableau III.9 : Proportions des ADO en fonction du confident intime et situation scolaire……144

Tableau III.10 : Répartition des ADO en fonction de l'appartenance de la famille à une religion……..145

Tableau III.11 : Répartition des ADO en fonction des représentations concernant la vie en famille……..145

LISTE DES FIGURES ET GRAPHIQUES

Figure 1.1 : Les plans du modèle théorique……61

Figure 3.1 : Proportions des signes des IST déclarés……..135

Figure 3.2 : Proportions des déclarants des IST en fonction du sexe…...136

Figure 3.3 : Proportions des déclarants des IST en fonction de la situation scolaire……136

Graphique 3.1 : Proportions des scolarisés et non scolarisés en fonction de utilisation ou non du préservatif……...134

Graphique 3.2 : Proportions des ADO selon la situation scolaire et en fonction du sexe……...141

Graphique 3.3 : Proportions des ADO scolarisés et non-scolarisés en fonction de la taille du ménage de provenance.……..142

Graphique 3.4 : Proportions des ADO scolarisés et non-scolarisés en fonction de rang de naissance dans la famille…..……142

Graphique 3.5 : Proportions des ADO scolarisés et non-scolarisés en fonction du sexe prédominant dans la famille de naissance……..143

Graphique 3.6 : Distribution des ADO en fonction du statut vital des parents et de la situation scolaire…….....……..144

Graphique 3.7 : Proportion scolarisés et non scolarisés en fonction des marqueurs du climat familial……..……146

RESUME

Titre : Etude des déterminants socio-familiaux associés aux comportements sexuels à risque des adolescents de Lubumbashi. Une contribution à la théorie socio-psychologique de la santé

La voie sexuelle est le mode principal de transmission du VIH/SIDA, actuelle pandémie mondiale au macabre bilan insoutenable : environ 40 millions d'infectés dans le monde en 2011 dont plus de deux tiers en Afrique Subsaharienne ; de nouvelles contaminations annuelles évaluées par centaines de milliers ; explosion du nombre d'orphelins, etc.

Eu égard à l'allure inquiétante de cette pandémie en RDC (4,1 - 4,9% de SIDA ; 6 à 7% dans les centres urbains comme Lubumbashi), plusieurs acteurs œuvrant dans le cadre de la prévention contre cette pandémie s'obligent parfois à monter au créneau pour fustiger certains comportements insolites (par exemple affectation des préservatifs à des usages inappropriés).

Cette étude s'est proposé d'identifier les facteurs socio-familiaux associés aux CSR des adolescents de Lubumbashi (RDC). Elle hiérarchise ces facteurs en fonction de leurs forces respectives d'association aux CSR et en détermine les mécanismes d'influence opérationnels.

L’étude consiste en une série d’enquêtes avec questionnaire, entretiens semi-structurés et observation en situation réalisés auprès de plus de sept cents ADOS et ADONS et autres PS de Lubumbashi.

Les questions de prise en charge des frais des soins médicaux et des autres supports sociaux perçus ou ressentis, les défauts et défaillances dans l'exercice de l'autorité parentale et autres adultes (considérés comme prestations parentales (parentalité) carentielles, les abus parentaux, tutoriaux ou des autres adultes par le fait des ancrages sociaux nuisibles et le climat délétère en famille, manifesté parfois au travers des violences en famille entrainant du coup des situations complexes telles que les incitations subtiles, c’est-à-dire qui ne disent pas leur nom ont été des référents majeurs visés.

Au terme de l’étude, il se révèle une activité sexuelle manifeste, indifférenciée et préoccupante dans la population visée. Les modèles issus des régressions logistiques s’appesantissent sur les querelles (violences, conflits, bagarres) en famille, prise en charge des frais de soins de santé et principal confident intime. Quels qu’eussent été leurs situations scolaires, les confidents ou type de climat au sein de la famille de provenance, les ADO qui avaient été supportés par leurs propres parents étaient près de deux fois (OR = 0,46 (0,25-0,86)) moins nombreux sexuellement actifs comparativement à ceux qui n’ont pas décliné l’identité de la personne qui avaient pris en charge ce type des frais. En outre, les ADO supportés par leurs propres géniteurs déclaraient facilement les signes (symptômes) des IST que les autres « sans réponse ». Ils étaient près de quatre fois (OR = 3,72 (1,21-11,7)) plus nombreux à déclarer au moins un signe d’IST que les

autres. Enfin, qu'ils aient été scolarisés ou pas, pris en charge par leurs parents ou pas et quel qu'eusse été leur confident, les ADO qui refusaient de répondre à la question concernant les querelles ou bagarres en famille étaient près de deux fois (OR = 1,89 (1,13-3,16)) plus nombreux actifs sexuellement que ceux qui affirmaient en observer ; ce qui n'est pas sans soulever des questions au sujet de l'encadrement et du climat social en famille mais aussi en dehors de celle-ci dans la mesure où les ADO qui ont déclaré avoir utilisé le préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels sont moins nombreux à rapporter les signes des IST. Par ailleurs, les engagements problématiques constatés se traduisent par une prédominance du confiage et prestations parentales carentielles.

Cette étude est un plaidoyer en faveur d'un bon encadrement socio-familial des ADO et des « familles en sursis ». Eu égard au bas niveau d'éducation ; au caractère jeune de la population visée, l'habilitation ; alternative/occasion, notamment par l'allégement de la prise en charge des frais médicaux des ADO par leurs parents ; sinon tuteurs, devrait faire partie des efforts d'intervention.

Mots clés :

Déterminants socio-familiaux ; comportements sexuels à risque ; écoliers ; adolescents non scolarisés ; professionnelle de sexe ; Lubumbashi.

SUMMARY

Title: Study of socio-family factors associated with sexual risk behaviors among Lubumbashi's adolescents. A contribution to health's socio-psychological theory

Sexual is main transmission mode of HIV/AIDS, unsustainable macabre current global pandemic; approximately 40 million worldwide infected in 2011, more than two-thirds in sub-Saharan Africa, annual new infections estimated by thousands, orphan's number in explosion…

Given its alarming rate in the DRC (4.1 - 4.9% AIDS; 6-7% in urban centers such as Lubumbashi), several prevention partner's are forced them selves to denounce some unusual behaviors (e.g. inappropriate uses of condoms).

Purpose’s study is to identify family and social factors related to SRB of Lubumbashi’s adolescents. It prioritizes these factors according their association's strength with SRB and determines the influence mechanisms.

Study consists of a series of questionnaire surveys, semi-structured interviews and observation conducted over seven hundred youth and others Lubumbashi's sex workers.

Medical care costs management's issues; and socials anchorages perceived; in faults and failures of exercise of parental and other adults authority (as deficiency parenting); parental abuse, other adults as guardian, tutors or fact of social anchors harmful and poisonous atmosphere in the family, sometimes expressed through family violence leading to complex situations such as incentives subtle; were mentioned as

major referents.

It proves ultimately an obvious, indiscriminate sexual activity and worrying in the target population. Models from logistic regressions are based on disputes (violence, conflicts, fights) in family; care costs health and the close friend primary confidant. Whatever might have been their school situations, confidants or type of climate in the family of origin, the teenagers who were supported by their own parents were almost twice (OR = 0.46 (0.25 -0.86)) fewer sexually active compared to those who did not decline the identity of the person who supported this type of expense. In addition, adolescents supported by their parents have easily reported signs (symptoms) of STD than other "unanswered". They were nearly four times (OR = 3.72 (1.21 to 11.07)) more likely to report at least one STD other's signs. Whatever were their level education; supported by their parents or not and whatever were their confidant, the teenagers who refused to answer the question about family squabble or fights were nearly two times (OR = 1.89 (1.13 to 3.16)) more sexually active than those who claimed observe them; which is not without raising questions about coaching and social climate in family but also outside of it to the extent that the adolescents who reported having used a condom during their last sexual intercourse were less likely to report signs of STD. Problems are due to deficiency parenting commitments; child foster's care.

Study is a plea for a good social and family coaching of youth in distress situation. Should be part of the response effort, given the low level of education, young character in the target population, accountability, alternative / opportunity, including the costs of emergency medical

assistance to young; their parents and guardians.

Keys words:

Social and family factors; Sexual risk behavior; Schoolchildren; unschooled teenagers; professional sex; Lubumbashi.

INTRODUCTION GENERALE

Cette introduction générale est consacrée à la présentation des problématiques en jeu dans la recherche dont les résultats sont rendus dans cette thèse intitulée « Etude des déterminants socio-familiaux associés aux comportements sexuels à risque des adolescents de Lubumbashi » et sous-titrée « une contribution à la théorie socio-psychologique de la santé ». En fait, il s'agit de répondre à la question de savoir pourquoi et comment j'en suis arrivé à me décider d'investiguer sur les comportements sexuels à risque.

Pour commencer et comme on s'en apercevra, ce travail tourne autour de la question du sexe, du sexuel, de la sexualité ; de la nudité… Il suggère une comparaison avec une pratique de plus en plus courante dans certains milieux de la République Démocratique du Congo (RDC). Celle-ci se présente, selon les médias (Forum des As via www.mediacongo.net ; dépêche du 25/07/2012), comme une stratégie de marketing qu'instaurent depuis quelques temps de plus en plus des tenanciers de bars à Kinshasa, capitale de la RDC. Il s'agit pour eux d'attirer du monde (clients) dans leurs établissements. A cet effet, ils organisent à l'improviste des séances de striptease populaire baptisées, dans un jargon propre à eux, « Action Kata Forme » (AKF). Même les bars des quartiers populaires sont concernés (la

scène rapportée se déroule dans la commune de Bumbu, une des communes peu nanties de la capitale) ; et les scènes se déroulent aux heures tardives.

La pratique en elle-même consiste à pousser les clients qui le « désirent », à se déshabiller entièrement sur le podium. La musique est balancée à fond et le podium, entouré des nombreux miroirs, n'est pas désert. Une foule compacte s'y frotte en se trémoussant au rythme de la musique. Lorsqu'un tube musical arrive à la fin, le podium se vide momentanément pour se remplir tout de suite après avec le début de la chanson suivante. C'est précisément ces intermèdes que les « Disco Jokers » choisissent à leur guise pour annoncer AKF.

La règle du jeu est simple : celui ou celle qui enlève tous ses vêtements gagne … Les quatre premières personnes qui atteindront le podium s'affronteront. Le vainqueur reçoit une rétribution et la pratique attire du monde dans ces établissements : ceux qui arrivent en retard ont du mal à se trouver des sièges. Sur fond de musique des « *Pomba* » (entendez « hommes forts »), les candidats rivalisent d'ardeur en se déshabillant. Chacun essaie de danser de manière à mettre en valeur ses attributs physiques les plus en vue ; les hommes essayent de montrer leurs muscles tandis que les femmes se plaisent à tortiller les croupes et poitrines. Après chemises, maillots et soutien-gorge, pantalons et jupes, voilà les candidats en sous-vêtement ; les filles décidant généralement de ne pas aller plus

loin, le podium reste souvent à la merci des hommes qui vont jusqu'à se déshabiller complètement. Les séances ne durent qu'environ un quart d'heure. Le gagnant est celui qui a le plus d'applaudissements. Après sa désignation, la table à laquelle il est assis se voit renflouer du prix. Par ailleurs, de plus en plus de bars sont en train de copier cette façon de faire. Cependant, la majeure partie de la population environnante perçoit mal cette « politique » de faire du marketing. Elle s'en remet aux autorités politico-administratives. « Elles ont le devoir de protéger la population contre la dépravation des mœurs ».

Somme toute, ces préoccupations soulevées à la suite de AKF se situent dans leur ensemble dans la droite ligne des problématiques ici défendues.

0.1. ETAT DE LA QUESTION

Depuis les temps immémoriaux, les comportements sexuels préoccupent le monde. Les Infections (maladies) Sexuellement Transmissibles (IST) et les mauvaises situations démographiques dans certains groupes à certaines périodes précises de l'histoire ont toujours fait focaliser l'attention de plusieurs personnes sur les Comportements Sexuels à Risque (CSR) (Kanku, 2005 ; Diclemente at al. 2002 ; Fenet-Rieutord, 1986 ; Borgers, 1950).

Un tour d'horizon de la littérature disponible démontre que plusieurs acteurs qui s'en préoccupent ne s'interdisent pas de s'occuper des aspects socioculturelles (Otshudiongo, 2010 ; Gagnon, 2008 ; Allgeier et Allgeier,

1992).

Généralement, il s’agit pour eux d’étudier une catégorie de comportements sexuels conçus comme un ensemble d’actions et réactions apparaissant, de manière générale, comme un éveil et une découverte de son corps pouvant interagir avec d’autres dans la recherche du plaisir impliquant ou non un rapport sexuel et dans lesquels s’inscrit, pour un individu donné, des orientations sexuelles (Reynaud, 2005 ; Brenot, 2004 ; Foucault, 1994) et à l’échelle de la société, des normes sociales structurées autour de contraintes historiques ou religieuses, médicales ou légales…; précisément des actions et réactions comme celles affichées par des franges importantes de la population juvénile de Lubumbashi et qui s’apparentent parfois à des déviances sociales et/ou peuvent être néfastes ; par exemple la prostitution (Aïdam, 2001). Et une norme sociale réfère à une règle de conduite dans une société ou un groupe social. Elle définit le domaine de l’action sociale en précisant ce que l’individu peut ou ne peut pas faire. Elle traduit les valeurs et les idéaux dominants de la société ou du groupe. Il existe des normes formelles, écrites : lois, différents codes et règlements ; mais aussi des normes informelles qui constituent en fait les mœurs, les habitudes, les coutumes : politesse, rythme de naissance… On distingue les normes, matérialisation des valeurs, des règles qui constituent la mise en pratique des valeurs. La plupart des membres de la société ou du groupe accordent donc une valeur à celles-ci. Leur non respect entraîne généralement des sanctions : dans le cas de normes formelles, il s'agira

des prisons, amendes, licenciements, etc. Sinon il s'agit principalement de sanctions morales telles que des brimades, allant jusqu'à l'exclusion d'un individu de son groupe d'appartenance. Leur respect contribue à la cohésion sociale ; mais s'en écarter amène à une fracture à cause de la sanction pouvant aller jusqu'à l'exclusion.

Avec l’avènement du VIH/SIDA, l’intérêt pour les réflexions sur la question apparait encore plus diffus. A ce sujet, la littérature est particulièrement évocatrice. Les études physiopathologiques prédominent certes ; mais cette production est essentiellement nord-américaine à cause certainement de la force de travail existante, de l’abondance des revues et pour des raisons tenant à la forte présence de prises de risques.

Ailleurs, les réflexions couvrent des angles tout aussi divers que variés allant de la prévention au profil épidémiologique des personnes vivant avec le VIH (Mwembo-Tambwe et al. 2013 ; Mwembo-Tambwe, 2012 ; Kabamba, Schirvel and Mukalay, 2011) en passant par l’éducation sanitaire (Mudingayi, Lutala and Mupenda, 2011) aussi bien par des moyens médicaux (Ngatu et al. 2012) que par divers types d’évaluation incluant parfois les perceptions, les comportements (Kaishusha and Kadima, 2009)… pour aboutir aux moyens non médicaux au moment même où certaines d’entre elles expérimentent de nouveaux protocoles.

Celles qui se rapportent directement à la question de la prévention des CSR s'occupent des changements d'attitudes et des programmes de lutte et abordent parfois aussi les logiques sociales d'exposition et d'adaptation au risque de contamination par le SIDA par la voie des rapports sexuels au sein de diverses communautés.

Plusieurs sites (portails de la société civile de RDC, syfia, RDC-info.com …) et divers rapports disponibles sur internet proposent des informations spécifiques à la RDC sur cette question précise sous des formes variées : article, mémoire, thèse ou rapport monographique.

Les sources accréditées comme Vangroenweghe (2000), avec ses rapports sur les enquêtes « Knowledge, Attitudes, Beliefs, Practices » ou comportements, attitudes et pratiques chez les Azande du nord-est de la RDC ; Kalambayi (2007) et les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) (Ministère du plan de la RDC, 2008) ; UNICEF (2001 ; 2010) avec les enquêtes par grappe à indicateurs multiples (MICS 2 & 3) en RDC sont autant de références. Mais, l'analyse secondaire de l'EDS RDC (2008) indique que deux facteurs particulièrement inquiétants rendent la situation de la RDC encore plus difficile et font craindre une croissance exponentielle des taux de prévalence des IST/SIDA :

- l'atteinte du seuil critique de 5%, qui, selon les experts (UNAIDS, 2013), est le taux de prévalence au-delà duquel l'épidémie amorce généralement une croissance exponentielle et ;

- la fin de l'isolement de certaines régions. On ne connaît pas encore de manière précise la situation dans les provinces nouvellement réunifiées ; ravagées par la guerre (Djungu, 2009). Mais les relevés ponctuels indiquent parfois des taux d'infection de l'ordre de 20% pour certaines catégories des populations à risque dans ces provinces ; et le modèle de prévention fondé sur l'idée selon laquelle le fait d'avoir une instruction à la différence du manque d'instruction est plutôt associé à des comportements susceptibles de réduire les risques d'infection au VIH/SIDA pour la femme notamment ne se vérifie pas de manière évidente. En effet, la population instruite est plus nombreuse à avoir une bonne connaissance du SIDA que la population non instruite (Pascoe and Smart, 2009) ; cependant l'utilisation du préservatif est très limitée dans la population en général. Elle est plutôt importante chez les hommes que chez les femmes quel que soit leur niveau d'instruction. Par ailleurs, les femmes instruites sont plus nombreuses à avoir des relations sexuelles à haut risque que celles qui sont moins instruites. Il en résulte un taux d'infection au VIH un peu plus élevé chez les femmes (1,9%) que les hommes (0,9%) avec des pics pour les femmes qui ont un niveau d'éducation supérieure (3,2%) que celles qui sont sans instruction (0,6%) ; et pour celles qui sont riches (2,2%) comparativement à celles qui sont pauvres (1,2%) (Madungu, Kabwe et Kayiba, 2009), au point de pousser à se demander si les violences

et harcèlements sexuels que subiraient ces dernières à l'école comme sur les lieux de service ne sont pas aussi présents au sein des familles ?

Somme toute, la production disponible mélange des explications socioculturelles, économiques, institutionnelles (Kalambayi, 2007) et consorts. Il existe même des explications franchissant les clivages marquées entre les unes et les autres.

0.1.1. Les explications socioculturelles

L'approche socioculturelle se fonde sur l'idée qu'on ne peut pas « désocialiser » l'activité sexuelle. Elle accorde un rôle central à la construction sociale et culturelle, sans laquelle, selon elle, aucun désir ne peut apparaître et s'exprimer (Bozon, 1994).

Selon les protagonistes de cette approche, les comportements sexuels sont déterminés par les normes et valeurs socioculturelles en matière de sexualité. C'est l'ensemble de ces constructions idéologiques qui déterminent les circonstances du déroulement de l'activité sexuelle.

Une des expressions de cette approche est la thèse selon laquelle l'activité sexuelle des jeunes en milieu urbain s'expliquerait par la « désorganisation sociale », la faiblesse du contrôle social ou le relâchement des mœurs.

Cette thèse fait partie de la théorie générale de la modernisation, qui se fonde sur l'affaiblissement des structures traditionnelles et le relâchement du contrôle des aînés sur les cadets. Elle stipule que l'affaiblissement des structures traditionnelles et le relâchement des contrôles des plus grands sur les plus petits issus de la modernisation seraient à la base des CSR manifestés par les adolescents (Evina, 1990). C'est ce facteur qui a été favorable à la propagation relativement rapide des IST stérilisantes (blennorragie, gonococcie, chlamydia et mycoplasma) ou abortives (syphilis) (Evina, 1990).

Dans la société traditionnelle, le respect dû à l'aîné est important. Les parents y ont aussi des obligations vis-à-vis des enfants, les aînés des cadets ou les adultes en général des jeunes. Ce sont eux qui se chargent de leur éducation et de leur apprentissage. Les enfants évoluent d'abord dans la sphère maternelle. Vient ensuite leur entrée dans le milieu le plus élargi de la grande famille ; où les autres enfants de la classe précédente prennent une grande importance pour eux ; et leur initiation aux rites qui ont pour fonction de faire évoluer l'enfant, non seulement dans son comportement, son intelligence ou son affectivité, mais aussi dans son existence même, pour le faire passer de l'état de nature à celui de culture et de le mener à sa véritable destinée, à son plein épanouissement explique Rwenge (1999).

Dans le domaine de la sexualité, la chasteté, la virginité, la tolérance et la patience dans leurs futurs ménages sont davantage adressées aux jeunes filles qu'aux garçons. Pour ces derniers, on insiste sur le sens et l'importance de la responsabilité afin d'en faire des êtres capables de s'assumer et de contribuer à la reproduction du groupe. Ainsi, la sexualité des adolescents ne dépend pas d'eux mais de leurs parents et des responsables communautaires qui constituent des canaux de transmission d'information dans les domaines de la sexualité tels que la chasteté, la virginité pré-maritale, la soumission à leurs maris aux filles et le sens de la responsabilité pour les garçons. Si tel est le cas, les relations sexuelles seraient spontanées et ne répondraient pas à un objectif particulier (Diop, 1995 ; Calvès, 1996).

Cependant, la société actuelle, contrairement à la précédente, n'assigne pas de fonctions sociales précises à la jeunesse ; la société traditionnelle était sécurisante pour elle : l'autorité qu'y avait la famille s'est réduite à l'heure actuelle (Caldwell, Caldwell and Quiggin, 1989 ; Diop, 1995). L'école et les nouvelles activités récréatives l'éloignent des adultes et ; la séparation des sexes n'est plus assurée. L'éducation y est aussi prise en charge par l'école et les médias : télévision, radio et presse écrite véhiculant de nouvelles idées qui créent des comportements différents. De même, les activités récréatives qui se rapportent à la survie, au cinéma, aux soirées dansantes, au football... raccourcissent le temps que les jeunes sont sous le contrôle des parents ou passent dans le cercle familial. Il s'en

suit le développement de l'activité sexuelle précoce des jeunes observé dans la plupart des villes africaines voire sur des sites miniers artisanaux en plein milieux ruraux. Les dispositifs ne les préparent plus seulement à des rôles d'acteurs à l'intérieur de la famille et dans un nouvel environnement où la réussite de l'individu est liée à sa communauté ; mais résulte de la capacité à assimiler un savoir « scientifique » et à innover (Diop, 1995).

0.1.2. Les explications économiques

L'approche économique constitue la deuxième orientation parmi les études privilégiant les logiques sociales dans la compréhension des CSR. Elle considère les jeunes comme des acteurs économiquement rationnels et se fonde sur la thèse de l'adaptation rationnelle selon laquelle les jeunes s'engageraient dans la sexualité pour atteindre des objectifs bien déterminés, précisément d'ordre économique et/ou social (Rwenge, 1999).

Dans le premier cas, les études insistent sur le fait que les conditions économiques contribuent aussi à l'engagement des jeunes dans l'activité sexuelle. La satisfaction des pulsions sexuelles peut se faire chez les jeunes gens en échange de cadeaux, d'habits, de sommes d'argent ou d'un travail rémunéré en faveur des jeunes filles. Il s'agit du phénomène de commercialisation du sexe par les adolescentes qui veulent gagner de l'argent nécessaire à la satisfaction de leurs besoins (Rwenge, 1999).

Le statut économique et social inférieur réservé aux femmes a pour conséquence directe d'accroître leur vulnérabilité et limite leur capacité à contrôler leur vie sexuelle et à se protéger, affirme Panos (1993).

Cependant, dans la plupart des sociétés africaines, les relations entre les sexes sont caractérisées par un déséquilibre du pouvoir. Le rôle de la femme est essentiellement de faire des enfants et d'exercer les travaux domestiques. Très peu de femmes ont accès à des ressources économiques et éducatives d'importance cruciale : information, avoirs, compétence professionnelle. La dépendance des femmes à l'égard des hommes exerce une influence négative sur leur capacité à déterminer les conditions dans lesquelles se déroulent les rapports sexuels.

Dans le second cas se retrouvent les études qui expliquent l'activité sexuelle des jeunes, surtout les filles, par le mariage et la fécondité ; cette dernière étant en fait une stratégie de l'aboutissement du mariage. Selon cette approche, les jeunes vivant dans la pauvreté, ou menacés par la pauvreté sont vulnérables à l'exploitation sexuelle et sont incités à échanger des faveurs sexuelles afin de survivre.

Cependant, les études menées au Cameroun (Evina, 1998 ; Rwenge, 1999 ; 2000 ; 2002), s’appuyant sur l'activité économique du père et de la mère, la suffisance des moyens… révèlent une corrélation entre ces facteurs économiques et les comportements sexuels. Elles constatent indifféremment que l'activité sexuelle était moins courante chez les jeunes

dont le père était fermier ou pêcheur que chez ceux dont le père était employé de bureau et ce comportement est également observé chez les jeunes issus des foyers pauvres. Autrement-dit, la relation entre les conditions économiques et les premiers rapports sexuels précoces ne s'est jamais avérée dans beaucoup de contextes ; par exemple en Côte d'Ivoire (Talnan, Anoh et Zanou, 2002). Les jeunes qui vivent dans les conditions économiques difficiles sont parfois plus susceptibles d'avoir plusieurs partenaires sexuels que les autres mais aussi à protéger leurs rapports sexuels.

0.1.3. Les explications institutionnalistes

L'approche institutionnelle, moins représentée dans la littérature, suggère que l'activité sexuelle des jeunes en milieu urbain soit aussi fonction de l'importance que les décideurs accordent aux lois et programmes concernant les jeunes. D'où l'importance accordée aux législations relatives au mariage, à la vie maritale des parents, à la protection sociale des jeunes et aux services spécifiques aux jeunes.

Le recours aux facteurs institutionnels pour expliquer les comportements sexuels des adolescents découle du fait que les politiques créent des conditions susceptibles d'influencer les comportements des adolescents, leurs connaissances et leurs sensibilisations aux IST/SIDA.

Par exemple, la célébration des unions des jeunes est réglementée dans la plupart des pays africains par des textes portant organisation de l'état civil et diverses dispositions relatives aux personnes physiques. Cependant dans certains pays africains où la législation sur le mariage des enfants est inexistante voire inopérante, le droit « coutumier » demeure le cadre de référence par excellence. Il existe aussi des lois concernant la protection sociale des enfants, mais très peu de pays africains en disposent et là où ces lois existent, elles sont rarement appliquées.

0.1.4. Les explications transversales

La littérature laisse également entrevoir une approche franchissant les clivages ci-haut reconnus. Elle se focalise sur la question de la famille en tant qu'institution mais aussi sur les acteurs socioculturels mus par divers mobiles à divers niveaux. L'explication d'Olson et Gorall (2003) d'après laquelle la manière de se comporter notamment sur le plan sexuel serait liée au fonctionnement de la famille de provenance de la personne en est une illustration plausible. Les familles sont classifiées selon qu'elles ont une tendance à l'individualisation ou à la collectivisation ; elles peuvent être inflexibles (où les rôles sont fixes) ou chaotiques (où il y a absence de ligne de conduite et de la discipline).

Il en est de même des précisions de Beavers and Hampson (2003) pour qui les comportements sexuels seraient liés au niveau de cohésion de famille. Chaque famille est soumise à deux forces contraires enclines : une centrifuge qui tend à créer des distances entre les membres et ; l'autre centripète ; qui tend à réunir ces derniers. Quand les forces centripètes dominent, l'adolescent, particulièrement, manque de la personnalité et fait confiance généralement à des décisions prises par d'autres.

On en dirait autant des propositions de Widom and Kuhns (1996) et Burgess, Hartman and McCormack (1987) publiées bien auparavant. Tous sont unanimes : les CSR sont liés aux vécus familiaux chaotiques. Cependant, cette constatation avait déjà été avancée par Silbert et Pines (1983) qui rapportèrent que 60 à 90 % de personnes qui se prostituaient à Londres avaient été sexuellement abusées dans leur enfance.

En France, on a recensé en 2002 entre 80 et 95 % d'antécédents familiaux de violences sexuelles chez les professionnelles de sexe (PS) (Chaleil, 2002). Au Brésil, une étude qualitative a rapporté que 50 de 53 adolescentes qui avaient participé à cette étude, venues d'elles-mêmes à la prostitution, étaient issues de familles dysfonctionnelles (Dimenstein 1992). Ce qui corrobore les propositions de Cromer and Brow, 1998) et Stierlin (1974) stipulant que la supervision directe par les parents ou grands parents biologiques protégeait les adolescents de CSR. Ce qui n'écarte pas de l'idée de Scaramela et al. (2002) et Simons et al. (1999) pour qui le type

d'encadrement en famille durant l’enfance détermine le comportement social de manière générale.

Cependant, la concentration de l’intérêt sur des aspects isolés, conduit parfois à biaiser l’analyse des interactions et modes d’adaptation au risque dans la mesure où les individus développant des stratégies qui consistent à éviter par exemple un rapport sexuel ou à s’en tenir à des pratiques « non contaminant » (Agmo, 2007 ; Levay, 2004) sont susceptibles de ne pas être pris en compte (Nicolaï, Gourou et Mashini, 1996).

Les logiques sociales d’exposition et d’adaptation au risque de contamination par la voie des rapports sexuels sont donc étudiées de manière moins détaillée et relativement peu approfondie. Les recherches privilégient les pratiques sexuelles qui comportent un risque de contamination selon leurs propres angles d’incidence respectifs (culture). Qui plus est, l’encadrement en famille dépend de plusieurs autres facteurs spécifiques aux cultures et environnements, politiques publiques, configurations familiales, moyens économiques, interactions entre acteurs du proche entourage ; en famille comme à l’extérieur de celle-ci, qualité des acteurs en présence, influences de tierces personnes, culture, etc. Les paramètres psycho socio-familiaux reflètent certes des choix politiques mais ils dépendent aussi de la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources à tous les niveaux ; mondial, national, local, familial et/ou individuel.

La transmission des valeurs culturelles s'opérant de génération en génération à travers différentes structures socioculturelles telles que la famille, l'école… la situation des adolescents et adolescentes (ADO) dont les parents ont presque, sinon, carrément démissionné vis-à-vis de leurs devoirs et obligations n'était au demeurant pas évidente.

0.2. PROBLEMATIQUE

Le but de ce travail était d'encourager l'intégration de la problématique IST/SIDA dans les politiques et programmes nationaux de développement comme l'ont suggéré Woodward et Kawachi (2000) dans la mesure où :

- les jeunes (surtout femmes) constituent une catégorie importante de la population et ;
- les rapports sexuels précoces sont plus nombreux dans les ménages pauvres (UNICEF, 2001).

L'étude s'est proposée d'améliorer l'état des connaissances des déterminants socio-familiaux des CSR en les ancrant dans un contexte plus englobant qui tient compte des facteurs individuels (Hawe, 2009 ; Rehkopf et al., 2006 ; Krieger, Chen et Ebel, 1997), historiques et structurels ; des marqueurs sociaux et familiaux tout aussi complexes que trop souvent ignorés (Braveman et al., 2005 ; Zalduondo and Bernard, 1995). Elle porte sur l'encadrement socio-familial des adolescents dans un milieu urbain africain culturellement hétérogène comme déterminants majeurs des CSR

et au sujet desquels il était possible de dialoguer avec la catégorie de la population ciblée ; à savoir les adolescents.

L'idée d'y procéder est venue à la suite de ma participation en tant que chercheur junior à une enquête organisée en 2003 dans le cadre d'un module de recherche de l'Observatoire du Changement Urbain (OCU) consacré au phénomène « enfants de la rue » au Katanga. L'OCU est un centre de recherche interdisciplinaire de l'Université de Lubumbashi créé en 2000 dans le cadre de la coopération entre les universités francophones de Belgique et l'Université de Lubumbashi. Les annexes 4 et 5 décrivent le contexte de sa naissance, ses objectifs et fonctionnement.

Cette expérience avait laissé se profiler, corrélativement au dit phénomène, plusieurs problèmes théoriques, méthodologiques, terminologiques et pratiques de taille.

Par exemple, on désigne en général par le terme « enfant de la rue » trois catégories de personnes : les enfants vivant avec leur famille dans les endroits publics ; les enfants envoyés pour travailler dans les marchés sur la rue et les enfants ayant déserté le toit familial (Tessier, 2005 ; Lucchini, 1996). L'expérience de l'OCU n'avait permis d'estimer que les effectifs de deux dernières catégories.

N’y aurait-il pas d’enfants vivant avec leur famille dans les « endroits publics » ? Des imperfections dans la collecte des données et les difficultés pour définir certaines variables (par exemple les informations sur les hébergements : lieu, type, durée, modalités d’encadrement, potentielle influence sur les représentations et donc les comportements…) n’auraient-elles pas eu raison de cette expérience ?

Par ailleurs, la RDC paie un lourd tribut aux conflits armés de ces dernières décennies. Il connait des flux migratoires des déplacés qui ont certainement constitué un facteur non négligeable de propagation du IST/SIDA (Davies, 1997 ; Fletcher, and McMichael 1996) et de déstabilisation des familles (Kayabala, 2004 : 38). D’après l’UNAIDS (2013) environ 300 millions de nouveaux cas d’IST surviennent annuellement dans le monde. Un quart de ces nouveaux cas interviennent en Afrique Subsaharienne. En outre, ces affections seraient fortement répandues parmi les populations affectées par le VIH/SIDA dont la transmission par la voie des rapports sexuels est augmentée en leur présence. Ce qui fait dire aux spécialistes que dans une société où les expériences sexuelles avant le mariage ne peuvent se faire que par le recours aux PS, la séropositivité chez celles-ci est très fréquente à cause du grand nombre de clients différents. L’engagement communautaire ne repose-t-il pas sur le travail de terrain pour que la sensibilisation soit permanente pour l’appropriation des moyens de lutte par les populations ?

En fait, de plus en plus des jeunes provenant notamment du monde de la rue se font apercevoir au travers de l'habillement notamment, aux heures de nuit comme de jour, entrain de proposer, d'une manière ou d'une autre, des « services sexuels » aux passants. Une (1) adolescente sur dix (10) de 15 à 19 ans, résidant encore sous le toit parental, officiellement célibataire a déjà eu des rapports sexuels avec des partenaires « occasionnels », le plus souvent sans protection (87%). Par ailleurs, 15% des jeunes femmes de 15-24 ans résidant en milieu urbain ont eu des rapports sexuels avant leur quinzième (15ème) anniversaire de naissance. Ce taux est de 25% en milieu rural. Il est de 35% au Katanga, 29% dans la Province Orientale, 14% au Kasaï Oriental et 11% à Kinshasa (UNICEF, 2010) (annexe 6).

En outre, 10% des adolescents « enfants de la rue » de Lubumbashi ont été trouvés impliqués dans les activités sexuelles à risque ; la prostitution (Kaumba, 2004). Cependant, cette activité concerne aussi les hommes dans le cadre de prostitution homosexuelle, travestie, transsexuelle et même hétérosexuelle, affichée, visible ou cachée. Or, le fait d'avoir des relations sexuelles alors que les organes génitaux ne sont pas encore matures notamment pour les filles (Nzakuna, 2010 ; Petit, 2004) et, de ne pas utiliser correctement le préservatif lors des relations sexuelles à risque implique une transmission plus active des IST/SIDA (Ghebremichael, 2000 ; Pettifor et al, 2009).

Par ailleurs, dans la lutte contre le VIH/SIDA, devenue depuis quelques décennies une des préoccupations majeures de beaucoup d'acteurs, les experts en sciences sociales, loin d'opérer comme ceux qui les ont précédés dans l'appréhension du problème, se sont engagés à l'éducation pour la santé par des moyens non médicaux (Bushabu, 2005). Une prise en charge efficiente des besoins sanitaires dans ce domaine en est tributaire (Luboya Diambila, 2005 ; 2003). Le but est de donner, à chaque citoyen, la possibilité d'acquérir, tout au long de sa vie, les compétences et les moyens nécessaires qui peuvent lui permettre de promouvoir sa santé et sa qualité ainsi que celles de la collectivité (Green, 1988).

Cette étude s'est donc voulu être une contribution à la lutte contre la propagation des IST/SIDA eu égard à l'allure inquiétante de cette pandémie en RDC (PNLS, 2009 ; 2010). Plusieurs acteurs œuvrant dans le cadre de la prévention contre le SIDA s'obligent parfois à monter au créneau pour fustiger certains comportements « insolites » ; par exemple affectations des préservatifs aux usages inappropriés.

Par exemple, en septembre 2008, les ONG engagées dans la lutte contre le SIDA s'inquiétaient du fait que de nombreux habitants dans certaines contrées de la RDC utilisaient le lubrifiant des préservatifs, souvent distribués gratuitement, pour donner de l'éclat à leurs chaussures (dépêche avec accès libre sur www.syfia-grands-lacs.info consulté le 27 février 2009).

Pourtant, depuis l’avènement du VIH/SIDA, même dans les pays où leurs utilisations étaient jadis faibles, (Ethiopie, Brésil) les ventes se sont phénoménalement multipliées (Finger, 1998). Ce qui indique que l'hypothèse persistante de prédisposition génétique vers telle ou telle orientation sexuelle (Corraze, 2004) reste tout aussi controversée même si l'on peut se rendre compte qu'il existe parfois une fratrie homosexuelle dans une même famille.

Beaucoup d’autres organisations locales sont aussi demandeuses d'informations de cet ordre (Poncelet et al. 2006). Par exemple, la redynamisation du tourisme en RDC qui est d’actualité. Elle y préoccupe plusieurs acteurs chargés notamment de la sécurisation du territoire et de la mise en place des infrastructures appropriées. Cependant le pays traverse une situation de SIDA endémique. Pire, en raison de la pauvreté qui découle souvent des conflits, beaucoup de jeunes qui traînent dans la rue se prostituent. Parfois ils sont victimes de la perversion et du cynisme de certains touristes « sexuels » qui, craignant d'être contaminés, choisissent leurs proies parmi des petites filles supposées vierges ou indemnes du virus. Les ministères chargés du genre relèvent aussi la montée de ce fléau. Les hautes saisons touristiques s’annonçant – à cause des atouts naturels nombreux en RDC : près de 400 espèces de mammifères, 1000 espèces endémiques d’oiseaux, trois des quatre grands singes (chimpanzé, gorille et bonobo), okapi et paon du Congo, plusieurs milliers d’espèces de plantes supérieures, sept parcs nationaux (dont quatre inscrits au

patrimoine mondial de l'UNESCO), des réserves de biosphères, un gigantesque fleuve, des lacs et des rivières – et d'ores et déjà, un bon nombre d'arrivants projetant de venir pour sortir avec les « belles » dames, il y a lieu de craindre pour de plus en plus de jeunes qui se livrent à la prostitution. Ils pourraient se retrouver victimes à cause du VIH; par exemple ceux qui se considèrent d'abord comme des professionnels du sexe ; attirés par le rêve d'une vie facile.

- Dans quelle mesure les facteurs socio-familiaux déterminent-ils les attitudes et pratiques favorables aux CSR dans les milieux adolescents de Lubumbashi et ;
- quels en sont les mécanismes d'influence opérationnels ?

0.3. HYPOTHESES

Tenter de répondre au questionnement ci-dessus apporte un complément nécessaire puisque corroborant l'idée de Kleinman (1995) selon laquelle : « Only through concrete understanding of particular worlds of suffering and the way they are shaped by political economy and cultural change can we possibly come to terms with the complex human experiences that underwrite health » (p. 89).

Il s'agit, entre autres, de vérifier l'idée selon laquelle les CSR des adolescents sont déterminés par les cadres de vie ou facteurs socio-familiaux carentiels ; ceux-ci se traduisant par les conditions socio-familiales peu « aisées » ; c'est-à-dire ne favorisant pas un regard attentionné des parents envers les jeunes comme le suggèrent Ku, Sonenstein et al. (1993).

Autrement-dit, Il est postulé que les meilleures conditions socio-familiales s'associent souvent à l'acquisition des attitudes favorables à la sexualité précoce (Adler, Cheney et al, 1994 ; Pappas. 1994 ; Singh et Yu, 1996) et connaissances pour une sexualité à moindre risque des IST/SIDA (Ellen, Kohn, Bolan et al, 1993) ; ce qui évoque les circonstances psychosociales particulières et les autres cadres sociaux dans lesquels se retrouve un adolescent au moment où il adopte tel ou tel comportement.

Cette proposition se fonde sur les idées énoncées par Kerig, Cowan et Cowan (1993) qui suggèrent que :

1) les conflits conjugaux (entre parents) affectent les relations parentales (entre parent et enfant) ;
2) plus les conflits conjugaux sont intenses, moins les parents sont chaleureux et soutiennent leurs enfants (Easterbrooks and Emde, 1988), moins ils sont cohérents dans leur façon d'intervenir auprès d'eux (Sanders, Nicholson and Floyd, 1997) et plus ils perçoivent ces derniers comme étant difficiles (Belsky et al., 1991) ;

3) les comportements négatifs des parents sont associés à des réactions négatives des adolescents envers leurs parents (Booth and Amato, 1994), à des difficultés individuelles des enfants (Harold et al., 1997), aux conflits entre frères et sœurs (Erel, Margolin and Richard, 1998) et avec les pairs (Stocker and Youngblade, 1999) ;
4) l'interférence se réalise soit par effet de contagion d'affects (*spillover effect*) et des comportements négatifs de la relation conjugale à la relation parentale ; soit par simple exposition des enfants à la discorde conjugale entraînant des difficultés dans les relations avec leurs parents, etc.

Comme on s'en aperçoit, tout se passe comme si le délitement des liens sociaux au niveau de la famille (Lebrun, 2005 : 9-11) ouvrait sur des réseaux opérant dans des trames de sociabilité décalées liées à une économie souterraine opérationnelle (Berger et Luckmann, 1996). Et beaucoup d'acteurs qui se préoccupent des femmes, du sexe, genre, VIH… proposent que la plupart des efforts d'intervention ne considèrent pas suffisamment la gamme de ces facteurs contextuels et socioculturels (Pequegnat and Stover, 2000).

Ces propositions ne doivent cependant pas être considérées comme acquises. Car, même les autres moyens de protection contre la pandémie ; à l'instar du préservatif, connaissent des fortunes diverses. Par exemple, beaucoup d'ONG recommandent aux hommes, par médias interposées,

d’avoir toujours sur eux un préservatif pour parer à toute éventualité. Cependant, dans beaucoup de communautés congolaises, le fait d’en posséder démontre incontestablement l’infidélité du (de la) conjoint(e). Par ailleurs, dans une relation amoureuse où les partenaires envisagent déjà le mariage, il est parfois difficile pour l’un ou l’autre d’exiger l’utilisation du préservatif lors des rapports sexuels prénuptiaux. Il en est de même dans le cas d’une relation qui naît entre des personnes qui se côtoyaient auparavant. Elles peuvent être disposées à passer à l’acte sexuel sans aucune précaution. Elles se considèrent à tort ou à raison comme « habituelles » ou « familières »… Et cela quelle qu’eusse été la durée de la relation amoureuse proprement dite. Il existe également des cas où les partenaires ne déclarent ni leurs envies ni les mobiles pour lesquels ils acceptent ou refusent l’utilisation du préservatif lors d’un « rapport sexuel ». Ce qui ne veut cependant pas dire que la protection des rapports sexuels n’est pas, au demeurant, dictée par les contextes (conditions et circonstances) (Solotshi, Assumani et Assani, 1992) du déroulement de l’acte sexuel (rapport sexuel) (Raphael, 2004).

Somme toute, ces préoccupations répondent aux inquiétudes grandissantes concernant la persistance et l'aggravation des inégalités sociales de santé ; notamment à propos des IST/SIDA (Braveman, Gruskin, 2003).

D’après l’OMS (2008), pour lutter contre ces inégalités, il faut :

i) améliorer les conditions de vie quotidienne ;

ii) lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l’argent et des ressources et ;

iii) mesurer, analyser le problème et évaluer l’efficacité des actions menées.

Cette perspective devrait inspirer des actions en termes d’éducation et de promotion de la santé dans les populations en situation de précarité, iniquité de santé… (OMS, 2010).

En bref, cette étude voudrait indiquer que les multiples et multiformes divers et complexes référents en cause dans les CSR concernent tout aussi le type de climat social en famille, les ancrages ou soutiens socio-familiaux que les abus parentaux, tutoriaux ou des autres adultes. Ces derniers peuvent se manifester par des violences complexes en famille, y compris les cadres avec « prestations parentales carentielles » qui signifient exercice défaillant des parents ou tuteurs par rapport à leurs responsabilités vis-à-vis de leurs dépendants.

0.4. OBJECTIFS

Cette thèse poursuit les objectifs ci-après :

i) identifier les cadres de vie et facteurs socio-familiaux associés aux CSR des adolescents de Lubumbashi (RDC) ;
ii) hiérarchiser ces déterminants en fonction de leurs forces respectives d'association aux CSR et ;
iii) déterminer les mécanismes d'influence opérationnels.

0.5. SUBDIVISION DU TRAVAIL

Hormis cette introduction, la conclusion générale ainsi que les suggestions qui clôture son corps du texte proprement-dit, cette thèse est subdivisée en quatre chapitres exposant successivement les généralités théoriques et conceptuelles concernant les acceptions des termes tels que déterminants, « facteurs socio-familiaux », « famille », « cadre de vie » ; la méthodologie qui décrit les catégories visées par l'étude, les procédures de sélection des répondants, les outils de récolte et analyse des données mis en œuvre et les difficultés et problèmes éthiques rencontrés ; les résultats des analyses (il présente les résultats des analyses aussi bien qualitatives que quantitatives) et la discussion de ces derniers.

L'ensemble des subdivisions traite des « référentiels socio-familiaux » des CSR avec peu ou pas de différences d'avec le délitement de la relation parentale voulu ou entretenu par une adolescente dévergondée par

exemple à cause certainement de la crainte de la stigmatisation induite surtout pendant la période pré-prostitutionnelle. Tandis que la discussion rend compte, en les commentant, de résultats trouvés, des limites de l'étude et des perspectives théoriques ouvertes.

0.6. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Adler NE, Boyce T, Cheney MA, et al. (1994), « Socioeconomic status and health », *Am Psychol*.; 49:15–24.

Aïdam, C.A. (2001), « Perspectives d'Afrique de l'Ouest – Cas du Togo », In CQFD/AQOCI, *Journées de formation : Mondialisation de la prostitution et du trafic sexuel. Comité Québécois Femmes et développement (CQFD) et Association Québécoise des Organismes de Coopération Internationale (AQOCI)*, juin, pp. 35-41.

Agmo, A. (2007), *Functional and dysfunctional sexual behavior*, Elsevier

Allgeier A.R., Allgeier E.R. (1992), *Sexualité humaine*, De Boeck Université

Beavers, W.R. and Hampson, R.B. (2003), « Measuring family competence. The Beavers system model », in Walsh, F., *Normal Family Processes. Growing Diversity and Complexity* (3rd Ed.), New York, The Guilford Press, pp. 549-80.

Belsky, J., Youngblade, L., Rovine, M. and Volling, B. (1991), « Patterns of marriage change and parent-child interaction », *Journal of Marriage and the Family*, 53, pp. 487-98.

Berger, P. et Luckmann, T. (1996), *la construction sociale de la réalité*, Paris, Armand-colin, 288p.

Booth, A. and Amato, P.R. (1994), « Parental marital quality, parental divorce and relations with parents », *Journal of Marriage and the Family*, 56: 21-34.

Borgers, G. (1950), « La maladie de Nicolas Favre chez la femme indigène de la région de Coquilhatville », *Annales de la société belge de médecine tropicale*, pp. 11-9.

Bozon, M. (1994), « Les constructions sociales de la sexualité », *Population*, 48ème année, n°5, pp. 1173-96.

Braveman, P. and Gruskin S. (2003), « Defining equity in health », *J Epidemiol Community Health,* 57:254-8.

Braveman, P.A., Cubbin, C., Egerter, S., Chideya, S., Marchi, K.S., Metzler, M. et al. (2005), « Socioeconomic status in health research: one size does not fit all », *JAMA*;294:2879-88.

Brenot P. (Ed) (2004), *Dictionnaire de la sexualité humaine*, L'Esprit du Temps

Burgess, A., Hartman, C. and McCormack, A. (1987), « Abused to abuser: Antecedents of socially deviant behaviours », *American Journal of Orthopsychiatry*, 144: 1431-6.

Bushabu Piema-Kuete, R. (2005), *Sociologie médicale: initiation à l'épidémiologie sociale*, ISTM/UNILU, 74p.

Caldwell, J.C., Caldwell, P. and Quiggin, P. (1989), « AIDS and Sub-Saharan Africa », *Population*, 16(4): 31-51.

Calvès, E.A. (1996), *Youth and fertility in Cameroon: changing patterns of family formation*, Thesis, Rural Sociology and Demography, The Pennsylvania State University, 254p.

Chaleil, M. (2002), *Prostitution. Le désir mystifié*, Paris, Parangon

Corraze, J. (2004), « Orientation sexuelle », in Brenot, P. (Ed), *Dictionnaire de la sexualité humaine*. L'Esprit du Temps

Cromer BA and Brown RT. (1992), « Violence and associated high-risk health behavior in adolescents. Substance abuse, sexually transmitted diseases, and pregnancy of adolescents ». *Curr Opin Obstet Gynecol*; 4(6):855-9.

Davies, A. (1997), *Road transport and health*, London, British Medial association

Diclemente RJ, Wingood GM, Sionean C, Crosby R, Harrington K, Davies S, Hook EW 3rd, Oh MK. Sex Transm Dis. (2002) « Update on pregnancy, condom use, and prevalence of selected sexually transmitted diseases », *adolescents*, Sep; 29(9):503-9.

Dimenstein, G. (1992), *Les petites filles de la nuit. Prostitution et esclavage au Brésil*, Paris, Fayard

Diop, N.J. (1995), « La fécondité des adolescentes au Sénégal », Rapport d'étude n°11, Union pour l'Etude de la Population Africaine, 191p.

Djungu Simba, C. (2009), *Tremblements & bâtardises*, Médiaspaul, 144p.

Easterbrooks, M.A. and Emde, R.N. (1988), « Marital and parental-child relationships: The role of affect in the family system », in Hinde, R.A and Stevenson-Hinde, J. (Eds), *Relationships within families: Mutual influences*, Oxford, Clarendon Press, pp. 83-103.

Ellen JM, Kohn RP, Bolan GA, Shiboski S and Krieger N. (1995), « Socioeconomic differences in sexually transmitted disease rates among Black and White adolescents, San Francisco, 1990 to 1992 », *Am J Public Health.*;85:1546–8.

Erel, O., Margolin, G. and Richard, S.J. (1998), « Observed sibling interaction: Links with the marital and the mother-child relationship », *Developmental Psychology*, 34: 288-98.

Evina, A. (1998), « Vie féconde des adolescents en milieu urbain camerounais », *Les cahiers de l'IFORD*, N° 3, IFORD, 117p.

Evina, A. (1990), *Infécondité et sous-fécondité : évaluation et recherche des facteurs. Le cas du Cameroun*, Thèse de doctorat, Démographie, UCL, 274p.

Fenet-Rieutord, M. (1986), « Espace géographique et santé en Afrique centrale : la diffusion des maladies le long du fleuve Oubangui », *Cahiers ORSTOM sciences humaines*, 22 (2) : 231-256.

Finger, (1998), « Condom use increases, social marketing campaigns to prevent aids have made condoms readily accessible and affordable », *Network-Family Health International,* Spring, Vol. 18, n°3

Fletcher, T. and McMichael AJ. (1996), *Health at the crossroads: transport policy and urban health*, New York, NY, Wiley

Foucault, M. (1984), *Histoire de la sexualité*, vol. 3, Paris, Gallimard, 288p.

Foucault, M. (1984), *Histoire de la sexualité, vol. 2 : L'usage des plaisirs*, Paris, Gallimard, 296p.

Foucault, M. (1976), *Histoire de la sexualité, vol. 1 : La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 224p.

Gagnon, J.H. (2008), *Les Scripts de la sexualité. Essais sur les origines culturelles du désir*, préface du Dr. Alain Giami, Payot

Ghebremichael M, Larsen U, Paintsil E. (2009), « Association of age at first sex with HIV-1, HSV-2, and other sexual transmitted infections among women in Northern Tanzania », *Sexually Transmitted Diseases*.;36 (9):570–576.

Green, E.C. (1988), « AIDS in Africa: An Agenda for Behavioral Scientists », In Miller, N. and Rockwell, F., *AIDS in Africa : The Social and Policy Impact*, NewYork, Mellen Press (pp.175-196.)

Goodstein, D. (1996), *conduct and misconduct in science*, en ligne, consulté le 21 décembre 2006 : URL : http://www.caltech .edu

Harold, G.T., Fincham, F. D., Osborne, L.N. and Conger, R.D. (1997), « Mom and dad are at it again: Adolescent perceptions of marital conflict and psychological distress », *Developmental Psychology*, 33: 333-50.

Hawe P. (2009), « The social determinants of health: how can a radical agenda be mainstreamed? » *Can J Public Health* ;100:291-3.

Hilts, P.J. (1995), « A university and 4 scientists must pay for pilfered work », *New York Times*, 19 mai, p.A20

Ilunga Kayombo, B. (1997), *Quand les enfants crient misère*, Médiaspaul, 128p.

Institut Panos, (1993), *Le vrai coût du SIDA. Un nouveau défi au développement*, Paris, L'Harmattan, 273p.

Kabamba, L, Schirvel, C., Mukalay Wa Mukalay, A. and Dramaix Wilmet, M. (2011), « Understanding couples' attitudes on prenatal HIV testing in the Democratic Republic of Congo », *Rev Epidemiol Sante Publique* ; 59(6):379-83.

Kaishusha, B.P. and Kadima, J.L. (2009), « Treatment adhesion and factors affecting it at the Kadutu Clinic (Democratic Republic of the Congo) », *Santé*. Oct-Dec;19(4):205-15.

Kalambayi, B. (2007), *Sexualité des jeunes et comportements sexuels à risque à Kinshasa (R.D. Congo)*, Thèse de doctorat en Démographie, UCL, 378p.

Kaumba, L. (éd.) (2004), *Le phénomène enfant de la rue au Katanga, rapport de la 14ème session de recherche de l'observatoire du changement urbain*, Lubumbashi, UNILU

Kanku Mukengeshayi, J. (2005), *Politique sociale et politique familiale et structures démographiques dans le haut Katanga industriel, RD Congo*, *cas de l'Union Minière du Haut Katanga Gécamines, 1925 - 1990*, thèse de doctorat en histoire, Lubumbashi, UNILU

Kayabala, J.R. (2004), « L'organisation sociale du travail en Afrique noire et traditionnelle », *Cahiers de philosophie et des sciences du travail*, Lubumbashi

Kerig, P.K., Cowan, P.A. and Cowan, C.P. (1993), « Marital quality and gender differences in parent-child interaction », *Developmental Psychology*, 29:931-9.

Kleinman, A. (1995), « Writing at the Margin. Discourse Between Anthropology and Medicine », *Management Review*, Berkeley, University of California Press, vol. 24, n° 4, pp. 691-710.

Krieger, N., Chen, J.T. and Ebel, G. (1997), « Can we monitor socioeconomic inequalities in health? A survey of U.S. health departments data collection and reporting practices ». *Public Health Rep,* 112:481-91.

Ku, L., Sonenstein, F.L. And Pleck, J.H. (1993), « Neighborhood, family, and work: influences on the premarital behaviors of adolescent men », *Soc Forces* ; 72:479–503.

Lebrun, J.P. (2005), « Avant-propos », in Jean-Pierre Lebrun, *Les désarrois nouveaux du sujet*, ERES « Point Hors Ligne », p. 9-11.

Levay, S. and Baldwin, J. (1996), *Human Sexuality, Sinauer Associa*tes, 3ème edition

Lhomond, B. (2009), « Qu'est-ce qu'un rapport sexuel? Remarques à propos des enquêtes sur les comportements sexuels », *Mots*, n° 49, pp. 106-15.

Lucchini Riccardo, (1996), *Sociologie de la survie : l'enfant dans la rue*, Paris, PUF

Luboya Diambile, A. (2005), « Le pluralisme médical dans les romans négro-africains », Actes du colloque international : « 1960-2004, bilan et tendances de la littérature négro-africaine », Lubumbashi (26-28 janvier),pp. 161-71.

Luboya Diambila, A. (2003), « Santé publique et anthropologie médicale : vers une convergence? *». Likundoli. Enquête d'histoire congolaise* ; pp.223-34.

Ministère du plan de la République Démocratique Congo, (2008), Enquête démographique et de santé 2007. Kinshasa

Madungu Tumwaka, P., Kabwe Kabeya, J. et Kayiba Mbelu, E. (2009), *L'épidémiologie du VIH/SIDA en RDC. Une analyse secondaire de l'EDS-RDC-2007*, XXVIème Congrès Général de la Population/Marrakech, Maroc

Mudingayi, A., Lutala, P. and Mupenda, B. (2011), « HIV knowledge and sexual risk behavior among street adolescents in rehabilitation centres in Kinshasa; DRC: gender differences », *Pan Afr Med J* ;10:23.

Mwembo-Tambwe, A.N. (2012), *Optimisation de la couverture opérationnelle de la prévention de la transmission mère - enfant du VIH a Lubumbashi, République Démocratique du Congo : quelle stratégie adopter ou renforcer ?* Thèse de doctorat en santé publique, ULB

Mwembo-Tambwe, A.N., Kalenga, M.K., Donnen, P., Humblet, P., Chenge, M., Dramaix, M. and Buekens, P. (2013), [HIV testing among women in delivery rooms in Lubumbashi, DR Congo: A catch-up strategy for prevention of mother-to-child transmission.], *Rev Epidemiol Sante Publique*, 18.

Nicolaï, H., Gourou, P. et Mashini, M. (1996), *L'espace Zaîrois. Hommes et milieux*, Paris, L'harmattan

Ngatu, N.R., Phillips, E.K., Wembonyama, O.S., Hirota, R., Kaunge, N.J., Mbutshu, L.H., Perry, J., Yoshikawa, T., Jagger, J. and Suganuma, N. (2012), « Practice of universal precautions and risk of occupational blood-borne viral infection among Congolese health care workers », *Am J Infect Control*., Feb;40(1):68-70.

Olson, D.H. and Gorall, D.M. (2003), « Circumplex model of marital and family systems », in Walsh F., *Normal Family Processes. Growing Diversity and Complexity* (3rd Ed.), New York, The Guilford Press, pp. 514-548.

Organisation Mondiale de la Santé, (2010), Collaborer avec les individus, les familles et les communautés pour améliorer la santé maternelle et néonatale, Genève

Organisation Mondiale de la santé, (2008), *Combler le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Commission on social determinants of health (CSDH)*. Résumé analytique du rapport final

Otshudiongo, J. (2010), *Sexualité et Sexotherapie Image « Tabou, mythe ou réalité? »*, Médiaspaul, 176p.

Pappas, G. (1994), « Elucidating the relationships between race, socioeconomic status, and health », *Am J Public Health* ; 84:892–893.

Pascoe, E.A. and Smart Richman, L. (2009), « Perceived discrimination and health: a meta-analytic review », *Psychol Bull* ; 135:531-54.

Penot, J. (1989), *Le guide de la thèse*, Paris, édition de l'Espace Européen

Pequegnat, W. and Stover, E. (2000), « Behavioral prevention is today's AIDS Vaccine », *AIDS*, 14 Supplement 2, S1-7.

Petit, E. (2004), *La sexualité féminine au fil de la vie*, presse du châtelet, Paris, Fayard

Pettifor, A., O'Brien, K., MacPhail, C., Miller, W.C. and Rees, H. (2009), « Early coital debut and associated HIV risk factors among young women and men in South Africa », *International Family Planning Perspectives* ; 35(2):82–90.

PNLS, (2010), Rapport épidémiologique de surveillance du VIH chez les femmes enceintes fréquentant les structures de CPN en 2009, Kinshasa

Poncelet, M. et al. (2006), *Les ONGs en villes africaines : Etudes de cas à Cotonou (Benin) et à Lubumbashi (RDC)*, Louvain-la-Neuve, Bruyant-Académia

Raphael, D. (2004), « Introduction to the social determinants of health », In Raphael, D. (ed.), *Social determinants of health: Canadian perspectives,* Toronto, Canadian Scholar's Press, Inc.; pp. 1-8.

Rehkopf, D.H., Haughton, L.T., Chen, J.T., Waterman, P.D., Subramanian, S.V. and Krieger, N. (2006), « Monitoring socioeconomic disparities in death: comparing individual-level education and area-based socioeconomic measures », *Am J Public Health* ; 96:2135-8.

Reynaud, M. (2005), *L'amour est une drogue douce ... en général*, Robert Laffont

Rwenge, M. (2002,) « Culture, genre, comportements sexuels et MST/SIDA au Cameroun (province de l'Ouest et du Centre) », *Les cahiers de l'IFORD*, N°28, Yaoundé, Cameroun, 276p.

Rwenge, M. (2000), « Comportements sexuels à risques parmi les jeunes de Bamenda, au Cameroun », *Perspectives internationales sur le planning familial*, numéro spécial, pp.13-18. [Disponible sur http://www.guttmacher.org/].

Rwenge, M. (1999), « Changement social, structures familiales et fécondité en Afrique subsaharienne : le cas du Cameroun », *Cahiers de l'IFORD*, 26, IFORD, Yaoundé, 247p.

Sanders, M.R., Nicholson, J.M. and Floyd, F. J. (1997), « Couple's relationships and children », in Halford, W.K. and Markman, H.J. (Eds), *Clinical handbook of marriage and couples interventions* New York, Wiley (pp. 225-53.)

Scaramela, L.V., Rand, D.C., Spot, R. and Simons, R.L. (2002), « Evaluation of a social contextual model of delinquency: A cross-study replication », *Child Development*, 73 (1): 175-95.

Silbert, M.H. and Pines, A.M. (1983), « Early sexual exploitation as an influence in prostitution », *Social Work*, n° 8, (pp. 285-9).

Simons R.L., Kuei-Hsiu Lin, Leslie, C.G., Rand, D.C. and Frederick, O.L. (1999), « Explaining the higher incidence of adjustment problems among children of divorce compared with those in two-parent families », *Journal of Marriage and the Family*, 61 (4):1020-33.

Singh, G.K. and Yu, S.M. (1996), « US childhood mortality, 1950 through 1993: trends and socioeconomic differentials », *Am J Public Health* ; 86:505–12.

Solotshi Muyunga, Assumani Salimini et Assani Ali Arkamose, (1992), « Répartition spatiale et facteurs géographiques des accidents de circulation à Lubumbashi (Zaïre) en 1988 », *Géokin : bulletin géographique de Kinshasa,* Volume 3 #1, (pp. 45-57).

Stierlin, H. (1974), *Separating Parents and Adolescents. A Perspective on Running Away, Schizopherenia and Waywardness*, New York, Quadrangle, 204p.

Stocker, C.M. and Youngblade, L. (1999), « Marital conflict and parental hostility: Links with children's sibling and peer relationships », *Journal of Family Psychology*, 13:598-609.

Talnan, E., Anoh, A. et Zanou, B. (2002), « Inégalités sociales et comportements sexuels à risque chez les jeunes en milieu urbain ivoirien », *Etude de la population africaine*, vol 19 Supplément B [Disponible sur https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/5826/1/ep04035.pdf

Tessier, S. (2005), « Distances, ponts, liens et chausse-trappes », in Tressier, S. (éd.), *L'enfant des rues. Contribution à une socio-anthropologie de l'enfant en grande difficulté dans l'espace urbain,* Paris, L'Harmattan, pp. 13-38.

UNAIDS, (2013), *2012 UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic*, Geneva, Switzerland

UNICEF, (2010), *Enquête nationale sur la situation des enfants et des femmes, Rapport d'analyse, volume II*, Kinshasa

UNICEF, (2001), *Enquête nationale sur la situation des enfants et des femmes, Rapport d'analyse, volume II,* Kinshasa

Vangroenweghe, D. (2000), *Sida et sexualité en Afrique*, Anvers, EPO

Widom, C.S. and Kuhns, J.B. (1996), « Childhood victimization and subsequent risk for promiscuity, prostitution, and teenage pregnancy: a prospective study », *American Journal of Public Health*, vol. 86, n° 11: 1607-1612.

Woodward, A. and Kawachi, I. (2000), Why reduce health inequalities? *J Epidemiol Community Health*; 54:923-9.

Zalduondo, B.O. and Bernard, J. (1995), « Meanings and consequences of sexual-economic exchange », *Annual Review of Sex Research*, vol.12, pp.1-32.

CHAPITRE I

MODELE THEORIQUE A PRIORI

L'introduction de cette thèse a permis de poser la problématique de l'encadrement socio-familial des adolescents dans un milieu urbain africain comme déterminant des CSR. Elle a posé la question du cadre de vie désarticulé (Devaux et al. 2007 ; Paquet, 2005 ; Aïach et Fassin, 2004). En d'autres termes, elle indique que les aspects culturels peuvent être déterminants pour les comportements de santé (Raphael, 2004) mais également pour la condition et position sociale de certaines minorités ; les femmes par exemple (Goldberg, 2002 ; WHO, 2007). Il est donc question d'explorer et d'identifier les cadres pernicieux.

Pour ce faire, il a fallu se doter de quelques filtres théoriques ; d'une représentation qui résume une série de propositions concernant le phénomène déterminé et ses mécanismes causaux (Mongeau, 2008). Toute recherche scientifique qui ne circonscrit pas correctement son champ d'analyse perd de la compréhension du phénomène car chaque contexte impose ses règles et conventions et suppose des attentes particulières. Cette partie du travail décrit le champ qui a été le nôtre.

Etant donné que les premières observations ont laissé à penser que tout semble se passer comme si le délitement des liens sociaux au niveau de la famille ouvrait sur des réseaux opérant dans des trames de sociabilité décalées liées à une économie souterraine opérationnelle, le champ proposé tient compte de la complexité qui se dégage des premières impressions. Il s'inscrit dans une conception particulière du monde ; à savoir la conception « déterministe ».

Les notions de déterminisme de manière générale et du point de vue des sciences sociales sont évoquées en premier pour clarifier les notions de déterminant socio-familial de santé du niveau de la structure de la vie sociale (famille, proche entourage, voisinage, cadre de vie) et du niveau individuel.

Nous décrivons également le paradigme privilégié en en commentant brièvement les significations, thématiques, termes et autres expressions pertinents.

I.1. NOTION DE DETERMINANT EN SCIENCES SOCIALES

Parler de déterminants socio-familiaux des CSR c'est rallier une conception particulière du monde ; à savoir celle du déterminisme et particulièrement du déterminisme en sciences sociales (Bishop, 2005). L'usage du terme « déterminisme » duquel dérive le substantif « déterminant » est historiquement et relativement récent (première moitié du XIX^{e}). Il est associé à la mise au point des méthodes expérimentales (rationalismes

mathématiques) qui marquèrent la rupture « galiléenne » dans l'évolution de la science (Lecourt, 1999).

Le terme en lui-même renvoie à une conception générale du réel selon laquelle tout événement ou tout phénomène peut être ramené à un enchainement nécessaire de relations, idéalement exprimables sous forme des lois mathématiques et susceptibles d'en permettre la prévision voire la reproduction. Ce qui peut s'exprimer sous diverses formes et à divers niveaux. Il tend à penser la réalité comme un vaste système où tout état de choses se déduit rigoureusement d'un autre : pas de contingence absolue, pas de hasard non plus. Cependant, cette conception peut se muer en scientisme étroit ou fonctionner comme principe mathématique recteur.

Laplace en a esquissé le modèle parfait (universaliste). Il écrit que nous devons envisager l'état présent de l'univers comme l'effet de son état antérieur et la cause de celui qui suivra. Une intelligence qui […] connaîtrait toutes les forces dont la nature est animée et la situation respective des êtres qui la composent […] embrasserait dans la même formule les mouvements des plus grands corps de l'univers et ceux du plus léger atome ; rien ne serait incertain pour elle et l'avenir, comme le passé, serait présent à ses yeux. (Passage in essai philosophiques sur les probabilités de 1814 repris par Roux, Etienne, Bloess et Roux (2004)).

Cependant, en sciences sociales, la notion est appréhendée selon des modalités contrastées (déterminisme régional). Durkheim, avec le suicide qui varie selon divers facteurs sociaux, l'érige en principe de causalité. Il en fait un point d'ancrage de la scientificité (Durkheim, 2008).

L'idée que l'inscription historique du social et le rôle déterminant des significations dans l'action humaine contribuent à la singularité des phénomènes sociaux semble tout aussi fondée qu'elle indique que la notion de déterminisme en sciences sociales passe mieux pour un postulat recteur selon lequel, dans l'infinie diversité des phénomènes, il y a plus d'intérêts pour la connaissance à poser l'existence des liens, régularités des structures que celle d'un désordre généralisé (Bishop, 2005).

I.2. DETERMINANTS SOCIO-FAMILIAUX DE LA SANTE

Les déterminants socio-familiaux et/ou psychosociaux des CSR évoquent de manière générale les déterminants sociaux de la santé qui sont, d'après l'OMS (2008a ; 2008b), les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que l'ensemble de perceptions psychologiques y afférentes ou non... (Fassin et al. 2000).

L'intérêt pour les déterminants sociaux de la santé s'est développé dans le cadre d'une critique de la santé publique traditionnelle qui accordait une place jugée excessive aux facteurs physiques et environnementaux de développement des maladies et aux interventions médicales stricto sensu (Rosen, 1993 ; Lecourt, 2004). Ce regain d'intérêt a, semble-t-il, été

suggéré par l’analyse sociologique du suicide de Durkheim qui a réussi à montrer que le risque de suicide était socialement déterminé (Baudelot et Establet, 1984).

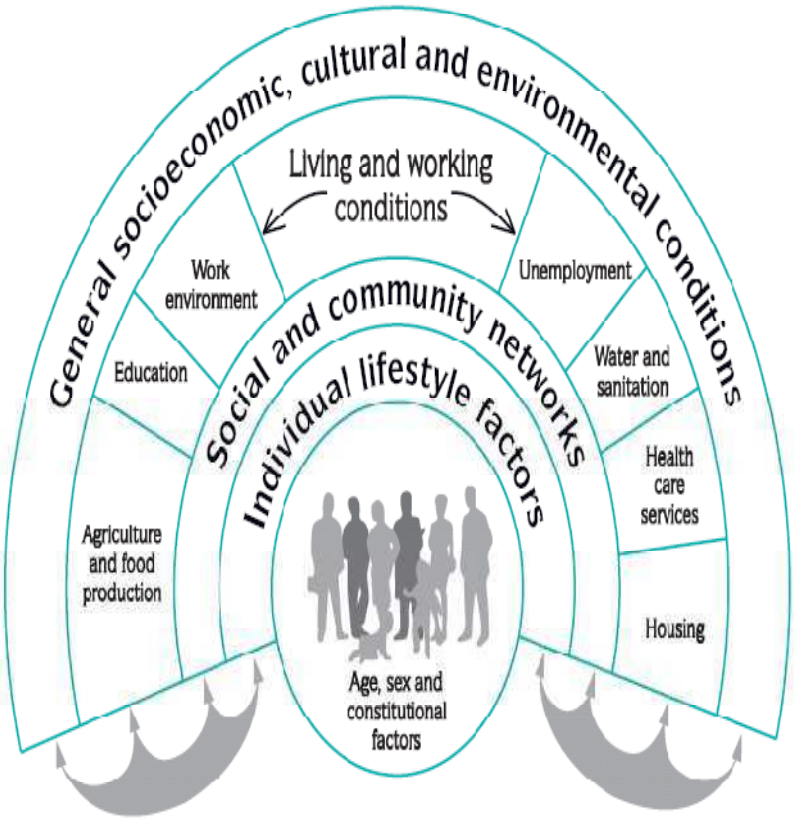
Beaucoup d’autres après lui ont réussi à faire s’asseoir la conviction que la mise en évidence des déterminants sociaux des états morbides fait de la santé, bien individuel, une préoccupation collective et un objet des politiques publiques. Les recherches se poursuivent d’ailleurs pour montrer que les choix personnels ou les comportements individuels ne sont qu'une partie de ce qui détermine la santé de tous (Hawe, 2009 ; Centers for Disease Control and Prevention (US), 2010).

Cinq types des déterminants sont reconnus dans la littérature scientifique:

- biologie et génétique (par exemple, le sexe et la race) ;
- les comportements individuels (par exemple, la consommation d'alcool, l'usage de drogues par injection, rapports sexuels non protégés, et le tabagisme) ;
- l'environnement social (par exemple, la discrimination, l'origine ethnique, tel qu'il s'applique aux coutumes et traditions sociales, la catégorie de revenu, niveau d'éducation, et matrimonial) ;
- l'environnement physique (par exemple, le lieu de résidence, les conditions de surpeuplement et de l'environnement construit) ;
- les services de santé (par exemple, l'accès à des soins de qualité, le statut d'assurance, et le diagnostic précédent d'un résultat lié à la santé

> [qui sert de proxy pour déterminer combien de fois une personne a été en contact avec le système pour gérer les symptômes] (Department of Health and Human Services (US), 2011 ; Centers for Disease Control and Prevention (US), 2010 ; Tarlov, 1999).

Les taxonomies les plus connues organisent les déterminants de santé en couches superposées. Le pictogramme de Dahlgren et la planche titré *Important contributors to the total burden of disease…* ci-après et repris du rapport de l'OMS (2008a ; 2008b) en présentent la préfiguration.



Source: Dahlgren and Whitehead, 1993

Les facteurs les plus distants de l'individu sont constitués de :

- la structure sociale de la société et ;
- des conditions économiques, culturelles et environnementales qui prévalent dans cette société (voir représentation de Dahlgren ci-dessus : *the main determinants of health*).

Ces facteurs déterminent les niveaux inférieurs. Le niveau économique et conditions du marché du travail influencent par exemple les niveaux de vie, les interactions sociales et les relations de travail. On trouve en position intermédiaire des facteurs tels que la production alimentaire, l'éducation, le milieu du travail, l'emploi et le chômage, les services (y compris les services de santé), le logement.

Par ailleurs, Dahlgren et Whitehead (2006) observent aussi que les facteurs en amont relevés dans la colonne de droite dans sa planche « *important contributors to the total burden of disease in the WHO European region*, *2002* » ci-dessous ; à savoir les « upstream » sont peu saisis par des analyses quantitatives comparativement aux facteurs comportementaux qui en dépendent (en aval) qui font l'objet de mesures plus précises et systématiques.

Important contributors to the total burden of disease in the WHO European Region, 2002

Downstream	Upstream
Ten key behavioural risk factors for Europe, identified by WHO	Broader risks to health not captured by precise quantitative analyses
1. Tobacco 2. High blood pressure 3. Misuse of alcohol 4. Too high cholesterol 5. Overweight 6. Low fruit and vegetable intake 7. Physical inactivity 8. Drug abuse 9. Unsafe sex 10. Iron deficiency	- Global neoliberal trade policies - National economic growth strategies that neglect poverty-reduction strategies - Income inequalities - Poverty - Work-related health hazards - Lack of social cohesion

Source: WHO (2002).

Les déterminants qui ont des effets positifs maintiennent la santé ; par exemple la sécurité à l'égard du travail, le logement de qualité, la sécurité alimentaire ; qui ont un effet de protection contrairement à ceux qui ont un effet négatif ; facteurs de risque qui déterminent les problèmes et les maladies pouvant être évitées ; par exemple la prostitution, la pollution de l'air, de l'eau ou encore le tabagisme.

Les premiers éliminent les risques ou améliorent la résistance aux maladies ; par exemple la prévention comme la vaccination, les régimes alimentaires protecteurs ou l'activité physique. Sont également compris le support social, les déterminants culturels, psychologiques, etc.

Cette étude a été intéressée par le cadre de vie en famille, voisinage, proche entourage, ancrages, soutiens sociaux… mais aussi par les marqueurs du climat social en famille (facteurs psychosociaux) et individuels.

En évoquant ces facteurs, il n’est pas question de faire l’inventaire des acceptions développées au sujet de chacun d’eux. Il s’agit surtout de savoir comment comprendre les réalités ; la famille dans le contexte congolais d'aujourd'hui ou qu'est-ce qui peut bien en faire l'être profond, si on ne le réduit ni à l'indice de la biologie (individu) ni au principe de la métaphysique substantialiste au regard de la réalité vécue par les adolescents de Lubumbashi ; pourquoi penser que les cadres socio-familiaux carentiels ouvrent sur les réseaux de socialisation décalés.

C’est aussi pour montrer que chacun de ces aspects ou facteurs ne peut être mieux compris qu’au prix d’intenses démarches. Par exemple, la famille n’est-elle pas l'articulation des liens d'union, de parenté et de germanité ; ce qui permet de ne pas pourtant préétablir le contenu d'une famille.

I.1.1. La famille

La famille est souvent appréhendée comme un des plus importants facteurs affectant les fonctions socialisantes :

- elle constitue le premier groupe dans lequel les individus se socialisent et apprennent à vivre en société ;
- elle est aussi l'unité de base dans le cadre duquel sont réalisées une grande part des opérations quotidiennes essentielles des individus que sont leur reproduction, alimentation, nourriture, repos, éducation, loisirs ;
- elle est à la fois groupement et institution sociale (au sens de ce qui fonde le lien et des représentations sociales préexistantes).

Le terme désigne un ensemble de personne vivant autour d'un couple, marié ou non, de personnes de sexes différents ou non, et accompagnés ou non d'enfants, lesquels peuvent être nés d'une précédente union (ce qui forme dans ce dernier cas une famille recomposée) ; dans le même foyer et possédant des liens de parenté ; d'un parent seul avec au moins un enfant non marié ; famille monoparentale (Bonte et Izard (éds), 2010).

En son sein, le niveau des réseaux sociaux et collectifs (communauté) est en position intermédiaire ; de même que les facteurs individuels relatifs aux modes de vie ; ce sont des déterminants susceptibles d'être modifiés par des politiques adaptées. Mais ce niveau regroupe aussi des déterminants qui sont largement fixés et non modifiables par des politiques ; les facteurs

génétiques par exemple.

Pendant longtemps, la famille était l'unité qui permettait l'essentiel des activités de production et consommation, qu'elles soient agricole, artisanale ou commerciale (Porqueres, 2010). Elle n’a pas pris nécessairement son origine dans le mariage (union libre). De nos jours, elle peut réunir des gens de même sexe ou des recompositions de famille. Cependant, dans presque toutes les sociétés humaines, l’étape d’initiation à la vie adulte comprend une dimension sexuelle et se réalise en famille.

Constater que le rôle de la famille change montre à quel point elle est en constante évolution et en interaction permanente avec le mouvement historique. Par exemple, beaucoup de questions restent ouvertes au sujet des adolescents dont les parents ont « démissionné » de leurs obligations vis-à-vis de leurs dépendants. La finalité de l’encadrement familial et extra-familial ne consiste-t-elle pas à former un citoyen équilibré, responsable et utile à la société ? Cette formation sociale ne revêt-elle pas aussi un aspect sexuel ? Si les individus n'ont que des liens de parenté, mais qu'ils ne vivent pas ensemble, parlera-t-on de famille ? Même au sens large ou encore de « parentèle » ? Une erreur à ne pas commettre est de confondre « ménage » et « famille ». Un ménage n'est pas toujours une famille. Il est constitué de l'ensemble des personnes qui vivent (depuis un temps déterminé) dans un même foyer (idée de partage de la nourriture), même si elles n'ont aucune relation de parenté. Il peut même s'agir d'une personne

seule (on parle alors de « personne isolée »).

Pour former une famille (au sens étroit), il faut donc non seulement vivre ensemble mais aussi avoir des liens de parenté : on parle alors de « famille nucléaire » ou « groupe domestique »… Ici, le terme « famille » désigne un groupe social offrant au moins les caractéristiques suivantes :

- avoir son origine dans le mariage ;
- comprenant mari, femme, et enfants nés de leur union, bien que l'on puisse concevoir la présence d'autres parents agglutinés à ce noyau
- les membres sont unis par des liens légaux ; par des droits et obligations de nature aussi bien légale, économique, religieuse et autres ;
- un réseau précis de droits et interdits sexuels, et ;
- un ensemble variable et diversifié de sentiments psychologiques tels que l'amour, l'affection, le respect, la crainte, etc.

I.1.2. Le cadre de vie

La notion de cadre de vie de l'adolescent constitue un des piliers pragmatiques et théoriques des CSR. Il n'existe pas de définition simple de cette notion qui n'engloberait les aspects socioculturels (famille, logement, résidence, quartier, acteurs en présence, etc.) mais aussi environnementaux.

Le terme renvoie au milieu (entité géo-socioculturelle, voisinage, ancrages, soutiens sociaux…) habituellement vécu. Il peut être défini par l'ensemble

des caractéristiques et conditions qui déterminent et modulent à divers degrés les valeurs et normes propres aux groupes socioculturels considérés (Rwenge, 1999). Il inclut aussi le milieu économique ; qui rend compte des conditions économiques dans lesquelles vivent les individus.

Dans le cas des adolescents, ils sont pour la plupart du temps encore dépendants de leurs parents et de la situation économique de ces derniers qui leur offrent l'opportunité de bénéficier ou non d'un certain nombre d'atouts et privilèges : instruction, exposition aux médias, suffisance des moyens pour satisfaire leurs besoins, etc. De même, ces facteurs déterminent le risque encouru d'échanger les faveurs sexuelles pour satisfaire les besoins lorsque les conditions sont défavorables.

De ces caractéristiques découle également la capacité de ces adolescents à s'informer sur la sexualité, le VIH, les modes de prévention vis-à-vis de cette endémie et ses conséquences. Et de ces connaissances découlent également les attitudes à l'égard de la sexualité et du VIH. Cependant ces environnements ne sont pas figés. Ils sont soumis aux aléas de la vie socioéconomique du proche environnement ; lesquels environnements induisent souvent des changements dans le train de vie des ménages et individus qui les constituent et du climat social dans lequel ceux-ci baignent.

Ces aléas peuvent être la mort d’un des parents, le divorce de ces derniers, la perte d’emploi du tuteur. Ils entraînent ainsi la diversification des structures des ménages par la mobilité, migration ou déplacement ; comme

par exemple le changement de tuteur, le confiage, éloignement ou placement d'enfant (Pilon, 2002 ; 2003), la dégradation voire l'amélioration des conditions matérielles d'existence, de vie, etc.

Jadis, au village, la possibilité que trois générations des personnes d'une famille se retrouvent était assez grande. Les grands parents s'occupaient de l'initiation à la vie sexuelle des jeunes. Avec l'urbanisation, le changement de mode de vie, l'instruction, ces personnages ne sont pas toujours disponibles. La sexualité constituant un sujet tabou pour beaucoup de parents en Afrique, l'absence de communication en cette matière prive surtout les jeunes d'informations correctes sur les conséquences de la sexualité non protégée (à risque ?). Faute d'une bonne information, les adolescents se contentent de ce que leur offre la rue à travers les pairs (amis). En dehors des parents et de la rue, les jeunes sont également censés avoir l'information sur la sexualité par les médias (journaux, radio, télévision, magazines, etc.). Encore faut-il que les jeunes soient en mesure de filtrer les informations rapportées par les médias qui véhiculent les informations sur la santé, y compris celles relatives à la sexualité et aux IST/SIDA et ; aussi les films et les genres de musique ne comportant pour la plupart aucune valeur morale (Rwenge, 1999, p. 19).

I.1.3. Modèle de « comportements sexuel »

Le modèle ici adopté élargit le paradigme des comportements de santé aux problématiques sociologiques de l'encadrement et du climat social en famille. Il s'inspire de celui de Triandis (1980) (comportements interpersonnels) qui a fait ses preuves dans la prédiction de plusieurs comportements en santé notamment (Godin et Kok, 1996 ; Godin, 1991) mais rarement en ce qui a trait aux CSR en milieu africain particulièrement et qui se résume par les équations suivantes :

- la probabilité d'apparition d'un comportement est fonction de la somme des habitudes et des intentions comportementales, multipliées par l'activation physiologique de l'organisme (exemple activation musculaire) et conditions facilitant et ;
- les intentions comportementales sont fonction des facteurs sociaux, des affects (vouloir) à l'égard du comportement et des valeurs attribuées aux conséquences de celui-ci.

Quatre facteurs principaux définissent l'intention :

- les composantes cognitives et affectives de l'attitude,
- les croyances normatives,
- les croyances en l'existence de rôles sociaux spécifiques et ;
- les convictions personnelles (normes morales).

La composante cognitive de l'attitude est le résultat d'une analyse subjective des avantages et des désavantages qui résulteraient de l'adoption du comportement. L'individu traduit en croyance un certain nombre de conséquences avantageuses et désavantageuses provoquées par l'adoption d'un comportement. La dimension affective est donc la réponse émotionnelle d'une personne à la pensée d'adopter un comportement donné.

Le schéma ci-dessous en représente les interférences majeures :

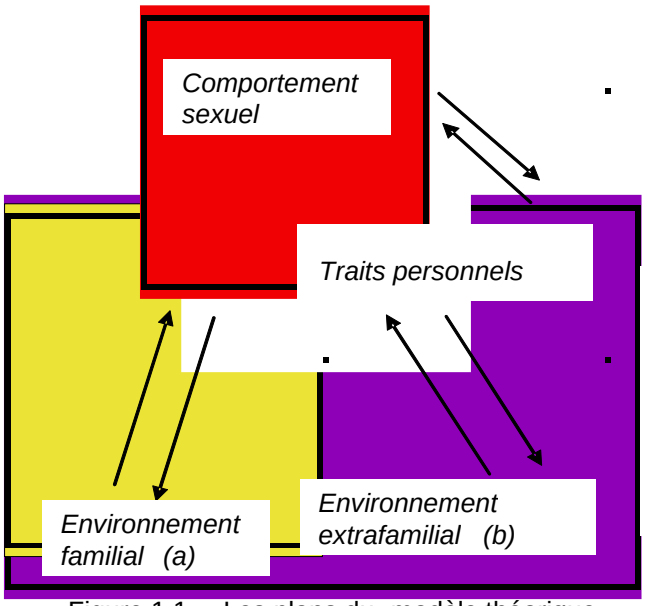


Figure 1.1 Les plans du modèle théorique

Source : Conçu par nous au terme des observations et enquêtes sur terrain depuis 2005.

Le plan de fond (a et b) (voir figure 1.1 ci-dessus) constitue le « cadre de vie » socioculturel ; c'est-à-dire le milieu susceptible où s'insèrent les modes de penser et d'agir des groupes d'individus. Il est constitué par l'environnement familial et extra-familial. Il est à l'ordinaire caractérisé par plusieurs variables susceptibles d'être :

- individuelles ou contextuelles ;
- sociodémographiques (état matrimonial des parents/tuteurs chef de ménage ; statut vital des parents ; lien de parenté avec le chef de ménage ; configurations de la famille de provenance ; composition et taille du ménage, etc.) ;
- socioéconomiques (occupation du jeune et du chef de ménage, niveau de vie du ménage, prise en charge des besoins primordiaux des jeunes, scolarité et santé, etc.) ;
- socioculturelles (niveau d'instruction du jeune et du chef du ménage ; appartenance religieuse, lieu de résidence, quartier populaire, taudis), liens de parenté avec les responsables (parents, tuteurs, chef de ménage), présence ou non en famille des personnes pouvant transmettre des instructions et/ou conseils, les convictions religieuses, normes ethniques, par exemple la tolérance coutumière ou non de la sexualité préconjugale, etc.

Cependant, même armés des valeurs socioculturelles et libres de choisir une « orientation sexuelle » donnée, les adolescents peuvent opter pour l'abstinence sexuelle jusqu'au mariage ou pour l'activité sexuelle préconjugale ou précoce. Leurs biographies sexuelles respectives dépendent donc des motivations et représentations personnelles qui déterminent la manière dont ceux-ci entendent gérer les risques associés à leurs activités sexuelles (Webb and Sheeran, 2006 ; Sheeran, 2002 ; Armitage et Conner, 2001 ; Godin et Kok, 1996 ; Siziya et al., 2002).

Le schéma 2.1 construit en référence aux réalités apparentes du terroir montre que ces facteurs peuvent se corréler avec, par exemple, l'âge aux premiers rapports sexuels (Bozon et Kontoula, 1997).

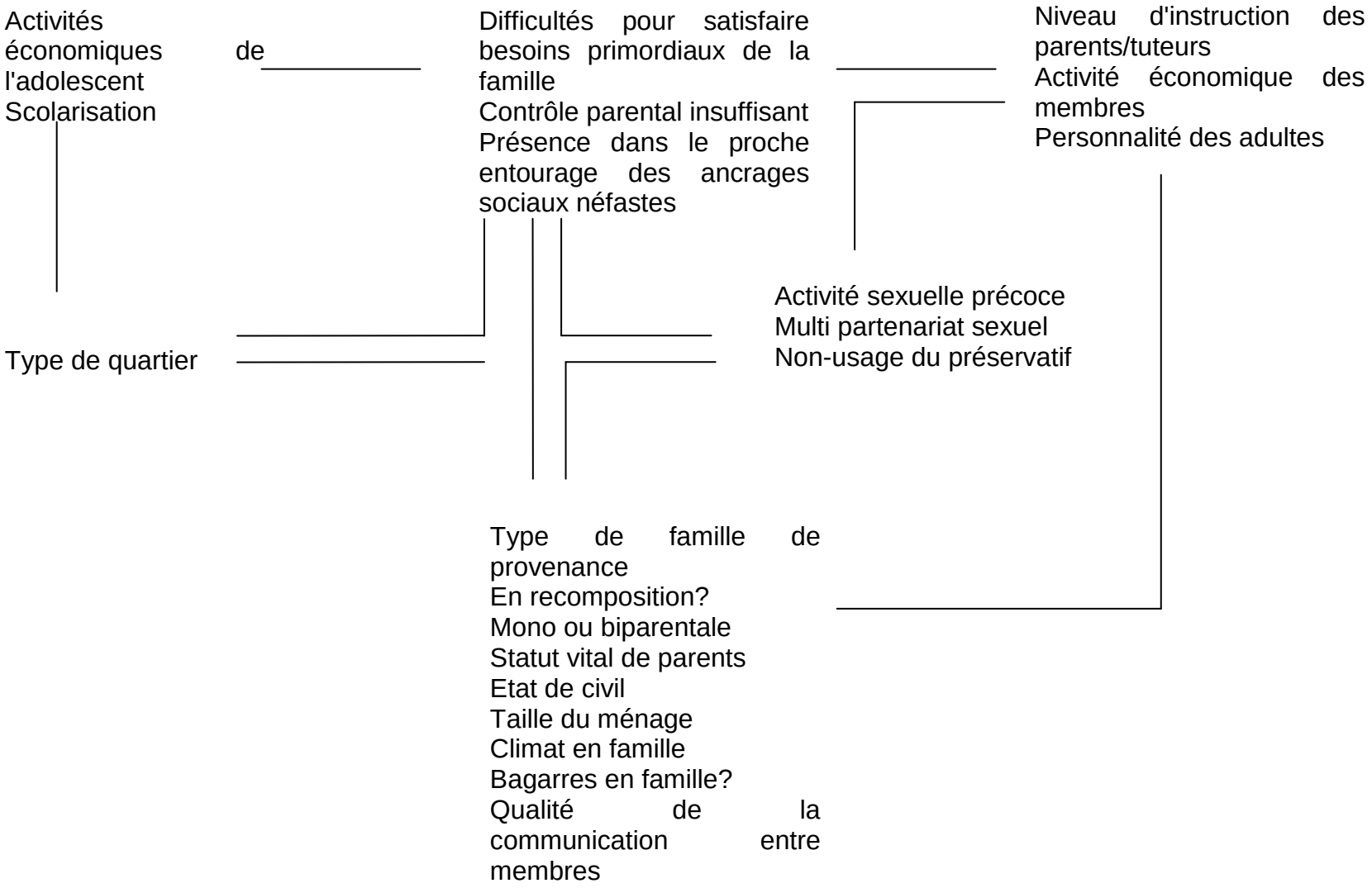


Schéma 2.1. Proposition au sujet des facteurs des CSR des IST/SIDA

Source : Conçu par nous au terme des observations et enquêtes sur terrain depuis 2005.

Les cadres et facteurs socio-familiaux des CSR s’inscrivent :

i) dans plusieurs plans structurels (milieu familial et extra-familial, voisinage, ancrages, soutiens sociaux...) ; intermédiaire et les comportements sexuels ;
ii) avec aussi bien leurs compositions et communications entre acteurs que les traits individuels comportant les attitudes, perceptions et connaissances ; excepté les représentations mentales selon l’acception de Sperber (1996).

Somme toute, les pratiques, interactions, émotions et représentations liées aux relations sexuelles ou amoureuses dépendent non seulement des contextes sociaux et culturels (Bozon, 1997 ; 2001) mais aussi d’autres secteurs non sexuels de la vie sociale.

1.3. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Aïach, P. et Fassin, D. (2004), « L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé », *La Revue du praticien* ; 20 (54) : 2221-27.

Armitage, C.J. and Conner, M. (2001), « Social cognitive determinants of blood donation », *Journal of Applied Social Psychology*, 31: 1431-57.

Baudelot, C. et Establet, R. (1984), *Durkheim et le suicide*, Paris, PUF

Bishop, R.C. (2005), « Determinism and Indeterminism », *Encyclopedia of Philosophy* (2e edition), Art XIV

Bonte, P. et Izard, M. (éds) (2010), *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*, Paris, PUF, 4ème Édition

Bozon, M. et Kontula, O, (1997), « Initiation sexuelle et genre en Europe. Comparaison des évolutions de douze pays européens », *Population*, 6. INED, pp. 1367-400.

Bozon, M. (dir.) (2001), « Les cadres sociaux de la sexualité », *Numéro spécial de Sociétés Contemporaines*, n°41-42, 196p.

Bozon, M. (1997), « Comportements sexuels et catégories sociales », Communication à la journée d'étude de l'Observatoire Sociologique du Changement sur les catégories socioprofessionnelles (15 mars 1997), Paris

Centers for Disease Control and Prevention (US). (2010), « Establishing a holistic framework to reduce inequities in HIV, viral hepatitis, STDs, and tuberculosis in the United States », Atlanta, CDC

Dahlgren, G. and Whitehead, M. (2006), « Levelling Up (Part 2): a Discussion Paper on European Strategies for Tackling Social Inequities » in WHO, *Health*

Department of Health and Human Services (US), (2011), Healthy People 2020, available http://healthypeople.gov/2020/about/disparitiesAbout.aspx

Devaux, M., Jusot, F., Trannoy, A. et Tubeuf, S. (2007), « Inégalités des chances en santé : influence de la profession et de l'état de santé des parents », *Questions d'économie de la santé*, n° 118, février. En ligne : http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Qes2007.html

Durkheim, E. (2008), *Le Suicide : Étude de sociologie*, préface de Robert Neuburger, Paris, Payot & Rivages, coll. « Petite Bibliothèque Payot » (no 692), 492p.

Fassin, D., Grandjean, H., Kaminski, M., Lang, T. et Leclerc, A. (2000), « Connaître et comprendre les inégalités sociales de santé », in Leclerc, A., Fassin, D., Grandjean, H., Kaminski, M. et Lang T. (dirs), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, Inserm-La Découverte, coll. Recherches, pp. 13-24.

Godin, G. (1991), « L'éducation pour la santé: les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs », *Sciences Sociales et Santé*, 9 (1): 67-94.

Godin, G. and Kok, G. (1996), « The theory of planned behavior: A review of its applications in health-related behaviors », *American Journal of Health Promotion*, 11: 87-98.

Goldberg, M., Melchior, M., Leclerc, A. et Lert, F. (2002), « Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé », *Sciences sociales et santé*, n° 4 (20) : 75-128.

Hawe, P. (2009), « The social determinants of health: how can a radical agenda be mainstreamed? », *Can J Public Health* ; 100:291-3.

Lecourt, D. (dir.) (2004), *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, réed. PUF/QuadrigeLecourt, D. (dir.), (1999), *Dictionnaire d'histoire et philosophie des sciences*, Paris, 4e réédition « Quadrige »/PUF

Mongeau, P. (2008), *Réaliser son mémoire ou sa thèse. Côté Jeans & côté Tenue de soirée*, Québec, Presses de l'Université du Québec

OMS, (2008a), « Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Commission on social determinants of health (CSDH) ». Final Report, août

OMS, (2008b), « Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health », Geneva

Paquet, G. (2005), *Partir du bas de l'échelle. Des pistes pour atteindre l'égalité sociale en matière de santé,* Montréal, Les Presses de l'université de Montréal, 152p.

Pilon, M., (2003)*, Confiage et scolarisation en Afrique de l'ouest : un état des connaissances*, Preparation of the 2003 EFA Monitoring report of Unesco.

Pilon, M. (2002), « Scolarisation et travail des enfants en Afrique : apports et limites des sources de données démographiques », Colloque international de l'AIDELF Enfants d'aujourd'hui diversité des contextes, pluralité des parcours, Dakar, 10-13 décembre 2002, vol.2, pp.121-131)

Porqueres, E. (2010), « Famille », in Danièle Hervieu-Léger et Régine Azria (dirs.), *Dictionnaire des faits religieux*, Paris, PUF

Raphael, D. (2004), « Introduction to the social determinants of health » in Raphael, D, (ed), *Social determinants of health: Canadian perspectives,* Toronto, Canadian Scholar's Press, Inc.; p. 1-8.

Rosen, G. (1993), *A History of Public Health*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore & London

Roux, J.P., Etienne, J., Bloess, F., Roux, J.P. (2004), *dictionnaire de sociologie : les notions, les mécanismes, les auteurs*, Hatier

Rwenge, M. (1999), « Changement social, structures familiales et fécondité en Afrique subsaharienne : le cas du Cameroun », *Cahiers de l'IFORD*, 26, Yaoundé, IFORD, 247p.

Sheeran, P. (2002), « Intention-behavior relations: A conceptual and empirical review », *European Review of Social Psychology,* W. Stroebe and M. Hewstone. Chichester Wiley. 12: 1-30.

Siziya, S., Muula, A.S., Kazembe, L.N. and Rudatsikira, E. (2008), « Association of adolescents' history of sexually transmitted disease (STD) and their current high-risk behavior and STD status: a case for intensifying clinic-based prevention efforts ». *BMC Pediatr*., Feb 11; 8:6

Sperber, D. (1996), *La Contagion des idées. Théorie naturaliste de la culture*, Paris, Odile Jacob

Tarlov, A.R. (1999), « Public policy frameworks for improving population health », *Ann N Y Acad Sci* ; 896:281-93.

Triandis, H.C. (1980), « Values, attitudes, and interpersonal behaviour », *Nebraska Symposium on Motivation*, 27:195-259.

Webb, T.L. and Sheeran, P. (2006), « Does changing behavioral intentions engender behavior change? A meta-analysis of the experimental evidence », *Psychol Bull*, 132(2): 249-68.

WHO., (2007), « A Conceptual Framework for action on the social determinants of health. Commission on social determinants of health (CSDH). Discussion paper for the Commission on social determinants of health ». Draft, April. WHO Europe, Copenhagen

CHAPITRE II

METHODOLOGIE

Les méconduites sexuelles graves et dommageables sur les enfants, adolescents et autres jeunes adultes voire personnes âgées (viol et violences sexuels) ainsi que celles relevant du fait de ces acteurs eux-mêmes (prostitution, non usage correct du préservatif, sexualité précoce pour les jeunes femmes notamment...) constituent le lot quotidien dans les milieux urbains congolais par ailleurs fortement multi culturalisés.

Pour faire simple, l'on s'accorde à dire que ces méconduites sont dues en partie à la qualité des prestations des parents, adultes, personnalités en présence ou inefficacité du contrôle social. Cependant, distinguer les agissements des parents qui ont sous leur charge ces enfants, adolescents et autres jeunes adultes relève de la gageure. Comment relever les aspects ou dimensions des prestations parentales problématiques en ce qui concerne, par exemple, les PS dans un pays comme la RDC traversant par ailleurs une situation de SIDA endémique sur un fond de misère généralisée ?

Cette partie du travail est consacrée à la méthodologie. Elle décrit quelques stratégies de mise en confiance mises en œuvre pour délier les langues, stimuler celles qui hésitaient ; les techniques d'approche de la question

dans le contexte pris en charge et les difficultés et problèmes éthiques qui se sont imposés.

II.1. PRÉSENTATION DU CADRE SOCIO-SPATIAL

Pour ne pas donner l'impression de naviguer à vue et permettre une appréciation juste des choix qui se sont imposés, il s'avère nécessaire de procéder à une mise en situation du cadre socio-spatial de nos investigations ; à savoir la ville de Lubumbashi, un des plus grands centres industriels et commerciaux de la RDC (annexe 9).

Cette agglomération se trouve au sud-est de la province minière du Katanga dont elle fait office de chef-lieu. Elle se localise à la frontière de l'Afrique australe assez touchée par le VIH (UNAIDS, 2013) et avec laquelle elle a des échanges importants et l'Afrique centrale peu touchée.

La province dont elle fait office de chef-lieu, à savoir le Katanga, est l'une des plus étendues (superficie : 518 000 km²) et de plus riches du pays. Elle est l'une des plus peuplées parmi les onze (11) autres provinces du pays (plus ou moins 10 millions d'habitants) ; estimation basée sur les inscriptions aux élections de novembre 2011. Elle est frontalière de Tanzanie et Zambie à l'est et au sud et de l'Angola à l'ouest. Cette position fait d'elle un véritable carrefour, une plaque tournante pour l'économie nationale. Elle lui confère également un risque accru de propagation du VIH en raison des taux de séroprévalence élevés dans les pays limitrophes (annexe 10) et des déplacements importants des populations.

L'ouest et le sud de la province renferment des gisements riches en cuivre, cobalt, fer, radium, uranium et autres terres rares (Banza et al. 2009). En conséquence, la région connait des afflux de gros projets miniers et industriels. La ville elle-même s'est d'ailleurs développée sous l'impulsion de l'activité minière (Dibwe, 2001). Ses entreprises lui ont toujours conféré un visage moderne qui entraîne des flambées des prix à tous les niveaux (immobilier, alimentation, carburant..) aux conséquences humaines et économiques parfois dramatiques pour les institutions publiques. Mais, l'exploitation minière artisanale s'y développe également et souvent dans des conditions misérables et inhumaines et l'économie du pays tout entier est plus pauvre qu'elle ne l'était à l'indépendance (1960) (RDC, 2006). La désorganisation de l'offre et l'érosion presque continue de la demande l'ont entraînée dans une spirale négative, ayant conduit, entre autre, à la naissance et croissance du secteur informel ; voire la « criminalisation » des activités économiques, jusqu'à ce que le pays se soit installé dans une économie de guerre à la fin des années 1990.

La population œuvrant dans l'économie informelle est passée de 60% à 80% de la population active entre 2000 et 2012 (Bureau International du Travail). Par ailleurs, bien que le volume de production de ce secteur ait grandement augmenté, ce secteur ne joue pas un rôle significatif dans l'économie nationale. Il ne fournit que des revenus minimum à ses employés…

Le nombre d'habitants de la ville elle-même est évalué à près de deux (2) millions d'habitants. La moitié de cette population serait âgée de moins de vingt ans et proviendrait d'une mosaïque de cultures parmi lesquelles les « bemba », « cokwe », « dembo », « hemba », « lamba », « luba », « lunda ». La plupart d'entre eux n'ont pas encore ou ne franchiront pas le cap des études primaires. Une poignée arrive aux études secondaires mais n'y séjourne généralement pas longtemps. D'autres encore oscilleraient entre la rue et le toit familial (Kaumba, 2004).

Sollicités à se débrouiller pour survivre (Villiers de, 2002), ils se prédisposeraient parfois à allier activités légitimes et petites voire grandes criminalités. D'autres seraient même poussées à se prostituer par leurs soi-disant protecteurs ou protectrices en dépit du fait que cette activité est généralement associée à l'infection au VIH (Ward et al. 1993 ; Masengo-Bwanga et al. 1988 ; Piot and Laga, 1988).

En effet, les PS et leurs clients affichent généralement des taux nettement plus élevés des IST/SIDA. A Dakar, par exemple, en 2000, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes et chez les donneurs de sang était de 1,7% tandis qu'elle était de 10% chez les professionnelles du sexe. Au Viet Nam, en 2008, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes était moindre que chez les professionnelles du sexe (UNAIDS, 2013).

Par ailleurs, ces jeunes seraient entourés d'un encadrement familial, parental ou communautaire insuffisant voire nul (Chenge et al. 2010). Certains d'entre eux seraient orphelins ou issus des familles dites « nombreuses » (5 à 10 enfants) ou des foyers divorcés ou recomposés (Kaumba, 2004).

II.2. POPULATION DE L'ÉTUDE

Pour lever toute équivoque de nature à obstruer la bonne compréhension de la portée exacte de l'étude, la définition de la catégorie de la population ici visée se base sur l'idée d'une fourchette d'âge qui tient compte de la puberté.

Seules les personnes censées vivre encore sous le toit parental (moins de 18 ans) étaient visées pour, au mieux, éviter les écarts de mémoire (Auriat, 1996) et pour des raisons de faisabilité de l'étude. Par ailleurs, l'âge moyen aux premiers rapports sexuels (une des thématiques abordées) se situant autour de 14 ans en RDC (Kalambayi, 2007), les contraintes morales, éthiques, juridiques et psychologiques ont fait que nous considérions cet âge comme limite inférieure de la catégorie considérée. Les raisons suivantes ont milité pour ce choix :

- il tient compte du fait que 18 ans révolu est l'âge de la majorité juridique en RDC. La personne est censée acquérir son autonomie décisionnelle à cet âge précis ;

- par ailleurs, il est reconnu traditionnellement que c'est pendant la période précédant cet âge que se construit la personnalité de l'individu ;
- c'est aussi une période où le jeune commence à acquérir le sens des responsabilités tout en subissant l'influence de son milieu. Sa personnalité est donc la résultante de plusieurs facteurs affectant les fonctions socialisantes à partir des normes, valeurs et pratiques en rapport avec le contrôle social ;
- la démarche qui consiste à accompagner le jeune dans la construction de son identité sexuelle et de sa sexualité commence bien avant la puberté ;
- même les jeunes non pubères sont parfois amenés à s'engager dans les activités sexuelles diverses et ;
- le choix porté sur cette tranche d'âge n'excluait pas totalement les jeunes de moins de 14 ans dans la mesure où les résultats se fondent sur des données (informations) recueillies dans le cadre, entre autres, de l'approche par les biographies (récit de vie) qui remontaient aux événements mémorables de l'enfance.

II.3. LES ENQUETES PROPREMENT-DITES

L'étude en soi consiste en une série d'enquêtes transversales par questionnaire (Singly de, 2012) (voir annexe 3), entretiens semi-structurés (Blanchet, 2005 ; 2007 ; Juan, 1986) et observation en situation (Arborio, 2005) réalisés auprès des ADO de 14 à 18 ans de Lubumbashi.

II.3.1. Enquêtes par questionnaire

Un questionnaire (voir annexe 3) a été administré à un échantillon d'adolescents et adolescentes scolarisés (ADOS) et autres adolescents et adolescentes non scolarisés (ADONS). La détermination des effectifs suffisants a constitué l'un de deux gros problèmes qui nécessitait une résolution heureuse pour la validation des propositions avancées.

Généralement le nombre de sujets à inclure dans les échantillons dépend de l'importance (fréquence) du problème considéré, des catégories sociales incluses dans cette analyse et des types d'analyses que l'on souhaite réaliser. Il est clair que si c'est un problème dont la prévalence est de 50%, une centaine d'unités suffirait pour avoir des estimations correctes. En revanche, si la prévalence n'est que de 3%, il faudra environ 1000. En outre si 100 individus peuvent suffire pour avoir une estimation correcte, il en faut peut-être plus pour arriver à faire certaines analyses : par sexe, âge, type de famille.

Dans le cadre de cette étude, les effectifs ont été obtenus facilement grâce au logiciel SPPS 17.0 sur la base des spécifications suivantes : puissance de 90%, erreur de 1ère espèce égale à 5%, proportions supposées d'adolescents avec CSR : 10% (Cf. UNICEF, 2001 ; 2010). Il a fallu tenir compte du rapport non-scolarisés/scolarisés : 3/2 - obtenu au regard du taux de scolarisation des catégories visées (environ 40% ; extrapolée à partir des données UNICEF (2010) (voir annexe 8)

La formule suivante a été appliquée :

$$n = \frac{t^2 \times p(1-p)}{e^2}$$

n = taille de l'échantillon attendu ;
t = niveau de confiance déduit du taux de confiance (traditionnellement 1,96 pour un taux de confiance de 95%), loi normale centrée réduite
p = proportion estimative de la population présentant la caractéristique étudiée dans l'étude. Lorsque cette proportion est ignorée, une pré-étude peut être réalisée ou sinon p= 0,5
e = marge d'erreur (traditionnellement fixée à 5%).

L'application de cette formule aboutit au résultat suivant : n= (〖1.96〗 ^{2}) × 0.1(1-0.1)/ 〖0.05〗 ^{2} =3.6×0.09/0.0025=0.324/0.0025≈130 adolescents. Les effectifs calculés s'élèvent donc à 390 ADONS (soit 130X3) et 260 ADOS (soit 130X2) ; soit un total de 650 ADO.

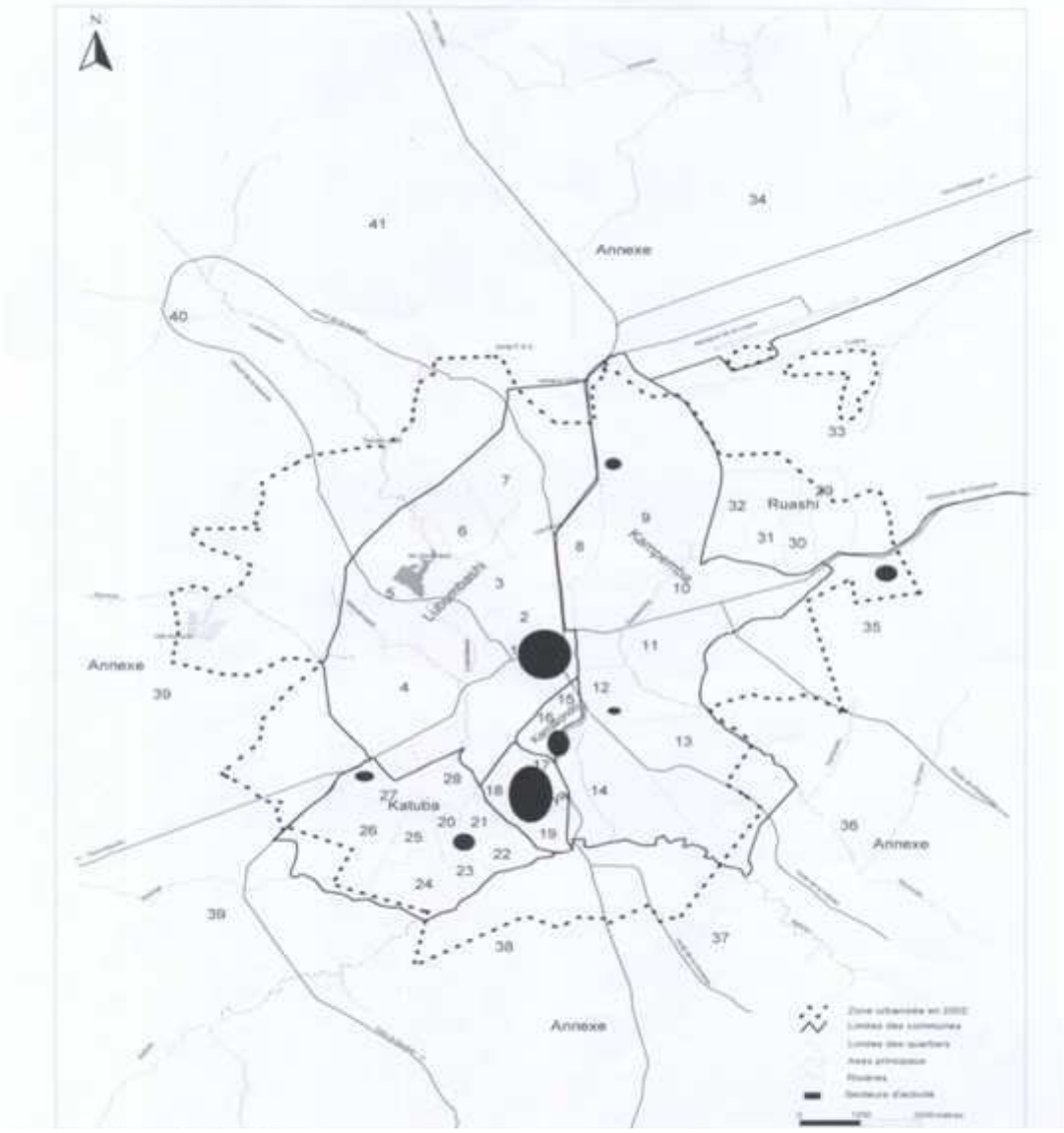
La sélection des ADOS se faisait par un tirage au hasard à deux niveaux : écoles et individus. Sept quartiers ci-après ont ainsi été sélectionnés pour représenter chacun une commune. Il s'agit des quartiers Industriel (commune Kampemba), Kimbeimbe (Annexe), Kitumaini (Kamalondo),

Luvua (Kenya), Makutano (commune Lubumbashi), Mayombo (Ruashi) et Mwana Shaba (Katuba), Deux écoles ont été sélectionnées au hasard dans chaque quartier. Ensuite dans chaque école vingt élèves de la deuxième année à la sixième année des humanités ont été sélectionnés systématiquement en suivant un pas qui tenait compte des présences des élèves le jour de l'enquête : un (1) ADOS sélectionné sur huit (8) présences ; jusqu'à un (1) sur quinze (15) dans les écoles où l'estimation des présences étaient supérieure à trois cents (300) écoliers présents les jours de l'enquête.

Pour les ADONS, le recrutement se faisait par tirage systématique en suivant un pas fixe au fur et à mesure des rencontres sur terrain suivant en cela un itinéraire prédéterminé (en commençant par les sites les plus importants démographiquement parlant). Eu égard aux résultats des dénombrements des ADO visés, réalisés en 2004, le pas d'échantillonnage a été fixé à trois adolescents pour un recruté. Les secteurs d'activité diurne et nocturne des « enfants de la rue » à Lubumbashi marqués en noir sur les cartes ci dessous était visés.

Les principales zones d'agglomérations des enfants de la rue pendant la journée sont représentées en couleur sombre sur la carte de Lubumbashi ci-après. La taille de la représentation traduit l'ampleur du phénomène en ce lieu.

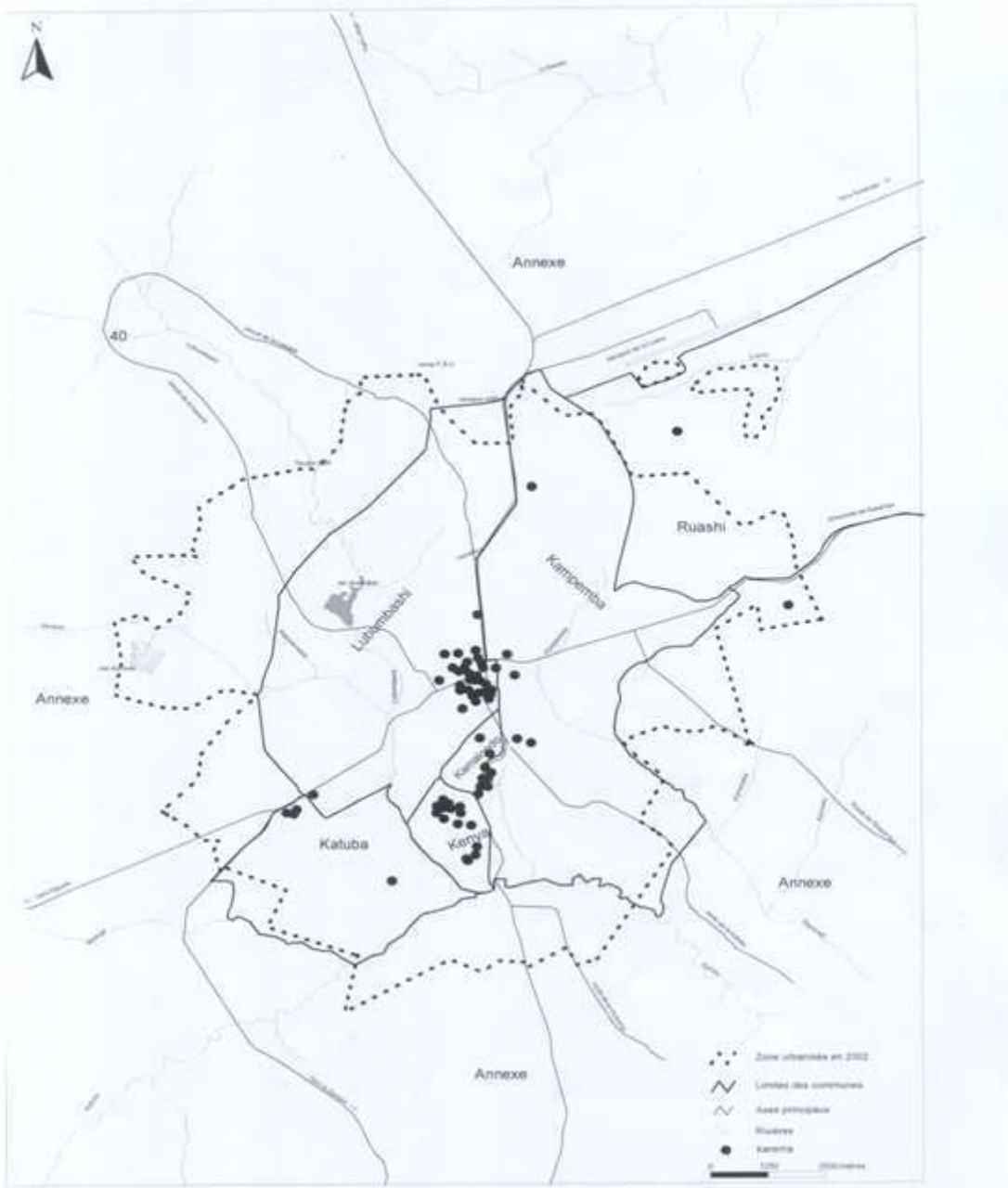
Localisation des « secteurs » d'activités diurnes des enfants de la rue



Source : Kaumba Lufunda, *Le phénomène enfants de la rue au Katanga*. Observatoire du Changement Urbain, 2004, Rapport Final

Les points marqués en noirs sur la carte de Lubumbashi ci-après représentent les endroits abritant les enfants de la rue aux heures de nuit.

Localisation des « secteurs » fréquentés nuitamment par les enfants de la rue



Source : Kaumba Lufunda, Le phénomène enfants de la rue au Katanga. Observatoire du Changement Urbain, 2004, Rapport Final

Dans le cadre de cette étude, un questionnaire ad hoc a été mis au point et administré aux ADO sélectionnés. Un questionnaire est, on le sait, un moyen de communication entre l'enquêteur et l'enquêté. Il comporte une série de questions concernant les problèmes sur lesquels l'enquêté doit pouvoir donner une réponse (Blanchet, 2005). Pour le distinguer de l'interview on l'appelle questionnaire écrit parce que l'interview suppose un questionnaire oral.

Dans le cas échéant, il a été conçu sur la base, entre autres, des résultats des analyses des récits de vie préalablement recueillis (Girin, 1989 ; Godin, 1991). En effet, dès 2005, bénéficiant d'un financement de la coopération technique belge (CTB) et de l'encadrement du personnel académique de l'Université Libre de Bruxelles (ULB) et de l'Université de Lubumbashi, nous avons débuté cette recherche qui alternait séjour sur terrain et travaux de bureau et ce après nous être frotté à quelques expériences similaires qui nous avaient déjà fourni un certain nombre de repères sur les questionnements soulevés.

Ces expériences concernaient nos participations aux enquêtes pour l'élaboration d'une brochure de sensibilisation contre le SIDA par « Médecins sans frontières/Belgique » entre 1996 et 1999 ; aux modules de recherche sur les enfants de la rue Katanga et criminalité à Lubumbashi organisés par l'OCU en 2004, 2005 et 2006.

Le questionnaire utilisé reprenait une soixantaine d'items recouvrant l'ensemble de principaux champs abordés lors des entretiens avec les PS (cf. les entretiens semi-structurés) (voir annexes 1 et 2).

Les items 1 à 9 concernaient les renseignements généraux permettant de faire la connaissance des interlocuteurs à travers les caractéristiques sociodémographiques telles que le sexe, la situation sociale et petite histoire familiale et/ou scolaire par rapport auxquels les déterminants visés ne devaient pas être étrangers ; le niveau d'instruction, etc.

Les questions 10 à 31 cherchaient à décrire les configurations successives familiales ou des cadres de vie habituels des répondants (parcours de vie). La question des configurations des autres ancrages concernaient aussi le statut vital des géniteurs, le milieu de provenance et dans une certaine mesure l'appartenance de la famille à une religion.

Les questions 32 à 51 interrogent les autres marqueurs du voisinage. La caractérisation du climat social en famille s'est fondée sur des informations issues des plusieurs questions contrôlées concernant à la fois le climat conjugal et parental perçu.

Quant aux items finaux (52 à 62), ils devaient permettre de caractériser le statut (activité) sexuel des répondants. Le statut sexuel a été contrôlé par une question sur le fait d'avoir déjà eu des rapports sexuels ou non. La précocité de l'entrée en activité sexuelle a été appréhendée à partir de l'âge de l'individu aux premiers rapports sexuels. L'entrée en activité sexuelle a

été considérée comme « précoce » pour les individus qui avaient déjà eu des rapports sexuels avant leur seizième anniversaire. Le multi partenariat sexuel se traduisait par le fait d'avoir des rapports sexuels avec des partenaires différents au cours de la période de référence considérée ; à savoir les trois mois ayant précédé les enquêtes sur le terrain et ce, pour contourner les erreurs de déclaration dues à la mémoire. La non-protection des rapports sexuels a été traduite par la non-utilisation du préservatif lors de derniers rapports sexuels.

Bien que ne rendant pas compte de tout le danger qui caractérise la vie sexuelle des jeunes, à l'instar d'ailleurs de la mesure du multi partenariat telle qu'appréhendée ici, cette acception de la non-protection des rapports sexuels permet d'avoir une idée de l'engagement des jeunes à éviter les IST, le SIDA et les grossesses non désirées (voir annexe 7).

Un autre aspect des CSR étudiés concernait la déclaration des signes des IST : bouton anormal sur le sexe, plaies anormales au sexe, douleurs aiguës à la mixtion, écoulement anormal et purulent… On sait que lorsqu'un diagnostic d'une IST a été porté, il est recommandé au patient d'avertir ses partenaires actuels et anciens de se faire dépister, sans qu'il n'y ait cependant pas de contrainte légale. Cependant, ceci a un objectif triple :

i) bénéfice pour le patient qui risque très probablement de se faire infecter à nouveau si le(s) partenaire(s) actuel(s) n'est (ne sont) pas traité(s) de façon concomitante ;

ii) bénéfice pour ses partenaires passé(e)s et présent(e)s qui seront pris en charge à leur tour et ;

iii) bénéfice collectif en évitant la contamination du (des) futur (e)s partenaire(s).

Les entretiens commençaient toujours par les questions sur les caractéristiques sociodémographiques pour se terminer par les questions sur les comportements sexuels. Une séance d'entretien avec questionnaire durait environ une heure.

II.3.2. Entretiens semi-structurés

L'entretien, on le sait, est un procédé d'investigation scientifique utilisant un processus de communication verbale pour recueillir des informations en relation avec un but préalablement fixé. Il existe plusieurs variantes selon le degré de liberté laissé à l'enquêté et le niveau d'informations recherchées. Les premières se caractérisent par des questions nombreuses, non formulées d'avance mais se situant dans la droite ligne des thèmes préalablement précisés. Les autres requièrent une procédure plus stricte (Kaufmann, 2011) et peuvent poursuivre un but thérapeutique ou pas. Elles peuvent être à réponses libres, guidées ou centrées.

Dans le cas d'espèce, les entretiens ont servi à recueillir les récits de vie des PS (Alami, 2013). Le commun de mortel désignerait ces personnes par le terme swahili « Ndumba » signifiant entre autre PS (stricto sensu). Par ailleurs toute fille qui se laisserait engrosser (une telle fille est obligée

d’abandonner les études durant toute la période de grossesse, ce qui occasionne souvent l’abandon définitif des études) ou qui côtoierait excessivement des « hommes ou femmes » « suspects » est d’après le langage courant « Ndumba » ; par opposition à l'épouse fidèle et mère qui reste à la maison, idéal traditionnel et chrétien.

Ces récits de vie ont servi entre autre, à la mise au point du dispositif pour la collecte des données auprès des ADOS et ADONS ; à savoir le questionnaire quantitatif (cf. enquête par questionnaire).

Ces entretiens se déroulaient conformément aux instructions et directives contenues dans un guide d’entretien (voir annexe 1 et 2) mis à la disposition de quatre (4) enquêteurs dont deux (2) femmes et deux (2) hommes préalablement formés.

Ce guide servait à orienter l’enquêteur dans les entretiens lors des observations en situation et la reconstitution des récits de vie. Il consistait en un feuillet reprenant une liste des directives concernant les sujets à aborder lors des entretiens pour recueillir les récits de vie : naissance, scolarité, migrations, caractéristiques des familles ayant abrité la personne, occupations de la personne, décès des membres de la famille au cas où la participante en a connus, pratiques sexuelles en commençant par les premiers rapports sexuels pour terminer par les conduites subséquentes, début de la prostitution et exercice de cette activité. Il contenait également des instructions pour contacter et s’entretenir avec les personnes

ressources. Il y était également indiqué que les entretiens avec les informatrices devaient procéder par des questions « grand tour » concernant les moments et événements mémorables vécus depuis l'enfance avant d'approfondir (rebondir, relancer) avec des questions « petit tour » au sujet des informations spécifiques concernant les caractéristiques des ménages, événements familiaux mémorables, climats sociaux, interactions entre membres de la famille et autres dans chacun des contextes mentionnés. Son utilisation avait été préalablement pré-testée pour identifier les difficultés et organiser les réajustements de diverses natures (méthodologiques, terminologiques, d'élocution). Le pré test avait par exemple spécifié que les entretiens devaient se dérouler en swahili local.

Le choix des participantes a été guidé par le souci de diversifier les âges, origines socio-familiales, sites et type de prostitution… Cependant Lwamba (2002) a indiqué que l'origine de la classe des PS dans les milieux urbains katangais reste difficile à établir d'autant plus que l'agglomération a affiché un taux de masculinité élevé pendant longtemps à cause des politiques d'embauche pratiquées qui n'ont permis aux indigènes d'emmener leurs familles respectives que vers les années 1920 ; mais aussi parce que les explications d'ordre socioéconomiques semblaient imbriquées aux facteurs sociaux et culturels de ces milieux nouveaux où s'affrontaient plusieurs ethnies, races et cultures.

D’après Benoît repris par Lwamba (2002), la catégorie de femmes de Lubumbashi qui livraient leur corps aux plaisirs sexuels des hommes pour de l’argent représentait 17,8% des femmes vers la fin de la colonisation. Mais il existait également des femmes mariées courtisées à cause de leur coquetterie ; s’habillant à la manière des (Ndumba) ; sexy ; mettant en évidence certaine partie de leur corps ; mais aussi les plus fécondes et celles dont les maris accusés des anomalies (par exemple impuissance). Cependant, la réglementation en vigueur exigeait que l’on soit reconnu comme telle pour exercer.

Actuellement, il est difficile d’estimer les effectifs de la population des professionnelles du sexe dans la mesure où le phénomène s’est complexifié et ramifié. Mais Kalaba (2002) a indiqué que le phénomène était déjà perceptible à Kamalondo au lendemain de l’accession du pays à l’indépendance du fait de la présence de beaucoup d’évolués y prenant leurs loisirs attirant ainsi les femmes libres à s’y installer.

Kamalondo est la plus ancienne commune de Lubumbashi. Elle est depuis le temps colonial un véritable site ludique comme il en existe dans presque toutes les villes du monde. Elle se trouve par ailleurs à proximité des quartiers nantis. Pour Kabongo (1951 : 182) les PS existaient bel et bien avant l’indépendance. Il s’agissait, d’après lui, des filles qui suivaient le mauvais exemple de leurs ainées dévergondées ou débauchés ; de jeunes femmes libres incitées à la débauche par une tante, une grand-mère, une

grande sœur ou une mère ; des femmes vivant un veuvage prolongé ; des femmes divorcées. Celles qui étaient considérées comme professionnelles étaient chères et exigeaient un confort que ne pouvaient leur offrir que les ouest-africains par ailleurs impliqués dans toutes sortes des trafics illicites. Après le retour de ces derniers dans leurs pays respectifs, ces femmes étaient laissées en désarroi.

Il nous fallait donc rebondir chaque fois qu'une interlocutrice ou un site était repéré : les répondantes trouvées étaient priées d'indiquer les autres sites où pouvaient se retrouver d'éventuelles informatrices (PS) (échantillonnage en boule de neige).

Au terme de cette démarche, il s'est dégagé, comme le montrent bien les planches ci-dessous, que le phénomène s'observe aussi bien en périphérie, dans les anciens quartiers que dans les nouveaux ; devant les buvettes (bars), fonctionnel en nocturne ou diurne et ; fréquentées par une population jeune. Actuellement, le phénomène est aussi perceptible en divers autres endroits de prédilection à la faveur de l'obscurité, des déplacements des populations dus entre autre à la pauvreté, aux coutumes d'après Lwamba (2002) et aux conflits armés. Cependant, s'il est aujourd'hui bien reconnu que la prostitution inquiète au regard de la propagation du VIH/SIDA, sa géographie à Lubumbashi rappelle qu'elle a mobilisé et mobilise toujours un nombre impressionnant d'acteurs de divers groupes d'âge à Kamalondo qui se présente ainsi comme son principal lit.

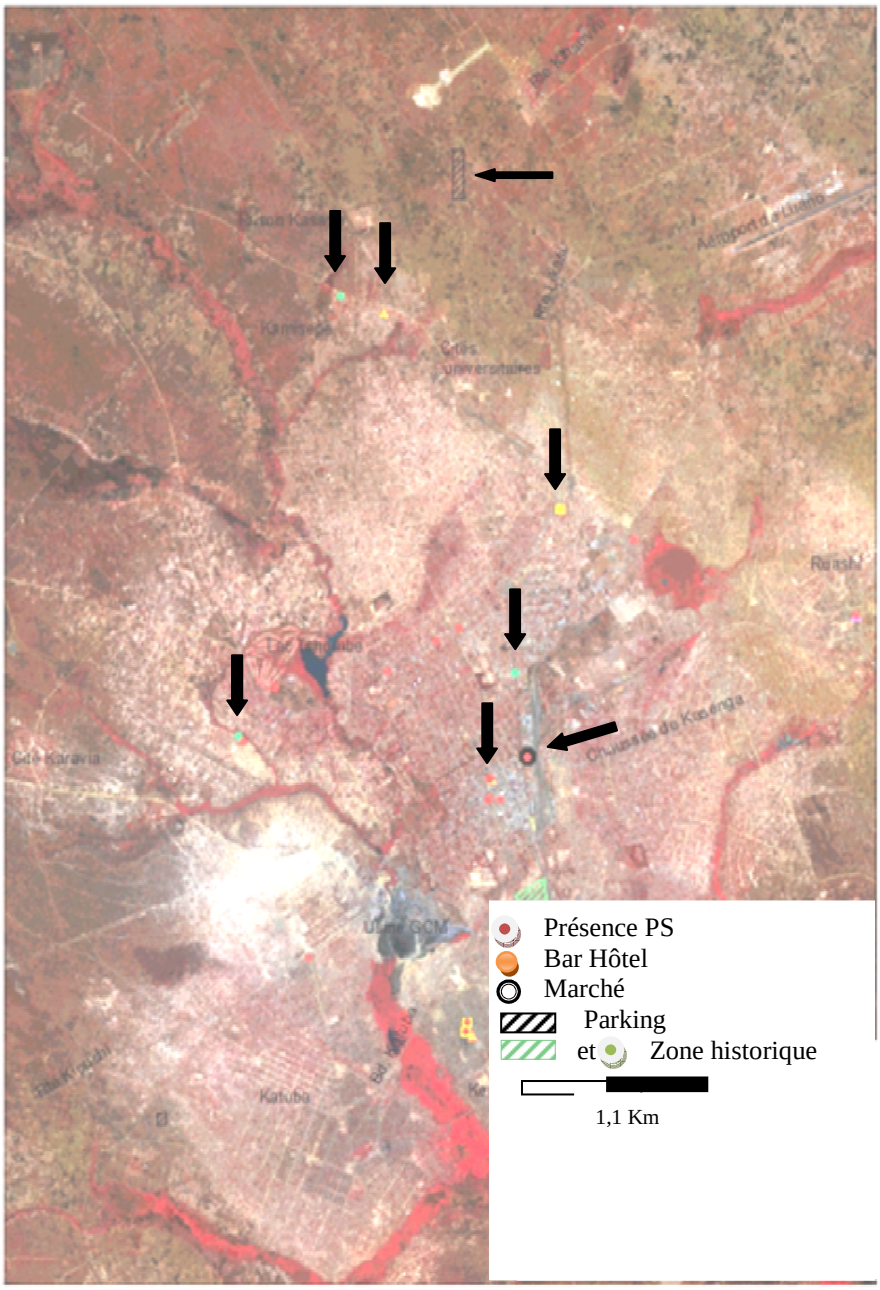


Planche 3.0 : Localisation des sites

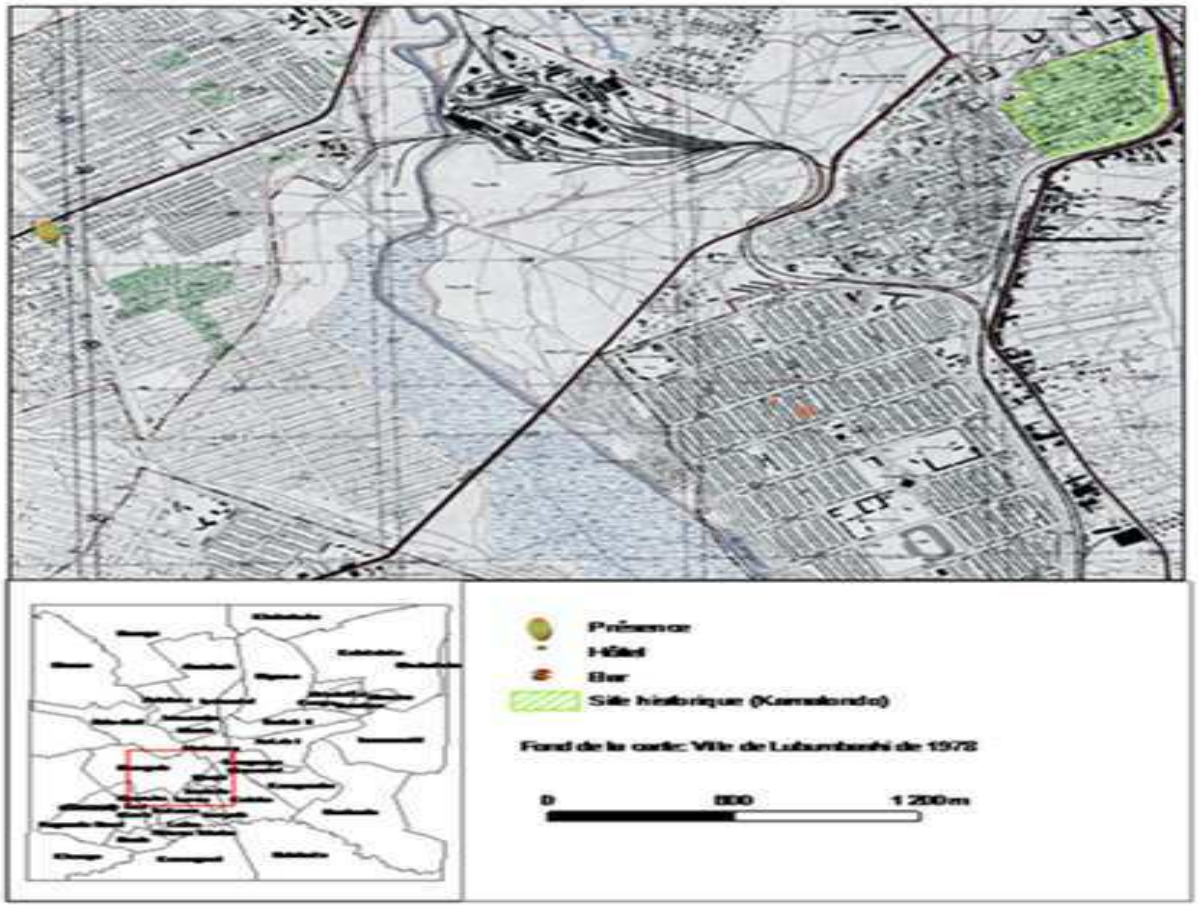


Planche 3.1 : Foyer historique et bourgeonnement du phénomène prostitution

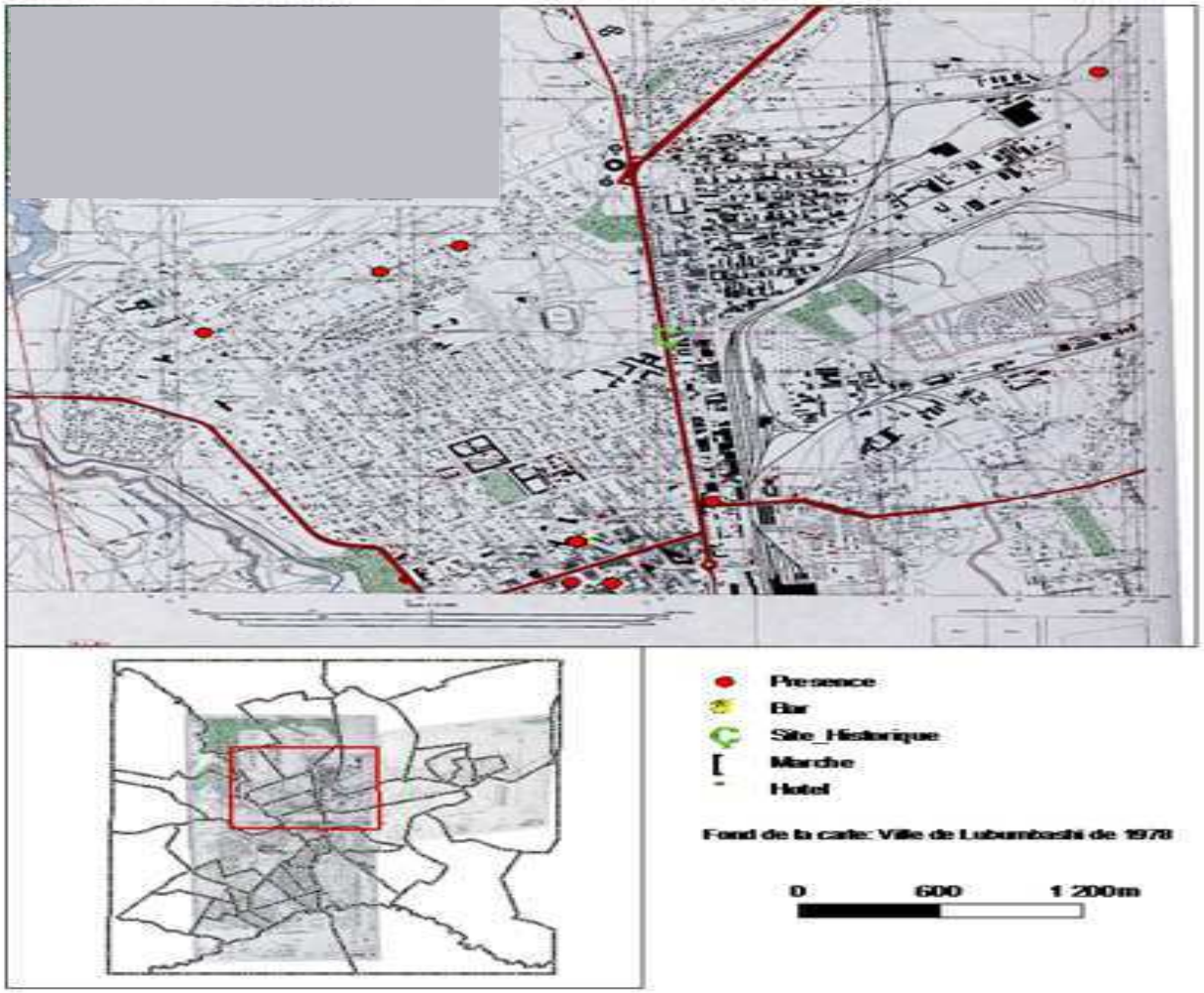


Planche 3.2 : Présence des professionnelles de sexe

Les permanences qui s'inscrivent dans le cadre évolutif du phénomène permettent de lire deux grands faciès : les zones exemptes et entachées ; mais pas les sites de prédilection ; où il n'est toujours pas facile de démêler les personnes impliquées des autres (boîte de nuit, Nganda) (Bushabu, 1991). La planche 3.2 présente la localisation des sites ayant pourvu aux récits de vie.

Etant donné la grande mobilité qui caractérise cette catégorie de la population, seuls les sites où les filles attendent d'éventuels clients le long de grands artères ; c'est-à-dire fonctionnels, marqués par l'étiquette « présence » représentés sur les figures ci-dessus ont été considérés ; à savoir quelques artères conduisant vers les quartiers nantis ou agglomérés dans un petit hôtel qui passe pour une maison de tolérance ; par opposition aux formes difficiles à cerner parce que soit cachée, masquée, présumée, supposée ; par exemple hôtels à proximité d'un marché et hôtel de luxe ; ceci ne voulant nullement signifier que cette activité ne se pratique pas ailleurs voire sur des sites ayant fonctionné par le passé.

Il se dégage en définitive que la majorité des PS ayant fourni les récits de vie proviennent des sites situés dans les quartiers nantis ; mais pas seulement. Certaines interlocutrices ont été abordées, du moins pour la première fois sur un site situé dans un quartier modeste (Kigoma).

II.3.3. Observation en situation

L'observation en situation a constitué le pilier technique de base pour la récolte des données. L'observation est l'action de suivi des phénomènes à l'aide de moyens d'enquête et d'étude appropriés ; sans volonté de les modifier. Le chercheur y a recours principalement lorsqu'il suit une méthode empirique. Cependant, elle serait susceptible d'influer sur le comportement de l'objet observé ; à savoir qu'une personne peut modifier son comportement parce que se sentant observé (Chevalley, 1998). Par ailleurs, plus que tout autre outil, l'observation en situation est influencée par les caractéristiques du chercheur lui-même.

Cette posture méthodologique peut être colorée par la position épistémologique adoptée par le chercheur (Laville et Dionne, 1996). Si l'on adopte une position empirico-naturaliste (position qui fut celle de la plupart des anthropologues de la première moitié du XXème siècle), l'objectif sera d'expliquer le plus objectivement possible les faits. L'accent est mis essentiellement sur la description des événements observés. Si le chercheur se réfère à une position plutôt interprétative (inspirée de la phénoménologie), l'objectif consistera avant tout à comprendre la signification que les acteurs attribuent à leurs pratiques. Le regard est porté surtout sur la construction du sens. Si l'on se veut constructiviste comme c'est le cas ici (position épistémologique en étroite filiation avec la précédente), on poursuivra l'objectif de comprendre les règles de construction du social. Cependant, cette compréhension requiert un travail

immense d'analyse d'une masse énorme de données. Or, lorsque le chercheur est immergé dans son objet, il ne peut tout retenir de ce qui se passe autour de lui. Bien plus, observer sans prendre de notes in situ peut être parfois nécessaire ; en terra incognito par exemple. Mais il est toujours important de coucher sur le papier ce qui aura été vu, entendu, perçu, ressenti, etc.

Somme toute, aucun chercheur n'arrive sur le terrain sans a priori même si celui-ci ne consiste qu'en une grille interprétative minimale. En tant qu'outil méthodologique exigeant la présence du chercheur sur le terrain parfois pour un temps prolongé ou à des multiples reprises, elle ne saurait être une modalité de cueillette de données déconnectée du chercheur. Cela n'est pas en soi un problème dans la mesure où nous sommes conscients de nos filtres et limites que ceux-ci posent à notre cueillette de données et à l'interprétation des phénomènes.

Il faut également craindre de s'enfermer dans un réseau de contacts restreint ou marginal (Adler and Adler, 1987). Au contraire, il faut toujours rester ouvert aux nouveaux contacts et prendre soin de choisir ses sources en fonction non seulement de ce qu'elles ont à dire mais aussi en fonction des « portes » que celles-ci permettent d'ouvrir ou de maintenir ouvertes. On se dira alors : « je n'ai jamais fini de trouver du monde intéressant ». En conséquence, un terrain d'observation en situation ne se décide pas du jour au lendemain. Il se prépare, se planifie et l'entrée s'avère un moment

crucial si d'ailleurs tout ne se joue pas dans ces moments. En effet, cette phase détermine en grande partie la suite des événements. Or, l'entrée n'est pas un processus totalement indéfini. Schématiquement on la divise en trois étapes :

i) la préparation;

ii) l'entrée proprement dite et ;

iii) l'immersion.

La préparation est la période pendant laquelle le chercheur s'informe sur son objet de recherche. Il doit impérativement rester ouvert à la nouveauté : le chercheur se fait en quelque sorte « éponge » (Junker, 1960). Il se questionne dans l'optique d'orienter sa prise d'informations ; au besoin, c'est à ce moment qu'il construit ses schémas d'entrevue et ses grilles d'observation. A cette période succède celle de l'entrée sur le terrain au sens strict. Celle-ci se caractérise avant tout par la prise de contact avec les sujets. Ici, le chercheur se doit d'être vigilant afin d'identifier les bonnes sources, rencontrer les « bonnes » portes et choisir le rôle qu'il souhaite jouer sur le terrain.

A propos des rôles à jouer, Gold (1958) a établi une typologie devenue classique depuis. Elle repose sur le critère de l'engagement dans l'action du chercheur avec les sujets observés. Il identifie quatre rôles du chercheur dans l'observation en situation :

- le participant complet ; ici le chercheur observe dans la clandestinité, il se doit donc de participer aux actions du groupe afin de ne pas être repéré ;
- le participant observateur ; dans ce cas le chercheur peut être un pair (par exemple, observer le travail dans une cuisine de restaurant en y faisant la plonge) mais son statut d'observateur est connu des autres ;
- l'observateur participant ; le chercheur est intégré au groupe mais cette intégration est tout de même limitée; il pourra à l'occasion remplir certaines tâches au sein de la communauté observée mais il n'est pas un collègue ou un membre à part entière du groupe et ;
- l'observateur complet ; dans ce dernier rôle, le chercheur ne fait qu'observer et ne prend aucunement part à l'action; bien que reconnu comme observateur. Il réalise une intégration en retrait; c'est le cas, par exemple, d'un chercheur qui assiste aux réunions du conseil d'administration d'une entreprise.

Il s'est donc avéré essentiel d'avoir plusieurs types des notes de terrain ; « tout simplement parce que la mémoire est une faculté qui oublie » (Martineau, 2005).

II.4. TECHNIQUES D'ANALYSE DES DONNEES

Compte tenu de la nature différente des données recueillies, plusieurs procédés d'analyses ont été mis en œuvre ; à savoir les techniques statistiques (Lebart et Salem, 1988), l'analyse de contenu (Mucchielli, 2006), etc.

II.4.1. L'analyse de contenu

L'analyse de contenu a été utilisée pour les récits de vie. Cette technique suppose l'examen des textes ; soulève les problèmes d'authenticité du texte, de validité des interprétations et de véracité de faits relatés. D'après Berelson (2000), « l'analyse de contenu est définie comme une technique de recherche pour la description objective, systématique et quantitative du contenu manifeste des communications » (p.9). Elle permet de retracer, de quantifier voire d'évaluer, les idées ou les sujets présents dans un ensemble de documents. Cependant, il existe plusieurs types d'analyse de contenu : analyse quantitative (recherche les fréquences), qualitative (importance), indirecte (interprétation), de contingence (recherche les associations entre items), évaluative, conceptuelle combinatoire (Lagarde de, 1998).

Les significations induites par les parcours charriés par les récits de vie ont été dégagées par une simple analyse directe de contenu dans la mesure où il s'agissait d'analyser les récits de vie recueillis en vue de vérifier l'hypothèse de départ selon laquelle les CSR seraient déterminés par les cadres socio-familiaux carentiels. Il s'est agi d'employer la mesure sous

forme directe : comptabilité des réponses ou des thèmes parmi lesquels les rubriques significatives en fonction desquelles devaient être classées les contenus de récits étaient les séquences pertinentes (naissance, scolarité, migrations, caractéristiques des familles ayant abrités la personne, occupations de la personne, décès des membres de la famille au cas où la participante en a connus, pratiques sexuelles en commençant par les premiers rapports sexuels pour terminer par les conduites subséquentes, début de la prostitution et exercice de cette activité) ; le climat en famille, les ancrages socio-familiaux et extrafamiliaux ayant été également considérés comme des catégories pertinentes compte tenu des hypothèses de départ. Cependant, il existe des nouvelles tendances d'analyse documentaire ; cherchant également à établir le rapport entre le texte et les conditions de sa production.

II.4.2. Les techniques statistiques

En ce qui concerne les données issues du questionnaire, elles ont été traitées par les techniques statistiques (Falissard, 2005). Une technique statistique est une technique d'analyse mathématique de données réelles qui permet d'élaborer des modèles probabilistes et de faire des prévisions.

Ces techniques regroupent :

- les statistiques descriptives usuelles qui ont été utilisées pour présenter les résultats de l'analyse (Lebart, Piron et Morineau, 2006) ;

- les techniques Inférentielles que constituent l'ensemble des techniques visant à modéliser un ensemble de données en vue d'une extrapolation éventuelle à un ensemble plus vaste. Le chi² a été utilisé pour la comparaison des proportions ; les tests t et Mann-Whitney pour la comparaison des moyennes et des médianes respectivement. Les forces des associations de chacun des indicateurs de la situation socio-familiale et scolaire et les CSR ont été mesurées au moyen des rapports de cotes ou Odds ratios (OR) comme le suggère Tenenhaus (2006) à l'aide du logiciel SPSS ; les intervalles de confiance (IC) à 95% autour des OR aussi. Une régression logistique a ensuite été effectuée pour chaque CSR mais aussi pour la déclaration des signes des IST (Bagley, White and Golomb, 2001). La régression logistique est une méthode qui s'applique lorsqu'il s'agit d'analyser une variable dépendante dichotomique. Elle consiste à étudier l'association entre celle-ci et k variables prises en considération simultanément. La prise en compte de ces k variables permet d'analyser les effets confondants et autres interactions possibles entre cofacteurs. Pour le cas échéant, la variable groupe d'adolescents selon la situation scolaire a été incluse d'office dans le modèle. Les autres variables ont été sélectionnées par une procédure automatique dégressive basée sur le Likelihood ratio. Les variables à plus de deux catégories ont été décomposées en contrastes de type indicateur. Les adéquations des modèles

différentiels pour l'activité sexuelle et déclarations des IST qui ont été trouvées intéressantes ont été vérifiées par le test de Hosmer et Lemeshow. Les interactions entre la variable indépendante principale et autres covariables ayant été trouvées non significatives, les OR ajustés et leurs intervalles de confiance (IC) à 95% ont été dérivés des modèles finaux.

Ces techniques utilisent de manière importante les probabilités. Elles atteignent leurs limites lorsqu'on est en présence d'un trop grand nombre de données, ou en présence de données très hétérogènes.

II.5. DIFFICULTES ET PROBLEMES ETHIQUES

L'extrême mobilité de la population visée et l'absence d'une base de sondage pour les ADONS ont constituées les principales difficultés méthodologiques rencontrées. Elles rendaient difficiles les efforts de vérification de certaines informations recueillies.

Les enquêtes requéraient parfois des descentes sur terrain aux heures vespérales (de nuit) ; sans garantie de sécurité. Les répondantes soumises aux entretiens semi-structurés devaient être contactées, du moins pour la première fois, sur les différents sites, au moment où elles se livraient à la prostitution.

Il est également apparu des difficultés de sélection des sujets soumis aux enquêtes quantitatives à cause de l'absence d'une base de sondage et d'appréhension difficile de certaines variables. Les informations sur les

hébergements (lieu, type, durée, modalités d'encadrement, potentielle influence sur les représentations et donc les comportements...) ; l'ensemble des comportements sexuels à risque, toutes les représentations, connaissances (connaître un proche décédé du SIDA), les modalités de vérification de la sincérité (capacité de refléter la réalité vécue) des réponses devaient faire l'objet d'une attention particulière. Il n'a par exemple pas été possible de préciser le type de foyer de provenance pour certains répondants à cause d'une série d'incohérence qui pouvait signifier déni ou refoulement des situations traumatiques ou être le fait de la mémoire ; certains répondants vivant la condition d'enfant de la rue depuis plusieurs années. Pourtant, l'étude nécessitait l'enregistrement chronologique des événements survenus dans le parcours de vie de l'individu. Elle faisait donc appel à la mémoire qui pouvait être défaillante.

Pour éviter au mieux les écarts de mémoire, seules les personnes censées vivre encore sous le toit parental (moins de 18 ans) étaient visées. En outre compte tenue de la large étendue de la taille de la famille de provenance, le nombre de personnes par ménage variant directement en fonction du niveau de vie de celui-ci, les tailles de famille de provenance ont été catégorisées en fonction du modèle de ménage le plus fréquent à Lubumbashi ; abritant entre cinq (5) et dix (10) membres (68% des ménages et 67% de la population) (Petit, 2000). Les familles de moins de cinq (5) personnes ont été considérées comme en dessous de la moyenne tandis celles qui en comptaient plus de dix (10) sont dites gros ménages.

Par famille de provenance, nous entendons l'unité socio-économique de personnes qui partagent les mêmes repas et qui vivent régulièrement ensemble, le plus souvent sous le même toit, en partageant leurs ressources. Il ne s'agit donc pas du foyer au sens biologique, puisque le ménage s'étend bien souvent à d'autres personnes que celles de la famille nucléaire, qui en constitue généralement le noyau central. Les personnes de passage n'ont pas été considérées comme partie intégrante des dites familles, à moins qu'elles soient là depuis six mois au moins. De même, les enfants qui vivent régulièrement en dehors du foyer parental, les maris ayant abandonné leur épouse, etc., ne figurent pas au nombre des personnes comptées.

La récolte des données qualitatives a fait face aux refus ou perdus de vue. Même dans les cas où un site pouvait réunir les portraits visés, tous n'étaient pas disposés à répondre même si toutes les participantes étaient rassurées du fait que l'étude misait sur l'anonymat et son caractère universitaire. Les unes manifestaient de la méfiance ; parfois elles se disaient rebutées par des enquêtes qui ne changeaient en rien leurs sorts ; c'est-à-dire n'aboutissant pas à une sollicitation pour les rapports sexuels. Quelques unes avaient déménagé. D'autres n'étaient plus disposées. Il arrivait que la répondante refuse catégoriquement de recevoir l'enquêteur prétextant qu'elle n'avait pas le temps. Mais, il était rare que le refus soit motivé par le manque les documents administratifs requis pour ce genre des travaux (ordres de mission, autorisations délivrées par les autorités).

Somme toute, la plupart des répondants avaient spontanément et favorablement répondu à la demande de participation ou collaboration. Il s'agissait pour la plupart des individus ayant déjà fait l'objet des enquêtes universitaires comparables. Par ailleurs, le fait de revenir à plusieurs reprises ; notamment dans le cadre des enquêtes qualitatives semble aussi avoir encouragé la bonne coopération observée. Quelques stratégies de mise en confiance (assistance ponctuelle, partager un verre, se faire introduire par une des connaissances…) ont parfois été nécessaires pour délier les langues et stimuler celles qui hésitaient … En outre, la complexité des thématiques abordées et leurs caractères plutôt tabous ont posé un problème éthique de taille. Un jeune adolescent sexuellement non actif ne devait pas se retrouver harcelé incongrument. Cette exigence a nécessité l'introduction de plusieurs questions « filtre » dans le questionnaire quantitatif. En outre, les enquêteurs avaient consigne d'orienter, en les leur indiquant les adresses précises, les répondantes en sursis vers les centres spécialisés fonctionnant dans la ville et dont la liste avait été mise à jour par l'OCU (Kaumba, 2004).

Cette partie du travail a été consacrée à la méthodologie mise en œuvre dans le cadre de cette étude. Elle table sur l'idée qu'avec l'avènement des sociétés modernes (urbanisation, prolongation de la scolarisation, mondialisation...), la préparation de l'adolescence ou de la jeunesse pose un problème des référents valorisés.

Sa question de départ a été abordée en prenant soin d’aller plus loin qu’un simple amalgame (combinaison) des approches qualitative et quantitative. Il a fallu croiser les principales possibilités méthodologiques qui s'offrent d’ordinaire pour déterminer les comportements sexuels à risque en fonction des cadres de vie et facteurs socio-familiaux ou psychosociaux ; à savoir l'approche par les personnes ressources et l'utilisation de l'outil conceptuel pour identifier les populations cibles.

Cette manière de procéder s’inspire de la Qualitative Comparative Analysis (QCA) développée par Ragin (1987) en management et ; à sa suite, Godin (1991) en éducation pour la santé. Celle-ci permet de spécifier des séquences de vie sociale pertinentes, étudier des parties de l’activité humaine, combiner des parties étudiées pour en comprendre le sens et traiter d’un nombre intermédiaire de cas tout en prenant en compte la complexité des phénomènes approchés.

Elle nécessite par ailleurs la résolution de deux problèmes majeurs pour la validation des propositions ; à savoir la garantie de représentativité et la détermination des effectifs suffisants d’unités à inclure dans les échantillons. L’enquête par questionnaire, les entretiens semi-structurés et l’observation en situation ont été utilisés pour récolter les données analysées par l’analyse de contenu pour les données qualitatives et les techniques statistiques pour les données quantitatives.

II.6. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Adler, P. and Adler, P. (1987), *Membership roles in field research*. Newbury Park CA, Sage

Alami, S. (2013), *Les méthodes qualitatives*, Paris, PUF, coll. Que sais-je ?, 2ème édition

Arborio, A.M. (2005), *L'enquête et ses méthode : l'observation directe*, Paris, Armand Colin, 127p.

Auriat, N. (1996), « Les défaillances de la mémoire humaine. Aspects cognitifs des enquêtes rétrospectives », *Cahier de l'INED* n° 136, Paris

Bagley, S.C., White, H. and Golomb, B.A. (2001), « Logistic regression in the medical literature: Standards for use and reporting, with particular attention to one medical domain », *J Clin Epidemiol*, 54:979–85.

Banza, C.L., Nawrot, T.S., Haufroid, V., Decrée, S., De Putter, T., Smolders, E., Kabyla, B.I., Luboya, O.N., Ilunga, A.N., Mutombo, A.M. and Nemery, B. (2009), « High human exposure to cobalt and other metals in Katanga, a mining area of the Democratic Republic of Congo », *Environ Res*, 109 (6):745-52.

Berelson, B. (1971), *Content analysis in communication research*, New York, Hadner Publ

Blanchet, A. (2007), *L'enquête et ses méthodes : L'entretien*, Paris, Armand Colin, 128p.

Blanchet, A. (2005), *Les techniques d'enquête en sciences sociales*, Ed. Dunod, 127p

Bushabu Piema-Kwete, R. (1991), *Familles et Urbanité à Lubumbashi*, Thèse de doctorat en sociologie, Lubumbashi, UNILU

Chenge, M., Van der Vennet, J., Porignon, D., Luboya, N., Kabyla, I. and Criel, B. (2010), [The health map of Lumbumbashi, Democratic Republic of the Congo. Part II: analysis of the operational activities of health care facilities], *Glob Health Promot*. Sep;17(3):75-84.

Chevalley, C. (1998), *Contingence et probabilités*, Paris, PUF

Dibwe, D. (2001), *Histoire des conditions de vie des travailleurs de l'Union Minière du Haut-Katanga/Gécamines (1910- 1999)*, Lubumbashi, Presses universitaires de Lubumbashi

Falissard, B. (2005), *Comprendre et utiliser les statistiques dans les sciences de la vie,* Paris, Masson, 3ème édition, pp. 145–187.

Girin, J. (1989), *L'opportunisme méthodique. La recherche action en action et en question*, Paris, École Centrale

Gold, R.L. (1958), « Roles in sociological field observations », *Social Forces*, 36:217-23.

Godin, G. (1991), « L'éducation pour la santé: les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs », *Sciences Sociales et Santé*, 9 (1):67-94.

Juan, S. (1986) « L'ouvert et le fermé dans la pratique du questionnaire », *Revue française de sociologie*, vol. XXVII, pp. 301-16.

Junker, B.H. (1960), *Field Work: An Introduction to the Social Sciences,* Chicago: University of Chicago Press.

Kabongo, P. (1951), « La prostitution au CEC d'Elisabethville », *Bulletin Du CEPSE,* n°17

Kalaba Mutabusha, G. (2002), « Les bars et les femmes libres de Kamalondo », in : Violaine, S. (éd), *Femmes-modes-musique,* Paris, L'harmattan

Kalambayi Banza. (2007), *Sexualité des jeunes et comportements sexuels à risque à Kinshasa (R.D. Congo)*, Thèse de doctorat en Démographie UCL, 378p.

Kaufmann, J.C. (2011), *L'enquête et ses méthodes : l'entretien compréhensif*, Paris, Armand Colin, 128p.

Kaumba Lufunda, (éd.) (2004), *Le phénomène enfant de la rue au Katanga, rapport de la 14ème session de recherche de l'observatoire du changement urbain*, Lubumbashi, UNILU

Lagarde de, J., (1998), *Initiation à l'analyse de données*, Ed. Dunod, 3ème édition, 162p.

Laville, C. et Dionne, J. (1996), *La construction des savoirs: manuel de méthodologie en sciences humaines,* Montréal,: Chenelière/McGraw-Hill

Lebart, L., Piron, M. et Morineau, A. (2006), *Statistique exploratoire multidimensionnelle*, Ed. Dunod, (4ème edition, refondue [new version]), 480p.

Lebart, L. et Salem, A. (1988), *Analyse statistique des données textuelles, Questions ouvertes et lexicométrie*, Paris, Dunod, 209p.

Lwamba Bilonda, (2002), « la musique katangaise moderne », in Violaine, S. (éd), *Femmes-modes-musique*, Paris, L'harmattan

Martineau, S. (2005), « L'instrumentation dans la collecte des données », Actes du colloque Recherches qualitatives – Hors Série – numéro 2, UQTR

Masengo-Bwanga, Bula Bula, A., Tambwe Mbuyi, M., Maloba Nday, Kalenga, B., Luboya, N. (1988), [Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) in Lubumbashi. Clinical and epidemiological observations], *Bull Soc Pathol Exot Filiales*, 81(2):159-62.

Tenenhaus, M (2006), *Statistique. Méthode pour décrire, expliquer et prévoir*, Ed. Dunod, 2e édition, 679p.

Mucchielli, R. (2006), *L'analyse de contenu*, Ed. ESF

Pheterson, G., (2001), Le prisme de la prostitution, Paris, L'Harmattan

Petit, P. (Dir.) (2003), *Ménages de Lubumbashi entre précarité et recomposition*. Paris: L'Harmattan.

Piot, P. and Laga, M. (1988), « Prostitutes: a high risk group for HIV infection? », *Soz Praventiv med* , 33(7):336-9.

République Démocratique du Congo, (2006), Document de Stratégie de la Croissance et de la Réduction de la Pauvreté (DSCRP), Kinshasa

Singly de, F. (2012), *L'enquête et ses méthodes : Le questionnaire*, Paris, Armand Colin, 128p.

UNAIDS, (2013), *2012 UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic,* Geneva, Switzerland

UNICEF, (2010), *Enquête nationale sur la situation des enfants et des femmes, Rapport d'analyse, volume II,* Kinshasa

UNICEF, (2001), *Enquête nationale sur la situation des enfants et des femmes, Rapport d'analyse, volume II*. Kinshasa.

Villers de, G. (2002), « Introduction » in de Villers G., Jewsiewicki, B. et Monnier, L., *Manières de vivre. Economie de la « débrouille » dans les villes du Congo/Zaïre,* Paris, L'Harmattan.

Ward, H., Day, S., Mezzone, J., Dunlop, L., Donegan, C., Farrar, S., Whitaker, L., Harris, J.R. and Miller, D.L. (1993), « Prostitution and risk of HIV: female prostitutes in London », Aug 7; 307(6900):356-8. Comment in *BMJ*, 16; 307(6910):1007.

CHAPITRE III

RESULTATS

Cette partie du travail présente les résultats des analyses des données récoltées sur le terrain. Elle décrit les conditions de vie socio-familiales des enquêtés et relève les corrélations pertinentes entre celles-ci et les CSR. Somme toute, la qualité des interactions et échanges socio-familiaux et les modalités des communications aux sujets de celles-ci constituent des données importantes dans le cadre de la prévention contre les IST/SIDA.

III.1 VOLET QUALITATIF

III.1.1. Les cadres socio-familiaux des PS

Les conditions socio-familiales des PS ont été appréhendées dans les récits de vie au travers des raisons à la base de la pratique de la prostitution ; des parcours de vie ; des itinéraires familiaux. Elles indiquent que face à la dégradation continue des conditions de vie des ménages et à l'incapacité de certains parents à subvenir aux besoins de leurs enfants et d'assumer leurs obligations vis-à-vis de leurs dépendants, avoir des rapports sexuels dans des conditions d'insécurité semble inéluctable pour beaucoup d'ADO.

Signalons tout de même que du plus pathétique au plus narcissique des récits de vie recueillis auprès des PS en passant par les plus dramatiques, la quasi-totalité étale des dysfonctionnements familiaux dans le parcours de vie : vécus socio-familiaux chaotiques, fonctionnements anormaux de la structure familiale découlant parfois des coutumes, pratiques séculaires et des ancrages sociaux néfastes.

Les PS rencontrées déclaraient se sentir « obligées » à livrer aux passants leurs charmes moyennant une rétribution qui permettrait de pallier aux problèmes quotidiens de survie : alimentation, logement, habillement, soins médicaux, frais scolaires, assistance aux tiers…

En charge de leurs propres progénitures et parfois de leurs géniteurs, coupées de toute assistance de la communauté, ne sachant rien faire d'autres selon leurs propos, le principal sinon le seul moyen pour gagner l'argent nécessaire à la survie n'est, pour elles, que la prostitution. Cependant, certaines d'entre elles se surnomment « deux doigts », « da mwiji » (sœur voleuse) ou encore « X ou Y diplomate » ; référence faite à un « exploit » réalisé de vol d'argent contenu dans une mallette « diplomatique ».

Par ailleurs, mises à part leurs familles de naissance (biologiques) respectives, toutes les répondantes, sans exception aucune, ont séjourné « de manière mémorable » dans au moins un ménage autre que celui de leurs propres géniteurs ; avec ou sans le consentement de ces derniers.

Dans la majeure partie de cas, la fille a vécu dans des ménages apparentés localisés en différents endroits du pays, de la province ou de la ville. Parfois il s'agit ni plus ni moins que du phénomène « enfants au travail ». Pourtant, la quasi-totalité des parcours de vie étaient souvent déclinés sur un ton panégyrique et spontané ; agréable et peu larmoyant même lorsqu'ils rapportaient des scènes tristes et/ou douloureuses ; ce qui cache mal les désirs de se faire passer pour des héroïnes dans l'ombre.

III.1.2. Perceptions des IST/SIDA et pratiques préventives

En considérant la question de l'adoption des comportements protecteurs contre les IST voire le VIH (perceptions des IST par les PS ; usage du préservatif), il y a lieu d'affirmer que la confusion entre séropositivité et SIDA ne favorise pas l'usage correct du préservatif (Castle, 2003) ; par exemple plus d'un préservatif à la fois lorsqu'on se retrouve face à un partenaire peu rassurant (suspect ?).

De manière générale les croyances sont prégnantes. Les jeunes dames sont donc sous influence psychologique (confiance en son partenaire ; avoir confiance au partenaire signifiant par exemple ne pas entrevoir dans le chef du partenaire une quelconque velléité de rompre la relation ; être beaucoup aimée, appréciée par son partenaire ou avoir foi en sa fidélité présumée, difficulté de communication ; les représentations concernant la stabilité et la durabilité de la relation avec le partenaire étant elles-mêmes peu claires).

Certaines filles arguaient s'être préalablement fait traiter par des guérisseurs traditionnels. Une fille qui n'a rapporté qu'un seul cas des RSSP affirmait s'être déjà faite immunisée par des guérisseurs traditionnels. D'autres se remettent à Dieu. « Si Dieu a dit que tu contacteras cette maladie, tu la contracteras effectivement » ; le partenaire ne doit pourtant pas présenter une mine suspecte ; mais présenter une bonne santé ; une bonne corpulence ; de préférence être gros pour rassurer pour que soient admis les rapports sexuels sans préservatifs (RSSP).

Les RSSP peuvent être acceptés parce que le partenaire est familier ; cependant le profil de celui-ci n'est pas clair. « Toutes les filles ont chacune un ou plusieurs copain(s) ; partenaires payants ou non, en relation durable, éphémère ou passager ; avec qui elles ont des RSSP et c'est ainsi que certaines d'entre elles tombent enceintes ».

Les unes espèrent arracher un gain plus important que prévu (argent, cadeau, mariage, etc.) ; ici aussi les critères sont différents. Les autres sont tout simplement tombées dans l'habitus. Elles n'éprouvent, d'après leurs propos, du plaisir que lorsque le partenaire est naturel ; c'est-à-dire sans préservatif, elles ne se préoccupent pas du risque encouru ; sans compter les sollicitations de certains hommes dont le portrait reste encore imprécis et l'ignorance.

Parfois, au bout de quelques contacts sexuels protégés, en l'absence d'apparition de symptômes présumés des IST/SIDA sur le corps du « suspect », la crainte de perdre un gain matériel « substantiel » ou d'être abandonnée ou celle d'être montrée du doigt encourage à abandonner l'usage du préservatif.

Les RSSP sont aussi acceptés sur base des aspirations d'ordre social ; par exemple trouver un époux ou obtenir un gain, motivent parfois ce type des rapports sexuels et cette stratégie n'est pas seulement pratiquée par des gens se trouvant en difficulté financière, mais aussi par ceux dont les familles refusent d'accepter l'éventuel(le) prétendant(e).

Le cas d'une répondante qui a affirmé avoir eu des RSSP à maintes reprises avec un homme parce qu'elle avait confiance en ce dernier en donne une illustration emblématique. Elle rapporte : « …il venait de Kinshasa et avait juré qu'il me prendrait en mariage. J'avais 14 ans. Ce n'était pas le premier homme de ma vie ; j'en avais déjà connu d'autres. J'avais confiance en lui et par conséquent je ne prenais aucune précaution contre la grossesse. Je suis tombée enceinte et mon partenaire m'a assurée qu'il prendrait en charge les frais incluant le coût de la layette et les frais d'accouchement. Si ma famille restreinte n'avait pas réagi ce n'était pas par compassion : c'était surtout dans le but de protéger ses intérêts qu'elle visait à travers ma relation avec l'homme en question. Il apportait

des cadeaux aux miens. Tout le monde m'encourageait à rester calme et à ne pas songer à interrompre la grossesse. Par-dessus tout, je savais qu'en ayant un enfant, je serai encore plus unie à l'homme en question ». Ce qui montre qu'être disposée à avoir des RSSP résulte parfois d'une aspiration sociale ou psychosociale telle que trouver un mari pour le reste de la vie, une ascension sociale.

Toute la quarantaine des PS contactées connaissait le préservatif. Certaines d'entre elles en possédaient au moment où nous les rencontrions. Cela ne signifiait pas qu'elles s'en servaient toujours…

Près du tiers de la quarantaine d'interrogées ont avoué s'être déjà retrouvées impliquées dans des RSSP désignés par elles par des expressions témoignant de l'idée du contact et frottement des organes qui caractérisent ce type de rapport ; à savoir « Ngozi kwa ngozi » ; « corps à corps ». Une professionnelle du sexe a même affirmé s'y livrer régulièrement. « Je le fais comme ça toujours ». Une autre a déclaré y avoir été impliquée à plusieurs reprises ; deux en ont rapporté chacune deux cas et treize n'en ont rapporté qu'un seul.

Les RSSP rapportés se concentrent étonnamment dans la période pré prostitutionnelle : «… C'était avant que je ne commence à sortir ». En tant que PS, d'après elles, elles demandent toujours à leurs clients d'utiliser le préservatif. Mais une de leurs copines a quand même avoué avoir déjà réussi à gagner un client ; en tant que PS bien entendu, client qui au départ

avait pris contact avec une autre fille simplement parce qu'elle avait un préservatif exigé par le partenaire que l'autre fille n'avait pas. Sans oublier que certaines d'entre elles font face aux sollicitations de diverses natures pour céder aux RSSP ; au point de pousser à se demander si en renvoyant ces scènes hors du champ prostitutionnel ces PS ne sont-elles tout simplement pas conscientes des risques qu'elles encourent dans l'exercice de leur activité. Les contrevérités relevées ça et là lors de la constitution des récits de vie ne témoignent-elles pas tout simplement des velléités de passer sous silence un présent dont elles sont éminemment conscientes de la dangerosité ? Il est compréhensible dans ces conditions qu'aucune interlocutrice n'ait pas évoqué de manière directe les IST dont elle soufrait ou aurait souffert.

Les RSSP se présentent parfois comme non voulus, subis contre son gré ou « pseudo consentis ». Les RSSP volontairement acceptés ne le sont véritablement pas ; quelques fois cela se passe en toute inconscience ; c'est-à-dire sans prise de conscience de la mesure exacte du risque encouru (état d'ivresse, droguée). Parfois la répondante n'a aucune raison à avancer pour les justifier ; ni opérer un quelconque choix, aucun processus de négociation concernant l'usage ou non du préservatif n'ayant jamais été engagé. La suprématie physique, économique, psychologique et sociale des partenaires ayant eu raison d'elle même si l'apparence suffit, à elle toute seule, à garantir la bonne santé du partenaire et susciter la confiance ; le partenaire idéal devant de préférence être gros.

III.1.3. Récits types

Les constatations ci-dessus relevées étayent les configurations socio-familiales problématiques et illustrent les « complexités » des liens entre CSR et déterminants socio-familiaux parmi les PS et révèlent simplement une activité sexuelle manifestement, indifféremment préoccupante.

La qualité des interactions et échanges socio-familiaux et les modalités des communications à leur sujet constituent des sources importantes dans le cadre de la prévention contre les IST/SIDA. Pour des raisons didactiques, quelques cinq (5) cas de figure typiques tirés des récits construits sur la base de procédures différentiées (logique rétrospective pour l'un et prospective pour l'autre, sites différents et évoquant des disponibilités parentales (parentalité) de départ tout aussi différentiées ; à savoir les deux parents vivant pour les uns, morts pour les autres, etc.) ont été choisis en appui illustratif des propositions avancées.

III.1.3.1. Récit n°1

Le premier, rapportant l'histoire d'une fille de 16 ans (au moment des enquêtes), venue de la zone du pays autrefois en guerre, est évocateur des catastrophiques conséquences irréversibles entrainées par l'indisponibilité de l'un ou l'autre parent à la suite d'une situation de force majeur ; autrement-dit, guerre, décès, maltraitance…mais aussi des hésitations. Malgré nos nombreuses tentatives, la répondante n'a fait aucunement mention de la situation de son père encore moins de sa famille élargie. . « Nous avons beaucoup souffert car nous avons tout perdu, rapportait la

répondante ». « Ma mère a commencé à souffrir des troubles mentaux graves. Ce fut la destruction de notre famille qui ne comptait que trois enfants dont j'étais l'aînée. Nous dépendions totalement de l'aide en nourriture du HCR, insuffisante par ailleurs. Ma sœur cadette est même décédée de malaria. J'ai arrêté mes études et je suis allée vivre chez un de mes oncles dont la femme a exigé que j'abandonne les études afin d'être toujours présente à la maison pour exécuter les travaux ménagers. Pour échapper à ces corvées, j'ai quitté la maison pour me retrouver avec des amies avec qui nous nous débrouillons à notre façon ».

III.1.3.2. Récit n°2

Le deuxième cas est celui d'une autre fille, troisième née d'une famille de 8 enfants, ayant vécu dans un cadre de vie plus ou moins confortable ; celui-ci exonère les conditions matérielles et met clairement en cause le climat social en famille et la qualité des ancrages sociaux, familiaux et extrafamiliaux.

Dans sa famille, les enfants bénéficiaient d'un déjeuner chaque matin en plus des autres repas et du service d'un chauffeur pour les conduire à l'école. Ils habitaient dans un quartier d'un niveau de vie appréciable. Leur maison était clôturée et souvent ils vivaient enfermés dans la parcelle, car leur père et leur mère avaient déjà donné des consignes pour que les enfants restent toujours à la maison après l'école. Elle avait quand même un copain et parvenait régulièrement à échapper au contrôle de sa mère, son père étant souvent absent. « C'était notre voisin mais maman ne

supporte pas ça, elle me tapait souvent quand notre domestique m'accusait ». Quand ils furent surpris pour la nième fois entrain de faire des relations sexuelles, elle prit peur et alla se cacher chez une femme qui lui avait été présentée par une copine quelques jours auparavant. C'est là qu'elle connut une fille qui se prostituait depuis longtemps dans le secteur où nous l'avons rencontrée.

III.1.3.3. Récit n°3

On pourrait en dire autant du cas d'une autre fille qui n'en dément pas moins que les récits de vie recueillis sont scandés par les mêmes thèmes initiateurs à la fois divers, complexes et violents s'enchaînant selon des étapes chronologiques analogues : drame familial, abandon, abus et violences, désaffiliation, non fréquentation de l'école, etc.

En épousant sa mère, son père ambitionnait d'avoir beaucoup d'enfants. Malheureusement sa mère ne lui avait donné que deux. Son père, insatisfait, a commencé à en chercher ailleurs avec d'autres femmes. Quand sa mère apprit cela, elle commença aussi à avoir des hommes à côté. Son père finit par la quitter. Elles ne l'ont jamais revu. Quand sa mère fut abandonnée, la situation devint difficile qu'elle se sentit dans l'obligation de quitter l'école pour se faire « bonne » chez une jeune femme alors qu'elle n'avait que 13 ans. « Elle me faisait confiance et me traitait très bien. J'habitais chez elle et j'étais à l'aise si bien que c'était à peine que je songeais à rentrer chez ma mère. Celle-ci ne s'inquiétait de rien. Pendant que je vivais chez ma patronne, je ne pouvais imaginer que mon patron

mettrait la main sur moi. Un jour ma patronne est allée au deuil. Elle m'avait confié la garde de la maison et de son enfant. La maison me paraissait si grande que je suis allée passer la nuit au salon. Le patron que je croyais également au deuil revint. A ma grande surprise, il n'alla pas se coucher en chambre. Il vint près de moi et me demanda de coucher avec lui. Malgré mon refus, il me força et me viola sans avoir porté de préservatif ».

III.1.3.4. Récit n°4

Le récit de vie le plus énigmatique rapporte l'histoire d'une fille qui a été séparée de ses parents (sa famille biologique) et a vécu dans une diversité de ménages présentant des configurations différentes (ménage monogame, polygame, apparenté ou non apparenté, de travail…). Elle a été victime d'une tentative de viol de la part de son oncle par alliance chez qui elle habitait et a été kidnappée et violée par un adulte proche de son autre famille d'accueil alors qu'elle n'était âgée que de 14 ans.

Après ses autres forfaitures sexuelles, elle décida alors de voler de ses propres ailes en allant s'installer dans un quartier relativement pauvre, chez sa grande sœur où elle s'appliqua sans succès au petit commerce à domicile. Sans moyens, elle se décida un jour, en l'absence de sa sœur partie en voyage, d'aller dans une boîte de nuit dont lui parlait beaucoup un de ses anciens compagnons pour refaire son capital. Là, elle rencontra une copine qui l'emmena dans le secteur où elle a été trouvée ; soit disant, il était plus rentable de se prostituer sur les routes que dans les boîtes de nuit

Son père la visitait tous les jours pendant la journée. Elle n'habitait plus le toit parental au moment où nous l'avons rencontrée. Elle est quatrième née d'une famille de huit enfants dont deux décédés. Claire de peau en raison de l'usage des cosmétiques, elle s'est imposée comme leader à cause de sa force physique au combat qui lui est reconnue par les autres filles PS du secteur qu'elle fréquente. Son père est un ancien gendarme devenu agent de la fonction publique. Sa mère a été petite revendeuse de proximité du pétrole pour lampe pendant plusieurs années.

Elle a arrêté ses études en cinquième année primaire. En fait, elle a arrêté une première fois en troisième année primaire. La cause de cette interruption n'a pas été clarifiée. La même année où elle abandonnait ses études, elle s'est retrouvée à la frontière zambienne ; à Kasumbalesa précisément, chez sa grand-mère paternelle qui aurait fait appel à elle pour l'aider dans son restaurant au marché de la place. Elle n'a pas clarifié non plus comment sur place elle s'est retrouvée dans un autre ménage : celui de sa « tante », ancienne religieuse devenue épouse d'un polygame par ailleurs grand commerçant importateur local.

Dans ce ménage, elle s'occupait des travaux domestiques : préparer la nourriture, laver la maison, faire les courses, etc. Après que le partenaire de sa tante eut tenté de la violer (sans succès), elle détala et retourna chez sa grand-mère qui la fit retourner immédiatement chez ses parents de peur que l'histoire ne fasse tâche d'huile dans la famille et ne déstabilise le

ménage de la tante : l'époux de l'ancienne religieuse, oncle par alliance, dépannait toute la famille.

Revenue à Lubumbashi, elle se retrouva quelques jours après chez une autre tante paternelle, tenancière d'un Nganda (buvette). Celle-ci habitait un quartier de niveau socio-économique appréciable. Elle était aussi seconde épouse. Elle avait demandé aux parents de lui confier notre interlocutrice pour l'aider dans les travaux domestiques. Elle la fit inscrire dans une école située à proximité du domicile. Mais compte tenu de l'âge avancé de la fille, elle jugea bon de la faire inscrire en cinquième année primaire ; lui faisant enjamber deux classes. Ne sachant ni lire ni écrire correctement, elle abandonna au beau milieu de la même année scolaire.

Après avoir abandonné les études, elle ne se consacrait plus qu'aux travaux domestiques dans sa famille d'accueil, y compris faire le ménage dans le Nganda de sa tante. Là, elle fit connaissance d'un officier de l'armée, d'une quarantaine d'année, qui venait souvent visiter sa tante et son mari. Il habitait non loin de chez eux. Elle se familiarisa avec ce dernier. Un jour, celui-ci l'enleva à bord de son véhicule prétextant aller lui remettre l'argent pour un crédit qu'il devait à sa tante et en la menaçant subtilement d'un revolver posé sur le tableau de bord du véhicule. Il la conduisit dans un hôtel de la place, l'y viola et l'y séquestra pendant plusieurs jours.

Comme les recherches de la famille redoublaient d'intensité, le militaire alla se présenter de lui-même auprès des parents de mon interlocutrice. Il

accepta de réparer son forfait en payant une chèvre et une importante somme d'argent. La fille réintégra le toit de ses parents dans un quartier d'auto construction où son père avait acquis 4 parcelles (non bâties) qu'il aurait revendues du fait des difficultés financières auxquelles la famille faisait face. La tante qui l'hébergeait au moment des faits ne voulait plus d'elle pour protéger ses propres enfants.

Quelques mois après, elle se retrouva enceinte. Ses parents obligèrent le militaire responsable de la dite grossesse à demeurer avec elle. On parle de « kumujiriya » (abandonner méchamment quelque chose à quelqu'un). Lorsque une fille non mariée vivant sous le toit parental est rendue enceinte, les parents peuvent obliger, du fait de la déception qu'entraîne cet acte dans la communauté, l'homme à la base de cette situation à demeurer avec la fille sinon à l'épouser carrément par le versement de la dot. Car, dit-on, «hanamualabisha » (il l'a abîmée). Elle est obligée d'abandonner les études durant toute la période de grossesse, ce qui occasionne souvent l'abandon définitif des études.

Le nouveau compagnon de notre interlocutrice fit pratiquement d'elle sa seconde femme (épouse) (elle-même se désigne ainsi). Elle jouissait de tous les privilèges dévolus à une femme au point que cela suscita la jalousie, l'inquiétude et la colère de la première épouse. Du coup, une forte rivalité entre les deux s'installa jusqu'au jour où la première, beaucoup plus âgée, se décida à utiliser la force contre la petite. Ces scènes se répétèrent

à maintes reprises jusqu'au jour où un mystérieux incendie se déclara dans la maison ; brûlant au passage tous les effets de la maison mais aussi l'enfant né quelques jours auparavant, resté au lit dans la maison. Ses parents décidèrent alors de la faire revenir à la maison et mettre fin à cette relation devenue insupportable.

A peine revenue sous le toit de ses propres parents, elle se fit attaquer par une autre femme du quartier la soupçonnant d'avoir une liaison avec son mari, tenancier d'un petit kiosque du quartier. Les parents ne supportèrent pas cela et elle décida alors de voler de ses propres ailes en allant s'installer dans un autre quartier, chez sa grande sœur où elle s'appliqua sans succès au petit commerce à domicile.

III.1.3.5. Récit n°5

Ce récit concerne une autre informatrice visitée aussi à plusieurs reprises. Elle est troisième née d'une famille de six enfants dont deux garçons. Son père était employé d'une entreprise de la place. Elle a toujours vécu sous le toit parental dans un camp de travailleurs. « Nous recevions tout de l'entreprise employeuse de mon père : farine, huile et beaucoup d'autres choses. Ma maman n'avait pas d'autre activité. Mais aujourd'hui, compte tenu des difficultés, elle vend des beignets. J'étudiais dans une école située dans une autre commune. Le transport était bien assuré pour nous par la compagnie qui employait mon père. Quand je suis arrivée en deuxième année du secondaire, j'ai eu une amie dans la même école que moi. Celle-ci avait un copain dont le papa était agent de cadre dans la même

entreprise. Ce garçon venait souvent nous chercher à la sortie de l'école avec la voiture de son père et donnait de l'argent à mon amie, qui, aujourd'hui, a eu la chance de se marier tandis que moi je ne suis toujours pas mariée. C'est cette amie qui m'a passé un des amis de son ami. Celui-ci me disait qu'il m'épouserait et j'ai cru beaucoup en cela. Mais quand je suis tombée enceinte, il est parti se réfugier chez ses parents à une centaine de kilomètres. Il habitait dans le ménage de son oncle. Mon père avait fait venir son responsable car il y avait eu des problèmes ; mais lui a décidé d'aller lui-même de là sans m'informer. Un de ses frères était venu se présenter et avait donné sa parole pour faire ce qui est nécessaire pour la maternité parce que ma mère me déconseillait l'avortement comme le faisait mon amie souvent. Cette situation a créé beaucoup de problèmes dans notre famille. J'ai dû quitter l'école par crainte de dénonciation. Furieux, mon père avait décidé de ne rien faire pour moi. C'est dans ces circonstances que j'ai eu mon enfant. Après, j'ai eu un jeune homme petit revendeur de carburant qui se proposait de m'épouser. Avec lui, nous avons fait également un long moment. Je n'ai pas voulu avoir d'enfants dans le désordre. J'ai souvent demandé le port du condom mais il n'a pas toujours recouru à celui-ci. Parfois nous ne l'avons pas employé. Un voisin du quartier jouait l'intermédiaire. Ce garçon a commencé à me donner de l'argent que je donnais à un cousin qui m'aidait à acheter des bijoux et des produits de maquillage que j'ai donnés à crédit à nos voisines. A la fin du mois je passais auprès de chacune d'elles pour chercher l'argent. Cette

activité prospéra. Mais tout est devenu compliqué avec mes clients quand l'entreprise employant mon père ne payait plus ses agents. Mes clientes n'étaient plus en mesure de me payer. J'avais mis terme à plusieurs grossesses, parce que, ce copain m'avait abandonnée et était allé épouser une « Ndumba » avec qui il avait eu des contacts, là où il vendait son carburant. A ce moment j'ai commencé à avoir des relations sexuelles avec quiconque me sollicitait. Une veuve qui vendait la bière dans le quartier a demandé mon aide pour travailler comme servante. Là j'ai été « prise » par quelques agents qui venaient souvent pour boire. Je me suis habituée à consommer la bière et j'ai commencé à me prostituer. Tout se passait dans une pièce dans la demeure même de notre patronne veuve et avec l'accord de celle-ci. J'étais très jolie même si aujourd'hui j'ai perdu tout mon charme. J'allais avec les hommes avec ou sans capote (préservatif). Cette patronne a commencé à avoir beaucoup de problèmes dans le quartier. Les femmes du quartier la soupçonnaient d'avoir des relations avec leurs maris. J'ai dû la laisser quand elle a commencé à tomber en faillite. Je suis rentrée chez nous. Mon père ne voulait pas me soutenir parce que je me suffisais moi-même grâce à quelques messieurs avec qui je vivais et qui donnaient de l'argent. Mon père ne supportait plus ma présence. Dès que j'ai quitté la maison, je suis allée vivre avec une ancienne amie d'école. Elle travaillait dans un atelier de couture où je me suis mise à travailler, moi aussi. Elle était célibataire mais moi, j'ai continué à vivre avec un jeune homme qui venait parfois pour me chercher à l'atelier. Je me suis séparée d'avec lui

parce qu'il était marié et que son épouse a été informée de nos relations par l'intermédiaire des collègues de l'atelier. Cet homme s'est plié aux pressions de son épouse. C'est dans ce climat que j'ai quitté ce travail en atelier. Une autre amie est venue pour me chercher. Je commençai à travailler dans un bar. Maintenant, je ne vis pas avec quelqu'un. Je ne me décourage pas même si plusieurs de mes amies sont déjà mariées.

Somme toute, ces différents récits démontrent que la qualité des interactions, échanges socio-familiaux et les modalités des communications à leur sujet constituent des marqueurs importants. Ils indiquent que l'encadrement au niveau familial et le climat social en famille constituent des secteurs important dans la compréhension des certains comportements des adolescents. Tout se passe comme si le délitement des liens sociaux au niveau de la famille ouvrait sur des réseaux opérant dans des trames de sociabilité décalées liées à une économie souterraine opérationnelle.

III.2. VOLET QUANTITATIF

Les résultats des analyses des données quantitatives recueillies auprès de plus de sept cents ADO parmi lesquels 302 ADOS et 411 ADONS étayent davantage les configurations ci-dessus énoncées et illustrent, une fois de plus, les « complexités » de la question des liens entre les CSR et les déterminants socio-familiaux dans le contexte étudié. Notons d'emblée qu'un adolescent sur deux (2) de la dernière catégorie de nos informateurs ne fréquentait plus l'école depuis au moins 3 ans et qu'environ un sur cinq n'avait jamais été scolarisé auparavant.

III.2.1. Statut sexuel

Le tableau III.1 ci-après présente la répartition des ADO soumis au questionnaire en fonction de leur statut sexuel et situation scolaire.

Tableau III.1 **Répartition ADO sexuellement actifs en fonction de la situation scolaire.**

Groupe	n	activité sexuelle	%	OR
ADONS	411	125	30,4	0,89 (0,63-1,26)
ADOS	302	104	34,4	1

Les résultats de la régression logistique sont présentés dans le tableau III.2 ci-après. Les valeurs de p présentées dans ce tableau et le tableau III.3 sont celles correspondant au Chi² de Wald.

Tableau III.2 **OR ajustés dérivés du modèle pour activité sexuelle**

	n	Activité sexuelle	OR ajusté (IC à 95%)	p
Querelles en famille				0,00
Pas de querelles en famille	454	134	1,00 (0,64-1,56)	
Sans réponse sur querelle en famille	132	56	1,89 (1,13-3,16)	
Observe querelle en famille (n=127)	127	40	1	
Personne confidente				0,05
Confident membre de la famille	537	141	0,66 (0,47-0,95)	
Confident autres personnes	110	89	1	
Personne supporters des soins médicaux				0,05
Supporter par autres personnes	372	123	0,63 (0,35-1,13)	
Supporter par ses propres parents	284	83	0,46 (0,25-0,86)	
Sans supporters	57	24	1	

Avec activité sexuelle n=230 ; sans activité sexuelle n=483

III.2.2. Sexualité précoce

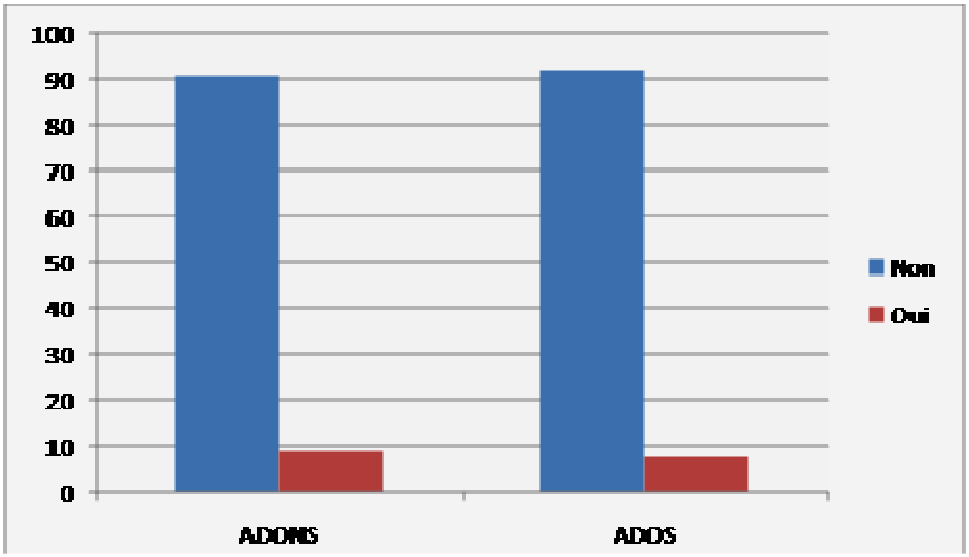
Trois quarts d'ADO trouvés sexuellement actifs ont eu leurs premiers rapports sexuels de manière précoce. Ils ont eu leurs premiers rapports sexuels avant leur seizième anniversaire ; soit 76,8% pour les non-scolarisés et 76,9% pour les scolarisés (p=0,17). Les âges moyens au premier rapport sexuel ne diffèrent pas entre les groupes des ADOS et ADONS ; soit 13 (Déviation Standard (DS) 1,6) ans chez les adolescents non-scolarisés, 14 (DS 1,5) ans chez les scolarisés (p= 0,70).

III.2.3. Multi partenariat sexuel

Les répondants qui avaient eu des rapports sexuels au cours de la période de référence « considérée » avaient en majorité eu au moins deux partenaires sexuels différents ; soit 56,9% pour les ADONS et 64,5% pour les ADOS.

III.2.4. Utilisation du préservatif

Le non-usage correct du préservatif était aussi quasi généralisé comme le montre le graphique 3.1 ci-dessous :



Graphique 3.1 Proportions des scolarisés et non scolarisés en fonction de utilisation ou non du préservatif

Les ADOS était moins nombreux parmi les utilisateurs. Mais cette différence n'était pas statistiquement significative.

III.2.5. Déclarations des IST

Seulement 18,7% des personnes actives sexuellement ont affirmé avoir observé sur eux au moins un signe d'une IST. La figure 3.1 ci-dessous représente les proportions des signes déclarés. La catégorie « autres » représente les réponses tirées de la nosologie populaire (bolabola). Une même personne pouvait en évoquer plusieurs.

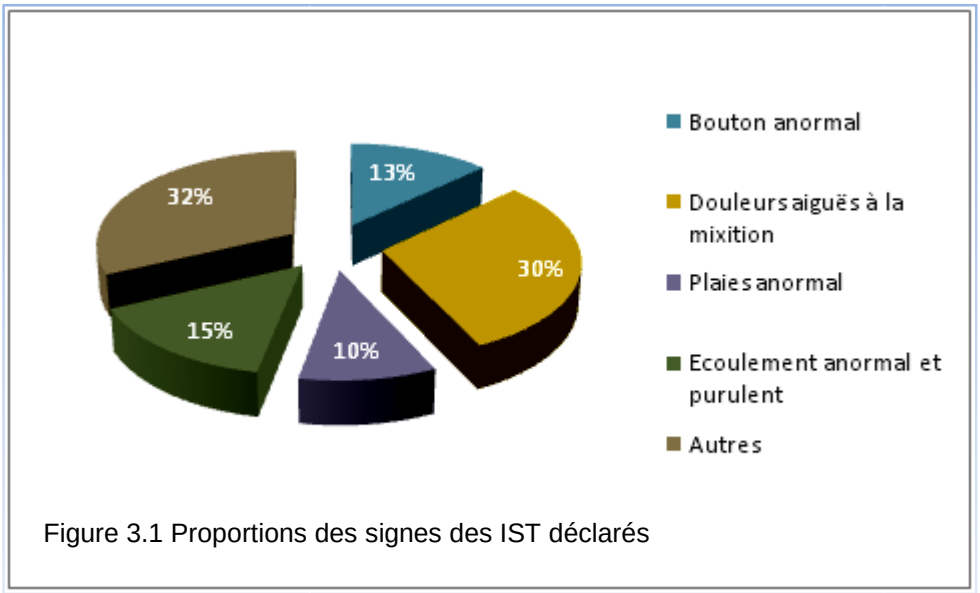


Figure 3.1 Proportions des signes des IST déclarés

Les figures 3.2 et 3.3 présentent les proportions des adolescents ayant déclaré au moins un signe des IST en fonction du sexe et de la situation scolaire.

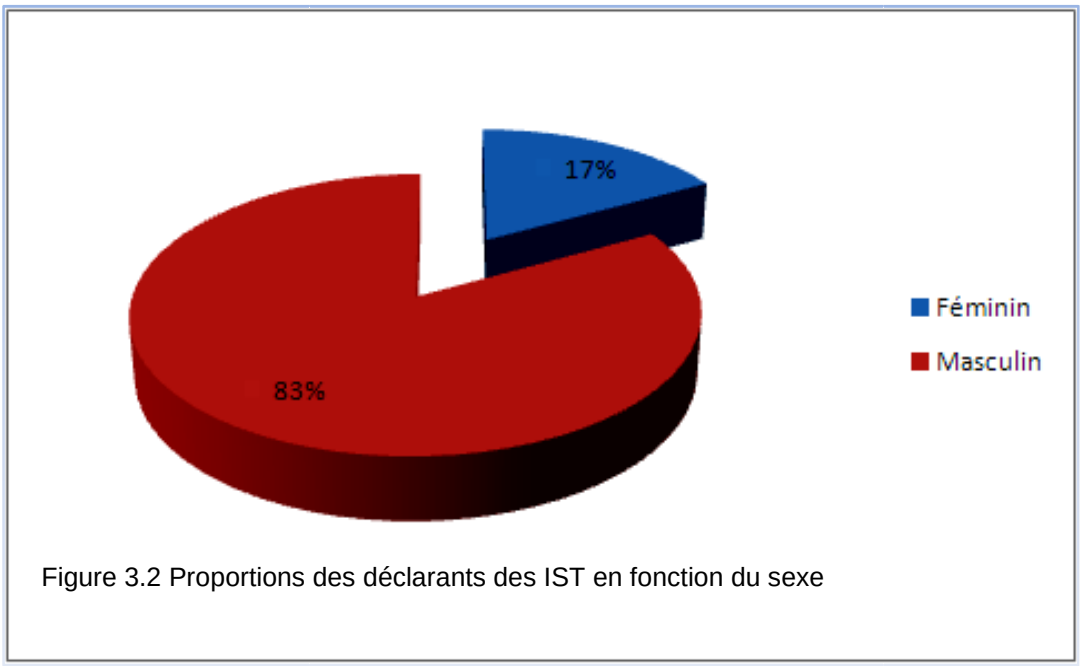


Figure 3.2 Proportions des déclarants des IST en fonction du sexe

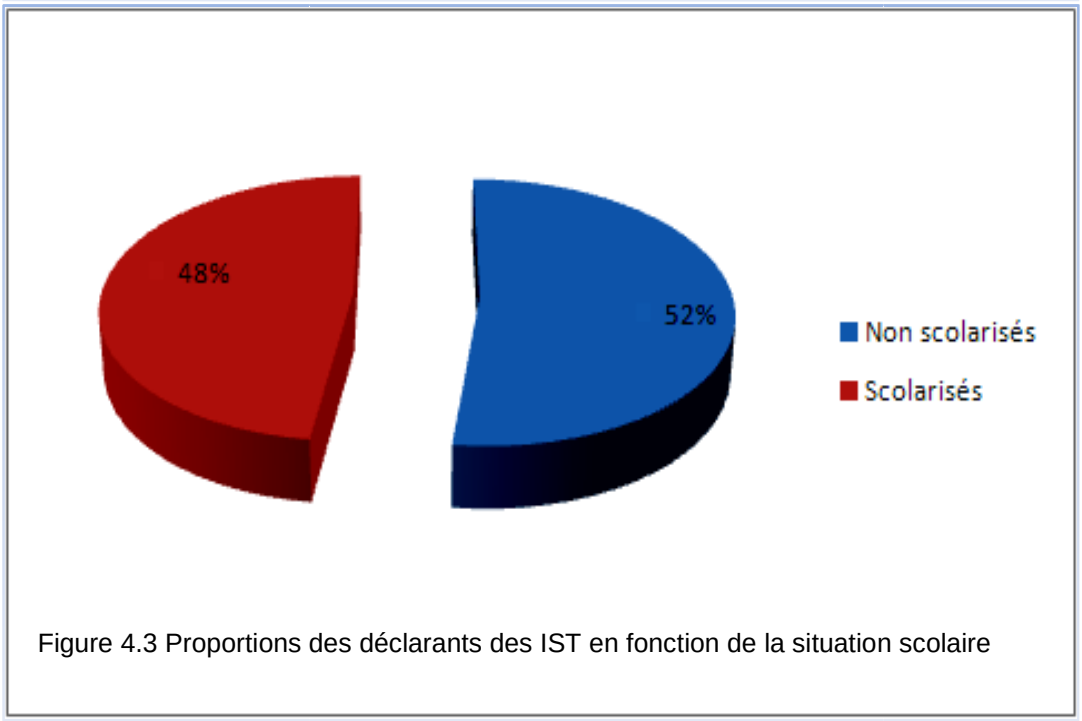


Figure 4.3 Proportions des déclarants des IST en fonction de la situation scolaire

Le résultat de la régression logistique pour la déclaration des IST est présenté dans le tableau III.3 ci-après :

Tableau III.3 **OR ajustés dérivés du modèle pour déclaration IST**

	OR ajusté (IC à 95%)	p
Supporté par ses propres parents / sans réponse	3,72 (1,21-11,47)	0,02
Supporté par ses propres parents / autres	1,93 (0,83-4,45)	0,13
Utilisateur du préservatif / non utilisateur	0,32 (0,12-0,89)	0,03

Avec déclaration IST =40 ; sans déclaration IST n=190

Les tableaux III.4 à III.6 ci-dessous présentent la répartition des ADO ayant déclaré les signes des IST en fonction des expériences antérieures de vie sexuelle, des ancrages sociaux et caractéristiques individuelles.

Tableau III.4 **Répartition des ADO ayant déclaré au moins une IST en fonction des expériences antérieures de « vie sexuelle »**

Variables et modalités	n	% déclaré symptôme IST	OR (IC à 95%)	p
Expérience de vie avec un(e) copain (copine)				0,97
Non	172	17,4	1,01 (0,53-1,94)	
Oui	53	17,2	1	
Nombre de partenaire sexuel au cours de trois mois précédent l'enquête				0,44
Plus d'un partenaire	96	19,8	1,62 (0,63-4,15)	
Un partenaire	63	19,0	1,70 (0,72-4,02)	
Pas d'activité	71	12,7	1	

Tableau III.5 **Répartition des ADO ayant déclaré au moins une IST en fonction des ancrages sociaux et climat familial**

Variables et modalités	n	% déclaré symptôme IST	OR (IC à 95%)	p
Type foyer de provenance				0,11
De ses 2 parents	88	15,9	1,19 (0,50-2,79)	
Autre biparental	62	24,2	2,00 (0,85-2,79)	
Ne déclare pas	80	13,8	1	
Confident intime				0,72
Membre de la famille	92	16,3	0,90 (0,50-1,61)	
Autres	138	18,1	1	
Objet de mauvais traitement en famille				0,17
Refus de répondre	22	31,8	2,50 (0,86-7,24)	
Oui	119	17,4	1	
Non	89	16,0	1,02 (0,48-2,16)	

Tableau III.6 **Répartition des ADO ayant déclaré au moins une IST en fonction de quelques caractéristiques sociodémographiques individuelles**

Variables et modalités	n	% déclaré symptôme IST	OR (IC à 95%)	p
Age (ans)				0,03
14	73	26,0	2,94 (1,30-6,65)	
15	103	10,7	1	
16	33	15,5	1,90 (0,75-4,81)	
17	11	18.8	1,75 (0,66-5,02)	
18	10	20.0	1.86 (0,63-3,30)	
Sexe				0,79
Masculin	193	17,1	0,90 (0,43-1,89)	
Féminin	37	18,9	1	
Situation scolaire				0,34
Jamais scolarisés	27	7,4	0,36 (0,08-1,64)	
En abandon scolaire	99	19,2	1,05 (0,59-2,15)	
Scolarisés	104	18,3	1	

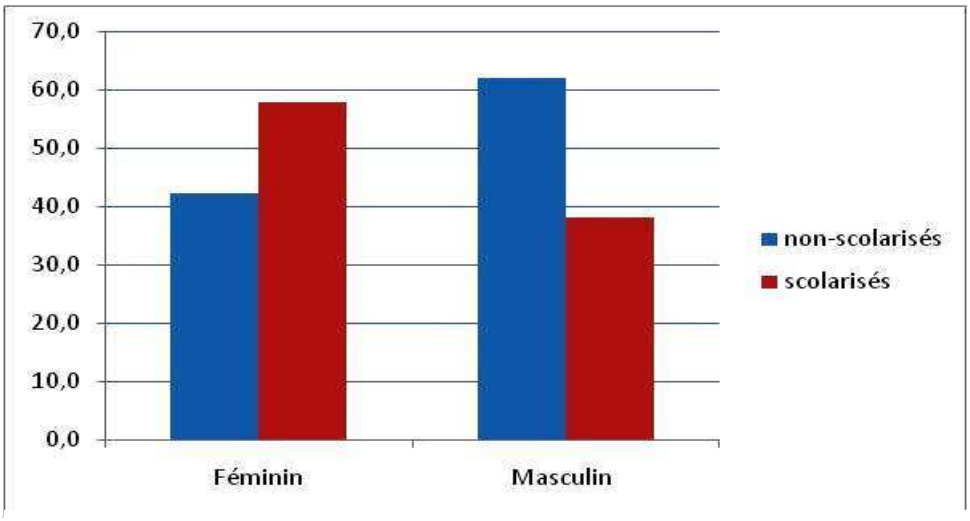
III.2.4. Caractéristiques socio-familiaux des ADO de l'échantillon

Le tableau III.7 ci-après présente la distribution de la population de l'étude en fonction de l'âge et de la situation scolaire

Tableau III.7 **Distribution des ADO en fonction de la situation scolaire et âge**

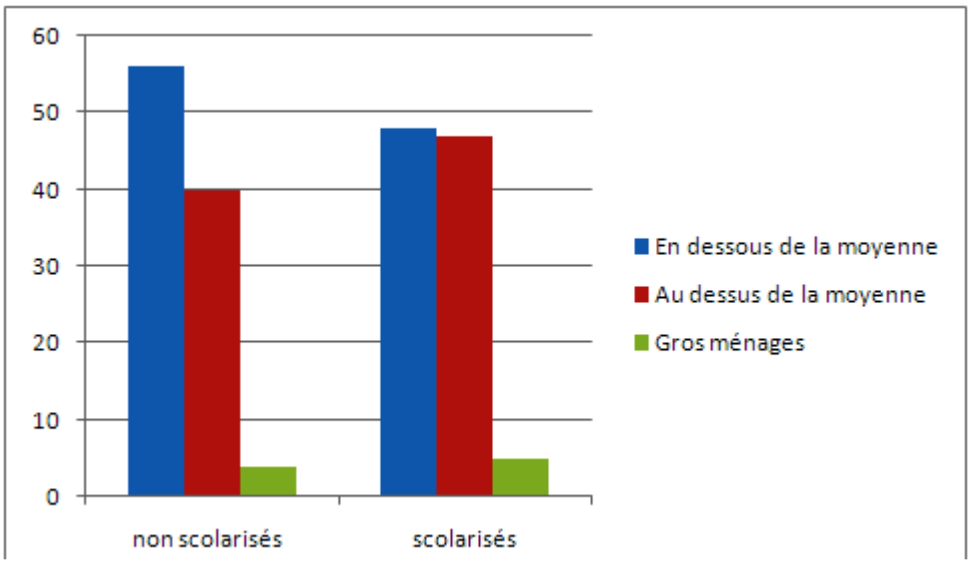
Variables et modalités	Non-scolarisés (n=441)	Scolarisés (n=302)	p
Age (ans)			<0,001
14	23,3	38,1	
15	51,4	37,1	
16	12,8	14,8	
17	04,0	06,5	
18	03,1	04.5	

Le graphique 3.2 présente les proportions des ADONS et ADOS en fonction du sexe



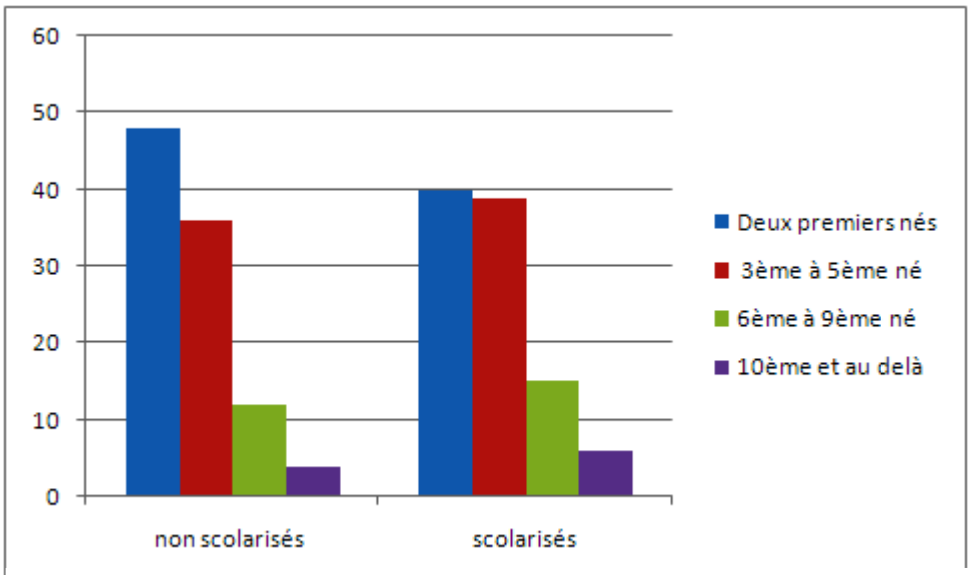
Graphique 3.2 Proportions des ADO selon la situation scolaire et en fonction du sexe

Les proportions des ADO selon la taille de famille de provenance et situation scolaire sont présentées dans le graphique 3.3 ci-après.

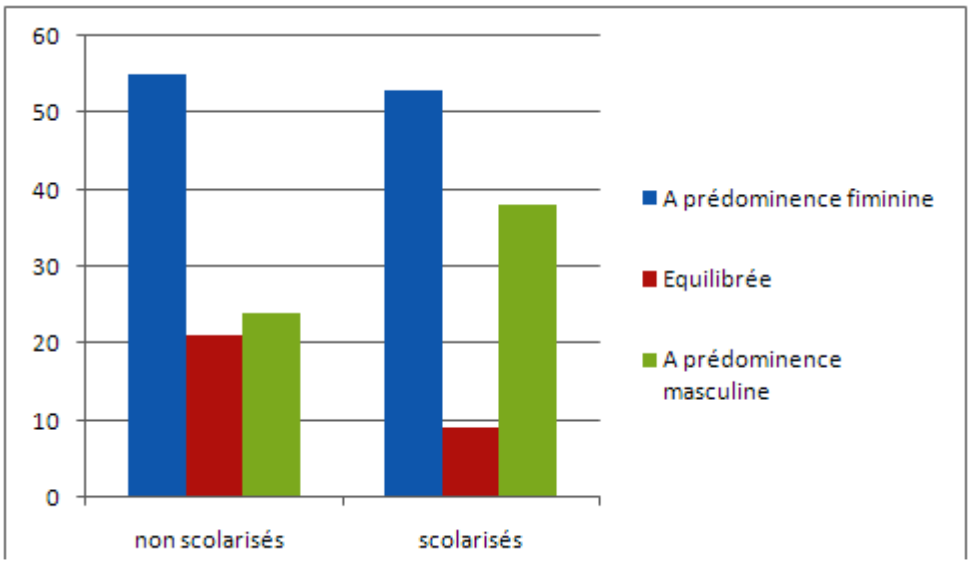


Graphique 3.3 Proportions des ADO scolarisés et non-scolarisés en fonction de la taille du ménage de provenance.

Les graphiques 3.4 et 3.5 présentent les proportions des enfants selon le rang au sein de la famille ; sexe dominant dans la famille de provenance et situation scolaire.



Graphique 3.4 Proportions des ADO scolarisés et non-scolarisés en fonction de rang de naissance dans la famille.



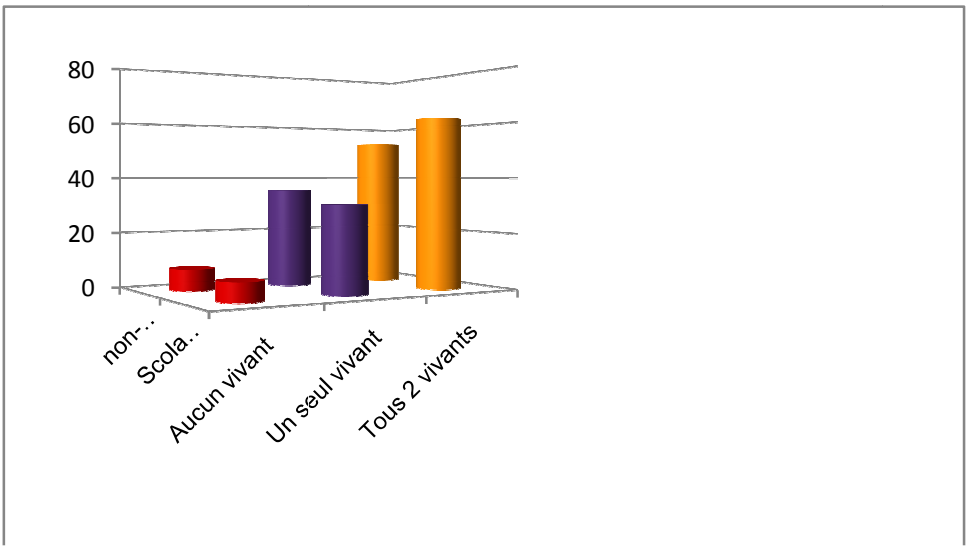
Graphique 4.5 Proportions des ADO scolarisés et non-scolarisés en fonction du sexe prédominant dans la famille de naissance.

Les effectifs de la population de l'étude par commune de résidence et situation scolaire sont présentés dans le tableau III.8 ci-après :

Tableau III.8 **Effectifs des ADO par commune de résidence et situation scolaire**

Commune de résidence	Non-scolarisés (n=441)	Scolarisés (n=302)
Annexe	7	5
Katuba	66	45
Kamalondo	26	18
Kampemba	105	72
Kenya	26	18
Lubumbashi	138	95
Ruashi	72	50

Le graphique 3.6 présente les proportions des ADO en fonction du statut vital des parents et situation scolaire.



Graphique 3.6 Distribution des ADO en fonction du statut vital des parents et situation scolaire

Les proportions des ADO en fonction du confident intime et situation scolaire sont présentées dans le tableau III.9 ci-dessous.

Tableau III.9 **Proportions des ADO en fonction du confident intime et situation scolaire**

Variables et modalités	Non-scolarisés (n=441)	Scolarisés (n=302)	p
Confident intime			<0,001
Membre de la famille	31,2	42,4	
Autres	68,8	57,6	

Les proportions des ADO en fonction de la déclaration d'appartenance familiale à une religion sont présentées dans le tableau III.10 ci-dessous.

Tableau III.10 **Répartition des ADO en fonction de l'appartenance de la famille à une religion**

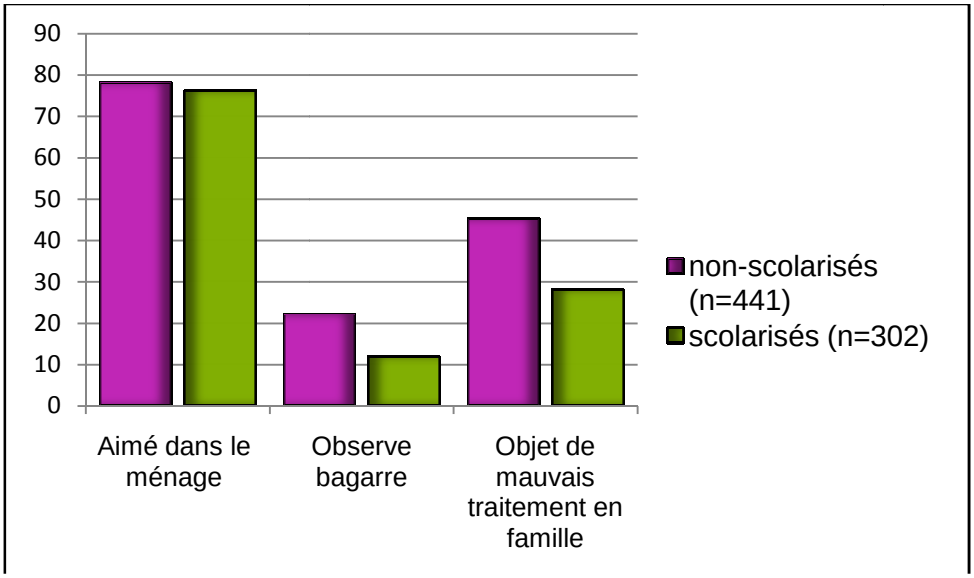
Variables et modalités	non-scolarisés (n=441)	Scolarisés (n=302)	p
Religion familiale			<0,05
non	56,2	51,3	
oui	43,8	48,7	

Le tableau III.11 présente les proportions des ADONS et ADOS en fonction des indicateurs psychosociaux en rapport avec le climat social en famille.

Tableau III.11 **Répartition des ADO en fonction des représentations concernant la vie en famille**

Variables et modalités	non-scolarisés (n=441)	scolarisés (n=302)	p
Se sent aimé dans la famille			0,87
Oui	78,7	76,5	
Déclare bagarres dans ménage			<0,01
Oui	22,1	11,9	
Objet de mauvais traitement en famille			<0,001
Oui	45,2	28,1	

Les proportions des ADONS et ADOS en fonction des variables du climat social en famille perçu sont présentées dans le graphique 3.7 ci-dessous.



Graphique 3.7 Proportion des ADO scolarisés et non scolarisés en fonction des marqueurs du climat familial

CHAPITRE IV

DISCUSSION GENERALE

IV.1. DISCUSSION

Les données recueillies indiquent une sexualité à risque manifeste et préoccupante parmi les ADO considérés. Plus ou moins un adolescent sur trois a été trouvé sexuellement actif. Ce taux semble être plus élevé qu'au Zimbabwe (8,1% à 22,0%), 3,2% à 11,6% en Namibie (Page et Hall, 2009), en Thaïlande (11%) (Peltzer et Pengpid, 2011).

Par ailleurs, les résultats trouvés dans les échantillons nationaux de la plupart des pays à revenu élevé indiquent qu'environ 27% des personnes interrogées avaient eu des rapports sexuels (Nic Gabhainn et al. 2009). Mais ces études n'ont concerné que les individus âgés de 15 ans.

Les âges moyens aux premiers rapports sexuels ne différaient pas en fonction de la situation scolaire ; soit 13 (1,6) ans pour les ADONS et 14 (1,5) ans pour les ADOS (p= 0,70). Les âges moyens aux premiers rapports sexuels trouvés ; à savoir 13 et 14 ans pour respectivement ADONS et ADOS, étaient relativement bas comparativement à ceux observés dans d'autres villes de la RDC (par exemple Kikwit) et certains pays d'Afrique Subsaharienne (Cameroun, Côte-d'Ivoire, Burkina-Faso, Malawi) (Andersson et al., 2007) ; (Nigeria) (Adesegun and Blum 2008) , (Namibie)

(Blum, 2008 ; 2007) ; (Zambie) (Chinsembu et al. 2008) ; (Ethiopie) (Alemu et al. 2007). Mais les échantillons utilisés pour ces études incluaient également les jeunes adultes (18 à 25 ans).

Le non-usage du préservatif prédominait également parmi les ADO soumis au questionnaire. Pourtant, les douleurs aiguës à la mixtion constituaient le signe des IST le plus déclaré.

Les garçons, plus jeunes en âge, représentaient la proportion la plus importante des personnes qui avaient déclaré au moins un signe d'IST. Les filles étaient peu nombreuses dans l'ensemble des échantillons : 9,5% chez les non scolarisés et 18,3% pour les scolarisés. Mais, les filles scolarisées étaient plus nombreuses que les non-scolarisées. Par ailleurs, on ne note aucune influence positive des expériences de vie sexuelle « passées » sur l'utilisation du préservatif.

Tout sexe confondu, la majorité des adolescents provenait des familles prédominées par le sexe masculin et avait les deux géniteurs en vie. Cependant les scolarisés étaient peu nombreux pour toutes les modalités de cette dernière variable. La différence entre les ADONS et ADOS n'était significative que pour la perception du climat social en famille, les supporters des frais de soins médicaux, le confident intime et la déclaration de l'appartenance familiale à une église.

Les adolescents pris en charge par leurs propres parents étaient plus nombreux chez les scolarisés (52,6% contre 30,5% pour les non-scolarisés)

($p<0,001$). Plus ou moins un adolescent sur cinq parmi les « jamais scolarisés » et « en abandon scolaire » (ADONS) déclarait observer des scènes des violences physiques (bagarres, voies de fait) en famille. Cependant cette proportion était significativement plus faible chez les ADOS ; soit 11,9%. Ce qui pousse à penser que les perceptions et autres modalités des communications au sujet des conflits, des prestations des parents (adultes) au niveau du foyer (famille de provenance) apparaissent comme des marqueurs socio-familiaux en lien avec cette sexualité.

Les questions de prise en charge des frais des soins médicaux et des autres supports sociaux perçus ou ressentis, les défauts et défaillances dans l'exercice de l'autorité parentale et des autres adultes (considérés comme prestations parentales ou parentalités carentielles), les abus parentaux, tutoriaux ou des autres adultes par le fait des ancrages sociaux nuisibles et le climat délétère en famille, manifesté parfois au travers des violences en famille entrainant du coup des situations complexes telles que les incitations subtiles, c'est-à-dire qui ne disent pas leurs noms en sont les référents socio-familiaux majeurs.

L'exemple le plus emblématique a été fourni par une PS qui a pourtant vécu toute son enfance aux côtés de son père et de sa mère. Elle a rapporté que quand elle est arrivée en deuxième année du secondaire, elle avait une amie dans la même école qu'elle, habitant le même quartier que la répondante. « Celle-ci avait un copain dont le papa était agent de cadre

dans la même entreprise que nos pères… Ce garçon venait souvent nous chercher à la sortie de l'école avec la voiture de son père et donnait de l'argent à mon amie, qui, aujourd'hui, a eu la chance de se marier tandis que moi je ne suis toujours pas mariée. C'est cette amie qui m'a passé un des amis de son ami. Celui-ci me disait qu'il m'épouserait et j'ai cru beaucoup en cela. Mais quand je suis tombé enceinte, je n'ai pas voulu interrompre la grossesse comme le faisait souvent mon amie ».

Somme toute, les querelles (violences, conflit, bagarres) en famille, le principal confident intime et le supporter des soins médicaux ou tout au moins la personne qui a pris en charge les frais entrainés par le dernier épisode de maladie dont a souffert le répondant étaient des marqueurs socio-familiaux importants. Qu'eussent été la situation scolaire, le confident intime ou type de climat en famille de provenance, les ADO qui avaient été supportés par leurs propres parents étaient près de deux fois (OR = 0,46 (0,25-0,86)) moins nombreux sexuellement actifs que ceux qui n'ont pas décliné l'identité de la personne qui avait pris en charge ce type de frais.

En outre, qu'ils aient été scolarisés ou pas, pris en charge par leurs parents ou pas et quel qu'eussent été leurs confidents intimes, les ADO qui avaient refusé de répondre à la question concernant les querelles ou bagarres en famille étaient près de deux fois (OR = 1,89 (1,13-3,16)) plus nombreux actifs sexuellement que ceux qui affirmaient en observer.

Par ailleurs, les ADO supportés par leurs propres géniteurs déclaraient facilement les signes (symptômes) que les autres « sans réponse ». Ils étaient près de quatre fois (OR = 3,72 (1,21-11,7)) plus nombreux à déclarer au moins un signe d'IST que les autres.

Les ADOS déclaraient avoir des rapports sexuels et les meilleures conditions d'encadrement que les ADONS. Ils présentaient les meilleures configurations des ancrages sociaux bien que la question de la déclaration de l'appartenance familiale à une église a requis un peu plus de précaution (p=0.05).

Ils étaient également plus nombreux à avoir leurs deux géniteurs encore en vie et se confiaient plus aux membres de la famille pour des affaires relevant de leurs propres intimités. Ils constituaient la catégorie la plus importante de ceux qui ont été pris en charge pour les soins médicaux par leurs propres parents. Ils étaient enfin peu nombreux à observer des bagarres dans leurs foyers ou famille de provenance et moins objet de mauvais traitement en famille.

Cette prédominance des ADOS dans les conditions potentiellement bonnes corrobore les résultats d'un certain nombre d'autres études dans six pays africains (Page et Hall, 2009 ; Peltzer, 2009), en Thaïlande (Assanangkornchai, Mukthong et Intanont, 2009 ; Kanato, et Saranrittichai, 2006) et en Malaise (Ruangkanchanasetr, 2006). Cependant les ADOS sensés recevoir la meilleure information et contrôler bien leurs agissements

sexuels (Jukes, Simmons and Bundy, 2008 ; Banza, 2004) sont nombreux à affirmer avoir déjà eu des rapports sexuels.

Un éventail des facteurs politique, culturel, socio-familial, psychologique, dysfonctionnements et autres faiblesses de couverture des systèmes éducatif (Saint Moulin de, 2003), sanitaire national, les inégalités d'accès aux systèmes ; niveau relativement bas des dépenses communautaires affectées à l'éducation ; croissance et extension incontrôlée ; détérioration de la qualité des prestations… tout aussi complexe que diversifié se retrouve au cœur de la problématique considérée. C'est à se poser la question de savoir si l'école se prête réellement à sa mission éducative de promouvoir la santé.

L'histoire coloniale et post coloniale de la RDC est jalonnée d'une série de violences politiques, économiques, sociales et culturelles qui ont provoqué une inversion des valeurs et un effritement des espaces de socialisation des jeunes de manière générale ainsi que le suggèrent Dibwe et Ngandu (2005).

Ces auteurs écrivent que les grandes découvertes géographiques des siècles passés, les explorations et la colonisation ont favorisé la naissance et l'essor des relations internationales qui se sont tissées entre différents peuples. Ce qui a permis à l'Europe occidental d'étendre son influence et de rendre sa civilisation universelle.

La société colonisatrice a imposé à la société colonisée l'école comme un nouvel espace par excellence d'apprentissage et de diffusion de la culture occidentale. Le jeune est confié aux bons soins de l'enseignant qu'il écoute et grâce auquel il apprend à écrire, à lire, à calculer, à amorcer son intégration dans la civilisation.

Obligé de suivre le système de l'éducation coloniale, l'enfant a vu s'interrompre pour une longue période le processus de son intégration à la société africaine au profit de la société coloniale qui le modèle à son goût. L'état colonial s'occupait de l'encadrement moral, matériel, physique, spirituel et culturel au sein de trois espaces : l'école, la famille et les mouvements de jeunes. Cependant, les premiers moments d'acclimatation avec l'école ont enregistré quelques cas de flottement et de résistance à la consommation de la culture étrangère. Le taux de déperdition scolaire augmenta puisque, de temps en temps, les enfants étaient tentés de remplir les fonctions économiques familiales à la période de la cueillette, par exemple.

Tout compte fait, l'école coloniale complète le bagage familial de l'enfant. Mais, très tôt, elle adopta le caractère pédagogique dans la mesure où elle visait l'initiation du futur capital humain. L'enfant, considéré comme un être faible et inexpérimenté, donc un outil flexible et maniable, était facilement civilisable, contrairement à l'adulte, difficilement perméable à la culture occidentale.

C’est dans ce contexte qu’il faut comprendre pourquoi le colonisateur était à la recherche d’une main-d’œuvre formée, soustraite à toute influence anti-européenne, consciente et dévouée à l’ordre colonial. Ces qualités ne pouvaient être acquises que par un enseignement moral. C’est pourquoi, l’évangélisation, soubassement de la colonisation, devait aller de pair avec l’instruction. L’enseignement fut rendu obligatoire par les missions pour tous les enfants scolarisables étant donné d’abord l’extension de l’agriculture coloniale. Mais, l’enseignement des garçons devait fournir à la trilogie coloniale des auxiliaires adaptés aux réalités locales. Le système de l’enseignement réservé aux enfants des milieux ruraux demeura centré sur l’initiation des enfants à l’agriculture européenne (formation des futurs auxiliaires agricoles, comme, par exemple, des moniteurs agricoles). Cette politique justifia, entre autres, la multiplication en ces lieux des fermes-écoles au début de la colonisation.

Dans les centres urbains industriels, le système de l’enseignement réservé aux enfants visait la formation des futurs ouvriers industriels semi-qualifiés, des commis, des clercs, des instituteurs, des assistants médicaux, sociaux, etc., appelés à seconder les ouvriers blancs dans la construction de la société coloniale. L’enseignement professionnel devait constituer une base solide, au détriment de l’enseignement supérieur. C’est dans ce contexte que J.C. Schmitz (1949) note : « La nécessité de fournir des auxiliaires à

l'européen a fait mettre l'accent sur une information rapide au détriment de la formation de l'homme complet ». Tout compte fait, l'école a produit les premières élites professionnelles, administratives et politiques, capables de répondre aux besoins de la trilogie coloniale.

Le Katanga, surtout le Katanga méridional, fut un monde industriel. Sa mise en valeur exigeait non seulement l'implantation des entreprises coloniales, mais aussi celle des écoles de formation professionnelle préparant les garçons à devenir de futurs travailleurs, sains, éduqués, bon marché qui remplaceraient leurs pères dans les différentes entreprises coloniales publiques et privées. Les filles apprenaient à devenir de futures bonnes ménagères dans des écoles de formation familiale et des écoles ménagères.

Plus tard, les garçons doués pouvaient poursuivre leurs études dans des écoles post primaires. Il est important de noter que ces études étaient à charge des entreprises coloniales. Ainsi, de l'entraînement progressif au travail, l'enfant glissait vers son engagement dans les entreprises coloniales.

Cette division continuait en fait, sous des formes nouvelles, la division du travail conçue dans les milieux ruraux. A l'instar des sociétés traditionnelles, les enfants des centres urbains sont aussi considérés comme de petits adultes productifs. A l'Union Minière du Haut-Katanga, par exemple, on en employait pour l'entretien des camps et leur rémunération (environ 2,50

francs par jour en 1931) permettait aux dirigeants de cette entreprise de donner une rémunération supplémentaire à la famille. A partir des années 1950, parmi les travailleurs engagés par l'Union Minière du Haut-Katanga, plus de 70% étaient des enfants de travailleurs. La politique de stabilisation avait atteint ses objectifs.

Le problème de l'enfant dans les centres urbains du Katanga méridional commence avec la politique de stabilisation de la main-d'œuvre africaine dont la famille restreinte du travailleur était la clé de voûte. La réussite de la stabilisation de la main-d'œuvre africaine supposait la conjugaison de plusieurs facteurs, à savoir, la (re)constitution des familles restreintes, l'amélioration de l'infrastructure socio-médicale, l'amélioration du logement en vue d'éviter la promiscuité avec tout son cortège de faits néfastes, l'instauration de l'enseignement obligatoire pour les enfants scolarisables.

L'objectif ne visait pas seulement la protection de la population africaine, capital sine qua non pour le développement des entreprises coloniales, mais aussi l'assurance de la reproduction sociale. En d'autres termes, pour avoir une main-d'œuvre abondante, il fallait, pour emprunter l'expression chère au docteur Paul Polidori, « faire produire les noirs » (Dibwe, 1990).

L'enfant faisait l'objet d'une attention particulière. C'est cela qui justifia la création et l'organisation des œuvres pour la protection de l'enfance noire (OPEN) à partir de 1925, rapporte Dibwe.

Cet organisme avait pour mission principale de favoriser la natalité et de combattre considérablement la mortinatalité et la mortalité infantile. Ses résultats furent à la longue largement favorables. La mortinatalité baissa considérablement tandis que la mortalité infantile enregistra une chute spectaculaire.

Quant au taux de natalité enregistré dans les camps de l'Union Minière, il était plus élevé que celui observé dans l'ensemble de la province du Katanga estimé à plus ou moins 49‰ à l'issue des enquêtes démographiques 1955-1957.

En 1960, on comptait 58.216 enfants des travailleurs sur 95.399 personnes, soit 61,1% de la population totale habitant les camps de l'Union Minière. La proportion des enfants des travailleurs de l'Union Minière du Haut-Katanga engagés par rapport aux travailleurs engagés ou rengagés sur place atteignit alors 72%.

La famille ouvrière urbaine vivait autour de l'autorité centrale qu'est le père travailleur, importante source de revenus. Sa rémunération lui permettait un tant soit peu d'assurer la sécurité sociale aux membres de sa famille restreinte : nourrir, vêtir, loger, faire soigner, supporter les frais de scolarité de sa progéniture.

La création des foyers sociaux a aidé les femmes à mieux exercer leur rôle de gouvernante du ménage. Les ménagères devaient s'occuper de la propreté de la maison, de l'éducation des enfants, etc. Le chef de ménage

était le seul responsable de sa famille devant les autorités de l'entreprise coloniale et de l'état colonial. C'est lui qui écopait des sanctions lorsqu'un membre de sa famille était en infraction, par exemple, lorsqu'un enfant accusait des absences prolongées à l'école. Le père de famille était réellement responsable.

Un peu comme au village, les enfants aidaient les parents dans leurs occupations familiales : commissions, surveillance des jeunes frères ou sœurs, etc. Plus que les garçons, les filles apprenaient leur métier de bonne ménagère. Elles aidaient leurs mères dans la préparation du repas, balayaient la parcelle, nettoyaient la maison chaque matin avant de se rendre à l'école, faisaient la lessive et la vaisselle après chaque repas.

En dehors des études, des travaux domestiques et du temps de loisirs, la famille restreinte offrait un cadre idéal de diffusion de l'histoire orale clanique, tribale ou ethnique dans des circonstances telles les cérémonies coutumières du mariage, les naissances, les deuils, etc. Ces cérémonies se font conformément aux traditions villageoises de chaque tribu. La famille restreinte s'érigeait en même temps en un espace approprié pour prodiguer des conseils aux enfants, leur apprendre le savoir-vivre et le savoir-être dans la communauté.

L'école et la famille n'étaient pas les seuls espaces éducatifs des enfants. Il y avait aussi les mouvements de jeunesse. C'est la raison de l'introduction au Congo belge du scoutisme, des guides, des mouvements Kiro et Xaveri,

de la création de la jeunesse ouvrière catholique, etc.

Ces différentes formules éducatives avaient un objectif commun, celui de compléter la formation reçue à l'école en vue de contribuer à la formation d'un homme intégral. Elles constituaient aussi un moment de socialisation des enfants et contribuaient toutes, en dépit de leurs idéologies différentes, à faire des jeunes des futurs bons citoyens, des gens à l'esprit patriotique, des personnes responsables et ayant l'amour du travail.

Vantant les mérites du scoutisme au Congo belge, Samuel Tilman (2000) note que s'il y a quelques distinctions à relever entre scoutisme européen et scoutisme congolais, c'est d'abord du côté du rapport à l'esprit qu'il faut les chercher. En effet, dans la colonie, les cadres blancs mettent perpétuellement l'accent sur la formation intellectuelle et morale de l'indigène. Ils sont d'avis que le scoutisme doit apporter une pierre de choix à la construction de la civilisation que la Belgique veut bâtir au Congo. Le scoutisme n'est pas un simple délassement et il doit endosser une mission ambitieuse : parachever le travail éducatif de l'école. Nulle part autant que dans la colonie le mouvement n'aura justifié sa prétention de se poser comme troisième pouvoir éducatif, à côté de l'école et de la famille.

La crise économique et sociale, accentuée par la guerre civile, a exacerbé la transformation des rapports d'autorité et de pouvoir au sein de la famille urbaine. A l'image du paternalisme d'Etat, la famille ouvrière, sous l'autorité du père, s'appuyait sur le salaire et les avantages sociaux que procurait son

emploi. Le pouvoir d'achat des travailleurs a connu une chute vertigineuse à tel point qu'actuellement, on parle plutôt de la survie.

Les salaires des travailleurs sont dérisoires et irréguliers et ne permettent pas aux salariés de nouer les deux bouts du mois et donc de satisfaire les besoins élémentaires quotidiens de la famille. L'exemple typique est celui de l'huissier qui, de 1971 à 1997, voit son salaire passer de 31 zaïres à 20.000 nouveaux zaïres alors que son pouvoir d'achat est réduit de 99,96%.

L'enquête menée par l'équipe de l'OCU auprès de 84 ménages a montré que l'économie de précarité s'est confortablement installée dans la ville de Lubumbashi. Les dépenses ordinaires mensuelles moyennes d'un ménage, composées pour l'ensemble de l'alimentation, du logement, de l'instruction, de la communication, de la santé et des loisirs… ne constituaient qu'un montant de 10.163 FC (1USD=80 FC au moment des enquêtes en septembre 2000) tandis que les revenus ordinaires moyens mensuels par ménage ne représentaient que 3.330 FC ! Le revenu mensuel équivalait donc en moyenne à 32,78% des dépenses mensuelles.

La survie de la plupart des familles est assurée à plus ou moins 75% par l'économie informelle où sont surtout actifs les femmes et les enfants. Pour certaines familles restreintes, les enfants sont devenus un fardeau, souvent insupportable.

Les conditions sociales et économiques sont telles que les parents sont obligés de s'absenter longtemps de la maison. Leur retour est tardif et ils ne consacrent guère assez de temps pour l'éducation de leurs enfants : écouter leurs doléances, leur prodiguer des conseils, partager leurs joies et leurs peines.

La plupart des enfants voient leurs rêves rompus et se sentent négligés et rejetés par les parents. Ainsi, avec le temps, ces enfants éprouvent de l'aversion à l'endroit des parents.

A partir des années 1970, on a assisté à l'apparition du phénomène « enfants de la rue et enfants dans la rue », produits de la pauvreté criante qui a élu domicile dans les centres urbains. D'après les enquêtes menées à l'OCU, la ville de Lubumbashi compterait « 2.727 enfants de rue dont 2.023 enfants dans la rue et 724 enfants de la rue ».

« Quand nous considérons la population de la ville, à savoir 1.200.000 habitants (au moment des enquêtes), il y a de quoi pleurer sur nous-mêmes et sur nos enfants. En clair et pour le rendre crûment, sur 1000 enfants lushois âgés de 5 à 20 ans, 3 sont dans la rue. Et sur 10.000 enfants de la même tranche d'âge, 7 habitent la rue en qualité d'enfant de la rue » (Kaumba 2004).

L'instabilité des foyers (divorces, remariage), le manque de pudeur des parents ou des personnes âgées, etc., sont défavorables à une bonne éducation des enfants.

Le coût de la scolarisation des enfants, qui n'est plus assumé par l'Etat, contribue au rejet des enfants ; ne pas les inscrire à l'école étale l'indigence de la famille et blesse sa dignité. Ainsi nombreux sont les enfants qui ont interrompu les études non pas seulement parce qu'ils ne sont pas intelligents, mais aussi parce que les parents ne sont plus capables de prendre en charge leur scolarisation.

Les enquêtes menées par l'UNICEF (2001) sur la situation des enfants et des femmes en RDC ont montré qu'en 1995 « 29% d'enfants de 6 à 14 ans n'avaient jamais fréquenté l'école ; la grande majorité des enfants de 10-14 ans n'ayant jamais fréquenté l'école étaient issus de familles pauvres ; 56% seulement d'enfants de 6-11 ans fréquentaient l'école, avec des disparités prononcées entre milieux (76% d'enfants scolarisés en milieu urbain contre 48% d'enfants en milieu rural) ; et entre sexe (59% de garçons étaient scolarisés contre 53% de filles) ; 23% seulement d'enfants étaient admis en première année primaire à l'âge légal de 6 ans ».

Les tensions s'exacerbent, mais la famille profondément affectée par la violence demeure néanmoins indispensable pour la survie individuelle. Connaître ces tensions permet de comprendre, entre autres, l'engagement de nombreux jeunes dans les armées ou dans des gangs.

L'autorité des chefs de famille vis-à-vis de leurs épouses et des enfants se trouve moralement entamée. On assiste à un cercle vicieux : l'absence d'un salaire consistant fait perdre aux chefs de famille leur autorité. Cet état de

choses justifie, entre autres, la multiplication des cas des enfants qui espèrent trouver la sécurité sociale dans la rue ou dans la pratique de la prostitution dans le cas des filles, ou dans la mendicité. Parfois, les enfants, considérés comme les auteurs des malheurs qui s'abattent sur la famille, sont chassés du foyer et doivent se débrouiller ailleurs. La famille n'est plus un espace de référence. Elle a perdu donc son caractère de cadre stable qui offre sécurité, soins, nourriture et autres avantages sociaux à ses membres.

L'enseignement a perdu de son importance à partir des années 1980. Le pouvoir public, par le truchement du président Mobutu, le considérait comme la cinquième roue d'un véhicule.

Lors d'une allocution prononcée le 4 février 1981, le président Mobutu, a déclaré : « Il n'y a pas que l'université qui permet la réussite de l'homme dans la vie ». Cette attitude négative vis-à-vis de l'enseignement en général corrobore celle populaire empruntée aux Kasaïens, exploitants artisanaux du diamant, selon laquelle « Falanse ke falanga to » (le français n'est pas l'argent).

En d'autres termes, l'enseignement ne garantit pas le bien-être. Le peu de place qu'occupe l'enseignement dans la mentalité des congolais justifie la clochardisation de l'enseignant. En effet, mal payé, l'enseignant occupe le dernier échelon de la société et est devenu la risée de tous.

Déséquilibré et pauvre, il mène une vie de mendiant. Pour assurer sa

survie, tous les moyens sont bons. De là à parler de la « coopération », de la corruption, du viol, etc., il n'y a qu'un pas à affranchir. Il devient alors dangereux de confier les enfants à un tel personnage. Il n'est pas rare, par exemple, d'observer des passages des individus d'un groupe (des jamais scolarisés ou non-scolarisés) vers celui de scolarisés et vice versa (c'est-à-dire des scolarisés vers les non-scolarisés) suite à un événement heureux (placement dans un ménage nanti) ou malheureux (décès d'un parent) qui survient au niveau familial.

Le manque de moyens financiers pour faire face aux frais scolaires (Petit, 2003) et la persistance de certaines traditions qui veulent que la scolarisation de la fille soit sacrifiée au profit de celle du garçon pourraient expliquer la sous représentation des filles. Par ailleurs, les filles ADONS restent à la maison pour les travaux domestiques en attendant d'être prises en mariage. Ce qui indique que la question de scolarisation et son corollaire, la débrouille des ADO, touchent différemment les filles et les garçons.

Bien plus, l'ensemble de récits de vie soulèvent des questions au sujet de l'encadrement et du climat social en famille mais aussi en dehors de celle-ci. Ils indiquent que la question de l'engagement problématique du proche entourage semble en être la principale prime.

Simplement, « engagement » veut dire action de s'engager par une promesse, une convention, une obligation en vue d'une action précise ou

d'une situation donnée. Ce qui signifie participation active ; par une option conforme à ses convictions profondes, à la vie sociale, politique, religieuse ou intellectuelle de son temps. Il signifie également une action de mettre en gage quelque chose bien qu'il en soit aussi le résultat ; cette dernière définition étant assez proche de l'étymologie du terme.

L'engagement consiste-t-il à être impliqué ? Et être impliqué, est-ce être présent au sein de l'organisation ? Comment alors juger de l'implication ou de la qualité de l'engagement ? Suffit-il d'aimer ou d'être attaché pour être engagé ? Suffit-il faire ? Qu'est-ce que ne pas respecter ses engagements ? L'individu peut-il vraiment s'engager ou est-ce que c'est la situation qui l'engage ? L'engagement est-il unilatéral ou relève-t-il de l'ordre de l'échange ? Quelle garantie doit-on recevoir lorsqu'on s'engage à réaliser quelque chose ? S'agit-il de la confiance ? Ne l'obtient-on qu'une fois l'engagement tenu ou est-ce que la confiance précède l'engagement ? Doit-on encore parler d'engagement lorsqu'il devient le pain quotidien de chaque action ? Peut-il être autant vulgarisé ? Ne doit-il pas s'entourer de plus de solennité et, surtout, s'accompagner d'une « conviction profonde » ?

L'engagement impliquant de considérer que l'homme puisse transformer dans la réalité sa volonté, ses idées… il reviendrait aux parents à s'auto-attribuer les effets constatés sur le principe d'une causalité exclusive entre une action et le phénomène constaté. La notion d'engagement revient à s'approprier tous les effets constatés et à nier la possibilité d'interactions

avec l’environnement, d’autres personnes ou leurs actions. Cette négation ne revenant pas à considérer l’homme comme un démiurge, un créateur…

La conduite d'engagement constitue donc un type d'attitude qui consiste à assumer activement une situation, un état de choses, une entreprise, une action en cours. Elle s'oppose aux attitudes de retrait, d'indifférence, de non-participation. Mais, en tant que conduite, elle ne s'identifie à aucun acte particulier. Elle est plutôt un style d'existence ; une façon de se rapporter aux événements, aux autres, à soi-même.

On peut distinguer, dans l'engagement-conduite, trois composantes particulièrement importantes : l'implication, la responsabilité, le rapport à l'avenir. Celui qui, en face d'une situation donnée, adopte une attitude d'engagement prend pour ainsi dire cette situation sur lui, se sent et se déclare concerner par elle. Il est porté par le sentiment d'être impliqué dans ce qui se passe, et le comportement qu'il adopte traduit objectivement ce sentiment et le lie de façon effective à la situation qu'il assume.

On peut naturellement être pris dans une situation de façon passive, soit qu'on n'en soit pas conscient, soit qu'on se sente impuissant à la modifier, soit qu'on accepte de se laisser modeler par elle sans intervenir. Dans ce cas, l'être de la situation reste extérieur par rapport à l'être de celui qu'elle concerne.

L'implication, au contraire, effectue un recouvrement de ces deux êtres : celui qui s'engage inscrit de façon active son être dans la situation et, en

même temps, il l'assume dans le mouvement de sa propre existence, lui prêtant pour ainsi dire sa substance et faisant désormais dépendre son sort de ce qui adviendra du destin extérieur qu'il a pris en charge. Or les situations qui peuvent requérir l'engagement ont toujours une signification proprement humaine ; elles ne sont pas simplement des configurations naturelles ; pensons à AKF, stratégie imaginée pour attirer la clientèle dans les bars et ses conséquences qui mettent en jeu d'autres vies (la majeure partie de la population environnante perçoit mal cette politique de faire du marketing pour leurs bars et s'en remet aux autorités politico administratives. Elles ont le devoir de protéger la population contre la dépravation des mœurs. Car, ce phénomène prend de l'ampleur et il attire du monde dans ces établissements et de plus en plus de bars sont en train de copier cette façon de faire).

A l'époque, l'éducation sexuelle était transmise aux jeunes sous forme de mythes, de contes, de rites d'initiation ainsi que d'autres éléments de culture. Aujourd'hui les informations qui alimentent les jeunes proviennent de partout : parents, amis, télévision, rue et groupes de jeunes… A la recherche d'identité, le jeune se fie parfois facilement à ces témoignages dans lesquels il trouve certainement une idole, référence ou modèle parfait qui pourrait être soit présent dans le groupe soit en dehors de celui-ci. Le plus souvent, cette idole ou l'image de celle-ci est instrumentalisée par les médias qui la « divinisent » dans l'esprit du jeune. Cette croyance doublée de confiance à ce qui est dit en dehors du cadre familial crée en même

temps des tensions avec les parents, une sorte de rébellion et une preuve en plus que les pairs disent la vérité et aiment plus que les parents qui, eux, blâment et punissent.

Bien que fondée sur la reconnaissance du lien de sang et du lien d'alliance par le mariage qui unit un ensemble de personnes, la parentèle ; également basé sur des droits, devoirs et obligations explicitement définis et régit par des normes et prescriptions socioculturelles parfois strictes en constituent la trame de fond.

Même si le lien à la famille devient terne, voire inexistant en cas de rupture temporaire ou durable (par exemple enfant de la rue et dans la rue), près de huit (8) répondants à l'enquête quantitative sur dix (10) gardaient malgré tout une image positive de la famille. Ils estimaient ne pas y être objet de mauvais traitement ; pas battus, pas maltraités… Ils reconnaissaient que la famille est le lieu où il fait beau vivre ; qui garantit une bonne éducation, l'entraide et une certaine prise en charge ; assure l'affection, le confort, la paix et la sécurité. Mais ceux des adolescents qui avaient des comptes à régler avec la famille, dénonçaient la misère qui y régnerait, les affres de la rigueur parentale, les accusations de sorcellerie, les aléas des recompositions familiales dues au remariage, au divorce, au décès précoce des parents, à la monoparentalité, etc. (Mupoyi Lungonzo, 2009 ; Ilunga Kayombo, 1997)

L’engagement problématique constaté se traduit par une prédominance du « confiage ». Ce phénomène consiste en ruptures (absence physique, rébellion) et désengagements (volontaire ou involontaire) vis-à-vis des milieux ou points d’ancrages habituels et traditionnels de socialisation. Cependant la qualité des ancrages dans les milieux de destination (d’accueil) constitue une donne de taille en ce qu’elle peut favoriser ou pas une bonne intégration de l’arrivant.

En effet, mises à part leurs familles de naissance (biologiques) respectives, l’ensemble de répondantes, à l’exception d’aucune, a séjourné « de manière mémorablement durable » dans au moins un ménage autre que celui de ses propres géniteurs avec ou sans le consentement de ces derniers. Enracinée dans les cultures communautaires de beaucoup de sociétés subsahariennes, cette pratique consiste en un déplacement des enfants par rapport aux points habituels d’ancrage social (toit parental). Elle persiste dans les communautés d’Afrique Subsaharienne pour des raisons d’entraide économique : d’une part, en réponse aux besoins des familles d’accueil en termes de main d’œuvre ; et d’autre part, selon les besoins des familles d’origine afin d’alléger les responsabilités qu’elles ne peuvent assumer : nourrir, loger, vêtir voire scolariser ; mais aussi à cause des faillites des Etats.

Ce phénomène indique défauts ou défaillances de l'exercice de l'autorité et responsabilité parentale dus à la misère économique, aux obligations

culturelles ou autres incitations (faire travailler une adolescente dans un débit de boissons comme servante) et culturelles. Cette pratique se prévaut donc à la fois de la misère économique, des obligations culturelles et autres subtiles incitations (faire travailler une adolescente dans un débit de boissons comme servante). On en dirait de même au sujet des récits de vie qui rapportent des cas de récupération d'enfants dans des conditions matérielles apparemment acceptables.

Par exemple une fille d'une seconde épouse (deuxième bureau) d'un homme présenté comme nanti. Elle a vécu pendant quelques années dans le ménage de son père aux côtés d'une marâtre (l'épouse légitime de son père) qui ne semblait pas lui vouer de l'affection. Cependant, les circonstances dans lesquelles elle a atterri dans le ménage de son père et a fugué ne sont pas claires. Par ailleurs et dans ce cas précis, on observe une présence parentale incomplète ; alternée. Dans un premier temps la fille vit avec sa propre génitrice ; ensuite elle est confiée à l'autorité de la rivale de sa mère, etc. Par ailleurs, échapper à un confiage ne préserve pas des CSR de manière automatique ; beaucoup de personnes ont été placées dans des familles autres que celles de leurs propres géniteurs mais toutes ne sont pas devenues PS. Bien plus, les répondantes rencontrées dans le cadre des enquêtes qualitatives déclaraient toujours se prostituer à l'insu de leurs parents : « je reste à la maison pendant toute la journée et le soir entre vingt et vingt-deux heures, après un bain je descends à mon lieu de travail (secteur) où les clients, généralement en voiture, viennent nous

chercher pour les relations sexuelles contre de l'argent. « Je sors (pour dire je me prostitue) depuis deux ans à l'insu de mes parents qui pensent que c'est un copain qui passe régulièrement à la maison qui me fait vivre ». Cependant ce référentiel social et familial est également et surtout induit par les décès des parents.

Les prestations parentales carentielles constituent l'autre dimension caractéristique de l'engagement problématique du proche entourage. L'expression « prestations parentales » ici utilisée n'est nullement assimilable à ce que l'on a coutume de désigner par l'expression prestations sociales ; expression consacrée notamment dans les législations sociales de plusieurs Etats au monde ; entendue dans le sens d'un versement d'argent par un organisme public pour couvrir des dépenses que la collectivité considère correspondre à des objectifs sociaux : santé, famille, chômage, invalidité… auquel cas elles devraient être liées à la protection sociale. Mais elle s'entend dans le sens de la façon de faire (faits et gestes objectifs, agissements, actions, réactions) ou autres difficultés socioéconomiques qui font qu'un parent manquent à répondre aux obligations et devoirs socio culturellement lui reconnu vis-à-vis de ses dépendants ; acception dérivant de la notion de parentalité désignant un processus de maturation psychique qui se développe aussi bien chez la mère (maternalité) que chez le père (paternalité) (Code de la famille du 1er août 1987, journal officiel de RDC).

Falangani (2010), dans « La chaine infernale » en décrit, bien que de manière grotesque, les contours. Il aborde l'histoire du VIH/SIDA. Il veut montrer pourquoi on est poussé à l'attraper et comment s'en prémunir. Il décrit alors une famille qui en est arrivé là. Un personnage nommé Pierre est à l'origine ; au centre et à la fin de cette aventure. Ce dernier est papa fonctionnaire aisé. Puis par la force des choses appauvri avec comme conséquence qu'il vend ses biens et ne sait plus prendre en charge ses enfants dont Clara qui se prostituera jusqu'à la mort et sa femme qui en échappera. Ses enfants Marité et Molly fonderont une association pour prendre en charge et surtout pour faire éviter aux nombreuses filles les mésaventures. Pour tout le monde, dans ce récit, les causes liées à la contamination par le VIH/SIDA sont la soif d'argent, la pauvreté, due en partie à la démission de l'Etat.

Selon Benedek (1959), la parentalité reposerait sur un socle biologique et serait dépendant du développement psychosexuel et pourrait être escamoté, différé ou encore ne pas se manifester. Poussin (1993) dans son livre « Psychologie de la fonction parentale » reprend cette lecture de la parentalité et considère la parentalité à la fois comme un besoin quasi inscrit dans le développement du sujet (un désir d'enfant) et une ligne de démarcation manifestant le passage de l'enfance à l'âge adulte, un mouvement pouvant advenir ou non et susceptible de modifications aux différents âges de la vie et peut évoluer d'une « parentalité totale » lorsque l'enfant est jeune, à une « parentalité sans enfant » lorsque ce dernier

gagne de l'autonomie et quitte le domicile familial. L'idée de mouvement induit que « chaque nouvelle naissance peut ouvrir sur une parentalité tout à fait différente pour un même sujet » (WHO, 1994). Dans la même lignée, Lamour et Barraco (1998) notent : « la parentalité peut se définir comme l'ensemble des réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à des adultes de devenir parents, c'est à dire de répondre aux besoins de leurs enfants à trois niveaux :

- le corps (les soins nourriciers) ;
- la vie affective et ;
- la vie psychique.

Mais plus que tout, ce qui intéresse ces psychologues et psychanalystes, ce sont les ratés de la parentalité. Comment en effet rendre compte des refus de parentalité (accouchements sous X ou refus d'avoir des enfants ; échecs, dysfonctionnements voire du devenir de ces adultes non-parents ?).

Pour les psychanalystes, l'acceptation de la parentalité signifie « l'équilibre entre le narcissisme et l'objectalité dans le couple » ; le couple serait la « condition sine qua non de l'émergence d'une parentalité ». Par là-même, le non accès à la parentalité sera interprété en termes de manque, en termes pathologiques. Examinant ce qu'il appelle « l'énigme des non parents », Poussin conclut que ces adultes souffrent « d'une incapacité psychique à procréer » ; qu'ils ne peuvent qu'être en souffrance si cette

incapacité est physiologique. Dans les cas de non-procréation volontaire, l'auteur postule que ces adultes ont sublimé cette absence de parentalité dans des métiers de création ou des métiers liés à l'enfance. La parentalité est alors nommée « symbolique ».

Pour les psychologues, comme pour les psychanalystes, la parentalité est donc un processus qui se prépare inconsciemment depuis l'enfance, activé à l'adolescence sous l'influence de facteurs physiologiques, et actualisé lors de la naissance des enfants (Benedek, 1959). Cependant, des divergences de point de vue apparaissent entre les psychologues lorsqu'il s'agit de délimiter la part de l'instinct dans ce processus. Pour les uns, la part du biologique, de l'attachement instinctuel est prépondérante ; pour d'autres l'instinct maternel ou paternel n'existe pas mais est une invention historique, sociale et culturelle (Morel, 1980).

L'accent mis ou non sur le biologique alimente en fait des prises de position idéologique et juridique entre les partisans d'une consécration de la parentalité biologique et les tenants de la parentalité juridique. Le consensus est par contre de mise pour considérer que la parentalité repose à la fois sur la tendance adulte à nourrir et à protéger l'enfant et sur l'intériorisation des soins reçus dans l'enfance. Pour les psychologues, la parentalité est donc une épreuve psychique dont l'issue n'est pas certaine, notamment lorsqu'elle émerge sur un terrain psychique déjà problématique, carencé, en raison d'une petite enfance mal métabolisée. Dans ce champ

disciplinaire très circonscrit, le terme parentalité ne soulève pas d'ambiguïtés et son usage reste très modeste.

Cependant, son extension récente, dans les années 1980, et son passage dans le langage commun, marquent une évolution notable mais aussi une perte de sens. Sous un même vocable se retrouvent des tentatives de définitions multiples et non concordantes. La confusion règne qu'il devient un mot valise ; aux acceptions différentes selon l'auteur qui l'emploie, relaie les experts.

Le dictionnaire critique d'action sociale (1995), est le premier ouvrage à proposer que la parentalité « désigne d'une façon très large la fonction d'être parent, en y incluant à la fois des responsabilités juridiques telles que la loi les définit, les responsabilités morales telles que la socio-culture les impose, et des responsabilités éducatives ». Cette définition qui met l'accent sur les fonctions parentales et sur l'aspect normatif de ces dernières montre bien que le terme a quitté le champ de la clinique pour le champ de l'éducatif et des responsabilités. La parentalité n'est plus un mouvement maturatif mais un état, un statut social ouvrant à des droits et à des devoirs ;

Pour Delaisi de Parseval (2000), la parentalité peut se traduire par la « qualité de parent, l'accès au statut de parent ». Mais l'auteur s'interroge immédiatement sur les configurations familiales atypiques, en ces termes : « la société a-t-elle le droit d'accorder un certificat de parentalité, un tampon

de bon parent potentiel à des individus élevant des enfants au sein d'un couple homosexuel ? Le droit peut-il établir une filiation reliant un enfant à deux parents de même sexe ? ». Le terme de parentalité en tant que statut social, que codage social devient-il un enjeu public ? Le terme parentalité n'interroge plus seulement le champ clinique, le champ éducatif mais aussi le champ juridique. La question de la redéfinition sociale de la filiation se trouve ainsi au cœur du débat sur la parentalité et sur l'homoparentalité (terme apparu en 1997). Le droit se trouve très mal à l'aise avec cette nouvelle notion comme en témoigne la contribution de la juriste Neirinck (2001) dans un article intitulé « De la parenté à la parentalité ». Pour les juristes, « ce terme bien que couramment employé par les sociologues n'existe pas. Il s'agit d'un néologisme qui n'a reçu à ce jour aucune définition, ni dans un dictionnaire de langage usuel, ni comme terme juridique ». Les termes d'autorité parentale, parenté sont acceptés, non celui de parentalité d'où le malaise de nombreux juristes qui se trouvent néanmoins en prise avec des situations concrètes de « coparentalité », de « monoparentalité », de « pluri parentalité » devant être régulées par le droit.

Pour Neirinck, la notion de parentalité se trouve dès lors assimilée à la recherche des « compétences parentales » (Rosato et al. 2008). Prenant l'exemple de l'adoption, l'auteur note : « l'adoption permet le passage de la parenté à la parentalité lorsqu'elle vient consacrer une compétence parentale, en principe totalement étrangère à la notion de parenté » ; et il

note également qu'il est de plus en plus évident aujourd'hui que les compétences parentales sont au cœur du discours sur la coparentalité.

Si le droit n'utilise pas dans ces textes officiels le terme de «parentalité » en tant que tel, la sociologie du droit se l'approprie volontiers. Le travail de Théry (1998 ; 1995), sociologue du droit, propose trois façons d'identifier le parent : la composante biologique, domestique et généalogique ; ces trois composantes pouvant être combinées dans les cas les plus simples de parentalité ou dissociées dans d'autres. Les deux premières composantes, qui peuvent d'ailleurs ne pas coïncider, reposent sur des faits : le biologique qui fait du parent le géniteur, le domestique qui identifie celui qui élève au quotidien l'enfant.

Il en est tout autrement pour la composante généalogique, où c'est le droit qui désigne le parent. Le droit, note l'auteur, a la charge non seulement de donner le titre de parent en fonction de certaines règles et procédures, à tel ou tel individu, mais ce faisant il inscrit chaque enfant dans un système symbolique de représentation de la parenté. Les choses seraient relativement simples à penser si le droit était exempt de contradictions. Mais à l'identique des autres savoirs sur la famille, le droit est soumis aux mêmes tribulations liées aux mutations sociales. Le droit hésite lui aussi pour interpréter des situations de plus en plus complexes notamment dans les cas de désaveu en paternité post PMA (procréation médicalement assistée), alors même que ces hommes mariés avaient dans un premier

temps accepté d'assumer la paternité sociale de l'enfant.

Entre la parentalité biologique et la parentalité sociale, le droit renonce parfois à dire le droit. La dissociation actuelle et la recomposition des trois composantes de la parentalité identifiées génèrent de nouvelles configurations familiales qui ont pris les termes de «monoparentalité », mais aussi de «coparentalité » dans le cadre du divorce, de « pluri parentalité » lorsque l'enfant vit dans une famille «recomposée ».

Dans un dossier intitulé «les figures de la parenté », Théry (1995) note que le défi culturel du XXIe siècle sera « d'inventer la pluri parentalité », c'est à dire d'énoncer des droits, des devoirs et des interdits aux beaux-parents, tout en préservant le parent généalogique. Faute de tenir ensemble ces deux exigences, l'auteur affirme que l'on peut craindre « une dilution du lien père-enfant, en particulier dans les situations de précarité sociale ». Ce sont donc moins les compétences parentales ou les composantes de la parentalité, que l'inscription dans une famille, qu'évoquent les anthropologues en utilisant le terme de parentalité.

Cadoret (1995), menant une recherche sur les familles d'accueil, parlera de « parentalité élective » pour qualifier les relations de certaines familles d'accueil avec l'enfant placé.

Il s'agit d'une parentalité élective, dans la mesure où elle ne repose ni sur le biologique, ni sur le juridique, mais sur des relations de « pseudo parenté » où l'enfant accueilli est considéré comme « sien » par la famille d'accueil,

dans tous les actes de la vie quotidienne. La parentalité élective est dès lors, pour les anthropologues, une « revendication » d'appartenance et un « traitement » de l'enfant à l'identique des enfants de la famille.

Ce tour d'horizon des multiples approches de la parentalité montre à la fois la dynamique de la notion mais aussi les confusions possibles dès lors que se rencontrent les différentes disciplines ; la transmission des valeurs culturelles s'opérant de générations en générations à travers différentes structures socioculturelles telles que la famille et l'école, la situation des ADO dont les parents ont presque, sinon, carrément démissionné vis-à-vis de leurs devoirs et obligations n'était au demeurant pas évidente.

Cette confusion ne doit pas nous étonner car « les concepts comme les hommes ont un cycle de vie, il est donc utile de savoir où ils en sont dans leur histoire. La naissance est la phase la plus confuse, les hypothèses apparaissent de façon très diverses, l'âge adulte est celui de la stabilisation définitive et de la confirmation de cette identité stabilisée par la communauté des pairs.

Somme toute, les répondantes aux enquêtes qualitatives ont fait et faisaient face aux incitations à se livrer aux rapports sexuels, parfois non protégés ; à se prostituer... Mais, au regard de leur propre aveux, celles-ci proviennent essentiellement de leurs propres environnements prostitutionnels : congénères, clients, proches amies PS… Pourtant une certaine opinion dénonce parfois des cas d'incitation à la prostitution de la part de certains

parents, tuteurs ou simples adultes. Les images disponibles à flot dans les médias sont là pour en témoigner (cf. les séries télévisées et autres sketchs congolais…). Mais cette ambigüité donne à penser au déni du proche entourage ; de la famille proche. Ces facteurs parentales de protection sont documentés pour les scolarisés kenyans (Rudatsikira et al. 2007). Une répondante qui avait vécu avec ses deux parents dans des conditions moins catastrophiques en donne une illustration édifiante puisée du contexte de l'étude: elle avait une copine de son quartier qui avait un copain. Elle a été influencée par cette dernière mais aussi par les honneurs et les cadeaux dont jouissait sa copine de la part de son copain pour en avoir un aussi ; en l'occurrence l'ami du copain bienfaiteur de sa copine. Elle est tombé enceinte encore vivant sous le toit parental et n'a pas voulu interrompre cette grossesse comme son amie en avait l'habitude. Elle a arrêté les études. Elle s'est fait servante dans un débit des boissons. Là, elle a commencé, certainement avec la bénédiction de la propriétaire, à se prostituer. Mais elle ne le dit pas expressément. Elle ajoute par ailleurs que sa fameuse copine s'était mariée par la suite et vivait bien. Les copains et copines, tous sexes confondus y sont indifféremment incriminés. Une autre a rapporté avoir été renvoyée du toit parental à cause de ses propres agissements : s'être retrouvées enceintes sans être mariées. Cependant les abus parentaux ne sont pas que suscités par des agissements des filles elles-mêmes. Ils indiquent souvent une irresponsabilité dans le chef de parents eux-mêmes.

C’est notamment le cas d’une informatrice qui a rapporté qu’avant de se retrouver sur la rue entrain de se prostituer ; elle avait un copain, un homme plus âgé qu’elle, alors qu’elle vivait encore sous le toit de ses propres parents. « Il venait de Kinshasa et avait juré qu’il me prendrait en mariage. J’avais 14 ans. Ce n’était pas le premier homme de ma vie ; j’en avais déjà connu bien d’autres. J’avais confiance en lui et par conséquent je ne prenais aucune précaution contre la grossesse. Je suis tombée enceinte et mon partenaire m’a assurée qu’il prendrait en charge les frais de maternité incluant layette et frais d’accouchement. Si ma famille restreinte n’avait pas réagi, ce n’était pas par compassion ; c’était surtout dans le but de protéger ses intérêts qu’elle visait à travers ma relation avec l’homme en question. Il apportait des cadeaux aux miens. Tout le monde m’encourageait à rester calme et à ne pas songer à interrompre la grossesse. Par-dessus tout, je savais qu’en ayant un enfant, je serai encore plus unie à l’homme en question. Après le départ de ce monsieur pour une mission de laquelle il n’est jamais revenu, moi et mon enfant avons été négligés petit à petit. Comment avoir du savon, nourrir le bébé, le faire soigner lorsqu’il tomberait malade ? Je devais trouver un moyen pour survivre. J’ai commencé à fréquenter des camarades qui allaient en boîte de nuit ; ensemble nous trouvions des hommes qui donnaient de l’argent pour obtenir en échange des rapports sexuels. J’ai décidé donc de quitter la maison ». C’est aussi le cas d’une autre jeune femme dont les parents avaient divorcé quand elle était encore bébé. Leurs premiers partenaires masculins disposent toujours

d'une ascendance (Kayiba, 2005) sociale, psychologique, économique, physique ou réelle sur leurs proies. Dans d'autres cas, la fille a été soit enivrée ; soit droguée… bref, physiquement et/ou psychologiquement domptée. Elle n'avait qu'à subir les déchainements de leurs pourfendeur(s) ; les jeux de pouvoir rapportés par de nombreuses études se retrouvant ainsi au cœur de la problématique.

Cette étude a voulu identifier les facteurs socio-familiaux associés aux CSR des adolescents de Lubumbashi (RDC) ; les hiérarchiser en fonction de leurs forces respectives d'association avec les CSR et déterminer les mécanismes d'influence opérationnels. En d'autres termes, il s'agissait, de vérifier l'idée selon laquelle les CSR des adolescents seraient déterminés par les cadres de vie socio-familiaux carentiels ; c'est-à-dire les conditions socio-familiales moins « aisées » ; ne favorisant pas un regard attentionné des parents envers les jeunes (Booth and Amato, 1994 ; Harold et al., 1997 ; Erel et al., 1998 ; Stocker and Youngblade, 1999) et ; valider la bonne vielle idée selon laquelle les comportements négatifs des parents sont associés à des réactions négatives des adolescents envers leurs parents ; à des difficultés individuelles des enfants ; aux conflits entre frères et sœurs et avec les pairs. Et pour ne pas tomber dans le piège de la simplification à outrance en appliquant sans discernement des méthodes quantitatives éprouvées à un objet aussi complexe que sont les CSR ; ni perdre de vue qu'il était question d'un contexte social désarticulé et parvenir ainsi à des résultats simples selon la règle de parcimonie, un constant

dialogue entre les faits et les idées (Girin, 1989) s'est imposé.

L'étude a donc croisé, dans sa démarche, les deux principales approches qui s'offraient pour déterminer les CSR en fonction des facteurs socio-familiaux ou psychosociaux ; à savoir l'approche par les personnes ressources (approche qualitative) et l'utilisation de l'outil conceptuel pour identifier la population visée (approche quantitative) ; qui a considéré les unités soumises au questionnaire comme des éléments anonymes et substituables d'un échantillon souhaité « représentatif » ; duquel il fallait extraire des données chiffrées ; notamment sur les corrélations possibles entre les variables étudiés. Dans cette perspective, les observations empiriques étaient considérées comme des représentations partielles ou impures de principes théoriques sous-jacents. Du coup, il a fallu amasser un grand nombre de cas afin d'appliquer les outils statistiques adéquats et aboutir à des résultats significatifs.

L'approche qualitative a été sous-tendue par l'idée que chaque trajectoire ou parcours de vie est unique et à comprendre dans sa globalité et complexité. Les cas étaient donc choisis à dessein ; pour leurs singularités (Bertaux, 1997).

Dibwe (2001) et beaucoup d'autres auteurs indiquent que la contribution aux recherches en sciences sociales de ce type de matériau peut être précieuse dans la mesure où leurs narrateurs auront fait émerger, à travers eux, ce qui est, pour eux, porteur de sens et déclencheur des

transformations. Tout problème concernant l'homme ne pouvant être connu que grâce à l'homme en question, les entretiens avec les PS pour, entre autres, recueillir leurs points de vue, opinions, descriptions et explications à propos de leurs propres situations étaient tout indiqués. Autrement-dit, pour ce faire une idée précise des déterminants socio-familiaux des CSR, il a fallu organiser des enquêtes par interview portant sur les itinéraires, trajectoires, parcours de vie et interactions sociaux, familiaux et extrafamiliaux.

Au terme des analyses, il se dégage qu'avec l'avènement des sociétés modernes ; urbanisation, prolongation de la scolarisation (Antoine, Razafindrakoto, et Roubaud, 2001), travail capitaliste, mondialisation…, la préparation de l'adolescence ou de la jeunesse pose un problème des référents valorisés. Kalambayi (2007) a noté que « l'expérience de la jeunesse à Kinshasa (capitale de la RDC) s'est modifiée au cours du temps en même temps que les conditions socio-économiques. Les adultes, jeunes d'hier et parents d'aujourd'hui semblent avoir du mal à oublier ce qui leur avait servi des référents ; c'est-à-dire les valeurs de leur temps, qui ne sont plus les mêmes que ceux d'aujourd'hui, de la jeunesse de leurs enfants. Il s'ajoute que traditionnellement l'éducation sexuelle en particulier, était transmise aux jeunes générations sous forme de mythes, de contes, de rites d'initiation ainsi que d'autres éléments de culture. Aujourd'hui, les informations qui alimentent les jeunes proviennent de partout : parents, amis, télévision, rue et groupes de jeunes… A la recherche de son identité,

le jeune se fie facilement à ce genre des témoignages qu'il puise essentiellement dans le groupe des pairs et où il trouve certainement son idole, sa référence, son modèle parfait qui pourrait être soit présent dans le groupe soit en dehors de celui-ci.

L'enquête a interrogé les configurations sociodémographiques mais aussi le climat social qui régnaient dans les cadres familiaux. Certains items concernaient les perceptions des rapports sociaux impliquant les répondants eux-mêmes. Les indicateurs aussi bien objectifs que subjectifs ont été pris en compte. Ce sont notamment les questions à propos du confident intime (personne à laquelle le répondant se confiait pour ses secrets amoureux et sa vie sexuelle) et les déclarations concernant la vie en famille (climat social en famille ; climat conjugal et parental). Les dimensions susceptibles d'être perçues par le répondant ; qui, du reste, était adolescent (observation des bagarres entre parents, voie des faits sur les enfants par les adultes de la maison) ont été privilégiés ; mais aussi les facteurs objectifs tels que les configurations démographiques du ménage de provenance, de résidence, passage ou définitif, etc. Cependant certains répondants n'ont pas voulu répondre ou ont donné des réponses incohérentes aux questions concernant ce climat. A cause à la fois de la complexité, de leur caractère plus ou moins tabou des thématiques abordées, de la mobilité et de la qualité de la population visée qui a rendu quasi impossible le travail de vérification des informations recueillies, le questionnaire incluait plusieurs questions de vérification de la cohérence

des réponses avec comme conséquence, en ce qui concerne particulièrement les indicateurs du climat social en famille et des ancrages et autres supports sociaux et familiaux, l'apparition de la catégorie de sans réponse signifiant soit que le répondant n'a pas donné une réponse valable soit qu'il n'en a pas donné du tout.

Parmi les incohérences les plus fréquentes au sujet du climat social en famille figuraient celle qui consistait à dire à la fois qu'on n'observe pas des querelles, bagarres ou utilisation de la force physique à l'encontre des enfants dans le ménage de résidence et que l'on était soi-même objet de mauvais traitement en famille ; entendu dans le sens d'être battu en famille, grondé, maltraité, privé de nourriture… ; la question relative à ce dernier aspect ayant été traduite dans le sens de « te tape-t-on à la maison ? Te maltraite-t-on ?

Par ailleurs, la catégorie de sans réponse sur les querelles et bagarres incluait également les répondants qui sont restés silencieux après avoir entendu la question. A voir l'attitude de certains d'entre eux ; tête baissée, regard vide, cette réponse pouvait signifier « déni », refoulement, réprobation…. Cela se traduisait parfois par la réponse interrogative formulée en terme de : « mishipende ata kubiwaza » (je ne voudrais même pas y penser).

Les reviviscences des traumatismes perturberaient profondément la personnalité des victimes qui connaissent toutes sortes des difficultés

personnelles et sociales : cauchemars, rêve traumatique, fatigue, tristesse, réminiscences diurnes… maladies psychosomatiques diverses (Cario, 2001).

Chaque répondant au questionnaire avait la possibilité de citer plusieurs personnes l'ayant pris en charge lors de son dernier épisode de maladie et celles à qui il confiait ses secrets intimes. Une fois qu'apparaissait au moins un « parent » sur la liste déclinée, l'individu était automatiquement classé parmi les personnes soutenus par leurs parents ou se confiant à un membre de la famille pour particulièrement les adolescents qui déclaraient se confier, pour leurs problèmes intimes (secret au sujet de relations amoureuses et vie sexuelle), à un membre de la famille. Tandis que les individus qui reprenaient les catégories diverses comme « moi-même », « passants », « boss » (son patron), hommes de Dieu, religieux, ami(e)s, personnes charitables constituaient la catégorie « autres » ; n'étaient pas soutenus par les parents. Il était aussi entendu que les rapports entre acteurs familiaux et extrafamiliaux se manifestent à travers la satisfaction des besoins divers et les échanges communicationnels.

La catégorie des adolescents dont les frais des soins médicaux ont été pris en charge par leurs parents incluait les personnes pour qui les parents (géniteurs) ont payé de leurs propres poches mais aussi ceux pris en charge par l'un ou l'autre employeur des parents. Les politiques de prise en charge des soins médicaux des employés par leurs patrons fait partie des

politiques sociales de certaines entreprises locales soucieuses de l'amélioration du rendement de leurs employés. Dès le début de l'industrialisation du Katanga pendant la période coloniale, les entreprises avaient l'obligation d'assurer la prise en charge des soins médicaux de leurs employés et des membres de leurs familles restreintes respectives pour ne pas voir la maladie ou la mort les soustraire à la production (Dibwe 2001). Cette exigence est particulièrement marquée dans les sociétés industrielles modernes. L'individu y est défini comme un producteur. Il doit, par conséquent, être en bonne santé. Parfois la prise en charge des soins relève de l'appréciation du seul employeur à qui revient la prérogative de décider de la nécessité ou non d'une intervention financière de l'entreprise au profit de l'employé. Il existe des entreprises qui ne prennent en charge que les membres de la famille restreinte (employé(e), conjoint(e) et enfants). Les autres parents (géniteurs de l'employé(e) ou ceux du (de la) conjoint(e)s) sont rarement pris en compte. Dans les établissements d'enseignement, le personnel s'organise en mutuelle de soins de santé. Mais les listes des bénéficiaires au niveau de la famille de l'employé diffèrent selon les entreprises.

Si l'utilisation conjointe des approches ; « études de cas » et traitement des variables, peut enrichir la recherche, elle se heurte néanmoins aux limites de chacune de deux approches : l'impossibilité d'appréhender la complexité conditionnelle et la difficulté de comparer un nombre suffisant de cas à partir de cette complexité.

L’étude n’a porté que sur quelques-uns des comportements sexuels à risque ; notamment ceux généralement associés à l’infection aux IST/SIDA ; à une prévalence élevée d’IST/SIDA et au sujet desquels il était possible de dialoguer avec la population cible ; à savoir les enfants de la rue (ADONS), ADOS et PS. En outre, elle est basée sur les données recueillies dans une perspective transversale. Elle ne peut par conséquent pas attribuer la causalité à l'un des facteurs. Des études prospectives sont nécessaires pour assurer le suivi des comportements sexuels et les facteurs associés.

Cette étude a, par ailleurs, tenté de mesurer sans succès certaines variables tels qu’hébergement, lieu, type, durée, modalités d’encadrement. Un certain nombre de facteurs de risque associés aux rapports sexuels dans d'autres études telles que le statut scolaire, la maturité physique, l'implication dans le comportement de rencontres, les attitudes envers le sexe, la délinquance, les problèmes scolaires, les facteurs de parents, et les caractéristiques du partenaire sexuel (Pettifor, 2009 ; Zimmer-Gembeck et Helfand, 2008 ; Ekundayo et al. 2007 ; Blum, 2007) n'ont pas été directement évaluées et devraient l’être dans des études futures.

Les lacunes reconnues à chacune des approches ici privilégiées expliquent peut-être la faiblesse des résultats dont seules les notions de sexuellement actif (montrant bizarrement un excès, bien qu’insignifiant, chez les scolarisés) et multi partenariat, défini, à son tour de façon très discutable

par la « référence à une période limitée » que la traduction swahili n'a peut-être pas rendu de façon homogène semblent marquées de différences significatives. Ce qui pousse à se demander si ce résultat n'est pas liée au fait que les adolescents encadrés (scolarisés) avaient plus de relations sexuelles avec des amies régulières ou, plus prosaïquement, que ceux-ci savaient, grâce à la relative proximité des encadreurs, dépasser les tabous en matière de sexualité ou savaient qu'on ne devait pas donner de l'argent à son amante ou à son amant en contre partie des rapports sexuels ; surtout que les répondants étaient conscients que les questions leur étaient posées par des représentants d' institutions. Par ailleurs, à Lubumbashi comme dans beaucoup d'autres villes du pays et du monde, beaucoup d'adolescents passent parfois plusieurs heures sur la rue en contact parfois direct avec des « enfants de la rue » avant de se retrouver pendant une autre partie de la journée à l'école.

En outre, les récits de vie recueillis, principaux matériaux pour saisir la complexité des configurations particulières, sont purs produits d'un contexte d'interaction entre acteur social et chercheur et donc de l'intervention de la subjectivité aussi bien de l'acteur que du chercheur (Jamoulle, 2000) ; surtout que dans l'interprétation des données, malgré certaines démarches, les vérifications n'étaient parfois pas possibles. Mais les expériences de vie racontées dans le contexte global de l'existence et dans la dimension de la durée procurent des occasions dans lesquelles les individus produisent les significations sociales de leurs actions (Calvez, 1995) ; posant du coup

plusieurs questions concernant la vérité au cœur de l'utilisation des récits de vie comme source de connaissance. Cependant, on ne saurait pas disqualifier ce matériau ; surtout dans la mesure où son utilisation ne se fait autrement que comme démarche adjacente et complémentaire aux méthodes dites « objectives », c'est-à-dire souvent « quantitatives » et ne pas lire l'expérience de l'individu que par le seul prisme des normes sociales (Dibwe, 2003). Il convient d'intégrer l'activité des individus qui se construisent un cadre de relations et qui produisent le sens de leurs actions au sein de cette hétérogénéité (Vandernotte, 2012a ; 2012b). En outre, les informations pour constituer les récits de vie étaient progressivement complétées après chaque visite, un entretien supplémentaire ou d'autres occasions d'observation réalisées lors des rencontres subséquentes dans des dossiers individuels sur la base desquels ont été reconstitués les parcours de vie de chacune des répondantes sous la forme d'un récit de vie. Les informations nouvelles faisaient l'objet d'échange avec les répondantes de manière à intégrer la nouvelle donne sur la fiche en précisant les circonstances et la mesure dans lesquelles la rectification s'inscrivait. Par ailleurs, ce matériau indique que les supports socio-familiaux sont plus complexes qu'il n'y parait. Il semble que l'environnement à risque dépend d'un nombre significatif de facteurs dans l'environnement externe et de la personne concernée, y compris son âge, son sexe, son éducation, sa position et son autosuffisance socio-économique, ses valeurs culturelles, les rapports de force, ses opinions religieuses, sa personnalité

et ses compétences pour la vie. Bien plus, la garantie de la représentativité des ADONS demeurent sujette à caution. En conséquence, les valeurs de « p » trouvées ne doivent pas être pris pour argent comptant. Elles sont à prendre avec beaucoup de prudence dès lors que la question du risque que la relation observée soit imputable au hasard de la fluctuation des échantillonnages ne semble pas avoir été résolue de manière satisfaisante. Cependant, ce résultat est cohérent avec les recherches antérieures chez les adolescents africains scolarisés que le comportement sexuel et la détresse psychologique sont reliés entre eux (Page et Hall, 2009 ; Mufula Jive, 2005 ; 2006). Bien plus, nous avons également constaté que les scolarisés qui ont perçu qu'ils bénéficiaient suffisamment de prestations parentales ou du tuteur de qualité n'étaient pas moins susceptibles d'avoir des rapports sexuels que les personnes sans liens parentaux ou d'un tuteur.

Cependant, au delà de ces limites, les données recueillies constituent une source unique et originale pour l'étude des facteurs socio-familiaux associés aux CSR des ADO. Les enregistrements des biographies résidentielles ; parentales à partir de l'âge au départ ; à l'origine et à la destination de l'adolescent ou adolescente font la différence avec d'autres enquêtes.

Le modèle qui ressort se fonde sur le principe du « capital humain » selon lequel les comportements des individus se situent dans un contexte social

donné. Ce qui renvoie au capital économique, humain et social. Le capital économique se réfère aux possibilités (richesses) financières, matérielles, c'est-à-dire à la capacité du ménage à assurer un bel encadrement aux enfants à travers la satisfaction des besoins de ces derniers.

Le capital humain est entendu comme l'ensemble des aptitudes, talents, qualifications, expériences accumulés par un individu et qui déterminent en partie sa capacité à travailler ou à produire pour lui-même ou pour les autres. Il concerne les caractéristiques socioculturelles, de religion et système de filiation des parents ou du chef du ménage, etc. Tandis que le cadre social réfère aux caractéristiques individuelles, démographiques du ménage, structure et taille du ménage, interaction entre influence milieu familial et personnalité et complexité des réalités sociales.

Le concept de « capital humain » a été développé pour la première fois en 1961, par l'économiste américain Theodore Schultz qui l'exprime en ces termes : « Alors qu'il apparaît évident que les individus acquièrent des savoir-faire et des savoirs utiles, il n'est pas si évident que ces savoir-faire et savoirs constituent une forme de capital [et] que ce capital soit pour une part substantielle le produit d'un investissement délibéré ».

A partir de 1965, Becker approfondit le concept et le vulgarise, obtenant en 1992 le prix Nobel d'économie pour son développement de la théorie du capital humain. Des chercheurs en gestion comme Flamholtz and Lacey, dès 1981, ou plus après Lepak and Snell (1999) contribuent alors à la

diffusion de la théorie du capital humain.

La théorie du capital humain fonctionne par analogie à celle du capital financier ou physique. Le capital humain est considéré comme formé de trois éléments qui, ensemble, déterminent une certaine aptitude de l'individu à travailler ; compétences, expériences, savoirs.

De même que le capital physique, le capital humain peut s'acquérir (notamment par l'éducation), se préserver et se développer (par un entretien à travers des formations continues et/ou l'attention portée à la santé de l'individu au titre de son capital santé). De même, il doit pouvoir produire un bénéfice : les revenus perçus lors de la mise à disposition des compétences.

On distingue le capital humain spécifique, qui comprend les compétences non transférables à un tiers ou à un système de savoir du capital humain générique avec ses compétences transférables. Selon la mise en valeur de l'un ou de l'autre par l'investissement, l'individu est pris en compte différemment dans l'économie de gestion.

Par ailleurs, qui dit capital, dit investissement. Avec ce nouveau concept de capital humain, s'ouvre toute une gamme d'investissements autour des axes majeurs de l'éducation et de la santé. L'investissement en capital humain consiste donc dans l'ensemble des dépenses effectuées dans ce sens. Ces dépenses sont estimées en deux temps : on a d'une part les coûts directs (frais de scolarité, de médecine…) et de l'autre les coûts

d’opportunité. Ces derniers résident dans l’arbitrage des individus dans leur gestion du capital humain. Exemple : choisir de poursuivre ses études universitaires, plutôt que d’entrer immédiatement après les études secondaires dans la vie active, a un coût d’opportunité estimé, le plus souvent, avantageux par rapport à la situation inverse. Ou bien on assimile l’individu à son capital humain, ce qui a pour conséquence de l’objectiver et de le traiter concrètement comme un bien nécessitant une gestion, comme tout autre bien. Ou bien on considère l’individu comme son propre investisseur, ce qui revient à le percevoir comme un acteur à part entière, un acteur ayant d’autant plus de poids qu’il apporte lui-même son capital.

L’analyse démontre que, logiquement, la première version est celle qui est la plus souvent rencontrée du côté des entreprises, tandis que du côté des individus la seconde version est la plus revendiquée. Par ailleurs le capital humain est favorisé par le capital culturel collectif développé par Bourdieu (1966) à la suite d'Émile Durkheim concernant le « capital culturel » qui, lui, réfère à un groupe d'individu et qui peut améliorer ou détériorer la transmission et l'enrichissement potentiel du capital humain au fil du temps ; celui-ci étant tridimensionnel :

- « capital culturel incorporé », fruit de la socialisation différenciée selon les milieux sociaux (langage, aptitudes scolaires diverses, façons de se tenir et de se comporter en société...) ;
- « capital culturel objectivé », désignant les outils de culture qui se

matérialisent sous forme d'objets possédés par une personne (tableaux, bibliothèque, pian…). Ce capital n'a de valeur que par la transmission de la manière de s'en servir ;

- « capital culturel institutionnalisé » consacrant la transformation d'une culture personnelle en titres et diplômes sanctionnant une aptitude socialement reconnue.

IV.2. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Adesegun, O.F. and Blum, R.W. (2008), « Predictors of early sexual initiation among a nationally representative sample of Nigerian adolescents », *BMC Public Health,* 8, 136p.

Alemu, H., Mariam, D.H., Belay, K.A. and Davey, G. (2007), « Factors predisposing out-of-school youths to HIV/AIDS-related risky sexual behaviour in northwest Ethiopia? », *J Health Popul Nutr*, 25(3), pp. 344-50

Andersson, N., Foster, H.A., Mitchell, S., Scheepers, E. and Goldstein, S. (2007), « Risk factors for domestic physical violence: national cross-sectional household surveys in eight southern African countries », *BMC Women's Health*, 16, pp. 7-11.

Antoine, P., Razafindrakoto, M. et Roubaud, F. (2001), Contraintes de rester jeune ? Evolution de l'insertion dans trois capitales africaines : Dakar, Yaoundé, Antananarivo, document de travail, DT/2001/08, DIAL, développement et insertion internationale, http://www.ucl.ac.uk/dpuprojects/drivers_urb_change/urb_society/pdf_social_emancip/DIAL_ANTOINE_Contraints_rester_jeune.pdf

Assanangkornchai, S., Mukthong, A. and Intanont T. (2009), « Prevalence and patterns of alcohol consumption and health-risk behaviors among high school students in Thailand », *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 33(12):2037–2046.

Banza, (2004), « Fréquentation scolaire des jeunes filles et risques d'infection à SIDA : espoir ou inquiétude ? Le cas de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso », *African Population Studies*, Vol. 19, No. pp. 81:101

Becker, G. (1964, 1993 3rd ed), *Human Capital : A Theoretical and Empirical Analysis, with Special Reference to Education*, Chicago, University of Chicago Press

Benedek, T. (1959), « Parenthood as a developmental phase », *Journal of American Psychoanalytic Association*, 7, pp. 389-417

Bertaux, D. (1997), *Les récits de vie*, Perspective ethno méthodologique, Paris, Nathan

Blum, R.W. (2007), « Youth in sub-Saharan Africa », *Journal of Adolescent Health,*41(3):230–238.

Booth, A. and Amato, P.R. (1994), « Parental marital quality, parental divorce and relations with parents », *Journal of Marriage and the Family*, 56, 21-34.

Bourdieu, P. (1966), « La transmission du capital culturel », in Darras. *Le partage des bénéfices*, Paris, Minuit

Cadoret, A. (1995), *Parenté plurielle. Anthropologie du placement familial*, Paris, L'Harmattan

Calvez, M. (1995), « La sexualité dans les recherches sociologiques sur le sida : des questions de prévention à la construction d'une approche », in Bajos, N., Bozon, M., Giami, M., Doré, V. et Souteyrand, V. (eds)*, Sexualité et sida. Recherches en sciences sociales*, Collection « Sciences sociales et sida », Paris, ANRS

Cario, R. (2001), *Victimologie. De l'effraction du lien intersubjectif à la restauration sociale*, Coll. Traité de Science criminelle, Vol. 2-1, 2è éd, Paris, L'Harmattan, 272 p.

Castle S. Doubting the existence of AIDS: a barrier to voluntary HIV testing and counselling in urban Mali. Health Policy Plan. 2003 Jun;18(2):146–55.

République du Zaïre (1987), Code de la famille du 1er août 1987, journal officiel

Delaisi de Parseval, G, (2000), « Qu' est-ce qu'un parent suffisamment bon ? » in *Homoparentalités, état des lieux. Parentés et différences des sexes*, ESF

Dibwe Dia Mwembu, D. et Ngandu Mutombo, M. (2005), *Vivre ensemble au Katanga*, Paris, L'Harmattan

Dibwe dia Mwembu, D. (2003), Biographies citadines, in Petit, P. (Dir.), *Ménages de Lubumbashi entre précarité et recomposition*, Paris, L'Harmattan

Dibwe, D. (2001), *Histoire des conditions de vie des travailleurs de l'Union Minière du Haut-Katanga/Gécamines (1910- 1999)*, Lubumbashi, Presses universitaires de Lubumbashi

Ekundayo, O.J., Dodson-Stallworth, J., Roofe, M. et al. (2007), « The determinants of sexual intercourse before age 16 years among rural Jamaican adolescents », *The Scientific World JOURNAL*;7:493–503.

Erel, O., Margolin, G. and Richard, S.J. (1998), « Observed sibling interaction: Links with the marital and the mother-child relationship », *Developmental Psychology*, 34, 288-298.

Falangani Mvondo, C. (2010), *La chaine infernale*, Médiaspaul, 128 pages

Flamholtz, E. and Lacey, J. (1981), « Personnel management, human capital theory, and human resource accounting, Industrial Relations », *Monograph Series*, n°27, UCLA

Girin, J. (1989), *L'opportunisme méthodique. La recherche action en action et en question*, Paris, École Centrale

Godin, G. (1991), « L'éducation pour la santé: les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs », *Sciences Sociales et Santé*, 9 (1): 67-94

Griensven van, F., Supawitkul, S., Kilmarx, P.H. et al. (2001), « Rapid assessment of sexual behavior, drug use, human immunodeficiency virus, and sexually transmitted diseases in northern thai youth using audio-computer-assisted self-interviewing and noninvasive specimen collection », *Pediatrics*.;108(1):p. E13.

Ilunga Kayombo B. (1997), *Quand les enfants crient misère*, Médiaspaul, 128p.

Jamoulle, P. (2000), *Drogues de rue : récits et styles de vie*, Paris/Bruxelles : De Boeck & Larsier s.a.

Harold, G.T., Fincham, F. D., Osborne, L.N. and Conger, R.D. (1997), « Mom and dad are at it again: Adolescent perceptions of marital conflict and psychological distress », *Developmental Psychology*, 33, 333-350.

Jukes, M., Simmons, S. and Bundy, D. (2008), « Education and vulnerability: the role of schools in protecting young women and girls from HIV in southern Africa », *AIDS*, 22 (4); S41:S56.

Kalambayi, B. (2007), *Sexualité des jeunes et comportements sexuels à risque à Kinshasa (R.D. Congo)*, Thèse de doctorat en Démographie U.C.L, 378p.

Kanato, M. and Saranrittichai, K. (2006), « Early experience of sexual intercourse a risk factor for cervical cancer requiring specific intervention for teenagers », *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* ;7(1):151–153.

Kayiba Elisabeth (2005), « Les causes de l'évolution de l'AMPM, de l'écart d'âge entre les époux de la dot et de la polygamie de 1967 à 2005 à Kinshasa », In *acte du XXV congrès général de la population à Tours France du 18 au 23* juillet 2005 ; p.1 - 22.

Lamour, M. et Barraco, M. (1998), *Souffrances autour du berceau*, Montréal, Gaëtan Morin éditeur

Saint Moulin de, L. (2008), « Les problèmes de l'éducation », *Congo - Afrique*, N°427, sept. pp. 578 - 593.

Lepak, D. and Snell, S. (1999), « The human resource architecture: toward a theory of human capital allocation and development », *Academy of Management Review*, 24 (1): 31-48.

Morel, M.F. (1980) « L'entrée dans la parentalité. Approche historique », in : Badinter, E., *L'amour en plus*, Paris, Flammarion

Mufula Jive, J. (2006), *Ça ne s'impose pas*, médiaspaul.

Mufula Jive, J. (2005), *Enfant de guerre*, Médiaspaul.

Mupoyi Lungonzo, A. (2009), *Le divorce : Guide pratique de la législation congolaise*, médiaspaul.

Neirinck, C. (2001), *De la parenté à la parentalité*, Erès

Nic Gabhainn, S., Baban, A., Boyce, W., Godeau, E. and Wagener, Y. (2009), « How well protected are sexually active 15-year olds? Cross-national patterns in condom and contraceptive pill use 2002-2006 », *International Journal of Public Health;* 54(2):S209–S215.

Nzakuna Sedi, P. (2010), *L'Education sexuelle des adolescents 4*, médiaspaul

Page, R.M. and Hall, C.P. (2009), « Psychosocial distress and alcohol use as factors in adolescent sexual behavior among sub-saharan african adolescents », *Journal of School Health*; 79(8):369–379.

Peltzer, K. (2009), « Prevalence and correlates of substance use among school children in six African countries », *International Journal of Psychology*; 44(5):378–386.

Peltzer, K. and Pengpid, S., (2011), « Prevalence and social correlates of sexual intercourse among school-going adolescents in Thailand ». *ScientificWorldJournal*; 11:1812-20.

Petit, P. (2003), *Ménages de Lubumbashi entre précarité et recomposition,* Paris, L'Harmattan

Pettifor, A., O'Brien, K., MacPhail, C., Miller, W.C. and Rees, H. (2009), « Early coital debut and associated HIV risk factors among young women and men in South Africa », *International Family Planning Perspectives*; 35(2):82–90.

Poussin, G. (1993), *Psychologie de la fonction parentale*, collection familles clinique, Privat

Ragin, C.C, (1987), *The Comparative Method*, University of California Press.

Ruangkanchanasetr, S., Plitponkarnpim, A., Hetrakul, P. and Kongsakon, R. (2005), « Youth risk behavior survey: Bangkok, Thailand », *Journal of Adolescent Health*; 36(3):227–235.

Rosato M, Laverack G, Grabman LH, Tripathy P, Nair N, Mwansambo C. et al. (2008), Community participation: lessons for maternal, newborn, and child health, *Lancet*. 372:962–971.

Rudatsikira, E., Ogwell, A.E., Siziya, S. and Muula, A.S. (2007), « Prevalence of sexual intercourse among school-going adolescents in Coast Province, Kenya », *Tanzania health research bulletin*; 9(3):159–163.

Stocker, C.M. and Youngblade, L. (1999), « Marital conflict and parental hostility: Links with children's sibling and peer relationships », *Journal of Family Psychology*, 13, 598-609.

Théry, I. (1998), *Couple, filiation et parenté aujourd'hui*, Paris, Odile Jacob

Théry, I. (1995), « Identifier le parent », in *Les figures de la parenté*, Informations sociales, n°46, p8-20.

Vandernotte, C. (2012a), *La démarche autobiographique, une voie d'accomplissement,* Editions du Souffle d'Or

Vandernotte, C. (2012b), « La démarche autobiographique, un outil au service des acteurs de développement », In *développement & civilisations, La revue du Réseau international pour une Économie humaine* n°408-409 ; disponible sur www.lebret-irfed.org

WHO (1994), *Mother-Baby Package: implementing Safe Motherhood in Countries*, Genève; pp. 5–25.

Zimmer-Gembeck, M.J. and Helfand, M. (2008), « Ten years of longitudinal research on U.S. adolescent sexual behavior: developmental correlates of sexual intercourse, and the importance of age, gender and ethnic background », *Developmental Review*; 28(2):153–224.

CONCLUSION GENERALE

Notre travail a porté sur les déterminants socio-familiaux des comportements sexuels à risque des adolescents de Lubumbashi. Les méconduites sexuelles graves et dommageables sur les enfants, adolescents et autres jeunes adultes voire personnes âgées (viol et violences sexuels) ainsi que celles relevant du fait de ces acteurs eux-mêmes (prostitution, non usage correct du préservatif, sexualité précoce pour les jeunes femmes notamment...) étant le lot quotidien dans les milieux urbains congolais par ailleurs fortement multi culturalisés constituent des questionnements autour desquels tourne sa problématique. Autrement dit les aspects culturels (la question du cadre de vie familial désarticulé des adolescents en milieu urbain, les cadres pernicieux ; l'encadrement socio-familial ; le climat social en famille…) peuvent être déterminants pour les comportements de santé mais également pour la condition et position sociale de certaines minorités ; les femmes par exemple.

Le choix de ce sujet a été motivé par plusieurs raisons : d'abord, la voie sexuelle est le mode principal de transmission du VIH/SIDA, actuelle pandémie mondiale au macabre bilan insoutenable : environ 40 millions d'infectés dans le monde en 2011 dont plus de deux tiers en Afrique Subsaharienne, de nouvelles contaminations annuelles évaluées par centaines de milliers, explosion du nombre d'orphelins, etc. Ensuite, c'est

pour ne pas tomber dans les spéculations outrancières, qu'il importait, nous semblait-il, d'examiner de sang froid ; avec méthode ; de manière systématique et rigoureuse, les contours paradigmatiques et sémantiques des comportements sexuels. Et enfin il s'agissait pour nous de continuer les perspectives ouvertes par une expérience de recherche effectuée dans le cadre de l'OCU, expérience qui avait laissé se profiler, corrélativement au phénomène « enfant de la rue », plusieurs problèmes théoriques, méthodologiques, terminologiques et pratiques de taille.

L'intérêt de ce travail a été triple : sur le plan personnel, il s'agit d'un plaidoyer en faveur d'un bon encadrement socio-familial des ADO mais aussi des familles en sursis ; sur le plan scientifique, ce travail table sur l'idée qu'avec l'avènement des sociétés modernes (urbanisation, prolongation de la scolarisation, mondialisation...), la préparation de l'adolescence ou de la jeunesse pose un problème des référents valorisés et ; sur le plan pratique, notre travail pourrait encourager l'intégration de la problématique IST/SIDA dans les politiques et programmes nationaux de développement en attirant l'attention des uns et des autres sur la situation des ADO de manière générale ; aider les décideurs et autres ONG qui en ont besoin, en fournissant des informations pertinentes sur l'encadrement des ADO

Pour analyser et interpréter nos données empiriques, nous avons opté pour la QCA selon le modèle de Triandis et Godin. Cette méthode se résume par

les équations suivantes : i) la probabilité d'apparition d'un comportement est fonction de la somme des habitudes et des intentions comportementales, multipliées par l'activation physiologique de l'organisme (exemple activation musculaire) et conditions facilitant et ; ii) les intentions comportementales sont fonction des facteurs sociaux, des affects (vouloir) à l'égard du comportement et des valeurs attribuées aux conséquences de celui-ci.

Cette méthode permet : de spécifier des séquences de vie sociale pertinentes ; étudier ces séquences ; les combiner pour en comprendre le sens et traiter d'un nombre intermédiaire de cas tout en prenant en compte la complexité des phénomènes approchés. Par ailleurs, elle nécessite la résolution de deux problèmes majeurs pour la validation des propositions ; à savoir : i) la garantie de représentativité et ; ii) la détermination des effectifs suffisants d'unités à inclure dans les échantillons.

Cette approche consiste à croiser les principales possibilités méthodologiques qui s'offrent d'ordinaire pour déterminer les comportements sexuels à risque en fonction des cadres de vie et facteurs socio-familiaux ou psychosociaux ; à savoir : l'approche par les personnes ressources et l'utilisation de l'outil conceptuel pour identifier les populations cible.

Appliquer à notre objet d'étude, cette approche nous a permis d'évaluer l'ampleur des CSR et de relever les cadres de vie et autres facteurs socio-familiaux associés aux CSR des adolescents de Lubumbashi (RDC), leur

hiérarchie en fonction de leurs forces respectives d'association aux CSR et ; de déterminer les mécanismes d'influence opérationnels.

A propos des techniques qui nous ont permis de récolter nos données empiriques, nous avons utilisé : l'enquête par questionnaire ; les entretiens semi-structurés et l'observation en situation

A propos des l'enquête par questionnaire, nous avons interviewé sur la base d'un questionnaire d'une soixantaine d'items couvrant les aspects relatifs à la vie en famille, au cadre de vie, à l'encadrement et climat social en famille plus de sept cents ADOS et ADONS de Lubumbashi sélectionnés au hasard à 2 niveaux (écoles et individus) pour les ADOS et de manière systématique pour les ADONS en suivant en cela un pas d'échantillonnage fixe au fur et à mesure des rencontres sur terrain suivant en cela un itinéraire prédéterminé (en commençant par les sites - secteurs d'activité diurne des enfants de la rue et Karema, endroit où passent nuit les enfants en rupture familiale - les plus importants démographiquement parlant).

Eu égard aux résultats des dénombrements des ADO visés, réalisés en 2004, le pas d'échantillonnage a été fixé à trois adolescents pour un recruté. Les secteurs d'activité diurne et nocturne des « enfants de la rue » à Lubumbashi étaient visés.

Les entretiens semi-structurés ont servi à recueillir les récits de vie d'une quarantaine de PS. Ces récits de vie ont servi entre autre, à la mise au point du dispositif pour la collecte des données auprès des ADOS et

ADONS ; à savoir le questionnaire quantitatif et à alimenter la discussion générale des résultats des analyses des données aussi bien qualitatives que quantitatives.

Ces entretiens se déroulaient conformément aux instructions et directives contenues dans un guide d'entretien mis à la disposition de quatre (4) enquêteurs dont deux (2) femmes et deux (2) hommes préalablement formés.

Ce guide servait à orienter l'enquêteur dans les entretiens lors des observations en situation et la reconstitution des récits de vie. Il consistait en un feuillet reprenant une liste des directives concernant les sujets à aborder lors des entretiens pour recueillir les récits de vie : naissance, scolarité, migrations, caractéristiques des familles ayant abrités la personne, occupations de la personne, décès des membres de la famille au cas où la participante en a connus, pratiques sexuelles en commençant par les premiers rapports sexuels pour terminer par les conduites subséquentes, début de la prostitution et exercice de cette activité. Il contenait également des instructions pour contacter et s'entretenir avec les personnes ressources. Il y était également indiqué que les entretiens avec les informatrices devaient procéder par des questions « grand tour » concernant les moments et événements mémorables vécus depuis l'enfance avant d'approfondir (rebondir, relancer) avec des questions « petit tour » au sujet des informations spécifiques concernant les caractéristiques

des ménages, événements familiaux mémorables, climats sociaux, interactions entre membres de la famille et autres dans chacun des contextes mentionnés.

Son utilisation avait été préalablement pré-testée pour identifier les difficultés et organiser les réajustements de diverses natures (méthodologiques, terminologiques, d'élocution). Le pré test a par exemple permis de préciser que les entretiens devaient se dérouler en swahili local. L'observation en situation a constitué le pilier technique de base pour la récolte des données. L'observation est l'action de suivi des phénomènes à l'aide de moyens d'enquête et d'étude appropriés ; sans volonté de les modifier. Le chercheur y a recours principalement lorsqu'il suit une méthode empirique. Cependant, elle serait susceptible d'influer sur le comportement de l'objet observé ; à savoir qu'une personne peut modifier son comportement parce que se sentant observé.

Il s'est donc avéré essentiel d'avoir plusieurs types des notes de terrain ; « tout simplement parce que la mémoire est une faculté qui oublie ». Par ailleurs, les enquêtes requéraient parfois des descentes sur terrain aux heures vespérales (de nuit) ; sans garantie de sécurité : les répondantes devaient être contactées, du moins pour la première fois, sur les différents sites, au moment où elles se livraient à la prostitution. Leur choix a été guidé par le souci de diversifier les âges, origines socio-familiales, sites et type de prostitution…

Un travail scientifique ne peut pas se faire infiniment et sur une aire géographique très étendue. C'est ainsi que nous avons délimité notre travail dans le temps et dans l'espace. Somme toute l'idée d'y procéder est venue à la suite de ma participation en tant que chercheur junior à une

enquête organisée en 2003 dans le cadre d'un module de recherche de l'OCU consacré au phénomène « enfants de la rue » au Katanga. Dès 2005, bénéficiant d'un financement de la coopération technique belge (CTB) et de l'encadrement du personnel académique de l'Université Libre de Bruxelles (ULB) et de l'Université de Lubumbashi, nous avons débuté cette recherche qui alternait séjour sur terrain et travaux de bureau ; et ce après nous être frotté à quelques expériences similaires qui nous avaient déjà fourni un certain nombre de repères sur les questionnements soulevés. Ces expériences concernent nos participations aux enquêtes pour l'élaboration d'une brochure de sensibilisation contre le SIDA par « Médecins sans frontières/Belgique » entre 1996 et 1999 ; aux modules de recherche sur les enfants de la rue Katanga et criminalité à Lubumbashi organisés par l'OCU en 2004, 2005 et 2006.

Le choix porté sur les ADO habitant Lubumbashi n'est pas aussi un fait du hasard. Il a été dicté par leur positionnement démographique et géographique à la fois stratégique et vulnérable. En effet, Lubumbashi est un des plus grands centres industriels et commerciaux de la RDC localisé à la frontière de l'Afrique australe assez touchée par le VIH et avec laquelle elle a des échanges importants et l'Afrique centrale peu touchée ; il se retrouve en position de véritable carrefour, plaque tournante pour l'économie nationale ce qui lui confère un risque accru de propagation du VIH en raison des taux de séroprévalence élevés dans les pays limitrophes et des déplacements importants des populations ; en outre, la

désorganisation de l'offre et l'érosion presque continue de la demande dans le pays tout entier l'ont entraînée dans une spirale négative, ayant conduit, entre autre, à la naissance et croissance du secteur informel ; voire la « criminalisation » des activités économiques, jusqu'on se soit installé dans une économie de « guerre » ; le nombre de ses habitants est évalué à près de deux (2) millions dont environ la moitié serait âgée de moins de vingt ans et proviendrait d'une mosaïque de cultures parmi lesquelles les « bemba », « cokwe », « dembo », « hemba », « lamba », « luba », « lunda » ; la plupart d'entre eux n'ont pas encore ou ne franchiront pas le cap des études primaires ; une poignée arrive aux études secondaires mais n'y séjourne généralement pas longtemps ; d'autres oscilleraient entre la rue et le toit familial et seraient entourés d'un encadrement familial, parental ou communautaire insuffisant voire nul ; certains d'entre eux seraient orphelins ou issus des familles dites « nombreuses » (5 à 10 enfants) ou des foyers divorcés ou recomposés ; solliciter à se débrouiller pour survivre (Villiers de, 2002), ces jeunes se prédisposeraient parfois à allier activités légitimes et petites voire grandes criminalités ; d'autres seraient même poussées à se prostituer par leurs soi-disant protecteurs ou protectrices en dépit du fait que cette activité est généralement associée à l'infection au VIH.

Pour le besoin de clarté, nous avons subdivisé notre travail en quatre chapitres.

- Le premier chapitre traite du modèle à priori
- Le deuxième chapitre porte sur la méthodologie de l’étude
- Le troisième chapitre présente les résultats de l’étude en deux volets : qualitatif et quantitatif
- Le quatrième chapitre est constitué de la discussion.

Après analyse des données empiriques, voici le lien entre l'activité sexuelle et divers facteurs de risque, y compris les problèmes des comportements tels que les prestations parentales par l’analyse de contenu pour les données qualitatives et les techniques statistiques (statistiques usuelles, régression logistique) pour les données quantitatives :

- Pour commencer, on observe une association positive significative des caractéristiques favorisant un éventuel regard attentionné des parents envers les jeunes avec les CSR. On observe par exemple que le recours à la prostitution par exemple résulte d’un rétrécissement du champ du pouvoir personnel d’action ; réel, supposé ou perçu. Du coup se dévoile les rôles majeurs des abus et violences parentaux. La pauvreté et les limitations de tout genre s’agencent de manière complexe et « encouragent » ou « contraignent » à s’adonner aux CSR ;

- On constate également que les questions de prise en charge des frais des soins médicaux par des tierces personnes et des autres supports sociaux perçus ou ressentis et ; aussi les défauts et défaillances dans l'exercice de l'autorité parentale et autres adultes (considérés comme prestations parentales ou parentalités carentielles), les abus parentaux, tutoriaux ou des autres adultes par le fait des ancrages sociaux nuisibles et le climat délétère en famille, manifesté parfois au travers des violences en famille entrainant du coup des situations complexes telles que les incitations subtiles, c'est-à-dire qui ne disent pas leur nom sont autant de marqueurs en lien avec les CSR. Les ADO sans réponse à la question sur les querelles en famille étaient environ deux fois plus nombreux sexuellement actifs que ceux qui déclaré observer les querelles en famille. En outre, les ADO sans réponse à la question du supporter des frais des soins médicaux occasionnés par le dernier épisode de maladie étaient un peu plus de deux fois nombreux sexuellement actifs que ceux qui avaient étaient supportés par leurs propres parents. Enfin les ADO dont le confident intime était un membre de la famille étaient environ deux fois moins nombreux actifs sexuellement comparativement à ceux dont le confident était une autre personne.
- Au sujet de la déclaration des signes des IST, nous sommes arrivés aux constats suivants : D'abord, les ADO supportés par leurs parents

étaient près de quatre fois plus nombreux à déclarer les signes des IST que ceux qui n'avaient pas décliné l'identité de la personne qui avaient pris en charge les frais des soins médicaux occasionnés par le dernier épisode de maladie enduré et près de deux fois plus nombreux que ceux qui avaient été pris en charge par une autre personne que ses parents ; et ensuite, les ADO utilisateurs du préservatif au cours des derniers rapports sexuels étaient près de trois fois moins nombreux à déclarer les signes des IST que ceux qui déclaraient n'avoir pas utilisé ce dispositif. Pourtant ces populations ne différaient ni en expériences sexuelles antérieures, moins encore en nombre de partenaires sexuels au cours de trois mois ayant précédé les enquêtes sur le terrain (période de référence) et en tout autre marqueurs relatifs aux ancrages socio-familiaux et autres caractéristiques démographiques ; à l'exception de l'âge ; la plupart des ADO ayant déclaré les signes des IST appartenant pour la plupart à la catégorie de plus jeunes (14 ans).

- Le climat social en famille et l'encadrement socio-familial se présentent donc comme des référents majeurs. On observe par exemple que les positionnements des parents repérés confirment le rôle important de la famille dans le processus menant par exemple vers la pratique de la prostitution.

En parlant des mécanismes d'influence opérationnels, nous avons constaté que les ruptures et désengagements vis-à-vis des milieux traditionnels de

socialisation sont récurrents dans les récits de vie recueillis. L'engagement problématique se traduit donc par une prédominance du « confiage ». Mais échapper à un confiage ou placement durant sa jeunesse ne préserve pas de manière automatique des CSR. Beaucoup de personnes ont été placées dans des familles autres que celles de leurs propres géniteurs mais toutes ne sont pas entrées en prostitution ; ne sont pas devenues PS. La qualité des ancrages dans les milieux de destination (d'accueil) (prestations parentales !) constitue une donne de taille en ce qu'elle peut favoriser ou pas une bonne intégration de l'arrivant.

SUGGESTIONS

Eu égard au bas niveau d'éducation ; au caractère jeune de la population visée, l'habilitation ; alternative/occasion, notamment par l'allégement de la prise en charge des frais des soins médicaux des ADO par leurs parents ou tuteurs, devrait faire partie des efforts d'intervention.

Les jeunes comme les adultes doivent être visés prioritairement compte tenu de l'expansion des phénomènes tels que « enfants de la rue », enfants envoyés travailler; « muviolo », … en particulier dans les communautés moins nantis.

Ces conclusions emmènent à formuler les suggestions suivantes à qui de droit :

- améliorer la situation socio économique des populations congolaises car la pauvreté constitue la grande porte ouverte aux comportements à risque ;

- adopter une ligne budgétaire conséquente pour lutter plus efficacement contre le VIH et veiller à la mise en œuvre effective et souveraine par le gouvernement afin de ne pas laisser le fardeau et la responsabilité aux seuls partenaires au développement ;

- appuyer la réalisation d'une enquête CAP pour scruter les comportements et pratiques des PS afin de mener des actions plus adaptées pour réduire le risque de contamination au VIH ;

- assurer une meilleure coordination des activités ainsi que leur suivi et évaluation ;

- assurer le plaidoyer pour la mobilisation des fonds et ressources ;

- entamer le processus de la reconnaissance légale du travail du sexe, étant donné que la clandestinité augmente le risque de propagation du VIH, prive les acteurs de terrain de la légitimité d'intervention et restreint leur marge d'action ;

- réformer la législation qui empêche l'accès à la contraception aux filles mineures ; ce qui participe à compromettre la sante sexuelle et reproductive d'un grand nombre d'entre elles ;

- adapter la législation congolaise aux normes internationales des droits humains eu égard aux réalités de la société, notamment l'émergence des minorités sexuelles et la recrudescence des PS, lesquels rassemblent des groupes à risque par rapport à la contamination au VIH, pouvant perturber la riposte nationale ;

- accélérer l'adoption et la mise en œuvre des mesures d'application subséquemment à la loi du 14 juillet 2008 en ses dispositions

relatives à la reconnaissance des PS comme population la plus à risque de VIH et méritant de ce fait une protection particulière ;

- veuillez à l'application effective de diverses dispositions légales récentes renforçant la protection de l'enfant, dont la brigade spéciale de protection de l'enfant pour lutter contre l'impunité de la pédophilie et de l'exploitation sexuelle des enfants, pratiques néfastes qui exposent ceux-ci à la contamination au VIH ;

- soutenir la poursuite de la cartographie des PS dans les autres agglomérations non encore couvertes pour dégager une vision panoramique et globale du problème ;

- inciter au regroupement des PS en associations ou réseaux afin de favoriser les interventions mieux canalisées et efficaces en leur faveur.

BIBLIOGRAPHIE

Adesegun, O.F. and Blum, R.W. (2008), « Predictors of early sexual initiation among a nationally representative sample of Nigerian adolescents », *BMC Public Health,* 8, 136p.

Adler, P. and Adler, P. (1987). Membership roles in field research. Newbury Park, CA: Sage.

Adler NE, Boyce T, Cheney MA, et al. (1994), « Socioeconomic status and health », *Am Psychol*.; 49:15–24.

Agmo, A. (2007), *Functional and dysfunctional sexual behavior*, Elsevier

Aïach P. et Fassin D. (2004), « L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé », *La Revue du praticien* ; 20 (54) : 2221-27.

Aïdam, C.A. (2001), Perspectives d'Afrique de l'Ouest – Cas du Togo. In CQFD/AQOCI, Journées de formation : Mondialisation de la prostitution et du trafic sexuel. Comité Québécois Femmes et développement (CQFD) et Association Québécoise des Organismes de Coopération Internationale (AQOCI), juin, pp. 35-41.

Alami, S. (2013), *Les méthodes qualitatives*, coll. Que sais-je ?, Paris, PUF, 2ème édition

Alemu, H., Mariam, D.H., Belay, K.A. and Davey, G. (2007), « Factors predisposing out-of-school youths to HIV/AIDS-related risky sexual behaviour in northwest Ethiopia? », *J Health Popul Nutr*, 25(3), pp. 344-50

Allgeier A.R., Allgeier E.R. (1992), *Sexualité humaine*, De Boeck Université.

Andersson, N., Foster, H.A., Mitchell, S., Scheepers, E. and Goldstein, S. (2007), « Risk factors for domestic physical violence: national cross-sectional household surveys in eight southern African countries », *BMC Women's Health*, 16, pp. 7-11.

Antoine, P., Razafindrakoto, M. et Roubaud, F., 2001, Contraintes de rester jeune ? Evolution de l'insertion dans trois capitales africaines : Dakar, Yaoundé, Antananarivo, document de travail, DT/2001/08, DIAL, développement et insertion internationale, http://www.ucl.ac.uk/dpuprojects/drivers_urb_change/urb_society/pdf_social_emancip/DIAL_ANTOINE_Contraints_rester_jeune.pdf

Assanangkornchai, S., Mukthong, A. and Intanont T. (2009), « Prevalence and patterns of alcohol consumption and health-risk behaviors among high school students in Thailand », *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 33(12):2037–2046.

Arborio, A.M. (2005), *L'enquête et ses méthode : l'observation directe*, Armand Colin, 127p

Armitage, C.J. and Conner, M. (2001), « Social cognitive determinants of blood donation », *Journal of Applied Social Psychology*, 31, 1431-1457.

Arturs, H.W., Blais, R.A. and Thompson, J. (1994), L'intégrité dans la quête du savoir : rapport présenté à l'université Concordia, Montréal, en ligne, URL : http://camel .cecm.sfu.ca

Auriat, N. (1996), « Les défaillances de la mémoire humaine. Aspects cognitifs des enquêtes rétrospectives », *Cahier de l'INED* n° 136, Paris

Bagley S.C., White, H. and Golomb, B.A. (2001), « Logistic regression in the medical literature: Standards for use and reporting, with particular attention to one medical domain », *J ClinEpidemiol*.;54:979–985.

Banza, B. (2004), « Fréquentation scolaire des jeunes filles et risques d'infection à SIDA : espoir ou inquiétude ? Le cas de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso », *African Population Studies*, Vol. 19, No. pp. 81:101

Banza CL, Nawrot TS, Haufroid V, Decrée S, De Putter T, Smolders E, Kabyla BI, Luboya ON, Ilunga AN, Mutombo AM, Nemery B. (2009), High human exposure to cobalt and other metals in Katanga, a mining area of the Democratic Republic of Congo, *Environ Res*, 109 (6): 745-52.

Baudelot, C. et Establet, R. (1984), *Durkheim et le suicide*, Paris, PUF

Beavers, W.R. and Hampson, R.B. (2003), « Measuring family competence. The Beavers system model », in Walsh F., *Normal Family Processes. Growing Diversity and Complexity* (3rd Ed.), New York, The Guilford Press, pp. 549-580.

Becker, G. (1964, 1993 3rd ed), *Human Capital : A Theoretical and Empirical Analysis, with Special Reference to Education*, Chicago, University of Chicago Press

Belsky, J., Youngblade, L., Rovine, M. and Volling, B. (1991), « Patterns of marriage change and parent-child interaction », *Journal of Marriage and the Family*, 53, pp. 487-498

Benedek, T. (1959), « Parenthood as a developmental phase », *Journal of American Psychoanalytic Association*, 7, pp. 389-417

Berelson, B. (1971), *Content analysis in communication research*, New York, Hadner Publ

Berger, P. et Luckmann, T. (1996), *la construction sociale de la réalité*, Paris Armand-colin, 288p

Bertaux, D. (1997), *Les récits de vie*, Perspective ethno méthodologique, Paris, Nathan

Bishop, R.C. (2005), « Determinism and Indeterminism », *Encyclopedia of Philosophy* (2e edition) -. ArXiv

Blanchet, A. (2007), *L'enquête et ses méthodes : L'entretien*, Paris, Armand Colin, 128p.

Blanchet, A. (2005), *Les techniques d'enquête en sciences sociales*, Dunod, 127p.

Blum, R.W. (2007), « Youth in sub-Saharan Africa », *Journal of Adolescent Health,*41(3):230–238.

Bonte, P. et Izard, M. (éds) (2010), *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*, Paris, P.U.F., 4ème Édition

Booth, A. and Amato, P.R. (1994), « Parental marital quality, parental divorce and relations with parents », *Journal of Marriage and the Family*, 56, 21-34.

Borgers, G. (1950), « La maladie de Nicolas Favre chez la femme indigène de la région de Coquilhatville », *Annales de la société belge de médecine tropicale*, pp. 11-19

Bourdieu, P. (1966), « La transmission du capital culturel », in Darras. *Le partage des bénéfices*, Paris, Minuit

Bozon, M. et Kontula, O, (1997), « Initiation sexuelle et genre en Europe. Comparaison des évolutions de douze pays européens », *Population*, 6. INED, 1367-1400.

Bozon, M. (dir.) (2001), « Les cadres sociaux de la sexualité », *Numéro spécial de Sociétés Contemporaines*, n°41-42, 196p.

Bozon, M. (1997), *Comportements sexuels et catégories sociales*, Communication à la journée d'étude de l'Observatoire Sociologique du Changement sur les catégories socioprofessionnelles (15 mars 1997), Paris

Bozon, M. (1994), « Les constructions sociales de la sexualité », *Population*, 48ème année, n°5 : 1173-1196.

Braveman, P. and Gruskin S. (2003), « Defining equity in health », *J Epidemiol Community Health* ; 57:254-8.

Braveman, P.A., Cubbin, C., Egerter, S., Chideya, S., Marchi, K.S., Metzler, M. et al. (2005), « Socioeconomic status in health research: one size does not fit all », *JAMA*;294:2879-88.

Brenot P (Ed), *Dictionnaire de la sexualité humaine*, L'Esprit du Temps, 2004

Burgess, A., Hartman, C. and McCormack, A. (1987), « Abused to abuser: Antecedents of socially deviant behaviours », *American Journal of Orthopsychiatry*, 144; 1431-1436.

Bushabu Piema-Kuete, R. (2005), *Sociologie médicale: initiation à l'épidémiologie sociale*, ISTM/UNILU, 74 p.

Bushabu Piema-Kwete, R. (1991), *Famille et Urbanité à Lubumbashi*, Thèse de doctorat en sociologie, Université de Lubumbashi

Cadoret, A. (1995), *Parenté plurielle. Anthropologie du placement familial*, Paris, L'Harmattan

Caldwell, J.C., Caldwell, P. and Quiggin, P. (1989), « AIDS and Sub-Saharan Africa », *Population*, 16(4): 31-51.

Calvès, E.A. (1996), *Youth and fertility in Cameroon: changing patterns of family formation*, Thesis, Rural Sociology and Demography, The Pennsylvania State University, 254p.

Calvez, M. (1995), « La sexualité dans les recherches sociologiques sur le sida : des questions de prévention à la construction d'une approche », in Bajos, N., Bozon, M., Giami, M., Doré, V. et Souteyrand, V. (eds)*, Sexualité et sida. Recherches en sciences sociales*, Collection « Sciences sociales et sida », Paris, ANRS

Cario, R. (2001), *Victimologie. De l'effraction du lien intersubjectif à la restauration sociale*, Coll. Traité de Science criminelle, Vol. 2-1, 2è éd, Paris, L'Harmattan, 272 p.

Castle, S. (2003), Doubting the existence of AIDS: a barrier to voluntary HIV

testing and counselling in urban Mali, *Health Policy Plan*;18(2):146–55.

Centers for Disease Control and Prevention (US). (2010), *Establishing a holistic framework to reduce inequities in HIV, viral hepatitis, STDs, and tuberculosis in the United States*, Atlanta, CDC

Chaleil, M. (2002), *Prostitution. Le désir mystifié*, Paris, Parangon

Chenge, M., Van der Vennet, J., Porignon, D., Luboya, N., Kabyla, I., Criel, B. (2010), [The health map of Lumbumbashi, Democratic Republic of the Congo. Part II: analysis of the operational activities of health care facilities], *Glob Health Promot*. Sep;17(3):75-84.

Chevalley, C. (1998), *Contingence et probabilités*, Paris, PUF

Corraze, J. (2004), « Orientation sexuelle », in Brenot, P. (Ed)., *Dictionnaire de la sexualité humaine*. L'Esprit du Temps.

Cromer BA and Brown RT. (1992), « Violence and associated high-risk health behavior in adolescents. Substance abuse, sexually transmitted diseases, and pregnancy of adolescents ». *Curr Opin Obstet Gynecol*, 4(6):855-9. [Pediatr Clin North Am. 1998]

Dahlgren, G. and Whitehead, M. (2006), « Levelling Up (Part 2): a Discussion Paper on European Strategies for Tackling Social Inequities » in WHO, *Health*

Davies, A. (1997), *Road transport and health*, London, British Medial association.

Delaisi de Parseval, G, (2000), « Qu' est-ce qu'un parent suffisamment bon ? » in *Homoparentalités, état des lieux. Parentés et différences des sexes*, ESF

Department of Health and Human Services (US). (2011), *Healthy People 2020*, available http://healthypeople.gov/2020/about/disparitiesAbout.aspx

Devaux M., Jusot F., Trannoy A. et Tubeuf S. (2007), « Inégalités des chances en santé : influence de la profession et de l'état de santé des parents », *Questions d'économie de la santé*, n° 118, février. En ligne : http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Qes2007.html

Diambile Luboya, A. (2005), « Le pluralisme médical dans les romans négro-africains », *Actes du colloque international 1960-2004, bilan et tendances de la littérature négro-africaine, Lubumbashi (26-28 janvier)*, *2005*. pp. 161-171.

Dibwe dia Mwembu, 2003, Biographies citadines, in Petit, P. (Dir.), *Ménages de Lubumbashi entre précarité et recomposition*. Paris: L'Harmattan.

Dibwe, D. (2001), *Histoire des conditions de vie des travailleurs de l'Union Minière du Haut-Katanga/Gécamines (1910- 1999)*, Lubumbashi, Presses Universitaires de Lubumbashi

Diclemente RJ, Wingood GM, Sionean C, Crosby R, Harrington K, Davies S, Hook EW 3rd, Oh MK. Sex Transm Dis. (2002) Sep; 29(9):503-9. « Update on pregnancy, condom use, and prevalence of selected sexually transmitted diseases » in *adolescents*. [Curr Opin Obstet Gynecol. 1992]

Dimenstein, G. (1992), *Les petites filles de la nuit. Prostitution et esclavage au Brésil*, Paris, Fayard

Diop, N.J. (1995), *La fécondité des adolescentes au Sénégal*, Rapport d'étude n°11, Union pour l'Etude de la Population Africaine, 19p.

Djungu Simba, C. (2009), *Tremblements & bâtardises*, Médiaspaul, 144p.

Durkheim, E. (2008), *Le Suicide : Étude de sociologie*, préface de Robert Neuburger, Paris, Payot & Rivages, coll. « Petite Bibliothèque Payot » (no 692), 492p.

Easterbrooks, M.A. and Emde, R.N. (1988), « Marital and parental-child relationships: The role of affect in the family system », in Hinde, R.A and Stevenson-Hinde, J. (Eds), *Relationships within families: Mutual influences*, Clarendon Press, Oxford (pp. 83-103)

Ekundayo, O.J., Dodson-Stallworth, J., Roofe, M. et al. (2007), « The determinants of sexual intercourse before age 16 years among rural Jamaican adolescents », *The Scientific World JOURNAL*;7:493–503.

Ellen JM, Kohn RP, Bolan GA, Shiboski S and Krieger N. (1995), « Socioeconomic differences in sexually transmitted disease rates among Black and White adolescents, San Francisco, 1990 to 1992 », *Am J Public Health.*;85:1546–1548.

Erel, O., Margolin, G. and Richard, S.J. (1998), « Observed sibling interaction: Links with the marital and the mother-child relationship », *Developmental Psychology*, 34, 288-298.

Evina, A. (1998), « Vie féconde des adolescents en milieu urbain camerounais », *Les cahiers de l'IFORD*, N° 3, IFORD, 117p.

Evina, A. (1990), *Infécondité et sous-fécondité : évaluation et recherche des facteurs. Le cas du Cameroun*, Thèse de doctorat, Démographie U.C.L, 274p.

Falangani Mvondo, C. (2010), *La chaine infernale*, Médiaspaul, 128p.

Falissard, B. (2005), *Comprendre et utiliser les statistiques dans les sciences de la vie,* Paris, Masson ; 3ème éd ; pp. 145-87

Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. et Leclerc A. (2000), « Connaître et comprendre les inégalités sociales de santé », in Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M. et Lang T. (dirs), *Les inégalités sociales de santé*. Paris : Inserm-La Découverte, coll. Recherches, 13-24.

Fenet-Rieutord, M. (1986), « Espace géographique et santé en Afrique

centrale : la diffusion des maladies le long du fleuve Oubangui », *Cahiers ORSTOM sciences humaines*, 22 (2), pp. 231-256).

Finger, (1998), « Condom use increases, social marketing campaigns to prevent aids have made condoms readily accessible and affordable », *Network-Family Health International*. Spring, Vol. 18, n°3

Flamholtz, E. and Lacey, J. (1981), « Personnel management, human capital theory, and human resource accounting, Industrial Relations », *Monograph Series*, n°27, UCLA

Fletcher, T. and McMichael, A.J. (1996), *Health at the crossroads: transport policy and urban health*, New York, NY, Wiley

Foucaul, M. (1984), *Histoire de la sexualité*, vol. 3, Paris, Gallimard, , 288 p.

Foucaul, M. (1984), *Histoire de la sexualité, vol. 2 : L'usage des plaisirs*, Paris, Gallimard, 296p.

Foucaul, M. (1976), *Histoire de la sexualité, vol. 1 : La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 224p.

Gagnon J.H. (2008), *Les Scripts de la sexualité. Essais sur les origines culturelles du désir*, Payot ; préface du Dr. Alain Giami

Ghebremichael M, Larsen U, Paintsil E. (2009), « Association of age at first sex with HIV-1, HSV-2, and other sexual transmitted infections among women in Northern Tanzania », *Sexually Transmitted Diseases*.;36 (9):570–576. [PMC free article] [PubMed]

Girin, J. (1989), *L'opportunisme méthodique. La recherche action en action et en question*, Paris, École Centrale

Godin, G. (1991), « L'éducation pour la santé: les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs », *Sciences Sociales et Santé*, 9 (1): 67-94

Godin, G., and Kok, G. (1996), « The theory of planned behavior: A review of its applications in health-related behaviors », *American Journal of Health Promotion*, 11, 87-98.

Gold, R.L. (1958), *Roles in sociological field observations*. Social Forces, 36, 217-223.

Goldberg M., Melchior M., Leclerc A. et Lert F. (2002), « Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé », *Sciences sociales et santé*, n° 4 (20) : 75-128.

Green, E.C. (1988), « AIDS in Africa: An Agenda for Behavioral Scientists ». In N. Miller et F. Rockwell, *AIDS in Africa : The Social and Policy Impact*, (pp.175-196). New-York, Mellen Press

Goodstein, D. (1996), *conduct and misconduct in science*, en ligne, consulté le 21 décembre 1996; URL : http://www.caltech .edu

Harold, G.T., Fincham, F. D., Osborne, L.N. and Conger, R.D. (1997), « Mom and dad are at it again: Adolescent perceptions of marital conflict and psychological distress », *Developmental Psychology*, 33, 333-350.

Hawe P. (2009), « The social determinants of health: how can a radical agenda be mainstreamed? », *Can J Public Health* ; 100:291-3.

Hilts, P.J. (1995), « A university and 4 scientists must pay for pilfered work », *New York Times*, 19 mai, p.A20

Ilunga Kayombo B. (1997), *Quand les enfants crient misère*, Médiaspaul, 128 pages

Institut Panos, (1993), *Le vrai coût du SIDA. Un nouveau défi au développement*, Paris, L'Harmattan, 273p.

Jamoulle, P., (2000), *Drogues de rue : récits et styles de vie*, Paris/Bruxelles : De Boeck & Larsier s.a.

Juan, S. (1986) « L'ouvert et le fermé dans la pratique du questionnaire », *Revue française de sociologie*, vol. XXVII, pp. 301-316.

Jukes, M., Simmons, S. and Bundy, D. (2008), « Education and vulnerability: the role of schools in protecting young women and girls from HIV in southern Africa », *AIDS*, 22 (4); S41:S56.

Junker, Buford H. 1960. *Field Work: An Introduction to the Social Sciences*, Chicago, University of Chicago Press

Kabamba, L, Schirvel, C. and Mukalay Wa Mukalay, (2011), « A Understanding couples' attitudes on prenatal HIV testing in the Democratic Republic of Congo », *Rev Epidemiol Sante Publique* ; 59(6):379-83.

Kabongo, P. (1951), « La prostitution au CEC d'Elisabethville », *Bulletin Du CEPSE,* n°17, p. 182

Kaishusha, B.P. and Kadima, J.L. (2009), « Treatment adhesion and factors affecting it at the Kadutu Clinic (Democratic Republic of the Congo) », *Santé*. Oct-Dec;19(4):205-15.

Kalaba, G. (2001), *Eléments d'anthropologie médicale*, Lubumbashi, Presses universitaires de Lubumbashi, 71p.

Kalaba, G. (2002), « Les bars et les femmes libres de Kamalondo », in Violaine, S. (éd.), *Femmes-modes-musique,* Paris, L'harmattan

Kalambayi, B. (2007), Sexualité des jeunes et comportements sexuels à risque à Kinshasa (R.D. Congo), Thèse de doctorat en Démographie U.C.L, 378p.

Kanato, M. and Saranrittichai, K. (2006), « Early experience of sexual intercourse a risk factor for cervical cancer requiring specific intervention for teenagers », *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* ;7(1):151–153.

Kaufmann, J.C. (2011), *L'enquête et ses méthodes : l'entretien compréhensif*, Armand Colin, 128p.

Kaumba, L. (éd.) (2004), *Le phénomène enfant de la rue au Katanga*, rapport de la 14ème session de recherche de l'observatoire du changement urbain, UNILU

Kanku Mukengeshayi, J. (2005), *Politique sociale et politique familiales et structures démographiques dans le haut Katanga industriel,* RD Congo*, cas de l'Union Minière du Haut Katanga Gécamines, 1925 - 1990*, thèse de doctorat en histoire, UNILU

Kayabala J.R. (2004), « L'organisation sociale du travail en Afrique noire et traditionnelle », *Cahiers de philosophie et des sciences du travail*, Lubumbashi, p.38.

Kayiba, E. (2005), « Les causes de l'évolution de l'AMPM, de l'écart d'âge entre les époux de la dot et de la polygamie de 1967 à 2005 à Kinshasa », in *acte du XXV congrès général de la population à Tours France du 18 au 23 juillet 2005*. p.1 - 22.

Kerig, P.K., Cowan, P.A. and Cowan, C.P. (1993), « Marital quality and gender differences in parent-child interaction », *Developmental Psychology*, 29, 931-939.

Kleinman, A. (1995), « Writing at the Margin. Discourse Between Anthropology and Medicine », *Management Review*, Berkeley, University of California Press, vol. 24, n° 4, p. 691-710.

Krieger N, Chen JT and Ebel G. (1997), « Can we monitor socioeconomic inequalities in health? A survey of U.S. health departments' data collection and reporting practices ». *Public Health Rep,* 112:481-91.

Ku L, Sonenstein F.L. And Pleck J.H. (1993), « Neighborhood, family, and work: influences on the premarital behaviors of adolescent men », *Soc Forces* ; 72:479–503.

Lagarde de, J., (1998), *Initiation à l'analyse de données*, Ed. Dunod, 3ème édition, 162p.

Lamour, M. et Barraco, M. (1998), *Souffrances autour du berceau*, Montréal, Gaëtan Morin éditeur

Laville, C. et Dionne, J. (1996), *La construction des savoirs: manuel de méthodologie en sciences humaines,* Montréal, Édition Chenelière/McGraw-Hill

Lebart, L., Piron, M. et Morineau, A. (2006), *Statistique exploratoire multidimensionnelle*, Paris, Dunod, (4ème edition, refondue [new version]), 480p.

Lebart, L. et Salem, A. (1988), *Analyse statistique des données textuelles, Questions ouvertes et lexicométrie*, Paris, Dunod, 209p.

Lebrun J-P. (2005), « Avant-propos », in Jean-Pierre Lebrun, *Les désarrois nouveaux du sujet*, ERES « Point Hors Ligne », p. 9-11.

Lecourt, D. (dir.) (2004), *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, PUF/Quadrige, réédition

Lecourt D. (dir.), (1999), *Dictionnaire d'histoire et philosophie des sciences*, Paris, PUF/Quadrige, 4e réédition

Lepak, D. and Snell, S. (1999), « The human resource architecture: toward a theory of human capital allocation and development », *Academy of Management Review*, 24 (1): 31-48.

Levay, S and Baldwin, J. (1996), *Human Sexuality,* Sinauer Associates, 3e edition

Luboya Diambila, A. (2003), « Santé publique et anthropologie médicale : vers une convergence? », *Likundoli. Enquête d'histoire congolaise* ; pp. 223-234.

Lucchini, R. (1996), *Sociologie de la survie : l'enfant dans la rue,* Paris, PUF

Lhomond, B. (2009), « Qu'est-ce qu'un rapport sexuel? Remarques à propos des enquêtes sur les comportements sexuels », *Mots*, n° 49, pp. 106-115.

Lwamba Bilonda, (2002), « la musique katangaise moderne », in Violaine, S. (dir), *Femmes-modes-musique*, Paris, L'harmattan

Madungu Tumwaka, P., Kabwe Kabeya, J. et Kayiba Mbelu, E. (2009), *L'épidémiologie du VIH/SIDA en RDC. Une analyse secondaire de l'EDS-*

RDC-2007, XXVIème Congrès Général de la Population/Marrakech, Maroc

Martineau, S. (2005), « L'instrumentation dans la collecte des données », *Actes du colloque Recherches qualitatives* – Hors Série – numéro 2, UQTR.

Masengo-Bwanga, Bula Bula A, Tambwe Mbuyi M, Maloba Nday, Kalenga B, Luboya N. (1988), [Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) in Lubumbashi. Clinical and epidemiological observations], *Bull Soc Pathol Exot Filiales*, 81(2):159-62.

Ministère du plan de la République Démocratique Congo (2008), *Enquête démographique et de santé 2007*, Kinshasa, pp. 105–131.

Mongeau, P. (2008), *Réaliser son mémoire ou sa thèse. Côté Jeans & côté Tenue de soirée*, Québec, Presses de l'Université du Québec

Morel, M.F. (1980) « L'entrée dans la parentalité. Approche historique », in Badinter, E., *L'amour en plus*, Paris, Flammarion

Mucchielli, R. (2006), *L'analyse de contenu*, Ed. ESF

Mudingayi A, Lutala P. and Mupenda B. (2011), « HIV knowledge and sexual risk behavior among street adolescents in rehabilitation centres in Kinshasa; DRC: gender differences », *Pan Afr Med J* ;10:23.

Mufula Jive, J. (2006), *Ça ne s'impose pas*, médiaspaul, 96 pages

Mufula Jive, J. (2005), *Enfant de guerre*, Médiaspaul, 48p.

Mupoyi Lungonzo, A. (2009), *Le divorce : Guide pratique de la législation congolaise*, médiaspaul 164p.

Mwembo Tambwe A Nkoy, A. (2012), *Optimisation de la couverture opérationnelle de la prévention de la transmission mère - enfant du VIH a Lubumbashi, République Démocratique du Congo : quelle stratégie adopter ou renforcer ?*, Thèse de doctorat en santé publique, ULB

Mwembo-Tambwe AN, Kalenga MK, Donnen P, Humblet P, Chenge M, Dramaix M, Buekens P. (2013), [HIV testing among women in delivery rooms in Lubumbashi, DR Congo: A catch-up strategy for prevention of mother-to-child transmission.], *Rev Epidemiol Sante Publique*. 18

Neirinck, C. (2001), *De la parenté à la parentalité*, Erès

Nic Gabhainn, S., Baban, A., Boyce, W., Godeau, E. and Wagener, Y. (2009), « How well protected are sexually active 15-year olds? Cross-national patterns in condom and contraceptive pill use 2002-2006 », *International Journal of Public Health;* 54(2):S209–S215.

Nicolaï, H., Gourou, P. et Mashini, M. (1996), *L'espace Zaîrois. Hommes et milieux*, Paris, L'harmattan

Ngatu, N.R., Phillips, E.K., Wembonyama, O.S., Hirota, R., Kaunge, N.J., Mbutshu, L.H., Perry, J., Yoshikawa, T., Jagger, J. and Suganuma, N. (2012), « Practice of universal precautions and risk of occupational blood-

borne viral infection among Congolese health care workers », *Am J Infect Control*., Feb;40(1):68-70.e1.

Nzakuna Sedi, P. (2010), *L'Education sexuelle des adolescents 4*, 144p.

Organisation mondiale de la Santé (2010), *Collaborer avec les individus, les familles et les communautés pour améliorer la santé maternelle et néonatale*, Genève; pp. 12–29.

Olson, D.H. and Gorall, D.M. (2003), « Circumplex model of marital and family systems », in Walsh F., *Normal Family Processes. Growing Diversity and Complexity* (3rd Ed.), New York, The Guilford Press, pp. 514-548.

Otshudiongo, J., (2010), *Sexualité et Sexotherapie Image"Tabou, mythe ou réalité?"*, Médiaspaul, 176p.

Page, R.M. and Hall, C.P. (2009), « Psychosocial distress and alcohol use as factors in adolescent sexual behavior among sub-saharan african adolescents », *Journal of School Health*; 79(8):369–379.

Palloni, A. (1987), « Santé et mortalité aux jeunes âges dans les pays en voie de développement », *Annales de la Société Belge de Médecine Tropicale*, vol 67, supplément, pp 31-45.

Pappas G. (1994), « Elucidating the relationships between race, socioeconomic status, and health », *Am J Public Health* ; 84:892–893.

Pascoe E.A. and Smart Richman L. (2009) « Perceived discrimination and health: a meta-analytic review », *Psychol Bull* ; 135:531-54.

Paquet G. (2005), *Partir du bas de l'échelle. Des pistes pour atteindre l'égalité sociale en matière de santé,* Montréal, Les Presses de l'université de Montréal, 152p.

Peltzer, K. (2009), « Prevalence and correlates of substance use among school children in six African countries », *International Journal of Psychology*; 44(5):378–386.

Peltzer, K. and Pengpid, S., (2011), « Prevalence and social correlates of sexual intercourse among school-going adolescents in Thailand ». *ScientificWorldJournal*; 11:1812-20.

Penot, J. (1989), *Le guide de la thèse*, Paris : édition de l'Espace Européen

Petit, E. (2004), La *sexualité féminine au fil de la vie*, presse du châtelet, Paris, Fayard

Petit P, (2003), *Ménages de Lubumbashi entre précarité et recomposition.* Paris, L'harmattan

Pettifor, A., O'Brien, K., MacPhail, C., Miller, W.C. and Rees, H. (2009), « Early coital debut and associated HIV risk factors among young women and men in South Africa », *International Family Planning Perspectives*; 35(2):82–90.

Pequegnat, W. and Stover, E. (2000), « Behavioral prevention is today's AIDS Vaccine », *AIDS*, 14 Supplement 2, S1-7.

Pheterson, G. (2001), *Le prisme de la prostitution*, Paris, L'Harmattan

Pilon, M., 2003*. Confiage et scolarisation en Afrique de l'ouest : un état des connaissances.* Preparation of the 2003 EFA Monitoring report of Unesco.

Pilon, M. (2002), « Scolarisation et travail des enfants en Afrique : apports et limites des sources de données démographiques », *Colloque international de l'AIDELF Enfants d'aujourd'hui diversité des contextes, pluralité des parcours*, Dakar, 10-13 décembre 2002, vol.2, pp.121-131)

Piot, P. and Laga, M. (1988), « Prostitutes: a high risk group for HIV infection? », *Soz Praventiv med* , 33(7):336-9.

Porqueres, E. (2010), « Famille », in Danièle Hervieu-Léger et Régine Azria (dirs.), *Dictionnaire des faits religieux*, Paris, P.U.F.

PNLS (2010), Rapport épidémiologique de surveillance du VIH chez les femmes enceintes fréquentant les structures de CPN en 2009; Kinshasa. PNMLS.

Poncelet, M. et al. (2006), *Les ONGs en villes africaines : Etudes de cas à Cotonou (Benin) et à Lubumbashi (RDC)*, Louvain-La-Neuve, Bruyant-Académia

Poussin, G. (1993), *Psychologie de la fonction parentale*, collection familles

clinique, Privat

Ragin, C.C, (1987), *The Comparative Method*, University of California Press.

Raphael D. (2004), « Introduction to the social determinants of health » in: Raphael D, (ed), *Social determinants of health: Canadian perspectives,* Toronto, Canadian Scholar's Press, Inc.; p. 1-8.

Rehkopf DH, Haughton LT, Chen JT, Waterman PD, Subramanian SV and Krieger N. (2006), « Monitoring socioeconomic disparities in death: comparing individual-level education and area-based socioeconomic measures », *Am J Public Health* ; 96:2135-8.

République Démocratique du Congo (2006), *Document de Stratégie de la Croissance et de la Réduction de la Pauvreté (DSCRP)*, Kinshasa; pp. 13–20.

République du Zaïre (1987), « Code de la famille du 1er août 1987 », journal officiel

Reynaud M. (2005), *L'amour est une drogue douce ... en général*, Robert Laffont

Rosato M, Laverack G, Grabman LH, Tripathy P, Nair N, Mwansambo C. et al. (2008), « Community participation: lessons for maternal, newborn, and

child health », *Lancet*.;372:962–971.

Rosen G. (1993), *A History of Public Health*, Baltimore & London, The Johns Hopkins University Press

Ruangkanchanasetr, S., Plitponkarnpim, A., Hetrakul, P. and Kongsakon, R. (2005), « Youth risk behavior survey: Bangkok, Thailand », *Journal of Adolescent Health*; 36(3):227–235.

Rudatsikira, E., Ogwell, A.E., Siziya, S. and Muula, A.S. (2007), « Prevalence of sexual intercourse among school-going adolescents in Coast Province, Kenya », *Tanzania health research bulletin*; 9(3):159–163.

Rwenge, M. (2002,) « Culture, genre, comportements sexuels et MST/SIDA au Cameroun (province de l'Ouest et du Centre) », *Les cahiers de l'IFORD*, N°28, Cameroun, Yaoundé, 276p.

Rwenge, M. (2000), « Comportements sexuels à risques parmi les jeunes de Bamenda, au Cameroun », *Perspectives internationales sur le planning familial*, numéro spécial, pp.13-18. [Disponible sur http://www.guttmacher.org/].

Rwenge, M. (1999), « Changement social, structures familiales et fécondité en Afrique subsaharienne : le cas du Cameroun », *Cahiers de l'IFORD*, 26, Yaoundé, IFORD, 247 p

Saint Moulin de, L. (2008), « Les problèmes de l'éducation », in *Congo - Afrique*, N°427, pp. 578 - 593.

Sanders, M.R., Nicholson, J.M. and Floyd, F. J. (1997), « Couple's relationships and children », in: Halford, W.K. and Markman H.J. (Eds), *Clinical handbook of marriage and couples interventions Wiley*, New York, (pp. 225-253)..

Scaramela, L.V., Rand, D.C., Spot, R. and Simons, R.L. (2002), « Evaluation of a social contextual model of delinquency: A cross-study replication », *Child Development*, 73 (1), pp. 175-195.

Sheeran, P. (2002), « Intention-behavior relations: A conceptual and empirical review », *European Review of Social Psychology,* W. Stroebe and M. Hewstone Chichester Wiley. 12: 1-30.

Silbert, M.H. and Pines, A.M. (1983), « Early sexual exploitation as an influence in prostitution », *Social Work*, n° 8 : 285-289.

Simons R.L., Kuei-Hsiu Lin, Leslie, C.G., Rand, D.C. and Frederick, O.L. (1999), « Explaining the higher incidence of adjustment problems among children of divorce compared with those in two-parent families », *Journal of Marriage and the Family*, 61 (4), pp. 1020-1033.

Singh G.K. and Yu SM. (1996), « US childhood mortality, 1950 through 1993: trends and socioeconomic differentials », *Am J Public Health* ; 86:505–512.

Singly de, F. (2012), *L'enquête et ses méthodes : Le questionnaire*, Paris, Armand Colin, 128p.

Siziya, S., Muula, A.S., Kazembe, L.N. and Rudatsikira, E. (2008), « Association of adolescents' history of sexually transmitted disease (STD) and their current high-risk behavior and STD status: a case for intensifying clinic-based prevention efforts ». *BMC Pediatr*. Feb 11; 8:6

Solotshi Muyunga, Assumani Salimini and Assani Ali Arkamose. (1992), « Répartition spatiale et facteurs géographiques des accidents de circulation à Lubumbashi (Zaïre) en 1988 ». *Géokin : bulletin géographique de Kinshasa,* Volume 3 #1. p. 45-57.

Sperber, D. (1996), *La Contagion des idées. Théorie naturaliste de la culture*, Paris, Odile Jacob

Stierlin, H. (1974), *Separating Parents and Adolescents. A Perspective on Running Away, Schizopherenia and Waywardness*, New York, Quadrangle, 204p.

Stocker, C.M. and Youngblade, L. (1999), « Marital conflict and parental hostility: Links with children's sibling and peer relationships », *Journal of Family Psychology*, 13, 598-609.

Talnan, E., Anoh, A. et Zanou, B. (2002), « Inégalités sociales et comportements sexuels à risque chez les jeunes en milieu urbain ivoirien »,

Etude de la population africaine, vol 19 Supplément B [Disponible sur https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/5826/1/ep04035.pdf

Tarlov, A.R. (1999), « Public policy frameworks for improving population health », *Ann N Y Acad Sci* ; 896:281-93.

Tenenhaus, M (2006), *Statistique. Méthode pour décrire, expliquer et prévoir*, Dunod, 2e édition, 679p.

Tessier, S. (2005), « Distances, ponts, liens et chausse-trappes », in Tessier, S.(éd.), *L'enfant des rues. Contribution à une socio-anthropologie de l'enfant en grande difficulté dans l'espace urbain,* Paris, L'Harmattan, pp. 13-38.

Théry, I. (1998), *Couple, filiation et parenté aujourd'hui*, Paris, Odile Jacob,

Théry, I. (1995), « Identifier le parent », in *Les figures de la parenté*, Informations sociales, n°46, p8-20.

Triandis, H.C. (1980), « Values, attitudes, and interpersonal behaviour », *Nebraska Symposium on Motivation*, 27:195-259,

UNAIDS (2013), *2012 UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic,* Switzerland, Geneva

UNICEF, (2010), *Enquête nationale sur la situation des enfants et des femmes, Rapport d'analyse, volume II*, Kinshasa. www.syfia-grands-lacs.info (consulté le 27 février 2009)

UNICEF, (2001), *Enquête nationale sur la situation des enfants et des femmes, Rapport d'analyse, volume II,* Kinshasa.

Vandernotte, C. (2012a), *La démarche autobiographique, une voie d'accomplissement,* Editions du Souffle d'Or,

Vandernotte, C. (2012b), « La démarche autobiographique, un outil au service des acteurs de développement », In *développement & civilisations, La revue du Réseau international pour une Économie humaine* n°408-409, disponible sur www.lebret-irfed.org

van Griensven, F., Supawitkul, S., Kilmarx, P.H. et al. (2001), « Rapid assessment of sexual behavior, drug use, human immunodeficiency virus, and sexually transmitted diseases in northern thai youth using audio-computer-assisted self-interviewing and noninvasive specimen collection », *Pediatrics*.;108(1):p. E13.

Vangroenweghe, D. (2000), *Sida et sexualité en Afrique*, EPO, Anvers.

Villers de, G. (2002), Introduction, in de Villers G., Jewsiewicki, B. et Monnier, L., *Manières de vivre. Economie de la « débrouille » dans les villes du Congo/Zaïre,* Paris, L'Harmattan

Ward, H., Day, S., Mezzone, J., Dunlop, L., Donegan, C., Farrar, S., Whitaker, L., Harris, J.R. and Miller, D.L. (1993), « Prostitution and risk of HIV: female prostitutes in London », Aug 7; 307(6900):356-8. Comment in *BMJ*, 16; 307(6910):1007.

Webb, T.L. and Sheeran, P. (2006), « Does changing behavioral intentions engender behavior change? A meta-analysis of the experimental evidence » *Psychol Bull*, 132(2): 249-68.

WHO. (2009), *Combler le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Commission on social determinants of health (CSDH)*. Résumé analytique du rapport final, août.

WHO. (2008a), *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Commission on social determinants of health (CSDH). Final Report*, août

WHO. (2008b), *Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health,* Geneva

WHO. (2007), *A Conceptual Framework for action on the social determinants of health. Commission on social determinants of health (CSDH). Discussion paper for the Commission on social determinants of health*. Draft, April, WHO Europe, Copenhagen.

WHO. (1994), « Mother-Baby Package: implementing Safe Motherhood », in Countries, Genève, pp. 5–25.

Widom, C.S. and Kuhns, J.B. (1996), « Childhood victimization and subsequent risk for promiscuity, prostitution, and teenage pregnancy: a prospective study », *American Journal of Public Health*, vol. 86, n° 11: 1607-1612.

Woodward A, Kawachi I. Why reduce health inequalities? J Epidemiol Community Health 2000;54:923-9.

Zalduondo, B.O. and Bernard, J. (1995), « Meanings and consequences of sexual-economic exchange », *Annual Review of Sex Research*, vol.12, pp.1-32.

Zimmer-Gembeck, M.J. and Helfand, M. (2008), « Ten years of longitudinal research on U.S. adolescent sexual behavior: developmental correlates of sexual intercourse, and the importance of age, gender and ethnic background », *Developmental Review*; 28(2):153–224.

TABLE DES MATIERES

DEDICACE i
EPIGRAPHE ii
AVANT PROPOS iii
SIGLES ET ABRÉVIATIONS vii
LISTE DES TABLEAUX ix
LISTE DES FIGURES ET GRAPHIQUEs..... x
RESUME xi
SUMMARY xiv
INTRODUCTION GENERALE 1
0.1. ETAT DE LA QUESTION 3
0.1.1. Les explications socioculturelles 8
0.1.2. Les explications économiques 11
0.1.3. Les explications institutionnalistes 13
0.1.4. Les explications transversales 14
0.2. PROBLEMATIQUE 17
0.3. HYPOTHESES 23
0.4. OBJECTIFS 28
0.5. SUBDIVISION DU TRAVAIL 28
0.6. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 30
CHAPITRE I 45
MODELE THEORIQUE A PRIORI 45
I.1. NOTION DE DETERMINANT EN SCIENCES SOCIALES 46
I.2. DETERMINANTS SOCIO-FAMILIAUX DE LA SANTE 48
I.1.1. La famille 55
I.1.2. Le cadre de vie 57
I.1.3. Modèle de « comportements sexuel » 60
1.3. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 66
CHAPITRE II 72
METHODOLOGIE 72
II.1. PRÉSENTATION DU CADRE SOCIO-SPATIAL 73
II.2. POPULATION DE L'ÉTUDE 76

II.3. LES ENQUETES PROPREMENT-DITES 78
II.3.1. Enquêtes par questionnaire 78
II.3.2. Entretiens semi-structurés 86
II.3.3. Observation en situation 95
II.4. TECHNIQUES D'ANALYSE DES DONNEES 99
II.4.1. L'analyse de contenu 99
II.4.2. Les techniques statistiques 100
II.5. DIFFICULTES ET PROBLEMES ETHIQUES 102
II.6. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 107
CHAPITRE III 113
RESULTATS 113
III.1 VOLET QUALITATIF 113
III.1.1. Les cadres socio-familiaux des PS 113
III.1.2. Perceptions des IST/SIDA et pratiques préventives 115
III.1.3. Récits types 120
III.1.3.1. Récit n°1 120
III.1.3.2. Récit n°2 121
III.1.3.3. Récit n°3 122
III.1.3.4. Récit n°4 123
III.1.3.5. Récit n°5 127
III.2. VOLET QUANTITATIF 131
III.2.1. Statut sexuel 131
III.2.2. Sexualité précoce 133
III.2.3. Multi partenariat sexuel 133
III.2.4. Utilisation du préservatif 134
III.2.5. Déclarations des IST 135
III.2.4. Caractéristiques socio-familiaux des ADO de l'échantillon 141
CHAPITRE IV 147
DISCUSSION GENERALE 147
IV.1. DISCUSSION 147
IV.2. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 197
CONCLUSION GENERALE 207
SUGGESTIONS 220
BIBLIOGRAPHIE 223

TABLE DES MATIERES 255
Annexe 1 : Manuel de l'enquêteur 258
Annexe 2 : Guide d'entretien avec les PS 260
Annexe 3 : Formulaire d'enregistrement des réponses des enquêtés (volet quantitatif) 261
Annexe 4 : Présentation de l'OCU 266
Annexe 5 : Les modules de recherche de l'OCU 267
Annexe 6 : Activités sexuelles des adolescentes et jeunes adultes en RDC en 2010 268
Annexe 7 : Grossesses précoces 269
Annexe 8 : scolarité des orphelin (e)s et des non orphelin (e)s 270
Annexe 9 : Localisation de la ville de Lubumbashi 271

Annexe 1 : Manuel de l'enquêteur

Titre du projet : Les référentiels des compétences parentales en prévention contre les IST/SIDA parmi les adolescents et adolescentes à Lubumbashi.

Introduction

Ce guide d'entretien doit permettre aux enquêteurs d'identifier les compétences au niveau familial et extrafamilial liées aux comportements sexuels. Le diagnostic posé doit repérer les facteurs favorisant l'éducation et ceux qui risquent de la limiter. C'est en prenant appui sur les facteurs favorables, c'est-à-dire les points forts que l'éducation va pouvoir s'entreprendre. Les potentialités parentales et autres familiales et extrafamiliales ainsi déterminées constituent une porte d'entrée pour négocier les compétences à acquérir et planifier l'éducation (par quoi commencer, et comment s'y prendre).

La technique de recueil de l'information qui se déroule lors de la présente investigation oblige une relation de face à face entre enquêteur et enquêté. Il s'agit d'un entretien semi-directif ; c'est-à-dire portant sur un certain nombre de thèmes qui sont identifiés dans le guide d'entretien.

Finalités de l'enquête

- ❖ Obtenir des informations, perceptions, sentiments, attitudes ou opinions de la part de l'enquêté ;
- ❖ Comprendre ce que les personnes font, pensent ou peuvent penser, la manière d'agir concernant un sujet précis ;
- ❖ Approfondir des points importants et initialiser une démarche participative

Structure de l'entretien

L'entretien est divisé en 3 phases :

- la préparation
- la réalisation
- le suivi

1 - La préparation de l'entretien

- ✓ s'assigner des objectifs précis
- ✓ faire l'inventaire des informations déjà disponibles, documents,
- ✓ lister les personnes à interroger (nombre limité mais représentatif de personnes)
- ✓ planning des entretiens
- ✓ préparer un guide de l'entretien basé sur les grands thèmes à aborder
- ✓ rédiger les questions de manière à interroger l'interlocuteur sur chaque thème, en appliquant le principe FOCA :
- ✓ Quels sont les Faits ? (objectivité)
- ✓ Quelle est votre Opinion ? (subjectivité)
- ✓ Que faudrait-il Changer ? (suggestions)

- ✓ Quelles actions avez-vous entreprises ? (attitude face au changement)

2 - La réalisation de l'entretien

- o choisir un lieu qui permet de préserver la convivialité et la confidentialité
- o Se faire éventuellement présenter par le responsable de l'entité
- o Exprimer clairement le cadre et l'objectif de l'entretien
- o Présenter le plan et la durée de l'entretien
- o Informer l'interlocuteur du caractère anonyme (prévoir si nécessaire les règles de confidentialité) et universitaire de l'étude ; un compte rendu sera soumis pour validation à la suite de l'entretien
- o Obtenir l'accord de l'interlocuteur sur le fonctionnement proposé

3- Conduite de l'entretien

- créer un climat favorable par une attitude d'ouverture et d'écoute
- conduire l'entretien à l'aide du guide
- Prendre des notes détaillées et précises
- commencer avec des questions ouvertes pour favoriser l'expression de la personne
- compléter par des questions fermées de façon à obtenir certaines précisions
- utiliser la reformulation pour vérifier et faire préciser les informations
- permettre à l'interlocuteur de faire le point sur l'avancement de l'entretien :
  - o par des reformulations sur les aspects importants et complexes
  - o par des synthèses à l'issue de chacune des parties importantes
- écouter, ne jamais porter de jugement
- adapter la conduite de l'entretien à l'interlocuteur
- durée de l'entretien ne dépassant pas 2 heures

4- Synthèse de l'entretien avec la personne

- faire la synthèse pour l'interlocuteur de ce qui a été dit lors de l'entretien
- rappeler la suite qui sera donnée à sa contribution

5- Suivi de l'entretien

- relire les notes le plus tôt possible après l'entretien
- rédiger le compte rendu très rapidement
- faire valider le compte rendu par l'interlocuteur en lui demandant, si besoin est, des informations complémentaires
- exploiter l'entretien le plus rapidement possible

Annexe 2 : Guide d'entretien avec les PS

Intitulé de la mission : **Enquête sur les parcours de vie des adolescentes de Lubumbashi.**			Date de l'entretien :
Objectifs de l'entretien	❖ Obtenir des informations, perceptions, sentiments, attitudes ou opinions de la part de l'enquêté ; ❖ Comprendre ce que les personnes font, pensent ou peuvent penser, la manière d'agir concernant un sujet précis ; ❖ Approfondir des points importants et initialiser une démarche participative.		
Thèmes	❖ Ils constituent les dix champs sur lesquels ont porté les indicateurs du questionnaire utilisé dans le cadre de l'approche quantitative. ❖ Ces thèmes sont : naissance, scolarité, migrations, caractéristiques des familles ayant abrités la personne, occupations de la personne, décès de membres de la famille au cas où la participante en a connus, pratiques sexuelles en commençant par les premiers rapports sexuels pour terminer par les conduites subséquentes, début de la prostitution et exercice de cette activité.		
Nom et fonction de l'interlocuteur			
	Thèmes clés	Questions	POURQUOI ?
QUOI ?	Activités ? Information ? Comportements/sexuels notamment ? Fonction ?	Quelles sont les activités de X ?	
QUI ?	Personne ? Qualification ? Structure ?	Qui est l'acteur ?	
OU ?	Lieu ? Situation ? Implantation ? Poste ?	Où sont survenus les faits ?	
QUAND ?	Moment ? Fréquence ? Ordre ? Séquence ? Durée ?	Quand les informations ont-elles été disponibles ?	
COMMENT ?	Procédures ? Méthodologie ? Circuit ? Matériel ?	Disposition ?	
COMBIEN ?	Quantité ? Coût ? Temps ?	Quelle est l'ampleur des phénomènes ?	

Annexe 3 : Formulaire d'enregistrement des réponses des enquêtés (volet quantitatif)

Numéro d'identification	
Heure début : ……Heure fin : …….. Date : …/…./2008	
Question	Réponse
Q.1 sexe	Féminin
	Masculin
Q.2 allez-vous à l'école ?	Oui (*continuer avec Q.3*)
	Non (*si Q.2 = Non, passer à Q.7*)
Q.3a quel est le réseau auquel appartient cette école	
Q.3b dans quelle classe êtes-vous ?	
Q.4 avez-vous déjà changé d'école ?	Oui (*continuer avec Q.5*)
	Non (*passer à Q.10*)
Q.5 combien d'écoles avez-vous déjà fréquenté ?	
Q.6 de quelle école êtes-vous parti vers l'école que vous fréquentez actuellement ?	Filles → Filles et Garçons
	Garçons → Filles et Garçons
	Filles et Garçons → Filles
	Filles et Garçons → Garçons
	Filles →filles
	Garçons → Garçons
	Filles et Garçons →
Q.6 pourquoi avez-vous changé d'école ? (*passer à Q. 10*)	
Q.7 pourquoi n'allez-vous pas à l'école ?	
Q.8 depuis quelle année n'allez-vous pas à l'école ?	
Q.9 dans quelle classe vous trouviez vous au moment où vous avez cessé d'aller à l'école ?	
Q.10 votre père géniteur est-il en vie ?	Oui (*continuer avec Q.11)*
	Non (*passer à Q.12*)
Q.11 quelles sont les activités de votre père ? (*passer à Q. 14*)	
Q.12 en quelle année est-il mort ?	
Q.13 quelles activités votre père exerçait-il avant sa mort ?	
Q.14 votre mère est-elle en vie ?	Oui (*continuer avec Q.15)*
	Non (*passer à Q.16*)
Q.15 quelles activités exerce-t-elle ?	(*passer à Q. 18*)

Q.16 en quelle année est-elle morte ?				
Q.17 quelle(s) activité(s) votre mère exerçait-elle avant sa mort ?				
Q.17a si tous les deux parents vivants, sont-ils ensemble ?	Oui (passer *Q.18)*			
	Non (*continuer avec Q.17a)*			
Q.17b votre père s'est-il remarié ?				
Q.17c votre mère s'est-il remariée ?				
Q.18 combien êtes-vous dans votre famille (*du même lit*) ?				
Q.19 vous êtes le quantième enfant de la famille (*du même lit*) ?				
Q.20 combien des sœurs (*du même lit*) avez-vous ?				
Q.21 combien des frères (*du même lit*) avez-vous ?				
Q.22 y a-t-il parmi vos frères et sœurs ceux qui n'habitent plus avec vous ?	Oui (*continuer avec Q.23)*			
	Non (*passer à Q.24*)			
Q.23 quels sont leurs âges respectifs de ceux de vos frères et sœurs qui n'habitent pas avec vous, leur sexe, localité où ils résident et les raisons pour lesquelles ils n'habitent plus avec vous ?	sexe	âge	résidence	raisons
Q.24 en quelle année êtes-vous né(e) : (*date précise si possible*)				
Q.25 où êtes-vous né(e) ? (*Si né(e) à **Lubumbashi**, passer à Q.32*)				
Q.26 à quel âge êtes-vous arrivé à Lubumbashi ?				
Q.27 avec qui êtes-vous venu vous installer à Lubumbashi ?				
Q.28 pourquoi êtes-vous venu vous installer à Lubumbashi ?				
Q.29 dans quel quartier habitiez-vous au moment où vous êtes arrivé(e) à Lubumbashi ?				
Q.30 avec qui habitiez-vous chez vous ?	qualité		nombre	
	parents géniteurs			

	frères consanguins	
	cousins	
	autres parents	
	connaissance	
Q.31 quelle(s) était (étaient) l' (les) activité(s) des adultes de ce ménage ?	hommes	femmes
Q.32 dans quel quartier habitez-vous maintenant ? (*mentionnez le nom du quartier*)		
Q.33 depuis quelle année habitez-vous ce quartier ?		
Q.34 avec qui habitiez-vous ?	qualité	nombre
	parents géniteurs	
	frères consanguins	
	cousins	
	autres parents	
	connaissance	
Q.35 quelles étaient les activités des adultes de ce ménage ?	hommes	femmes
Q.34 avez-vous déjà habité un autre quartier ?	Oui (*continuer avec Q.35*)	
	Non (*passer à Q.46*)	
Q.35 dans quel quartier avez-vous habité avant ? (*mentionnez le nom du quartier*)		
Q.36 de quelle année à quelle année avez-vous habité ce quartier ?		
Q.37 avec qui habitiez-vous ?	qualité	nombre
	parents géniteurs	
	frères consanguins	

	cousins	
	autres parents	
	connaissance	
Q.38 quelles étaient les activités des adultes de ce ménage ?	hommes	femmes
Q.41 avez-vous habitez encore ailleurs	Oui *(continuer avec Q.42)*	
	Non (*passer à Q.46*)	
Q.42 dans quel quartier habitez-vous maintenant ? (*mentionnez le nom du quartier*)		
Q.43 depuis quelle année habitez-vous ce quartier ?		
Q.44 de quelle année à quelle année avez-vous habité ce quartier ?		
Q.45 quelles étaient les activités des adultes de ce ménage ?	hommes	femmes
Q.46 avez-vous un (une) copain (copine) ?	Oui (*continuer avec Q.47)*	
	Non (*passer à Q.49*)	
Q.47 quel âge a-t-il ?		
Q.48 où l'avez-vous rencontré pour la première fois ?	École	
	sur route	
	dans le quartier	
	autres	
Q.48a. ce copain ou copine vous a-t-il (elle) été présenté(e) par quelqu'un ?	Oui (*continuer avec Q.48b)*	
	Non (*passer à Q.49*)	
Q.48b. qui vous a présenté ce copain ou copine ?		
Q.49 en (un copain, une copine) avez-vous eu par le passé ?	Oui (*continuer avec Q.50)*	
	Non (*passer à Q.52*)	
Q.50 recevez-vous des cadeaux ou de l'argent de la part de vos copains ou copines ?	Oui	
	Non	
Q.51 offrez vous des cadeaux ou de l'argent à votre copain (copine) ?	Oui	
	Non	
Q.52 avez-vous déjà eu des rapports	Oui (*continuer avec Q.53)*	

sexuels ?	Non (*passer à Q.57*)
Q.53 au cours des 3 derniers mois, combien de fois avez-vous eu de rapports sexuels ?	
Q.54 combien des partenaires sexuels (le)s avez-vous eu au cours de la même période ?	
Q.55 à quel âge avez-vous eu des rapports sexuels pour la première fois	
Q.56 quel était l'âge de ton (ta) premier (ère) partenaire sexuels	
Q.57 avez-vous déjà constaté un bouton anormal sur ton sexe ?	Oui
	Non
Q.58 avez-vous déjà constaté une ou plusieurs plaies au sexe ?	Oui
	Non
Q.59 avez-vous déjà constaté des douleurs aiguës à la mixtion ?	Oui
	Non
Q.60 avez-vous déjà constaté un écoulement anormal et purulent ?	Oui
	Non
Q.61 avez-vous déjà utilisé le préservatif ?	Oui (*continuer avec Q.52)*
	Non (*terminer*)
Q.62 combien de fois l'avez-vous utilisé au cours de ces 3 derniers mois	

Date :
Enquêteur :

Merci

Annexe 4 : Présentation de l'OCU

L'Observatoire est une structure de recherche qui s'inscrit dans le cadre de la coopération entre l'Université de Lubumbashi et les universités belges francophones. C'est un projet initié dans le cadre de la CUD (Coopération universitaire au développement), une commission permanente du CIUF (Coordination interuniversitaire francophone). Il est placé sous la promotion, en ce qui concerne la partie congolaise, de Kakoma Sakatolo Zambèze, recteur honoraire de l'UNILU, et, en ce qui concerne la partie belge, de Pierre Petit, chercheur qualifié du FNRS. Le projet a concrètement démarré en mars 2000 et est actuellement inscrit comme activité au programme de coopération institutionnelle (CUI-UNILU) pour les années 2003-2007.

A travers ses études empiriques, l'Observatoire se propose de contribuer à une meilleure connaissance des transformations qui touchent les villes congolaises, et tout particulièrement Lubumbashi où le projet est installé. Seconde grande ville du pays avec son million d'habitants, véritable nœud de communication entre le Congo, l'Afrique orientale et l'Afrique australe – où se situe le pôle de développement le plus important du contient africain –, jadis capitale du cuivre et aujourd'hui du cobalt dont elle est le plus grand exportateur mondial, Lubumbashi compte déjà parmi les grandes métropoles africaines, et pourrait un jour, en jouant sur ses nombreux atouts, se situer au même rang que les deux mégalopoles voisines : Kinshasa et Johannesburg.

Depuis sa création, les études suivantes ont été réalisées : Lubumbashi 2000 : la situation des ménages dans une économie de précarité ; Byakula. Approche anthropologique de l'alimentation à Lubumbashi ; Le profil sanitaire du Lushois ; Education à Lubumbashi ; Identités lushoises ; Le paysage religieux de Lubumbashi ; Kiriyo. Deuils et prise en charge de la mort à Lubumbashi ; Actualisation de la carte de la ville de >Lubumbashi et de ses extensions à partir d'image de satellite ; La criminalité dans la ville de Lubumbashi

La qualité de l'enseignement technique face au marché de l'emploi à Lubumbashi

Il apparaît clairement que l'objectif que poursuit l'Observatoire est de constituer une banque de données multisectorielles devant servir de viatique indispensable pour le chercheur et de référence pour les planificateurs, décideurs politiques et intervenants dont plus particulièrement les organismes internationaux et bailleurs de fonds impliqués dans le développement de son environnement.

Pierre PETIT et Jean-Baptiste KAKOMA Sakatolo Zambèze

Annexe 5 : Les modules de recherche de l'OCU

N°	Période	Thèmes de recherche	Partenaires	Sites de recherche
1	Déc. 2004-fév.2005	Les abus et violences sexuels faits à l'enfant et à la femme au Katanga	CUD & UNICEF	Lubumbashi, Kasumbalesa
2	Fév. & Mars 2005	Les migrations à Lubumbashi	CUD	Lubumbashi
3	Mars & avril 2005	La gestion des soins de santé dans les entreprises de Lubumbashi : Bilan critique	GMF & CUD	Lubumbashi
4	Nov. 2005-jan. 2006	Pré enquête sur les enfants travailleurs dans les mines et carrières au Katanga	CUD	Lubumbashi, Likasi & Kolwezi
5	Jan.-mars 2006	Enquête participative sur le renforcement du rapport entre la société civile et les pouvoirs publics, condition de la lutte contre la pauvreté et la construction de processus démocratiques.	LEBRET &CUD	Lubumbashi
6	Avril-mai 2006	Diagnostic participatif de la commune annexe	CTB	Lubumbashi
7	Mai-juil. 2006	Enquête sur le travail des enfants dans les mines au Katanga	UNICEF & GROUPE ONE	Lubumbashi, Likasi & Kolwezi
8	Juin-août 2006	Enquête sur le travail des enfants dans les mines au Kasaï occidental	UNICEF	Tshikapa & Kananga
9	Juil.-sept. 2006	Enquête sur la structure du tissu économique dans les communautés locales de Lubumbashi	GROUPE ONE & PACT CONGO	Lubumbashi
10	Fév.-mars 2007	Enquête sur les comportements, attitudes et pratiques des soins aux jeunes enfants en RD Congo.	UNICEF	Katanga, Kasaï orienta & occidental

Annexe 6 : Activités sexuelles des adolescentes et jeunes adultes en RDC en 2010

Tableau HA.11: Rapports sexuels avec des partenaires occasionnels
Pourcentage de femmes âgées de 15-24 ans qui ont déjà eu des rapports sexuels, Pourcentage de celles ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, Pourcentage de celles qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire hors mariage, non cohabitant au cours des 12 derniers mois et Pourcentage de celles qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire hors mariage, non cohabitant au cours des 12 derniers mois et qui ont déclaré avoir utilisé un préservatif la dernier fois qu'elles ont eu des rapports sexuels avec ce partenaire, République Démocratique du Congo, 2010

		Pourcent. de femmes de 15-24 ans qui:		Nbre de femmes de 15-24 ans	Pourcent. de femmes qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire hors mariage, non cohabitant au cours des 12 derniers mois [1]	Nbre de femmes de 15-24 ans	Pourcent. de femmes de 15-24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire hors mariage, non cohabitant au cours des 12 derniers mois, et qui ont déclaré avoir utilisé un préservatif la dernière fois qu'elles ont eu des rapports sexuels avec ce partenaire [2]	Nbre de femmes âgées de 15-24 ans qui ont eu des rapports sexuels au cours de 12 derniers mois avec un partenaire hors mariage, non cohabitant
		ont déjà eu des rapports sexuels	ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois					
Province	Kinshasa	65,9	54,3	795	37,7	432	4,8	300
	Bas-Congo	79,7	66,5	282	33,0	187	5,4	93
	Bandundu	74,1	67,9	630	32,1	427	5,3	202
	Equateur	82,2	77,2	507	22,2	391	7,6	112
	Province Orientale	85,8	79,5	579	28,9	460	10,1	167
	Nord-Kivu	71,8	60,2	489	27,0	294	8,5	132
	Maniema	76,5	70,3	147	15,3	103	13,5	(22)
	Sud-Kivu	64,9	60,6	391	17,0	237	11,8	67
	Katanga	83,3	75,2	846	25,0	636	2,2	212
	Kasaï Oriental	61,1	55,7	424	6,1	236	,0	(26)
	Kasaï Occidental	72,3	62,6	329	9,7	206	,0	(32)
Milieu de résidence	Urbain	67,0	57,8	1862	30,6	1076	5,6	570
	Rural	78,7	71,3	3555	22,4	2535	6,4	796
Age	15-19	55,8	49,1	2685	28,0	1317	5,8	751
	20-24	93,2	83,9	2733	22,5	2294	6,4	615
Etat matrimonial	Déjà mariée/vécu avec 1 homme	99,8	94,3	2769	13,8	2610	8,6	382
	Jamais mariée/ vécu avec 1 homme	48,4	37,8	2649	37,1	1001	5,1	984
Instruction	Aucune	86,0	78,8	979	17,5	771	4,6	171
	Primaire	74,0	66,6	2104	19,9	1402	6,5	420
	Secondaire +	70,6	61,6	2334	33,2	1437	6,1	774
	Manquant/NSP	100,0	100,0	1	100,0	1	,0	1
Quintile de bien-être socioéconomique	Le plus pauvre	81,4	73,8	1075	20,5	794	3,0	220
	Second	78,9	73,7	984	22,0	726	5,0	216
	Moyen	76,2	68,0	1029	23,1	700	6,0	238
	Quatrième	76,1	67,8	1038	25,3	704	9,1	263
	Le plus riche	63,6	53,2	1291	33,2	687	6,2	428

Source : Institut National de la Statistique et Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples en République Démocratique du Congo, 2010, Rapport Final.

Annexe 7 : Grossesses précoces

		Pourcentage de femmes âgées de 15-19 ans qui :				Nombre de femmes âgées de 15-19 ans	Pourcentage des femmes âgées 20-24 ans ayant eu une naissance vivante avant l'âge de 18 ans [1]	Nombre de femmes âgées de 20-24 ans
		ont déjà eu une naissance vivante	sont enceintes d'un premier enfant	ont commencé leur vie féconde	ont eu une naissance vivante avant l'âge de 15 ans			
Province	Kinshasa	13,4	3,3	16,8	1,8	412	9,4	383
	Bas Congo	27,1	6,1	33,2	1,3	137	22,6	145
	Bandundu	13,2	4,0	17,2	,0	334	15,8	296
	Equateur	17,5	10,1	27,5	2,2	206	29,9	301
	Province Orientale	28,0	5,3	33,3	7,0	279	31,2	300
	Nord Kivu	22,7	6,1	28,8	3,9	271	31,0	218
	Maniema	30,6	13,5	44,0	8,5	67	30,1	80
	Sud Kivu	20,3	6,7	27,0	2,0	166	19,2	225
	Katanga	36,3	8,2	44,5	8,5	422	35,3	424
	Kasaï Oriental	18,6	3,8	22,4	2,4	216	28,7	208
	Kasaï Occidental	24,9	4,7	29,7	2,6	176	28,7	153
Milieu de résidence	Urbain	16,7	3,0	19,8	2,3	986	17,7	876
	Rural	25,8	7,6	33,4	4,5	1699	28,7	1857
Instruction	Aucune	34,4	10,7	45,0	7,5	397	36,0	582
	Primaire	27,9	5,2	33,2	5,2	1109	31,6	996
	Secondaire +	13,3	4,9	18,3	,9	1179	14,1	1155
	Manquant/NSP	.	.	.	.	.	,0	1
Quintiles du bien-être économique	Le plus pauvre	27,8	10,3	38,1	4,7	505	28,3	570
	Second	25,7	7,4	33,1	7,4	477	29,9	508
	Moyen	18,9	5,2	24,0	1,3	479	27,9	550
	Quatrième	30,5	4,5	35,0	4,8	536	28,4	502
	Le plus riche	12,6	3,3	15,9	1,2	688	12,9	604
Religion du chef du ménage	Catholique	22,0	6,3	28,3	3,3	886	22,7	826
	Protestant	22,5	8,1	30,6	4,7	756	29,8	880
	Kimbanguiste	30,7	7,4	38,1	4,1	79	26,6	80
	Eglises de réveil	22,3	3,9	26,2	2,1	402	24,3	423
	Autres chrétiens ind.	21,0	3,4	24,4	2,0	222	21,9	189
	Témoins de Jéhovah	10,6	3,3	13,9	,9	46	25,5	78
	Musulman	43,2	6,7	49,9	8,0	39	22,6	54
	Animisme	3,8	2,1	5,9	,0	31	13,4	27
	Sans religion…	24,6	3,5	28,2	6,4	223	20,3	176
Total		22,5	5,9	28,4	3,7	2685	25,1	2733

Source : Institut National de la Statistique et Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples en République Démocratique du Congo, 2010, Rapport Final.

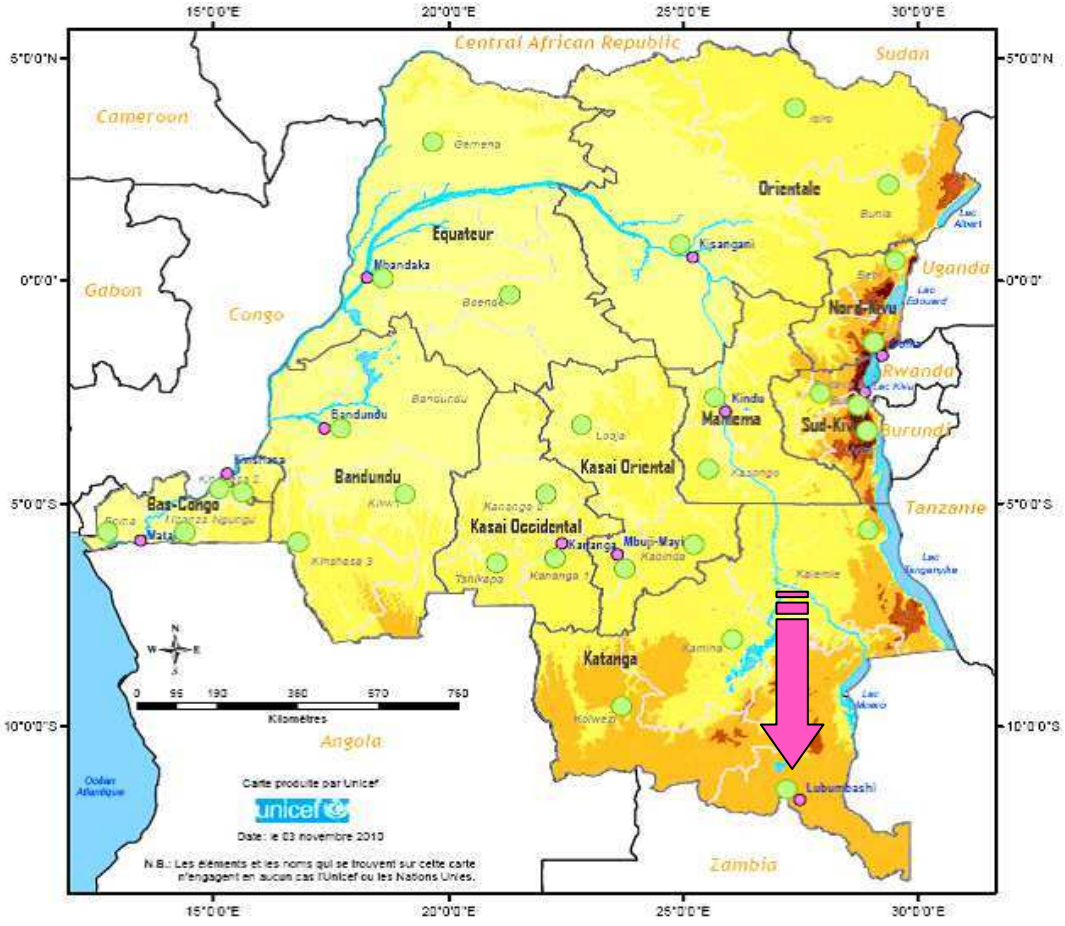
Annexe 8 : scolarité des orphelin (e)s et des non orphelin (e)s

Pourcentage d'enfants âgés de 10-14 ans qui sont orphelins et qui fréquentent l'école, pourcentage de ceux qui ne sont pas orphelins et qui fréquentent l'école et Ratio de fréquentation scolaire orphelins – non orphelins, République Démocratique du Congo, 2010

		Pourcentage d'enfants dont la mère et le père sont décédés (orphelins)	Pourcentage d'enfants dont les deux parents sont en vie et l'enfant vit avec au moins un parent (non-orphelin)	Nombre d'enfants âgés de 10-14 ans	Pourcentage d'enfants qui sont orphelins et fréquentent l'école[1]	Nombre total d'enfants âgés de 10-14 ans	Pourcentage d'enfants qui sont non orphelins et fréquentent l'école [2]	Nombre total d'enfants non orphelins âgés de 10-14 ans	Ratio de fréquentation scolaire orphelins-non orphelins
Sexe	Masculin	2,0	74,4	4072	69,7	81	87,6	3031	,80
	Féminin	2,3	71,1	4112	57,9	95	82,5	2924	,70
Milieu de résidence	Urbain	2,1	70,8	2480	76,8	53	91,4	1756	,84
	Rural	2,2	73,6	5704	57,6	123	82,4	4199	,70
Total		2,2	72,8	8184	63,4	176	85,1	5955	,74

Source : Institut National de la Statistique et Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples en République Démocratique du Congo, 2010, Rapport Final.

Annexe 9 : Localisation de la ville de Lubumbashi



Légende

- Chef-lieu de province
- Limite de Pays
- Limite de Province
- Cours d'eau

Altitude (en mètres)

- 0 - 600
- 001 - 1000
- 1001 – 1600
- 1601 – 2200
- 2201 – 4700
- Contour du Pool
- Pool MICS RDC 2010