

---

M.E.S., Numéro 125, Novembre - Décembre 2022

<https://www.mesrids.org>

Dépôt légal : MR 3.02103.57117

N°ISSN (en ligne) : 2790-3109

N°ISSN (impr.) : 2790-3095

Mise en ligne le 02 novembre 2022



***Revue Internationale des Dynamiques Sociales***  
***Mouvements et Enjeux Sociaux***  
*Kinshasa, novembre - décembre 2022*

# EFFICACITE DE L'ENSEIGNEMENT SUR LA PREVENTION DU VIH/SIDA DANS LES ECOLES SECONDAIRES DE BUTEMBO EN RD. CONGO

par

**Jean-Marie MUHINDO NZINGENE**

*Chercheur*

**Dieudonné MUSA ALOKPO**

*Professeur ordinaire*

*(Tous) Faculté de Psychologie et Sciences de l'Education, Université de Kinshasa*

---

## Résumé

Cet article s'est préoccupé à analyser les connaissances, les représentations et les pratiques (comportements) des élèves des classes terminales du secondaire de la ville de Butembo en matière de VIH/SIDA, en vue de jauger l'efficacité de l'enseignement reçu à cet effet. Il ressort de l'enquête menée auprès d'un échantillon de 671 sujets que la majorité des élèves disposent des connaissances pertinentes sur les voies de transmission du VIH/SIDA ainsi que les moyens de prévention contre cette pandémie. Cependant, ils affichent aussi des comportements à risque très élevé dus à des croyances erronées et à des déterminants socioculturels.

**Mots-clés :** *prévention du VIH/SIDA, enseignement sur le VIH/SIDA, école, connaissances sur le SIDA, représentations, changement de comportement.*

## Abstract

This article focused on analysing the knowledge, representations and practices (behaviours) of pupils in the final secondary school classes of the city of Butembo on HIV/AIDS with a view to assessing the effectiveness of the education received for this purpose. The survey of a sample of 671 subjects shows that the majority of pupils have relevant knowledge about the routes of transmission of HIV/AIDS and the means of prevention against this pandemic. Despite this, they also exhibit very high-risk behaviours due to mistaken beliefs and socio-cultural determinants.

**Keywords:** *HIV/AIDS prevention, teaching about AIDS, school, knowledge about AIDS, representations, behavior change*

## Introduction

Commençons par décrire le contexte et poser le problème de l'étude. L'Afrique paie un plus lourd tribut à la maladie du SIDA compte tenu du nombre de cas, de l'expansion et des victimes. Les statistiques rapportées dans la fiche d'information sur l'état de l'épidémie en 2020 paraissent éloquentes à ce sujet. A l'Est et au Sud du continent, 20,6 millions de personnes vivaient avec le VIH en 2020. Les nouvelles infections au VIH s'élevaient à 670.000 en cette même année, dont 600.000 personnes âgées de 15 ans et plus, et 70.000 âgées de 0 à 14 ans (ONUSIDA, 2021).

Ces moyennes statistiques, bien que cachant des disparités parfois importantes, dénotent néanmoins une situation préoccupante sur le SIDA en Afrique. L'Institut International de la Planification de l'Education (IPE, 2001) indique qu'au seuil du troisième millénaire, l'Afrique est confrontée à l'un de plus grands drames de son histoire que constitue l'emprise toujours plus pressante du SIDA sur son territoire. Des scènes rappelant les épidémies de peste en Europe et au Moyen-âge sont le lot du

continent, laissant des générations entières d'enfants sans parents, des écoles sans enseignants, des pays sans forces vives.

Face à cette menace sanitaire, plusieurs Etats ont mis en œuvre des programmes de lutte pour faire face au VIH/SIDA. En République Démocratique du Congo (RDC) les initiatives visant à faire face à la pandémie du VIH/SIDA ont été intégrées dans trois programmes majeurs nationaux : le Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS) ; le Programme National Multisectoriel de Lutte contre le SIDA (PNMLS); le Programme National de la Santé de la Reproduction (PNSR), etc.

Outre ce référentiel médical et des activités des Organisations Non Gouvernementales et associations, il s'est avéré nécessaire de mettre sur pied le référentiel éducatif. Le milieu scolaire revêt ainsi une importance capitale en tant qu'espace de formation et de préparation des jeunes aux responsabilités futures.

Les jeunes ne doivent pas être laissés dans leur ignorance et leur naïveté en matière de santé, en général, et du VIH/SIDA, en particulier. Le système éducatif doit leur donner des connaissances correctes qui puissent modifier positivement leur agir face au VIH/SIDA. Car même les jeunes, peuvent se trouver particulièrement exposés au risque d'infection à VIH. Ils constituent néanmoins une chance d'arrêter l'épidémie, dans la mesure où leurs habitudes, notamment sexuelles, ne sont pas encore fortement ancrées dans leurs comportements (ONUSIDA, 2001).

L'idée d'une éducation scolaire attentive sur le SIDA en faveur des jeunes enfants et élèves à l'école est partagée notamment par Baggalay (1996), qui soutient que les jeunes peuvent être un atout majeur pour l'action de prévention du VIH/SIDA et des maladies sexuellement transmissibles. Etant encore au stade de développement humain caractérisé par la recherche de leur maturité comportementale et la découverte de leur sexualité, ils peuvent, plus facilement que les adultes, adopter des pratiques à moindre risque. Aussi, leurs attitudes sont moins rigides, et ils sont moins englués dans les tabous.

Les recherches sur l'éducation pour la prévention du VIH/SIDA à l'école ont une histoire relativement récente en Afrique (Sacadura, Marzin et Charbonnier, 2005). Des travaux consacrés à cette thématique ont développé des analyses pertinentes portant sur deux perspectives majeures d'approche :

La première perspective met en exergue les connaissances, attitudes et pratiques sexuelles par rapport à la gestion du risque (Kounta et al 2014, Labra et al., 2017). Elle s'intéresse à évaluer la pertinence et la justesse des connaissances qu'ont les jeunes sur le VIH/SIDA, ses modes de contamination et les moyens utilisés pour s'en prévenir ; cela peut mieux s'apercevoir à travers leurs pratiques sexuelles.

La deuxième perspective porte sur les perceptions ou croyances au sujet du risque personnel face au VIH (Manderscheid, 1994). Les perceptions ou les croyances couvrent à la fois l'effet du comportement et les capacités propres de l'individu à s'assumer face au risque. Il s'agit d'envisager à cet effet les conséquences possibles des comportements affichés (Manderscheid, 1994). Selon Jourdan (2010), le sujet doit opérer un triple mouvement. D'abord se sentir concerné par sa santé ; considérer celle-ci comme une composante importante de sa vie. Ensuite, être convaincu qu'il est vulnérable et exposé à des sérieux problèmes de santé, aux séquelles diverses. Enfin, croire que l'adoption du comportement préconisé est susceptible de réduire la menace perçue (Manderscheid, 1994). Partant, l'éducation à la santé porte chaque jeune à s'appropriier progressivement les moyens d'opérer des choix, d'adopter des

comportements responsables en matière de santé pour lui-même et vis-à-vis d'autrui (Jourdan, 2010).

L'analyse des travaux susmentionnés, atteste une grande pertinence quant aux approches utilisées et aux résultats qui en ressortent. Cependant, au-delà des principes élaborés et des analyses théoriques effectuées, aucune des études ne s'est intéressée à évaluer l'effet de cet enseignement du VIH/SIDA sur l'amélioration des connaissances et des comportements des jeunes face à cette maladie. Pour combler ce vide, la présente étude se préoccupe à analyser l'efficacité de l'enseignement concernant la lutte contre le VIH/SIDA dans les écoles secondaires de Butembo, à travers le niveau des connaissances acquises et la modification positive des comportements des élèves. Ce choix repose sur le principe selon lequel les éléments minimums composant tout programme national de prévention du VIH/SIDA chez les jeunes doivent intégrer la fourniture d'informations pertinentes et d'un enseignement des aptitudes à la vie quotidienne dans les écoles (OMS, 2004).

En RDC, le rôle déterminant de l'école et des enseignants en matière d'éducation à la santé pour la prévention du SIDA est réaffirmé à travers certains textes officiels et qui soulignent que cette éducation permet le développement des compétences qui reposent à la fois sur l'appropriation des connaissances utiles pour comprendre et mieux agir, sur la maîtrise des méthodes de pensée et d'action, et sur le développement des attitudes.

Depuis près d'une décennie, on dispense le cours d'éducation à la vie dans les écoles dans le but d'informer les jeunes sur la santé sexuelle et reproductive. Ce cours est recommandé dans le programme de l'enseignement de la cinquième primaire (10 ans) jusqu'à la fin des études secondaires.

Cependant, en dépit de l'introduction de l'enseignement sur le VIH/SIDA dans les écoles de Butembo, les jeunes affichent certains comportements à risque qui inquiètent fortement, vu le danger que représente le VIH/SIDA pour la personne atteinte et la société. Une série d'observations et d'entretiens fortuits menés auprès des jeunes de la ville de Butembo dans la province du Nord-Kivu a révélé un décalage entre les actes qu'ils posent au plan sexuel et les connaissances qu'ils sont sensés acquérir dans le cours d'éducation au VIH/SIDA. Ce, concernant les grossesses précoces, les rapports sexuels avec des partenaires occasionnels ou multiples, la non-utilisation des préservatifs, la fréquentation des salons de coiffure sans dispositifs appropriés de prévention de contamination etc.

Le fait par exemple pour une fille de présenter le préservatif à son partenaire est mal perçu, et porte celui-ci à la considérer comme une fille de mauvaise vie (prostituée). Ce fait, en même temps qu'il est en inadéquation avec la doctrine de certaines églises, suscite de la part du partenaire (garçon) un doute sur sa personne, un manque de confiance. Certains jeunes garçons refusent d'utiliser le préservatif considérant qu'il réduit le plaisir sexuel ; de même, certaines filles considèrent le lubrifiant de cet objet (préservatif) comme toxique et refusent catégoriquement de l'utiliser, etc. D'autres encore affirment que le VIH/SIDA n'atteint que ceux qui sont destinés à le contracter.

Notons que la théorie de changement qui fonde l'introduction du cours sur le SIDA dans les curricula scolaires est que l'amélioration du niveau des connaissances sur le SIDA provoquera un changement pertinent de croyances et d'attitudes qui va induire des comportements et des pratiques appropriés à la prévention contre la maladie du SIDA.

Ces attitudes et comportements ainsi affichés par les élèves et les jeunes de la ville de Butembo, qui frisent une certaine indifférence vis-à-vis du VIH/SIDA, suscitent la curiosité de recherche pour questionner la pertinence et l'efficacité du programme d'enseignement sur la prévention du VIH/SIDA dans les écoles de Butembo.

Cette préoccupation se traduit par les questions suivantes:

- Le niveau de connaissances manifesté par les élèves de Butembo au terme de l'enseignement du VIH/SIDA et leur comportement (et attitudes) sexuels répondent-ils aux objectifs déclarés de cet enseignement ?
- Qu'est-ce qui expliquerait les attitudes et comportements sexuels à risque par certains élèves/jeunes de Butembo en dépit de l'enseignement reçu ?

En réponse à ces questions, nous avançons les suppositions ci-après.

- De façon générale, le niveau d'acquisition des élèves enquêtés par rapport aux objectifs de l'enseignement sur le VIH/SIDA serait satisfaisant malgré le décalage observé dans les attitudes et comportements de certains élèves ;
- Les écarts d'attitudes et comportements à risque affichés par ces jeunes seraient favorisés par les pesanteurs culturelles et les fausses idées reçues sur le SIDA.

## I. METHODOLOGIE

La méthode d'enquête a été principalement utilisée en recourant à un questionnaire soumis aux élèves. Le questionnaire d'enquête a couvert non seulement le niveau de connaissances sur le SIDA, sa transmission et sa prévention ; mais aussi diverses représentations y relatives et qui déterminent des attitudes et des pratiques saines ou à risque par rapport au SIDA.

Les élèves de deux dernières années du secondaires constituent la population de l'étude compte tenu de leur âge d'adolescence et donc de maturation sexuelle qui les expose au risque de contracter le VIH. Selon le rapport du service de planification de la Division provinciale de l'EPST du Nord-Kivu II (2020-2021) ; leur effectif est de 52.348 élèves.

L'échantillon de cette étude, est aléatoire stratifié à deux niveaux : écoles et élèves. Les écoles participant à l'étude ont été sélectionnées aléatoirement, sur base d'une liste exhaustive numérotée de toutes les écoles selon le régime de gestion. La même modalité nous a servi pour le tirage des élèves à partir des listes nominatives de 3<sup>ème</sup> et de 4<sup>ème</sup> années du secondaire fournies par l'école.

Concrètement, Sur la liste de 207 écoles, nous voulions sélectionner 62. D'où la formule :  $207 : 62 = 3,3$ . Ainsi, en arrondissant par défaut, nous cochions le numéro correspondant dans la liste de sondage pour un échantillon aléatoire stratifié. Cependant sur 62 écoles retenues pour enquête, nous n'avons été reçus que dans 56 écoles, car les dirigeants de six écoles retenues dans l'échantillon se sont abstenus de recevoir l'équipe de l'enquête.

Nous avons fait la même chose pour les élèves avec les listes nominatives des classes de 3<sup>èmes</sup> et de 4<sup>èmes</sup> années dans chaque école enquêtée en fonction des effectifs de chaque classe selon un pas de sondage fixe. Nous voulions avoir un échantillon de 700 élèves mais 29 protocoles ont été inexploitable.

En définitive, l'échantillon comprend 671 élèves échantillonnés dans 56 écoles secondaires.

Le tableau n°1 présente les régimes de gestion des écoles ayant participé à l'enquête et quelques caractéristiques sociodémographiques des élèves.

**Tableau I : Caractéristiques de l'échantillon**

<b>Réseau</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Non conventionnées	48	7,2
Conventionnées catholiques	179	26,7
Conventionnées protestantes	162	24,1
Autres réseaux (Islamique et Adventiste)	24	3,6
Privées agréées	258	38,5
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>100</b>
<b>Sexe</b>		
Masculin	297	44,3
Féminin	374	55,7
<b>Total</b>	<b>671</b>	<b>100</b>
<b>Age</b>		
Moins de 17 ans	63	9,4
17 - 18 ans	346	51,6
Plus de 19 ans	262	39
<b>Total</b>	<b>671</b>	<b>100</b>
<b>Niveau d'études</b>		
3 <sup>ème</sup> année	342	51
4 <sup>ème</sup> année	329	49
<b>Total</b>	<b>671</b>	<b>100</b>

Il se dégage de ce tableau que :

- à propos du réseau d'appartenance des élèves, 54,4% fréquentent les écoles confessionnelles ; 38,5% étudient dans les écoles privées et 7,2% étudient dans les écoles non conventionnées.

- concernant le sexe, 55,7% sont des filles et 44,3 % sont des garçons. Les élèves enquêtés comptent légèrement plus de filles que de garçons;
- considérant les constantes de l'âge, 346 élèves (51,6%) se situent dans la tranche d'âge de 17 à 18 ans, 262 élèves (39 %) ont plus de 19 ans et 63 élèves (9,4%) ont moins de 17 ans ;
- par rapport au niveau d'études, 342 élèves (51%) fréquentent la classe de 3<sup>ème</sup> année et 329 élèves (49 %) sont en 4<sup>ème</sup> année.

Quant à l'outil de collecte des données, le tableau n°2 reprend les thèmes sur lesquels ont porté les questions constituant le questionnaire destiné aux élèves.

**Tableau II. Thèmes**

Thème d'étude
Connaissances sur le SIDA
Image sociale du SIDA
Autres postures sur le SIDA

Le draft du questionnaire a d'abord été soumis à la critique de deux enseignants de français et deux enseignants du cours d'éducation à la vie englobant la matière VIH/SIDA dans les écoles non sélectionnées. Ce qui a permis d'en améliorer le fond et la forme. Et pour en consolider la facilité de compréhension, le draft du questionnaire a été soumis à douze élèves en raison de six par niveau scolaire. Certaines formulations ont ainsi été rendues plus faciles à comprendre.

## II. RESULTATS

Les résultats sont présentés selon les trois thèmes de l'enquête : connaissances sur le SIDA ; image sociale du SIDA ; autres postures sur le SIDA.

### *Connaissances sur le SIDA*

**Tableau III. Niveau d'information que les enquêtés possèdent sur le SIDA**

Niveau d'information	% (n = 671)
SIDA signifie « Syndrome d'Immuno Déficience acquise	87,8
Le SIDA se transmet par les rapports sexuels non protégés, la transfusion du sang infecté, l'usage des objets infectés (seringues, lames de rasoir, tondeuses pour cheveux...)	93,4
Les méthodes principales de prévention du VIH sont : utiliser le condom, être fidèle à un seul partenaire sain, s'abstenir de tout rapport sexuel jusqu'au mariage	87,2
La voie de transmission la plus répandue du SIDA est la voie sexuelle	87
Les liquides biologiques suivants sont des agents vecteurs sûrs de la transmission du VIH/SIDA: le sang, le sperme de	74,4

L'homme, les sécrétions vaginales et le lait maternel	
Le VIH/SIDA engendre comme conséquence majeure : l'affaiblissement du système immunitaire de l'organisme humain	68,1
Une personne en bonne santé apparente peut être porteuse du virus du SIDA	54,8

Les données de ce tableau renseignent que 87,8 % de sujets enquêtés connaissent la signification de l'acronyme « SIDA » ; 93,4 % maîtrisent les voies de transmission ; 97,2 % connaissent les méthodes principales de prévention ; 87 % de sujets savent que la voie de transmission la plus répandue c'est la voie sexuelle ; 74,4 % énumèrent facilement les agents vecteurs du VIH/SIDA ; 68,1 % de sujets sont conscients que le SIDA détruit le système immunitaire du corps humain et 54,8 % de sujets sont convaincus que la bonne santé apparente n'est pas une garantie pour être sain par rapport au virus du VIH.

Il en ressort que les enquêtés ont un niveau suffisant d'informations sur le SIDA, dont les aspects les plus connus sont : la signification de l'acronyme, les modes de transmission, les moyens de prévention et la principale voie de contamination.

#### *Image sociale du SIDA et de la sexualité*

**Tableau IV. Représentations sociales de la sexualité en tant que tabou et de l'origine du SIDA**

	%
<b>Représentations sociales : tabou et origine Sida</b>	<b>(n = 671)</b>
La sexualité et le SIDA ne doivent rester des sujets tabous entre parents et enfants en famille	28
Le Sida a comme origine la malédiction divine	44
Le Sida a comme origine la sorcellerie	20,1
Le sida a comme origine la malchance	49,9

Lecture faite de ce tableau, il ressort que 28 % de sujets affirment que la sexualité et le Sida doivent rester un tabou ; 44 % de sujets partagent l'idée que le sida peut avoir comme origine la malédiction divine ; 20,1 % de personnes enquêtées font montre de la croyance à la sorcellerie en matière du SIDA ; 49,9 % de sujets l'attribuent à la mauvaise chance.

Partant de chiffres ci-dessus, concernant les représentations sociales sur l'origine du SIDA, il se dégage que la majorité de sujets ont une image plus objective du SIDA liée probablement au niveau d'informations dont ils disposent. Contrairement aux chiffres présentés dans le tableau ci-dessus, 72 % de sujets considèrent que la problématique du SIDA et de la sexualité ne doit pas garder la casquette de tabou ; 56 % réfutent l'idée d'une punition divine, 79,9 % n'admettent pas l'origine sorcière et 50,1 % rejettent l'idée de la malchance.

**Tableau V. Représentations sociales de la guérison du SIDA**

	%
<b>Représentations sur la guérison</b>	<b>(n =671)</b>
Le SIDA peut être guéri par les fétiches	20,7
Le SIDA peut être guéri par la prière	41,9
Le SIDA peut être guéri par la consommation de certains aliments protéiniques	29,1
Le Sida peut être guéri par les relations sexuelles avec une vierge	14,3

On observe dans ce tableau que certains sujets ont une image négative sur la guérison du SIDA. En effet, 20,7 % croient aux fétiches pour guérir du SIDA ; 41,9 % mettent leur foi à l'intervention divine à travers la prière ; 29,1 % évoque la consommation des aliments avec protéines et 14,3 % adhèrent à l'idée autour des relations sexuelles avec une fille vierge.

Partant des chiffres ci-dessus, il ressort que 80,3 % de sujets s'opposent à la thèse des fétiches pour guérir du SIDA ; 58,1 % de sujets réfutent la guérison par la prière ; 70,9 % ne sont pas pour la prescription d'une alimentation protéinique pour obtenir la guérison du Sida ; 85,7 % de sujets ne sont pas convaincus de l'effet des relations sexuelles avec une fille vierge pour guérir du Sida.

*Autres postures sur le VIH/SIDA*

**Tableau VI.: Autres conceptions que les enquêtés ont sur le SIDA**

	%
<b>Autres postures</b>	<b>(n=671)</b>
Il n'est pas nécessaire d'effectuer le test de dépistage	73,5
Le Sida n'a aucun traitement ni vaccin, mais peut être évité	73,2
On peut diminuer le risque d'infection du VIH en évitant des comportements à haut risque	61,4
Il n'y a aucune nécessité des relations sexuelles non protégées avec des partenaires occasionnels	48,9
Il y a nécessité d'organiser les enseignements sur le SIDA à l'école	72,4
Tout le monde est concerné par les risques d'infection par le VIH	45,2
Il est important d'utiliser le préservatif lors des rapports	45,2

sexuels	
Le sida est une maladie grave et mortelle constituant un problème sérieux	93,6
Il est impératif de changer des comportements pour éviter de contracter le VIH suite aux connaissances liées aux modes de transmission de la maladie	76,2
L'abstinence comme le moyen le plus sûr pour ne pas contracter le Sida par les rapports sexuels	49,8

De ce tableau, il ressort que 73,5 % des sujets ciblés par notre enquête n'ont jamais réalisé le dépistage ; 73,2 % sont d'avis que l'on peut éviter le Sida même s'il n'a pas de vaccin ; 61,4 % adhèrent au postulat que le VIH peut être évité en se dédouanant des comportements à risque connu ; 48,9 % des élèves enquêtés s'abstiennent des rapports sexuels et attendent carrément le mariage ; 72,4 % des sujets sont favorables à l'enseignement du VIH/SIDA à l'école ; 45,2 % d'enquêtés certifient ne pas être concerné par le risque d'infection par le VIH ; 45,2 % de sujets font usage du préservatif lors des rapports sexuels ; 93,6 % de sujets sont conscients que le SIDA constitue un problème sérieux comme maladie mortelle ; 76,2 % d'enquêtés ont changé de comportements pour éviter de contracter le VIH après les informations sur les modes de transmission de la maladie ; 49,8 % de répondants estiment que l'abstinence sexuelle est le seul moyen sûr de ne pas contracter le SIDA par la voie sexuelle.

En effet, par rapport à l'utilisation du préservatif lors des rapports sexuels, 45,2% de sujets en font usage. Pour eux, leur sécurité est assurée dans l'utilisation correcte du préservatif (Effets bénéfiques du préservatif) et 54,8% donnent d'autres réponses notamment: l'ignorance de ce matériel, la difficulté d'utilisation de ce matériel et les effets pervers du préservatif (Mythe entourant ce matériel : risque de rupture, toxicité, amoindrissement du plaisir). Il s'agit ici des barrières pratiques et de jugement ; de l'évitement du soupçon au sujet de la conduite personnelle, la foi en l'éducation de base sur la virginité (Dimension sociologique) et la fidélité au partenaire. Néanmoins, l'éducation à la santé pour prévenir le sida ne peut pas se satisfaire de l'unique promotion du préservatif et de son usage. (Manderscheid et al. 1996).

Concernant le changement induit suite à l'accession à l'information sur les modes de transmission, 76,2% de sujets ayant changé d'habitudes disent mettre en pratique des connaissances acquises (thérapie cognitivo-comportementale) et se gardent ferme dans leurs comportements. Quant à l'autre tranche (23,8%), ceux qui n'observent pas de changement de comportement affichent une forme de naïveté par rapport à la pandémie.

Les sujets (49,8%) qui estiment que l'abstinence constitue le seul moyen efficace pour éviter le SIDA par voie sexuelle le justifient en ces termes : l'abstinence rassure la protection de la santé, avec elle l'on s'exerce à la maîtrise des pulsions sexuelles. Les autres, en plus de l'abstinence soulignent l'existence d'autres voies de transmission et défendent ainsi la non exclusivité de la voie sexuelle pour contracter le VIH/SIDA.

### III. DISCUSSION DES RESULTATS

Le niveau d'efficacité de l'enseignement sur la prévention du VIH/SIDA s'évalue par l'acquisition des connaissances pertinentes sur la pandémie et l'adoption des attitudes et des comportements sexuels responsables. En effet, la théorie de

changement qui a fondé l'introduction d'un cours sur le VIH/SIDA dans les écoles secondaires de la RDC, est le lien de cause à effet entre le renforcement du niveau de connaissances des jeunes élèves adolescents sur la pandémie du SIDA et l'adoption d'attitudes et de comportements positifs et responsables face au risque de contracter cette maladie. Les résultats présentés sont loin de confirmer cette théorie de changement.

L'enquête réalisée permet de constater que la majorité de répondants ont des bonnes connaissances sur le SIDA. Ceci se traduit par la pertinence des informations qu'ils possèdent relatives aux modes de transmission (93,4 %) et aux méthodes principales de prévention (96,7 %). Ces résultats rejoignent ceux de Kounta, Ch. et al. (2014) qui, dans leur étude portant sur les connaissances, les attitudes et les pratiques des jeunes lycéens en matière des IST, du VIH et du SIDA dans la Commune urbaine de Sikasso au Mali, ont trouvé que la majorité des élèves (97,9 %) a déjà entendu parler du VIH et du SIDA, et leurs connaissances sur le SIDA étaient bonnes. Dans cette optique, l'Unicef (2002), recommande de fournir aux jeunes les connaissances et informations, car ceux-ci ne peuvent pas se protéger s'ils ne disposent pas des données nécessaires sur le VIH/SIDA. Les adolescents doivent acquérir ces connaissances avant d'être sexuellement actifs et cette information doit être régulièrement renforcée et accrue tant à l'école et qu'en dehors de celle-ci. Il est ainsi essentiel d'offrir à tous les enfants une éducation de bonne qualité en matière de sexualité et le VIH/SIDA.

On observe également que les élèves enquêtés ont différentes représentations sur le VIH, typiques à la société dans laquelle ils vivent concernant notamment le tabou devant entourer le SIDA (28%) ; l'origine de cette pandémie : malédiction divine (44 %), sorcellerie (20,1%) et malchance (49,9%) ; les représentations sociales de la guérison du SIDA : fétiches (19,7%), intervention divine (41,9%), bonne alimentation (29,1%) ; les relations sexuelles avec une vierge (14,3%). Ces résultats rejoignent ceux de Tsafack (2009) et de Miranda Arena et al (2016), qui constatent que l'épidémie du VIH/SIDA est véhiculée aussi par des déterminants socioculturels.

Les résultats de l'étude révèlent aussi ce qu'on pourrait qualifier de mythe de guérison du SIDA, à savoir le rapport sexuel avec une vierge. Et ce mythe est la croyance erronée qui postule que si un homme, infecté par le VIH ou d'autres maladies transmissibles, a des rapports sexuels avec une fille ou une femme vierge, il sera guéri de sa maladie. Aucune preuve scientifique n'a attestée de tel jusqu'alors concernant cette pratique sexuelle.

Par ailleurs, l'analyse des diététiciens établit que les personnes séropositives doivent faire le maximum d'efforts pour adopter un régime alimentaire sain et équilibré de façon à répondre à leurs besoins accrus en protéines et en énergie. Selon une de CAC/SCN (1998), les séropositifs ont des besoins nutritionnels supérieurs à la normale, particulièrement pour ce qui est des protéines (jusqu'à 50 % de plus) et de l'énergie (jusqu'à 15 % de plus). La même étude montre que l'apparition de la maladie et même la mort peuvent être retardés pour un séropositif bien nourri ; que des régimes alimentaires riches en protéines et, en énergie et en micronutriments contribuent à améliorer la résistance aux infections opportunistes chez les malades du SIDA (FAO, 2000). Néanmoins, aucune recherche consultée ne mentionne le fait de la guérison par l'alimentation, cette dernière n'étant qu'un catalyseur d'atténuation. Ce qui va à l'encontre des affirmations faites par certains enquêtés à ce propos.

Concernant l'effet de la prière, les enquêtés traduisent leur espérance et la manifestation de leur foi en Dieu. A ce sujet, Guénais cité par Fancello (2007) considère

le SIDA comme une maladie punition. Pour lui, une maladie créée par Dieu pourrait être guérie par Dieu lui-même et qu'au Burkina Faso et en Côte d'Ivoire, comme au Ghana, certains responsables religieux commencent à avancer l'idée qu'une guérison miraculeuse du SIDA n'est pas exclue.

Au sujet des autres conceptions que les enquêtés ont du VIH/SIDA, il ressort qu'une proportion importante d'entre eux soutient la nécessité de l'organisation de l'enseignement du VIH/SIDA à l'école (72,4 %). Ces résultats corroborent ceux de Bardou (2004), Akpaka et Ekue (2007), Guiet-Sylvain et al (2011), qui estiment que les jeunes de la tranche d'âge entre 14 et 24 ans sont les premiers touchés par le SIDA. A cet effet, l'action de l'école constitue un facteur clé dans la lutte contre le virus (Bardou, 2004).

L'école doit organiser l'enseignement sur le SIDA, car elle est l'un des principaux lieux de prévention et d'éducation à la santé des jeunes et, par-delà, un cadre de transmission des connaissances à la prévention du VIH/SIDA. Ces résultats convergent vers ceux de Guiet-Sylvain et al, (2011), pour qui l'école est un espace privilégié pour éduquer à la santé, en raison du nombre significatif d'enfants scolarisés, de sa position stratégique d'interface de la société et des familles, et par son organisation. Pour cela, Guiet-Sylvain (2001) estime que l'éducation à la santé doit être un objet de « préoccupation » scolaire et un objet de recherche universitaire. La même analyse est partagée par Hamel et al (2001) et Jourdan (2010).

Selon la théorie de l'utilité et de l'efficacité de l'éducation à la santé en milieu scolaire, les personnes qui reçoivent une information réagissent de façon rationnelle en adoptant les comportements ou les modes de vie qui sont reconnus pour se préserver de la maladie (Green et al, 1996). En effet, 76% de sujets (élèves) enquêtés soutiennent l'impératif de changement des comportements pour éviter de contracter le VIH. Dans la même perspective, Rehle et al (2003) pense que le changement des attitudes vis-à-vis du VIH/SIDA, et l'évitement des comportements à risque et l'adoption des règles de protection contribuent à réduire les contaminations au VIH.

Le modèle éducatif fondé sur la notion des choix et des buts, en plus de l'acquisition des connaissances donne aux sujets la possibilité d'interpréter et d'intégrer les connaissances dans le contexte de la vie (Green et al, 1996). Certains de nos résultats appuient ce principe pour autant que les enquêtés adoptent des postures positives et protectrices qui dépendent des choix qu'ils opèrent. De fait, 72,2% de répondants reconnaissent que le Sida n'a aucun traitement ni vaccin, mais peut être évité. En outre, 57,5% sont d'avis qu'on peut diminuer le risque d'infection au VIH en évitant des comportements à haut risque. D'autres sujets soulignent le risque encouru dans les relations sexuelles non protégées avec des partenaires occasionnels. Et ces opinions culminent dans l'idée qu'ont en esprit les enquêtés : 93,6% de répondants considèrent le SIDA comme une maladie grave et mortelle qui constitue une sérieuse catastrophe pour la société. Cette dernière conception rejoint l'idée de Touzé et al, pour qui le SIDA est avant tout un drame humain.

En effet, au bout de la formation en 4<sup>ème</sup> année (fin de l'école secondaire), les jeunes adolescents ont grâce à cet enseignement, maîtrisé les méthodes principales de prévention du VIH/SIDA notamment l'utilisation du condom, la fidélité à un seul partenaire sain, l'abstinence jusqu'au mariage. Toutefois, ces connaissances ne suffisent pas à elles seules, comme d'ailleurs les autres connaissances sur les autres aspects du VIH/SIDA. Il est souhaitable que le travail fait par l'école soit relayé par d'autres sphères éducatives (famille, Eglise, mouvement des jeunes), pour assurer un accompagnement total aux jeunes en matière de VIH. La collaboration éducative de ces

différents milieux contribuerait plus efficacement à la prévention contre le VIH. De fait, selon Cole et al (2008), bien que les connaissances sur le VIH/SIDA jouent un rôle certainement important dans la prévention du VIH, il est difficile de déterminer si des changements dans les connaissances peuvent modifier les comportements de manière significative. Selon l'Unicef (2002), il faut donner aux jeunes les compétences nécessaires pour mettre leurs connaissances en pratique. Car, les connaissances à elles seules ne sont pas suffisantes pour modifier les comportements. Les jeunes ont besoin des compétences pour mettre en pratique ce qu'ils ont appris. En nous rangeant sous la bannière de Manderscheid et ses collaborateurs (1996), Il s'agirait d'approche d'éducation à la santé fondée sur l'autonomisation du sujet, c'est-à-dire une approche qui consiste non pas à fournir à l'élève un « prêt à penser », mais à lui donner les moyens d'une réflexion propre et les compétences utiles pour la vie quotidienne.

Quant aux clichés sur l'origine du VIH, les élèves enquêtés sont encore accolés aux représentations sociales erronées sur l'origine du SIDA malgré le niveau de connaissances acquises. Ces résultats rencontrent ceux d'une recherche sur les mythes relatifs au VIH/SIDA dans les zones rurales de Namibie. Dans celle-ci, Pempelani Mufune (2005) déclare que les données quantitatives recueillies à Oshakati font apparaître un certain nombre d'idées fausses que 'le SIDA est causé par la sorcellerie', que 'le SIDA est un châtiment divin'. Dans la ligne de la fausse idée de la punition divine, figurent les résultats qui convergent vers cette idée de d'Aboville et al (1994).

Au regard de ces résultats, nos hypothèses ont été confirmées dans la mesure où l'on a observé l'acquisition d'un niveau suffisant d'informations sur le SIDA dans ses aspects les plus connus : signification de l'acronyme (88%), modes de transmission (93,4%), moyens de prévention (96,7%), la principale voie de contamination (87%), les agents pathogènes (74,4%), etc. Cependant, celles-ci n'ont pas suffi à changer radicalement les attitudes et comportements de plusieurs élèves enquêtés dont les conceptions sur le SIDA subissent encore une influence de fausses idées reçues et les pesanteurs culturelles.

Ce constat consolide l'observation de Schmied (2017) pour qui une concentration excessive sur l'amélioration des connaissances et une attention insuffisante aux autres facteurs d'influence sont la cause d'échec de nombreuses interventions, en dépit de bonnes intentions, car notre comportement est influencé par une gamme de facteurs qui sont à la fois propres et extérieurs à nous-mêmes.

## **Conclusion**

Les élèves des écoles secondaires de Butembo présentent un niveau suffisant d'informations sur le VIH/SIDA dans ses aspects les plus en vue. Toutefois leurs attitudes et comportements sont affectés par l'image sociale de ce virus, fondée par d'autres conceptions que ces élèves ont sur le SIDA. Il leur manque ainsi des compétences nécessaires dans certaines situations-problèmes. Toutefois, même s'il est difficile de conclure à propos de l'influence des connaissances sur le changement de comportement, il nous semble que le rôle de l'école est de faire en sorte que les élèves aient des connaissances qui leur permettent d'agir de façon responsable. Ces connaissances et la nécessité de changer positivement leur comportement vis-à-vis du VIH/SIDA, doivent être portées par tous les milieux éducatifs à l'instar de l'école.

## Références bibliographiques

- Akpaka,O et Ekue d'Almeida, S. (2007). *L'impact du VIH et du SIDA sur le système éducatif au Togo*. Paris: UNESCO (I.I.P.E).
- Baggaley, R. (1996). *Young people talk about HIV: summary of findings from 45 focus group discussions*. Lusaka: UNICEF.
- Bardon ,A. (2004). *Sida : L'éducation comme vaccin*. Unesco : Le nouveau courrier
- CAC/SCN.(1998). « Overview to the feature: Nutrition and HIV/AIDS ». *SCN News* 17, 3 - 4.
- Cole, B.P.et al. (2008). « An evaluation of a Peer-basef HIV/AIDS Education programm as Implemented in a Suburban High School setting », *Journal of HIV/AIDS. Prevention in Children and Youth*, Vol 9, n°1, 84 - 86.
- D'Abouville et al. (1994). *Le SIDA, ça nous regarde! Pour les jeunes et par les jeunes*. France : Stock.
- Dupras, A. (1996). « La prévention et l'éducation sexuelle au regard du sida : crise des valeurs et des mesures ». *Service social*, vol 45, n°1, 61-78.
- F.A.O et O.M.S. (2003). *Mieux vivre avec le SIDA, Manuel de soin et soutien nutritionnels pour les personnes atteintes du VIH/SIDA*. FAO Division de l'Alimentation et de la Nutrition.
- Fancello, S. (2007). « Guérison, délivrance et SIDA : les femmes et « la maladie de Dieu » dans les Eglises Pentecôtistes africaines », *Sciences sociales et santé*, vol.25, n°4, 5 - 34.
- Gallant, M et Maticka-Tyndale M .(2004). « School-based HIV prevention for Africa youth ». *Soc Sci Med*, 58 (7), 1337 - 1351
- Green, J. et al. (1996). « Efficacité et utilité de l'éducation à la santé à l'école ». *Revue française de pédagogie*, vol 114, L'éducation à la santé. 103-120.
- Guiet-Silvain, J. et al. (2011). « Education à la santé en milieu scolaire, mise en perspective historique et internationale », *Carrefours de l'éducation*, Vol 2, n°32, 105-127.
- Hamel M. et al(2001). « Nous serons bien mieux ! Les déterminants de la santé et du bien-être des enfants d'âge scolaire ». Sainte-Foy : Publications du Québec, 6-12-17.
- Jourdan, D et al. (2002). « Éducation à la santé à l'école : pratiques et représentations des enseignants du primaire ». *Santé Publique*, n°14,38-48.
- Jourdan, D. (2010). *Education à la santé. Quelle formation pour les enseignants*. Paris : Ineps.
- Kounta, Ch. et al. (2014). « Etude des connaissances, des attitudes et des pratiques des jeunes lycéens en matière des IST et du SIDA dans la commune urbaine de Sikasso-mali », *Revue malienne d'infectiologie et de microbiologie*, Tome 1, 1 -10.
- L'Institut International de la Planification de l'Education (IIPe, 2001).
- Labra,O et al. ,(2017). « Attitudes et connaissances d'étudiants universitaires à l'égard du VIH-Sida », *Revue service social*, Vol.63, n°2, 1 - 20.
- Manderscheid J-C et al. (1996). « La réflexion sur le sida comme question philosophique : une expérience d'enseignement ». *Revue française de pédagogie*, Vol. 114, L'éducation à la santé. 45-52.
- Manderscheid, J-C. (1994). « Modèles et principes en éducation à la santé », *Revue française de pédagogie*, Vol 1, n°107, 81 - 96.
- Miranda Arenas F. et Looock,P. (2016). *Etude sur les déterminants socioculturels de la transmission du VIH chez les jeunes de 10 à 24 ans : RDC Kinshasa-Nord-Kivu*.

- OMS, (2004). *Programmes nationaux de lutte contre le sida : Guide des indicateurs de suivi et d'évaluation des programmes nationaux de prévention du VIH/SIDA pour les jeunes*. Suisse : OMS.
- ONUSIDA (2021). Fiche d'information- dernières données statistiques sur l'état de l'épidémie de SIDA. ONUSIDA.
- ONUSIDA. (2001). *Prévention du VIH - Méthodes novatrices. Sélection d'Etudes de cas*. Suisse : Collection Meilleures pratiques de l'Onu sida. Outils fondamentaux.
- Pempelani Mufune. (2005). « Mythes relatifs aux préservatifs et au VIH/SIDA dans les zones rurales du Nord de la Namibie », *Revue internationale des sciences sociales*, vol 4, n°186, 745 - 757.
- Rehle T. et al. (2003). *Evaluation des programmes de lutte contre le VIH/SIDA (Prévention, soins, assistance) dans les pays en développement. Guide à l'intention des directeurs des programmes et des décisionnaires*. Family Health International (FHI), Impact : UDAID.
- Sacadura, M. et al (2005). « La prévention du sida en milieu scolaire : pratiques d'enseignants de biologie en France et au Congo ». *Santé Publique*. 2 (Vol. 17), 211-226.
- Schmied, P. (2017). *Guide pratique pour le changement de comportement pour les professionnels du développement*. People in Need.
- Touzé, V. et Ventelou, B., (2002). « SIDA et développement : un enjeu mondial », *Revue de l'OFCE*, Vol.5, n°83 bis, 153 - 174.
- Tsafack Temah, C. (2009). « Les déterminants de l'épidémie du VIH/SIDA en Afrique subsaharienne », *Revue d'économie du développement*, Vol.17, n°1-2, 73 - 106
- Unicef, Unesco et OMS. (2002). *Les jeunes et le VIH/SIDA. Une solution à la crise*. Paris : Unicef.