

Perceptions de la sexualité responsable chez les adolescents : étude de cas menée dans la Zone de Santé de Bonzola, Mbuji-Mayi, en République Démocratique du Congo.

Perceptions of Responsible Sexuality among Adolescents: A Case Study Conducted in the Bonzola Health Zone, Mbuji-Mayi, Democratic Republic of the Congo."

Brigitte KAYA TOMPA^{1,2}, Cédric ILUNGA BIMPA^{1,2}, Laurent BUKASA LUMBAYI^{1,3}, Justine MBELU KASHALA², Madeleine KAPINGA MUTATAYI², Jacques LOFANJOLA MASUMBUKU^{1,4}, Pascal LUTUMBA TSHINDELE⁴.

¹Section Sciences Infirmières, Option Santé de l'Enfant et de l'Adolescent, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa, RD Congo ;

²Section Sciences Infirmières, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Mbuji-Mayi, RD Congo ;

³Section Sciences Infirmières, Option Enseignement et Administration en Soins infirmiers, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa, RD Congo ;

⁴Section Santé Communautaire, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa, RD Congo ;

RESUME:

La sexualité à l'adolescence est une phase clé du développement, exposant les jeunes aux IST, au VIH et aux grossesses non désirées. Cette étude visait à analyser les perceptions des adolescents sur la sexualité responsable. Une étude quantitative descriptive a été menée auprès de 372 adolescents âgés de 12 à 17 ans dans la Zone de Santé de Bonzola, à l'aide d'un questionnaire structuré basé sur l'échelle de Likert et la théorie du comportement planifié. Les résultats révèlent des perceptions globalement favorables, malgré la persistance de certaines croyances erronées, soulignant la nécessité de renforcer l'éducation sexuelle adaptée au contexte socioculturel.

Mots clés : Perceptions, sexualité responsable, santé de reproduction, adolescents, Ville de Mbuji-Mayi

ABSTRACT:

Adolescent sexuality is a critical phase of human development, characterized by major biological, psychological, and social changes. Adolescents are particularly vulnerable to sexually transmitted infections, HIV, and unintended pregnancies. This study aimed to assess adolescents' perceptions of responsible sexuality. A descriptive quantitative study was conducted among 372 adolescents aged 12–17 years in the Bonzola Health Zone. Data were collected using a structured Likert-scale questionnaire based on Ajzen's Theory of Planned Behavior and analyzed using SPSS. The findings indicate generally positive perceptions of responsible sexuality, although some misconceptions remain, highlighting the need for context-appropriate sexual education programs.

Keywords: Perceptions, responsible sexuality, reproductive health, adolescents, Mbuji-Mayi City.

*Adresse des Auteur(s)

Brigitte KAYA TOMPA, Section Sciences Infirmières, Option Santé de l'Enfant et de l'Adolescent, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, & Section Sciences Infirmières, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Mbuji-Mayi, RD Congo ;

E-mail : kayabrigitte99@gmail.com

Tél : +243 816300060 ;

Cédric ILUNGA BIMPA, Section Sciences Infirmières, Option Santé de l'Enfant et de l'Adolescent, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, & Section Sciences Infirmières, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Mbuji-Mayi, RD Congo ;

Laurent BUKASA LUMBAYI, Section Sciences Infirmières, Option Santé de l'Enfant et Adolescent (SEA), Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, & Section Sciences Infirmières, Option Enseignement et Administration en Soins infirmiers Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa, RD Congo ;

Justine MBELU KASHALA, Section Sciences Infirmières, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Mbuji-Mayi, RD Congo ;

Madeleine KAPINGA MUTATAYI, Section Sciences Infirmières, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Mbuji-Mayi, RD Congo ;

Jacques LOFANJOLA, Section Sciences Infirmières, Option Santé de l'Enfant et Adolescent (SEA), Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Section Santé Communautaire, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, RD Congo ;

Pascal LUTUMBA, Section Santé Communautaire, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, RD Congo ;

I. INTRODUCTION

L'adolescence est une période charnière de la vie caractérisée par l'éveil de la sexualité et la construction de l'identité personnelle. Durant cette phase, les adolescents sont souvent confrontés à des choix complexes en matière de sexualité, influencés par leur environnement social, familial et culturel [1,2]. Dans de nombreux pays, en particulier dans les contextes à ressources limitées, ces choix s'effectuent en l'absence d'une information complète et fiable.

La sexualité responsable se réfère à la manière dont une personne aborde sa sexualité et ses relations sexuelles de manière éclairée et respectueuse, en tenant compte de sa santé, de son bien-être émotionnel et relationnel, ainsi que de ceux de son ou ses partenaires. Cela implique notamment de prendre des décisions conscientes concernant la contraception, la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST), et de respecter les limites et le consentement de toutes les parties impliquées [3]. Dans de

Perceptions de la sexualité responsable chez les adolescents ...

nombreux contextes africains, y compris en République Démocratique du Congo (RDC), les adolescents sont confrontés à divers défis : insuffisance d'éducation sexuelle complète, normes socioculturelles restrictives, tabous autour des questions sexuelles, pression des pairs, et faibles communications parent-enfant sur la sexualité [4].

Les statistiques nationales montrent que la RDC connaît un taux élevé de grossesses précoces, un faible accès aux services de santé sexuelle et reproductive pour les jeunes, et une prévalence persistante des infections sexuellement transmissibles chez les adolescents. Ces vulnérabilités découlent en grande partie de perceptions erronées, d'une faible connaissance des risques, ainsi que d'un manque de compétences nécessaires pour adopter une sexualité responsable [5].

II. MATERIEL ET METHODES

II.1. Site d'étude

La présente étude a été menée dans la Zone de Santé (ZS) de Bonzola, située dans la commune de la Kanshi, ville de Mbuji-Mayi, chef-lieu de la province du Kasai Oriental en République Démocratique du Congo (RDC). Créée conformément à la réforme du système national de santé, la ZS de Bonzola fait partie de la Direction Provinciale de la Santé (DPS) du Kasai Oriental.

II.2. Type d'étude

La présente étude s'inscrit dans une démarche **quantitative descriptive et transversale**.

II.3. Population cible et échantillonnage

Les adolescents âgés de 12 à 17 ans de la Zone de Santé de Bonzola constituent la population de notre étude :

L'échantillonnage est une étape clé dans une étude quantitative. Il permet de sélectionner un sous-groupe représentatif de la population cible pour recueillir des données.

Pour arriver à tirer l'échantillon de cette étude, nous avons recouru à la méthode d'échantillonnage probabiliste à trois degrés, adapté à une collecte réalisée au niveau des ménages.

II.4. Collecte des données

Les données provenant des sites de collecte, consignées sur les outils de collecte par les enquêteurs ont été compilées, puis codifiées en créant des nouvelles variables par le chercheur. La saisie des données s'est effectuée directement

sur Excel et exportées sur le logiciel SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) version 26.0, pour faire l'analyse proprement dite des variables. Les proportions et pourcentages (prévalences) calculés parmi les groupes et sous-groupes.

II.5. Contrôle qualité et traitement des données

Une pré-enquête a permis de tester la validité du questionnaire. Les enquêteurs ont été formés à la collecte des données et à la confidentialité. Les questionnaires incomplets ou incohérents ont été exclus. L'anonymat des participants a été strictement respecté afin de réduire les biais liés à la sensibilité du sujet. Le traitement des données a consisté en une organisation thématique facilitant l'analyse statistique et l'interprétation des résultats.

II.6. Considérations éthiques

Le protocole a respecté les principes éthiques, notamment le consentement éclairé des participants, la confidentialité des données et la garantie de non-discrimination, conformément aux normes en vigueur pour la recherche impliquant des mineurs dans un contexte communautaire. Cette étude a obtenu un avis favorable du comité de bioéthique sous le numéro 0172/CBE/ISTM/KIN/RDC/PMBBL/2025 du 23/06/2025.

III. RESULTATS

III.1. Analyses descriptives

Le tableau 1 donne la répartition des cas selon les caractéristiques sociodémographiques des adolescents.

Tableau 1 : Répartition des cas selon les caractéristiques sociodémographiques des adolescents

Variables	Effectif	Pourcentage
Age		
12-14 ans	232	62,4
15-17 ans	140	37,6
Sexe		
Féminin	188	50,5
Masculin	184	49,5
Scolarité		
1 ^{re} Terminale	21	5,6
2 ^e	39	10,5
3 ^e	110	29,6
4 ^e	120	32,3
5 ^e	58	15,6
6 ^e	13	3,5
Non scolarisé	11	3,0
Religion		
Catholique	80	21,5
Non chrétienne	10	2,7
Protestant	141	37,9
Eglise de Réveil	141	37,9
Qualité de responsable		
Deux parents	271	72,8
Un parent	36	9,7
Tuteurs	65	17,5

Les résultats révèlent que la majorité des adolescents enquêtés se sont situés entre 12 et 14 ans (62,4 %), tandis que 37,6 % ont 15 ans ou plus. La répartition entre filles (50,5 %) et garçons (49,5 %) est quasiment équilibrée. La plupart des adolescents étaient scolarisés aux niveaux intermédiaires du secondaire : 3^e (29,6 %) et 4^e (32,3 %). Les adolescents se sont répartis principalement entre Protestants (37,9 %) et la catégorie « Eglises de Réveil » (37,9 %). Les Catholiques ont représenté 21,5 %, et les non chrétiens 2,7 %. La majorité des adolescents vivent avec leurs deux parents (72,8 %). Ceux vivant avec un seul parent représentent 9,7 %, tandis que ceux sous tutelle sont 17,5 %.

La répartition des cas selon les attitudes des adolescents en matière de la sexualité responsable est donnée au tableau 2.

Tableau 2 : Répartition des cas selon les attitudes des adolescents en matière de la sexualité responsable.

Variables évaluées (Attitudes)	Effectif	Pourcentage
Reporter les rapports sexuels peut m'aider à atteindre mes objectifs	Score =3,70	Favorable
Tout à fait d'accord	50	13,4
D'accord	228	61,3
Pas d'accord	24	6,5
Pas du tout d'accord	21	5,6
Ni d'accord ni pas d'accord	49	13,2
Utiliser un préservatif à chaque rapport est une bonne idée pour moi	Score =3,23	Neutre
Tout à fait d'accord	22	5,9
D'accord	171	46,0
Pas d'accord	96	25,8
Pas du tout d'accord	16	4,3
Ni d'accord ni pas d'accord	67	18,0
Parler de sexualité avec un adulte de confiance est utile	Score =3,54	Favorable
Tout à fait d'accord	42	11,3
D'accord	199	53,5
Pas d'accord	57	15,3
Pas du tout d'accord	13	3,5
Ni d'accord ni pas d'accord	61	16,4
Le dépistage VIH est une pratique responsable	Score =3,38	Neutre
Tout à fait d'accord	40	10,8
D'accord	168	45,2
Pas d'accord	84	22,6
Pas du tout d'accord	12	3,2
Ni d'accord ni pas d'accord	68	18,3
Les méthodes contraceptives sont dangereuses pour les adolescents	Score =3,31	Neutre
Tout à fait d'accord	21	5,6
D'accord	174	46,8
Pas d'accord	65	17,5
Pas du tout d'accord	17	4,6
Ni d'accord ni pas d'accord	95	25,5
Avoir plusieurs partenaires montre que l'on est « fort ».	Score =3,22	Neutre
Tout à fait d'accord	22	5,9
D'accord	141	37,9
Pas d'accord	70	18,8
Pas du tout d'accord	17	4,6
Ni d'accord ni pas d'accord	122	32,8
Aller au centre de santé pour des conseils SR est bénéfique.	Score =3,44	Favorable
Tout à fait d'accord	22	5,9
D'accord	214	57,5
Pas d'accord	72	19,4
Pas du tout d'accord	11	3,0
Ni d'accord ni pas d'accord	53	14,2
Score global des attitudes = 3,25		Neutre

Les scores moyens des attitudes variaient de 3,22 à 3,70. Les attitudes étaient jugées favorables lorsque le score moyen était supérieur ou égal à 3,41. Ainsi, le report des rapports sexuels (3,70), la communication avec un adulte de confiance (3,54) et le recours aux services de santé sexuelle (3,44) présentaient des attitudes positives. En revanche, l'utilisation systématique du préservatif (3,23), le dépistage du VIH (3,38), la perception des méthodes contraceptives (3,31), et la valorisation de la multipartenarité (3,22), révélaient des attitudes globalement neutres. Le score global est de 3,25 donc les attitudes sont neutres.

La répartition des cas selon les normes subjectives des adolescents en matière de sexualité responsable est donnée au tableau ci-dessous.

Tableau 3 : Répartition des cas selon les normes subjectives des adolescents en matière de sexualité responsable

Variables évaluées (normes subjectives)	Effectif	Pourcentage
Mes amis pensent qu'il faut utiliser un préservatif si on a un rapport	Score =3,66	Favorable
Tout à fait d'accord	59	15,9
D'accord	205	55,1
Pas d'accord	55	14,8
Pas du tout d'accord	12	3,2
Ni d'accord ni pas d'accord	41	11,0
Les méthodes contraceptives sont dangereuses pour les adolescents	Score =3,26	Neutre
Tout à fait d'accord	14	3,8
D'accord	175	47,0
Pas d'accord	79	21,2
Pas du tout d'accord	14	3,8
Ni d'accord ni pas d'accord	90	24,2
A l'école /Église, on valorise l'abstinence ou le report	Score =4,19	Très favorable
Tout à fait d'accord	172	46,2
D'accord	148	39,8
Pas d'accord	46	12,4
Pas du tout d'accord	2	,5
Ni d'accord ni pas d'accord	4	1,1
Mon /ma partenaire (si j'en ai un) attend que je me protège	Score =2,77	Neutre
Tout à fait d'accord	25	6,7
D'accord	88	23,7
Pas d'accord	200	53,8
Pas du tout d'accord	11	3,0
Ni d'accord ni pas d'accord	48	12,9
Les personnes importantes pour moi approuvent le dépistage VIH	Score =2,90	Neutre
Tout à fait d'accord	12	3,2
D'accord	118	31,7
Pas d'accord	162	43,5
Pas du tout d'accord	8	2,2
Ni d'accord ni pas d'accord	72	19,4
Dans mon entourage, parler de sexualité est acceptable	Score =3,12	Neutre
Tout à fait d'accord	13	3,5
D'accord	158	42,5
Pas d'accord	92	24,7
Pas du tout d'accord	13	3,5
Ni d'accord ni pas d'accord	96	25,8
Score global des normes = 3,33		Neutre

Les scores moyens des normes subjectives variaient de 2,77 à 4,19. Les normes ont été considérées comme favorables lorsque le score moyen était supérieur ou égal à 3,41. Les

Perceptions de la sexualité responsable chez les adolescents ...

résultats montrent une norme sociale positive concernant l'utilisation du préservatif encouragée par les pairs (3,66) et la valorisation de l'abstinence ou du report des rapports sexuels dans le cadre scolaire et religieux (4,19). En revanche, les normes perçues de la part du partenaire (2,77) et des personnes importantes concernant le dépistage du VIH (2,90) demeuraient défavorables.

Les données sur le nombre des cas selon le contrôle perçu en matière de sexualité responsable sont données au tableau 4.

Tableau 4 : Répartition des cas selon le contrôle perçu en matière de sexualité responsable

Variables évaluées (Contrôle perçu)	Effectif	Pourcentage
Je peux dire « non » si je me sens pressé(e) d'avoir un rapport	Score= 3,72	Favorable
Tout à fait d'accord	48	12,9
D'accord	234	62,9
Pas d'accord	37	9,9
Pas du tout d'accord	12	3,2
Ni d'accord ni pas d'accord	41	11,0
Je peux demander l'utilisation d'un préservatif.	Score= 3,32	Neutre
Tout à fait d'accord	12	3,2
D'accord	212	57,0
Pas d'accord	105	28,2
Pas du tout d'accord	6	1,6
Ni d'accord ni pas d'accord	37	9,9
Je sais où obtenir des préservatifs/infos SR si nécessaire.	Score= 3,33	Neutre
Tout à fait d'accord	20	5,4
D'accord	203	54,6
Pas d'accord	105	28,2
Pas du tout d'accord	7	1,9
Ni d'accord ni pas d'accord	37	9,9
Je peux aller me faire dépister si je le décide.	Score= 3,11	Neutre
Tout à fait d'accord	31	8,3
D'accord	145	39,0
Pas d'accord	148	39,8
Pas du tout d'accord	8	2,2
Ni d'accord ni pas d'accord	40	10,8
Je peux parler de sexualité avec un adulte de confiance.	Score= 3,37	Neutre
Tout à fait d'accord	22	5,9
D'accord	198	53,2
Pas d'accord	93	25,0
Pas du tout d'accord	6	1,6
Ni d'accord ni pas d'accord	53	14,2
Je peux quitter une situation risquée	Score= 3,20	Neutre
Tout à fait d'accord	20	5,4
D'accord	183	49,2
Pas d'accord	139	37,4
Pas du tout d'accord	4	1,1
Ni d'accord ni pas d'accord	26	7,0
Score global du contrôle perçu	Score= 3,24	Neutre

Les scores moyens du contrôle perçu variaient de 3,11 à 3,72. Un contrôle perçu élevé était observé pour la capacité à refuser un rapport sexuel sous pression (3,72). En revanche, les capacités perçues à demander l'utilisation du préservatif (3,32), à accéder au dépistage du VIH (3,11) et à quitter une situation à risque (3,20) demeuraient modérément faibles. Le score global est de 3,34 globalement neutre et légèrement favorable.

Tableau 5 : Répartition des cas selon l'intention des adolescents en matière de sexualité responsable/comportements futurs.

Variables évaluées	Effectif	Pourcentage
Je compte différer mes rapports sexuels (ou m'abstenir) dans les 6 prochains mois	Score= 3,71	Favorable
Tout à fait d'accord	47	12,6
D'accord	232	62,4
Pas d'accord	51	13,7
Pas du tout d'accord	5	1,3
Ni d'accord ni pas d'accord	37	9,9
Si j'ai un rapport, j'utiliserai toujours un préservatif	Score= 3,71	Favorable
Tout à fait d'accord	23	6,2
D'accord	229	61,6
Pas d'accord	84	22,6
Pas du tout d'accord	4	1,1
Ni d'accord ni pas d'accord	32	8,6
Je prévois de demander le consentement clairement	Score= 3,72	Favorable
Tout à fait d'accord	25	6,7
D'accord	222	59,7
Pas d'accord	97	26,1
Pas du tout d'accord	1	,3
Ni d'accord ni pas d'accord	27	7,3
Je prévois de me dépister au moins une fois dans l'année si nécessaire	Score= 3,60	Favorable
Tout à fait d'accord	20	5,4
D'accord	193	51,9
Pas d'accord	122	32,8
Pas du tout d'accord	2	,5
Ni d'accord ni pas d'accord	35	9,4
Je prévois de chercher des informations SR auprès de sources fiables	Score= 3,79	Favorable
Tout à fait d'accord	28	7,5
D'accord	243	65,3
Pas d'accord	66	17,7
Pas du tout d'accord	5	1,3
Ni d'accord ni pas d'accord	30	8,1
Je parlerai avec mon parent/tuteur d'au moins un sujet SR ce trimestre.	Score= 3,48	Favorable
Tout à fait d'accord	24	6,5
D'accord	205	55,1
Pas d'accord	70	18,8
Pas du tout d'accord	6	1,6
Ni d'accord ni pas d'accord	67	18,0
Score global du comportement futur	Score = 3,66	Favorable

Les scores moyens des comportements futurs variaient de 3,48 à 3,79. L'ensemble des intentions évaluées dépassait le seuil d'acceptabilité fixé à 3,41, traduisant une intention globalement favorable d'adopter des comportements de sexualité responsable au cours des six à douze prochains mois. Les intentions les plus élevées concernaient la recherche d'informations fiables en santé sexuelle et reproductive (3,79) ainsi que la demande explicite du consentement (3,72). Le score global était de 3,66.

IV. DISCUSSION

Les résultats de notre étude montrent que la majorité des adolescents enquêtés se situent entre 12 et 14 ans (62,4 %), tandis que 37,6 % ont 15 ans ou plus. A la proportion non négligeable d'adolescents âgés de 15 ans ou plus (37,6 %) permet toutefois de prendre en compte l'adolescence moyenne, période durant laquelle les comportements sexuels peuvent devenir plus fréquents et plus concrets.

La répartition entre filles (50,5 %) et garçons (49,5 %) est quasiment équilibrée. Cette quasi-parité permet des comparaisons pertinentes entre les deux sexes et renforce la représentativité des résultats. [7]. La littérature souligne que les perceptions, les normes sociales et les comportements sexuels diffèrent souvent entre filles et garçons, en raison des rôles de genre et des attentes socioculturelles. La plupart des adolescents sont scolarisés aux niveaux intermédiaires du secondaire : 3^e (29,6 %) et 4^e (32,3 %) constituent les groupes les plus importants. Ces résultats corroborent avec ceux de [8], le milieu scolaire constitue un cadre privilégié pour la mise en œuvre de programmes d'éducation sexuelle. Les adolescents se répartissent principalement entre Protestants (37,9 %) et la catégorie « Eglises de Réveil » (37,9 %). Plusieurs études menées en Afrique subsaharienne indiquent que l'appartenance religieuse peut jouer un rôle protecteur en retardant l'initiation sexuelle, mais peut aussi limiter l'accès à une information complète aux SSR si les messages sont uniquement moralisateurs [9].

La majorité des adolescents vivent avec leurs deux parents (72,8 %). Ceux vivant avec un seul parent représentent 9,7 %, tandis que ceux sous tutelle sont 17,5 %. Le cadre familial est un déterminant clé des comportements sexuels à l'adolescence [10], la présence des deux parents et une communication parent-adolescent ouverte sont associées à une initiation sexuelle plus tardive et à une adoption accrue de comportements protecteurs.

Quant aux attitudes des adolescents en matière de la sexualité responsable, les résultats de la présente étude montrent que les attitudes des adolescents à l'égard de la sexualité responsable sont globalement neutres, avec un score moyen global de 3,25, inférieur au seuil d'acceptabilité fixé à 3,41.

Cette neutralité traduit une position intermédiaire, ni clairement favorable ni défavorable, suggérant une ambivalence dans l'appropriation des comportements de santé sexuelle.

Cependant, certaines dimensions se distinguent par des attitudes positives, notamment le report des rapports sexuels, la communication avec un adulte de confiance et le recours aux services de santé sexuelle. Ces résultats rejoignent ceux de plusieurs études menées en Afrique subsaharienne, qui soulignent une perception relativement favorable de l'abstinence ou du report des rapports sexuels chez les adolescents, en particulier dans des contextes où les normes sociales, culturelles et religieuses valorisent la retenue sexuelle [11, 7].

La communication avec un adulte de confiance, également associée à une attitude positive dans cette étude, est cohérente avec les travaux de DiIorio et collaborateurs montrent que le dialogue parent-adolescent ou avec un adulte référent favorise une meilleure compréhension des enjeux de la sexualité et renforce les comportements protecteurs [12].

Enfin, l'attitude neutre vis-à-vis de la multipartenarité peut refléter une tension entre normes sociales contradictoires : d'une part, les messages de prévention qui valorisent la fidélité et, d'autre part, certaines représentations sociales qui normalisent la multiplicité des partenaires, en particulier chez les garçons [13]. Cette ambivalence est fréquemment décrite dans la littérature comme un frein à l'adoption cohérente de comportements sexuels responsables.

Les résultats consignés dans le tableau 3 de la présente étude indiquent que les normes subjectives perçues par les adolescents présentent une variabilité importante, avec des scores moyens allant de 2,77 à 4,19. En référence au seuil d'acceptabilité fixé à 3,41, certaines normes apparaissent favorables, tandis que d'autres restent défavorables, traduisant une influence sociale contrastée sur les comportements de sexualité responsable.

Les normes sociales perçues comme positives concernent principalement l'encouragement à l'utilisation du préservatif par les pairs (score moyen = 3,66) ainsi que la valorisation de l'abstinence ou du report des rapports sexuels dans les milieux scolaires et religieux (4,19). Ces résultats corroborent avec ceux de plusieurs études qui montrent que les pairs jouent un rôle central dans l'adoption de comportements préventifs chez les adolescents, notamment en matière d'utilisation du préservatif de [14, 7].

En revanche, les normes subjectives défavorables observées concernant le dépistage du VIH, tant de la part du partenaire (2,77) que des personnes importantes (2,90), mettent en

Perceptions de la sexualité responsable chez les adolescents ...

évidence des freins sociaux persistants. Ces résultats sont cohérents avec les travaux de Nyblade, qui rapportent que le dépistage du VIH reste fortement influencé par la peur de la stigmatisation, du rejet et des suspicions d'infidélité au sein du couple [15]. Dans plusieurs contextes africains, la proposition du dépistage peut être interprétée comme un signe de méfiance ou de soupçon, ce qui limite son acceptabilité sociale [16, 17]. Par ailleurs, la faible norme perçue du partenaire concernant le dépistage du VIH pourrait également refléter des dynamiques de pouvoir inégales dans les relations affectives, où les adolescents, et plus particulièrement les jeunes filles, disposent d'une marge de négociation limitée en matière de décisions de santé sexuelle [13].

Les résultats du tableau 4 montrent que le contrôle comportemental perçu des adolescents varie de 3,11 à 3,72, avec un score moyen global de 3,34, traduisant un niveau globalement neutre et légèrement favorable. Cette situation suggère que les adolescents se perçoivent comme partiellement capables de maîtriser leurs comportements sexuels, bien que certaines dimensions restent fragiles.

Le niveau de contrôle perçu le plus élevé concerne la capacité à refuser un rapport sexuel sous pression (3,72). Ce résultat est cohérent avec les travaux de [8], qui montrent que les adolescents développent plus facilement des compétences d'affirmation de soi en matière de refus, notamment dans les contextes où l'abstinence ou le report des rapports sexuels est socialement valorisé.

En revanche, les capacités perçues à demander l'utilisation du préservatif (3,32), à accéder au dépistage du VIH (3,11) et à quitter une situation à risque (3,20) apparaissent modérément faibles. Ces résultats rejoignent ceux de plusieurs études menées en Afrique subsaharienne, qui mettent en évidence des difficultés persistantes chez les adolescents à négocier l'usage du préservatif, en raison de rapports de pouvoir inégaux, de normes de genre et de la crainte de réactions négatives du partenaire [18].

La faible perception de contrôle concernant l'accès au dépistage du VIH peut également s'expliquer par des barrières structurelles et psychosociales, telles que la peur de la stigmatisation, le manque de confidentialité perçue et l'accessibilité limitée des services adaptés aux jeunes [19]. Même lorsque les intentions sont favorables, un faible contrôle perçu peut freiner le passage à l'action.

Au vu du tableau 5 : Les résultats révèlent que les intentions comportementales des adolescents à l'égard de la sexualité responsable sont globalement favorables, avec des scores moyens compris entre 3,48 et 3,79, tous supérieurs au seuil d'acceptabilité fixé à 3,41. Le score moyen global de 3,66

indique une volonté affirmée d'adopter des comportements protecteurs au cours des six à douze prochains mois.

Les intentions les plus élevées concernaient la recherche d'informations fiables en santé sexuelle et reproductive (3,79) ainsi que la demande explicite du consentement avant un rapport sexuel (3,72). Ces résultats sont cohérents avec les travaux de [7], qui soulignent que les adolescents manifestent un intérêt croissant pour l'accès à une information fiable, en particulier lorsqu'ils perçoivent les risques liés à une sexualité non protégée. Selon Fishbein, l'intention constitue le meilleur prédicteur immédiat du comportement, ce qui suggère que cette disposition favorable pourrait se traduire, à court terme, par des pratiques plus responsables [20].

V. CONCLUSION

Cette étude a permis de décrire les perceptions en matière de sexualité responsable chez les adolescents de la Zone de Santé de Bonzola à Mbujimayi, Kasai Oriental en République Démocratique du Congo.

Les données recueillies ont montré que les perceptions des adolescents sont favorables (attitudes, normes subjectives, contrôle perçu et intentions comportementales), les adolescents ont manifesté un intérêt croissant pour l'accès à une information fiable, en particulier lorsqu'ils perçoivent les risques liés à une sexualité non protégée. Ainsi l'intention constitue le meilleur prédicteur immédiat du comportement, ce qui suggère que cette disposition favorable pourrait se traduire, à court terme, par des pratiques plus responsables. En somme, cette étude souligne de renforcer les dispositifs d'éducation sexuelle, d'encadrement, sensibilisation et d'accompagnement des adolescents dans ce contexte de sexualité responsable.

REFERENCES

1. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process*. 1991;50(2):179–211. doi:10.1016/0749-5978(91)90020-T.
2. Bearinger LH, Sieving RE, Ferguson J, Sharma V. Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: Patterns, prevention, and potential. *The Lancet*. 2007;369(9568):1220–1231. doi:10.1016/S0140-6736(07)60367-5.
3. Nguyen H, Shiu CS, Farber N. Prevalence and correlates of adolescent pregnancy in Sub-Saharan Africa: A systematic literature review. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2019;32(5):499–508.

4. OMS. Santé sexuelle et reproductive des adolescents. Genève: OMS; 2020.
5. UNESCO. International technical guidance on sexuality education: An evidence-informed approach. Paris: UNESCO Publishing. 2018.
6. Sawyer SM, Azzopardi PS, Wickremarathne D, Patton GC. The age of adolescence. *Lancet Child Adolesc Health*. 2018;2(3):223–228.
7. Mari K. Risk and protective factors for adolescent sexual and reproductive health. *J Adolesc Health*. 2016;53(6):742–751.
8. Kirby D. Research findings on programs to reduce teen pregnancy and sexually transmitted diseases. Washington (DC): National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy; 2007.
9. Agha S, et al. The effects of religious affiliation on sexual initiation and condom use in Zambia. *J Adolesc Health*. 2006;38(5):550–555.
10. Biddlecom AE, et al. Role of parents in adolescent sexual activity and contraceptive use in four African countries. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2012;33(2):72–81.
11. Kabiru CW, Orpinas P, Mmari K, Sabherwal S. The health and wellbeing of young people in sub-Saharan Africa: An under-researched area? *BMC Int Health Hum Rights*. 2013;17(1):1–8.
12. DiIorio C, Pluhar E, Belcher L. Parent–child communication about sexuality. *J HIV/AIDS Prev Child Youth*. 2007;5(3):7–32.
13. Jewkes R, et al. Hegemonic masculinity, violence, and gender equality. *Men Masc*. 2015;18(4):1–27.
14. Babalola S, et al. Influence of social norms on the use of modern contraceptives in sub-Saharan Africa. *Stud Fam Plann*. 2017;48(4):1–18.
15. Nyblade L, et al. Stigma in health facilities: Why it matters and how we can change it. *BMC Med*. 2019;17:25.
16. Pelletier J. Enquête sur les violences sexuelles. Étude IFOP pour la Fondation Jean-Jaurès. Paris: IFOP; 2018.
17. Ngunde J-CB, Mbembo B., Matondo A, Tshibangu DST, Mukandu BBL (2026). Connaissances, Attitudes et Pratiques des Etudiantes des Institutions d'Enseignement Supérieur et Universitaire de la Ville de Gbado-lite en RD Congo sur les Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG). *Rev. Sc. Sant.* 5(1), 203-212. DOI: <https://doi.org/10.71004/rss.026.v5.i1.68>
18. Maimouna M. Parler de la sexualité aux adolescents, pourquoi tant de gêne ? Le sexe selon Maia. *Le Monde*. 2023.
19. Musheke M, et al. Barriers to HIV testing in sub-Saharan Africa. *BMC Public Health*. 2013;13:220.
20. Fishbein M, Ajzen I. Predicting and changing behavior: The reasoned action approach. New York: Psychology Press; 2010.