

Perception des adolescents et jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive, République Démocratique du Congo

Adolescents' and young people's perceptions of sexual and reproductive health in the Democratic Republic of Congo

Gabriel Nsakala Vodiena ⁽¹⁾, Yves Coppieters ⁽¹⁾,
Bruno Dimonfu Lapika ⁽²⁾, Patrick Kayembe Kalambayi ⁽³⁾,
Dominique Gomis ⁽⁴⁾, Danielle Piette ⁽⁵⁾

Résumé : Les adolescents et jeunes ont des appréhensions particulières des problèmes liés à leur santé sexuelle et à la reproduction. Cette étude identifie en milieu urbain de la RDC, les besoins et les perceptions des adolescents et jeunes liés à la santé de la reproduction, afin d'orienter les interventions dans ce champs. Il s'agit d'une étude qualitative utilisant des focus groupes réalisés dans trois villes de la RDC (Kinshasa, Matadi et Goma). Elle a ciblé les adolescents et jeunes des deux sexes, de différentes catégories sociales, âgés de 10 à 14 ans, 15-19 ans et 20-24 ans. Les filles mettent en avant les besoins d'informations sur le cycle menstruel et les expériences sexuelles. La pratique de la masturbation et les performances sexuelles sont prioritairement mentionnées par les garçons. Les relations affectives et la sexualité permettent en plus de résoudre certains problèmes sentimentaux et matériels non couverts en famille. L'éducation sexuelle est réclamée, mais exige une personne capable de garantir la confidentialité. Dans ce cadre, le personnel médical, les leaders religieux, les enseignants sont de loin préférés aux parents. Les médias constituent la principale source d'informations, cependant la communication interpersonnelle est vivement souhaitée. Les services de santé ne sont utilisés qu'en seconde intention, après l'automédication et le traitement traditionnel jugés plus accessibles. Des programmes ont été développés en faveur des adolescents et jeunes en RDC pour concourir à la satisfaction et à l'amélioration de ces différentes questions.

Mots-clés : Santé de la reproduction - besoins - perception - adolescents - République Démocratique du Congo.

(1) Université Libre de Bruxelles (ULB) - École de santé publique - Centre de recherche « Politiques et Systèmes de santé - Santé internationale - Route de Lennik, 808 - CP 596 - B-1070 Bruxelles - Belgique.

(2) Université de Kinshasa - Faculté des Sciences sociales et administratives - République Démocratique du Congo.

(3) Université de Kinshasa - École de Santé Publique - Département d'Épidémiologie et Biostatistiques - République Démocratique du Congo.

(4) Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) - Bureau Sous-Régional - Dakar - Sénégal.

(5) Université Libre de Bruxelles (ULB) - École de santé publique - Centre de recherche « Approches sociales de santé » - Route de Lennik, 808 - CP 596 - B-1070 Bruxelles - Belgique.

Correspondance : Gabriel V. Nsakala
Doctorant, École de santé publique,
Université Libre de Bruxelles (ULB).
E-mail : gabysak@yahoo.fr

Réception : 07/09/2011 - Acceptation : 08/08/2012

Summary: *Adolescents and young people have specific concerns about issues related to sexual and reproductive health. The purpose of this study, conducted in an urban setting of the DRC, was to identify the needs and perceptions of adolescents and young people in the area of sexual and reproductive health with a view to informing policy. This paper presents the results of a qualitative study using focus groups conducted in three cities of the DRC (Kinshasa, Goma and Matadi). The study focused on adolescents and young people of both sexes and from different social classes from the following age groups: 10-14, 15-19 and 20-24. Among the female participants, the results highlight the need for information on the menstrual cycle and sexual experiences, while the male participants identified masturbation and sexual performance as their main concern. The study also found that emotional relationships and sexuality can help to solve sentimental and material problems not usually addressed within the family. The participants also emphasized the need for sex education, although they insisted on the importance of confidentiality. The results also suggest that adolescents and young people prefer to communicate with medical personnel, religious leaders, and teachers rather than their parents. The media were found to be the main source of information about sexual and reproductive health. However, there also appears to be a need for interpersonal communication. In addition, the results indicate that health services are considered a secondary option after self-medication and traditional treatments, which are seen as more accessible. In the DRC, programs targeting adolescents and young people have been developed to meet current needs and improve provision.*

Keywords: Reproductive Health - needs - perception - adolescents - Democratic Republic of Congo.

Introduction

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'adolescence est la période comprise entre l'âge de 10 et 19 ans, tandis que le terme « jeunes gens » désigne les personnes âgées de 15 à 24 ans [1]. L'adolescence est une période de la vie caractérisée par la survenue de transformations physiques, biologiques et psychologiques qui entraînent des changements profonds, notamment sur le comportement sexuel [1, 2]. C'est également un processus de croissance qui s'accompagne de besoins très particuliers de santé de la reproduction justifiant naturellement un comportement d'ordre exploratoire et expérimental qui entraîne parfois des risques [3]. L'une des contributions les plus décisives que peut apporter un pays à ses progrès et à sa stabilité économique, sociale et politique est de répondre aux besoins de santé et de développement des adolescents [4].

En République Démocratique du Congo (RDC), en dépit des programmes d'Information, Éducation et Communication (IEC) prônant l'abstinence, la fidélité et l'usage des préservatifs, et appuyés ces dernières années par différentes organisations nationales et internationales, les données au sujet de la santé sexuelle et de la reproduction demeurent très préoccupantes. L'enquête nationale de surveillance comportementale et de prévalence du VIH menée en 2005 et 2006 a rapporté que seulement 5 % des jeunes de 15-24 ans ont une connaissance complète sur la prévention du VIH et qu'à peine 20 % ont eu recours au préservatif lors d'un rapport sexuel occasionnel durant les 12 derniers mois [5]. En 2007, l'enquête démographique et santé menée en RDC révèle que chez les adolescentes, une proportion identique (18 %) des jeunes filles et des garçons de même âge ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans (âge médian au premier rapport sexuel est 16,8 ans chez les filles et 18,1 ans chez les garçons) [6].

Fort de ces informations, une meilleure appréhension de la dimension globale des problèmes des adolescents et jeunes en matière de santé sexuelle et de la reproduction est nécessaire pour mieux orienter la planification des interventions sur ces thématiques.

L'objectif de cette étude était d'identifier les besoins, opinions et perceptions des adolescents et jeunes sur certaines questions de santé sexuelle et de la reproduction afin d'améliorer le contenu et les approches des interventions selon les spécificités : milieux urbains, niveaux socio-éducatifs et en fonction de leurs âges.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude qualitative de type participatif à visée descriptive et thématique ayant utilisé la technique de groupe de discussion dirigée (GDD) qui encourage l'interaction de groupe autour d'un sujet déterminé par le chercheur [7]. Cette méthode présente des avantages dans un contexte géographique comme la RDC, car elle n'est pas discriminatoire à l'égard des gens qui ne savent ni lire, ni écrire, et elle encourage la participation des jeunes qui hésitent à être interrogés sur des thématiques de ce type [8].

Déroulement de l'étude

Le recueil des données s'est déroulé du 5 août au 20 septembre 2008 et a ciblé les adolescents et les jeunes de deux sexes. Ces derniers étaient segmentés en trois tranches d'âges de 10 à 14 ans, 15-19 ans et 20-24 ans suivant la proposition de l'OMS [3] basée sur la spécificité éventuelle des problèmes dans chaque groupe d'âge. Les participants étaient recrutés parmi les jeunes et adolescents présents dans les différents milieux de vie, après explication préalable de l'objet et de l'intérêt de l'enquête. Dans chaque site, huit enquêteurs de deux sexes ont été sélectionnés et formés pour réaliser les GDD dans chaque ville. Compte tenu de la sensibilité de la matière, les GDD ont été organisés séparément pour chaque sexe, de sorte que l'animateur principal de chaque GDD était de même sexe que les participants, assisté par un preneur de notes de sexe opposé.

Population de l'étude et sites de collecte

Dans le but d'avoir une idée sur l'ensemble des besoins des jeunes du pays, trois villes dans différentes provinces ont été retenues ayant les caractéristiques suivantes : i) Matadi (Bas-Congo/Ouest), zone non touchée par les conflits armés, ville portuaire avec une intense activité économique ; ii) Goma (Nord-Kivu/Est), zone touchée par des conflits armés et des violences massives sur les jeunes et adolescents, regorge d'une population de déplacés internes ; iii) Kinshasa (Capitale), mégapole polymorphe, bénéficiaire de nombreuses et diverses interventions aux niveaux médiatiques et communautaires ayant un impact sur les jeunes et adolescents.

Le tableau I présente la répartition des GDD en fonction des sites, du nombre et des profils des participants.

Tableau I : Répartition des GDD en fonction des sites, du nombre et du profil sociodémographique des participants

(Villes/ Provinces, Localisation)	Filles			Garçons		
	Tranches d'âges, catégories sociales et nombre des participants			Tranches d'âges, catégories sociales et nombre des participants		
	10-14 ans 3 catégories sociales : (scolarisés/ décrochés scolaire/dans la rue) avec 6 participants par GDD	15-19 ans 3 catégories sociales : (scolarisés/ décrochés scolaire/apprenant métier) avec 8 participants par GDD	20-24 ans 3 catégories sociales : (scolarisés/ décrochés scolaire/filles mères) avec 8 participants par GDD	10-14 ans 3 catégories sociales : (scolarisés/ décrochés scolaire/dans la rue) avec 6 participants par GDD	15-19 ans 3 catégories sociales : (scolarisés/ décrochés scolaire/apprenant métier) avec 8 participants par GDD	20-24 ans (3 catégories sociales : (scolarisés/ décrochés scolaire/en activité informelle) avec 8 participants par GDD
Matadi (Bas- Congo/Ouest)	3	3	3	3	3	3
Goma (Nord- Kivu/Est)	3	3	3	3	3	3
Kinshasa (Capitale)	3	3	3	3	3	3
TOTAL GDD	9	9	9	9	9	9

Dans chacune des trois zones d'intervention et pour chaque tranche d'âge, 3 GDD étaient constitués de manière homogène en fonction du sexe et de la catégorie sociale des participants. Trois catégories socio-éducationnelles étaient retenues pour chaque tranche d'âge (les adolescents scolarisés, ceux qui sont en décrochage scolaire ainsi qu'une troisième catégorie sociale des jeunes vivant dans la rue (pour les 10-14 ans) ; des apprenants métiers (pour les 15-19 ans), et des garçons en activité informelle ou des filles mères en réinsertion sociale (pour les 20-24 ans). L'option d'une comparaison intergroupe justifie cette distinction des statuts au regard des données des enquêtes quantitatives antérieures [5].

Outils de collecte et thèmes explorés

La recherche a été réalisée au moyen d'un guide de discussions semi-dirigées sur les thèmes de l'étude. Ce guide était subdivisé en trois sous-thèmes comprenant des questions spécifiques : i) les besoins généraux et de santé reproductive des adolescents et jeunes, ii) les perceptions des adolescents et jeunes sur les relations amoureuses, la sexualité, la parentalité précoce ; sur l'éducation sexuelle et ses acteurs, iii) les opinions des adolescents et jeunes sur l'offre des soins disponibles, les sources et leurs canaux d'informations préférés.

Au niveau de chaque site, ces guides ont été pré testés par les enquêteurs auprès d'un public comparable à celui de l'étude. Chaque questionnaire a été traduit en langues nationales locales : Kikongo à Matadi, Swahili à Goma et Lingala à Kinshasa, suivant le procédé de « back translation » [9].

Analyse des données

À partir des comptes-rendus, des notes de terrain et des enregistrements de chaque GDD, une analyse du contenu a été faite. Par une démarche inductive, des codes dégageant le sens de *verbatim* ont été identifiés puis regroupés en sous thèmes. A été développée ensuite une analyse thématique et comparative tenant compte de différentes tranches d'âges et de leurs provinces respectives. Les principaux résultats de cette enquête sont présentés de façon générale dans les tableaux de résultats avec systématiquement des extraits plus spécifiques des GDD pour mieux illustrer les propos des adolescents et jeunes. Le protocole de cette étude était soumis au comité d'éthique de l'École de Santé publique de l'Université de Kinshasa. Sur les terrains d'enquêtes, un consentement éclairé verbal était préalablement obtenu de chaque participant avant son enrôlement, avec garantie de la confidentialité et de l'anonymat des données.

Résultats

Dans chacune des trois villes retenues, il s'est tenu séparément pour chaque tranche d'âges (10-14 ; 15-19 et 20-24 ans), 3 différents GDD composés de 6 à 8 participants de même sexe et de même statut social. Soit, 9 GDD de différents groupes d'âge pour chaque sexe et dans chaque site ; impliquant globalement 396 adolescents et jeunes de 10 à 24 ans des deux sexes dans l'ensemble des provinces.

Besoins généraux des jeunes adolescents

De manière générale, toutes les catégories enquêtées ont reconnu avoir des besoins qui ne sont pas satisfaits pour diverses raisons : le manque de moyens des parents, l'inexistence des lieux de loisirs, l'absence de distractions saines. Cependant, quelques spécificités sont observables en fonction de l'âge et du milieu social.

Si pour la majorité des 10-14 ans (scolarisés et non), les besoins de nourriture, des jeux et d'un encadrement pour leur avenir ont été spontanément évoqués, ceux vivant dans la rue ont déclaré avoir besoin d'être bien logés et de retourner en famille. Les scolarisés de 19-20 ans souhaitent en majorité étudier dans des bonnes écoles et ceux dont le parcours scolaire a été interrompu pour une raison ou une autre, expriment le besoin d'apprendre des métiers tels que la mécanique et l'électricité.

Quant aux 20-24 ans, la majorité des jeunes scolarisés ou non ont évoqué la nécessité d'une auto prise en charge à travers un emploi rémunéré. Alors que certaines filles ont évoqué le besoin de bien s'habiller, de mariage, d'assurer l'avenir de leurs enfants, d'autres jeunes garçons de Kinshasa ambitionnent de devenir des stars de la musique ou du sport et espèrent plus tard voyager en Europe.

À Goma, face aux multiples cas de viols et d'enrôlements forcés des garçons dans les groupes armés, le retour à la paix et à la sécurité est un besoin capital plus que désiré par la majorité des enquêtés.

Besoins liés à la santé de reproduction

Sans démarcation majeure entre les villes, et non spontanément, tous les jeunes et adolescents reconnaissent avoir des besoins en matière de sexualité et santé de la reproduction. Ces besoins relèvent d'une certaine intimité et ne sont donc pas partagés avec n'importe qui par souci de discrétion et par crainte d'être stigmatisé ou d'être traité « de moins sérieux ».

La majorité des adolescents scolarisés ou non de 10-14 ans ont exprimé des besoins essentiellement orientés vers l'accompagnement dans les relations affectives et amoureuses. Cependant, en dehors de quelques différences observables entre les sexes, la majorité des jeunes scolarisés ou non de 15-19 et 20-24 ans accusent des besoins similaires dans les trois sites.

Le tableau II contient les principaux besoins exprimés pour les tranches de 15-19 et 20-24 ans.

Tableau II : Besoins liés à la santé de reproduction des jeunes et adolescents (extraits des GDD et présentés en fonction de l'âge et du sexe)

Âge et sexe	Principaux besoins et verbatim
15-24 ans	<p>Les besoins de jeunes entre 15 et 24 ans tournent autour des thèmes de santé reproductive suivant : la maîtrise du cycle menstruel, les premières expériences sexuelles, les avortements, les grossesses, la stérilité, le sida et les IST, les performances sexuelles, la vie en couple, les conséquences du viol et de la masturbation. La connaissance du cycle menstruel, les questions de stérilité intéressent préférentiellement les filles tandis que les performances sexuelles et les questionnements sur la pratique de la masturbation préoccupent de manière générale tous les garçons.</p> <p>À Kinshasa plus qu'ailleurs, des besoins relatifs aux performances sexuelles préoccupent particulièrement les jeunes et adolescents qui ont besoin d'exceller sur le plan sexuel. C'est pourquoi, ils recourent aux produits aphrodisiaques traditionnels et à la pornographie (images vidéo et revues) pour un meilleur apprentissage de « l'art de la sexualité ».</p> <p>À Goma par contre, la prévention contre les viols intéresse les filles dans les tranches d'âges de 15-24 ans.</p>
Filles	<p>De façon spécifique :</p> <p>« La sexualité est un sujet qui ne se partage pas avec n'importe qui, car il y a des secrets personnels que l'on ne peut dire qu'avec sa personne de confiance » (Fille scolarisée de 20 ans, Kinshasa).</p> <p>« À mon âge, je ne sais même pas calculer les dates de mon cycle menstruel. Mes parents ne m'en parlent pas, et moi également j'évite de demander de peur d'être qualifiée de moins sérieuse » (Fille non scolarisée de 17 ans, Kinshasa).</p> <p>« Dans cet environnement où les filles courent plus des risques de viols, les responsables devraient préparer les jeunes à se prévenir des viols, les moyens de se défendre si l'on est agressé et organiser des soins gratuits » (Étudiante de 24 ans, Goma).</p> <p>« Je me sers des films pornographiques pour mieux apprendre les rapports sexuels, car une fille qui ne sait pas bien tourner les hanches au lit, n'est pas très utile dans son foyer » (Fille-mère de 24 ans, Matadi).</p>
Garçons	<p>De façon spécifique :</p> <p>« De tradition africaine, les problèmes de sexe ne se discutent pas avec les parents, ni en public. Chacun doit chercher à l'apprendre à sa manière, il y a des choses qui sont parfois honteuses qu'il faut garder pour soi-même. Dire que l'on a attrapé la chaude pisse est une honte » (Garçon apprenant métier de 23 ans, Kinshasa).</p> <p>« J'ai besoin de savoirs sur les conséquences de la masturbation, je ne sais pas si c'est mauvais et comment faire pour arrêter cette pratique. Je le fais à chaque fois que l'envie d'une relation sexuelle me passe par la tête ! » (Garçon non scolarisé de 18 ans, Goma).</p> <p>« Nos parents ne nous donnent pas assez des conseils sur la vie de couple, il y a des choses que l'on finit par apprendre une fois dans son foyer, cela occasionne beaucoup des problèmes dans l'avenir, c'est un besoin de former les jeunes à la vie responsable » (Étudiant de 23 ans, Matadi).</p> <p>« J'ai besoin d'être toujours performant quand je suis avec ma copine. Je ne connais pas un seul médicament qui donne la force sexuelle, mais avec les plantes comme Nkama songo ou Eniata, le résultat est immédiat et spectaculaire » (Garçon apprenant métier de 24 ans, Kinshasa).</p>

Perceptions des adolescents et jeunes sur les relations amoureuses, la sexualité et la parentalité précoce

La majorité des adolescents de 10-14 ans enquêtés n'avaient eu aucune expérience sexuelle. Ils se sont peu exprimés au sujet de la sexualité et avaient presque tous une opinion négative face à une éventuelle paternité ou maternité précoce, contrairement aux jeunes de 15-24 ans qui avaient des avis divergents.

Le tableau III reprend les différentes perceptions exprimées par les jeunes de 15-19 ans et 20-24 ans.

Tableau III : Perceptions des jeunes et adolescents sur les relations amoureuses, la sexualité et la parenté précoce (extraits des GDD et présentés en fonction du sexe et de l'âge)

Sexe et âge	Perceptions et verbatim
Filles et garçons 15-19 ans	Au-delà de 15 ans, la majorité des jeunes des deux sexes sont convaincus que le fait d'avoir un copain ou une copine est une nécessité qui procure du plaisir et de l'expérience pour les garçons. Pour certaines filles, ces relations de copinage permettent de résoudre des problèmes que les parents ne couvrent pas. C'est aussi une activité qui prépare à la responsabilité au foyer ou qui soulage.
	Par contre, certains (parmi les moins de 20 ans) perçoivent la parentalité précoce comme un malheur car c'est une grande responsabilité pour ceux qui dépendent encore de leurs parents.
	« C'est normal pour un jeune d'avoir des copines, car elles sont sources de plaisir, elles réchauffent et comblent certains soucis de la vie en cette période de jouissance » (Garçon scolarisé de 17 ans, Matadi).
	« Avoir une copine permet de satisfaire les besoins sexuels pour éviter le trop plein des spermatozoïdes qui risquent de causer des malformations au dos » (Garçon de la rue de 18 ans, Kinshasa).
Filles et garçons 20-24 ans	« Je ne veux pas être mère à mon âge, je serai l'objet d'une moquerie, je serai qualifiée de femme fanée ou flasque et je ferai la honte de ma famille » (Fille non scolarisée de 15 ans, Kinshasa).
	« Je suis encore élève, et suis encore sous l'éducation de mes parents, c'est un malheur d'avoir un enfant. Je serai privé de certains droits par mes parents et cela peut compromettre la poursuite de mes études » (Garçon scolarisé de 15 ans, Matadi).
	Face à une éventuelle paternité ou maternité précoce, les filles (surtout déjà mère) de 20-24 ans pensent qu'avoir des enfants à cet âge est une occasion pour laisser des traces de leur existence et d'avoir quelqu'un qui pourra aider dans l'avenir. C'est également un motif de fierté pour prouver que l'on n'est pas stérile.
	Certains garçons partagent aussi la même perception ; d'autres pensent le contraire.
Filles et garçons 20-24 ans	De façon spécifique :
	« Les copains sont nécessaires, car ils assurent certains besoins que les parents ne peuvent satisfaire, faire l'amour par exemple ou encore ils complètent l'argent de certains besoins en tant que fille » (Fille-mère de 22 ans, Kinshasa).
	« Avec les copains, on acquiert une certaine expérience qui est indispensable avant de se marier, au lieu d'aller tout découvrir chez son mari » (Fille scolarisée de 20 ans, Goma).
	« Avoir un enfant est une preuve tangible de sa fertilité, c'est un bonheur quel que soit le moment où on l'a » (Fille non scolarisée de 22 ans, Goma).
	« L'avenir est fait de surprise, avoir mon enfant ne peut être qu'un motif de bonheur, c'est lui qui me viendra en aide plus tard dans les moments difficiles » (Fille-mère de 21 ans, Matadi).
Filles et garçons 20-24 ans	« C'est un bonheur d'avoir déjà un enfant parce que je peux mourir aujourd'hui, la postérité se souviendra de moi, à travers cet enfant » (Garçon apprenant métier de 22 ans, Kinshasa).
	« Quel bonheur d'avoir déjà sa photocopie sur terre et c'est une fierté de grandir ensemble avec son petit junior, une bonne façon de laisser des traces sur terre » (Étudiant de 24 ans, Matadi).

Opinions sur l'éducation sexuelle et les acteurs préférés des jeunes et adolescents

La majorité des enquêtés ont exprimé l'envie de bénéficier d'une éducation sexuelle et d'avoir un répondant avec qui parler des problèmes sexuels, mais dans le respect de la confidentialité.

La perception des jeunes et adolescents sur l'éducation sexuelle et les acteurs préférés sont exposés dans le tableau IV.

Tableau IV : Qualité de la personne préférée pour l'éducation sexuelle (extraits des GDD et présentés en fonction du sexe et de l'âge)

Sexe et âge	Perceptions et verbatim
Filles et garçons 10-14 ans	<p>Pour la majorité : concernant les problèmes de sida, IST et liés à la grossesse, les jeunes et les adolescents de moins de 15 ans sont à l'aise d'en parler avec les amis, les pairs éducateurs et parfois avec les parents.</p> <p>De façon spécifique :</p> <p>« Il nous faut un accompagnement éducatif sur tous les plans. Avec les éducateurs des ONG par exemple, on peut parler ouvertement de la sexualité, mais ils doivent garder nos secrets » (Garçon scolarisé 14 ans, Goma).</p> <p>« Ma mère est ma meilleure conseillère, c'est elle qui me dit ce que je ne peux pas faire avec les garçons » (Fille scolarisée de 14 ans, Kinshasa).</p>
Filles et garçons 15-19 ans	<p>Pour la majorité : les médecins, les personnes expérimentées, les amis, les enseignants, les pasteurs sont des répondants idéaux pour l'éducation sexuelle. Les parents sont moins acceptés.</p> <p>De façon spécifique :</p> <p>« C'est mieux de discuter de ses problèmes intimes avec des jeunes de notre époque car entre nous, on se comprend mieux mais pour d'autres problèmes médicaux, on se confie au personnel médical qui connaissent beaucoup et savent garder le secret » (Garçon scolarisé 18 ans Goma).</p> <p>« J'ai besoin de connaître toute la vérité sur la sexualité, mais personne ne me donne des leçons complètes, j'apprends des choses par ci par là. Mais je ne veux pas en parler avec ma mère, surtout pas avec mon père » (Fille scolarisée de 19 ans, Matadi).</p>
Filles et garçons 20-24 ans	<p>Pour la majorité : ils préfèrent en parler avec les aînés, le personnel médical, les enseignants et les prêtres (pasteurs et autres encadreurs des églises) qui sont beaucoup plus sûrs, plus responsables et plus prédisposés.</p> <p>De façon spécifique :</p> <p>« Il faut que l'on nous aide à résoudre les problèmes sexuels, mais on n'est pas encadré, on a besoin des informations sur la façon de se comporter, de vivre l'amour et de se préparer au mariage » (Garçon apprenant métier de 22 ans, Kinshasa).</p> <p>« Si on pouvait nous aider à assumer nos responsabilités par l'apprentissage des métiers ou d'autres activités génératrices des revenus, cela nous aiderait à ne plus être tenté d'avoir des enfants hors mariage » (Fille-mère de 24 ans, Kinshasa).</p> <p>« C'est bon de parler de ces choses avec des personnes qui peuvent garder le secret et qui connaissent la matière : les médecins, le corps médical, les pasteurs et d'autres personnes de confiance » (Fille non scolarisée de 23 ans, Goma).</p> <p>« J'apprends à me protéger à partir des conseils que l'on donne au centre de santé lors des consultations prénatales et préscolaires et j'approfondi lors des réunions des mamans dans notre groupe des prières. C'est un cadre bien indiqué pour parler ouvertement de ces sujets tabous » (Fille-mère de 22 ans, Matadi).</p>

Opinions des adolescents et jeunes sur le recours aux services de santé disponibles, les sources et canaux d'informations sur la sexualité

Face aux problèmes de santé liés au sexe (plaie, sécrétions), des douleurs « du bas ventre » pour les filles, ou « du dos » pour les garçons, les jeunes ne fréquentent généralement les centres de santé qu'en seconde intention.

Pour la plupart des filles et garçons, l'automédication ou le traitement traditionnel est d'abord essayé excepté la catégorie des jeunes filles-mères de 20 à 24 ans non scolarisées qui font spontanément confiance aux centres de santé (personnel médical).

« Il y a des problèmes qui ne se traitent pas au centre de santé, les faiblesses sexuelles et les douleurs de dos sont mieux soignées par des tradipraticiens que par les infirmiers » (Apprenant métier 20 ans, Kinshasa).

Comme source principale d'informations sur les questions de sexualité, les jeunes désignent les médias (TV et radio), le personnel médical, les professeurs à l'école, les encadreurs religieux. Toutefois, une frange non négligeable des jeunes se réfère à leurs parents. Quant au meilleur moyen pour recevoir des informations sur la sexualité et bénéficier de lieux d'échanges, la quasi majorité des jeunes apprécie et réclament la communication interpersonnelle, les cinés forum, et les conférences-débat qui permettent les échanges interactifs.

Discussion

En RDC, peu d'études ont tenté d'explorer dans une approche qualitative, les besoins et préoccupations tels que perçus par les jeunes et adolescents au sujet des questions de santé sexuelle et de la reproduction. Ces besoins ne sont en principe pas homogènes ; ils sont variables selon le sexe, le stade de développement, le statut social et sont influencés par l'environnement dans lequel les jeunes évoluent [3]. Les données de cette étude confirment manifestement la variabilité de ces besoins pour le sexe, le stade de développement, et plus faiblement pour le statut social, l'environnement familial, social et géographique.

Besoins de santé de la reproduction

Les problèmes de santé sexuelle et de la reproduction ne sont pas mentionnés spontanément parmi les besoins prioritaires des jeunes. Et les questions de sexualité sont considérées comme des sujets que l'on ne partage pas facilement avec tout le monde. Une telle conception découle de la non prise de conscience de ces problèmes parmi les besoins fondamentaux et de l'ignorance du droit à la santé notamment sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes tels que le proclament les directives internationales [10, 11]. Déjà, lors de l'analyse participative des problèmes des adolescents de 15-19 ans par eux-mêmes en 2007, les résultats ont montré que les adolescents avaient pris conscience des conditions peu favorables dans lesquelles ils vivent mais sans pour autant mettre l'accent sur le risque lié à leur vie sexuelle [12].

En lien avec la santé de la reproduction, les besoins tournent essentiellement autour des connaissances, des attitudes et des pratiques liées à la sexualité. En effet, le caractère sélectif et superficiel de l'éducation sexuelle des parents, l'option moralisante du cours d'éducation à la vie familiale en milieu scolaire, le focus sur l'abstinence sexuelle soutenue par l'Église, justifient le besoin accru des adolescents sur les thématiques desquelles ils sont habituellement privés. Le besoin de connaissances du cycle menstruel et la

question de la masturbation relevés respectivement par les filles et les garçons dans cette étude constituent une préoccupation des jeunes vivant dans les pays en développement tel que cela été notamment observé au Sri Lanka [13]. Des espaces de dialogues entre parents et enfants, des discussions interactives avec les élèves ainsi que des lieux de parole pour jeunes devraient être encouragés dans la communauté et à travers les médias.

Quels que soient leurs statuts socio-éducatifs, la perception des relations affectives et de la sexualité tant par les filles que les garçons reflète une considération plus érotique et matérialiste. Ceci plaide pour une orientation des stratégies éducatives notamment autour des sujets traitant des valeurs affectives, abordant les sentiments, les émotions, les moyens et les aptitudes pour prendre de bonnes décisions, non seulement pour eux-mêmes, mais également pour ceux qu'ils aiment et pour la communauté toute entière [14].

La paix est une des conditions fondamentales pour la promotion de la santé [15], cela est d'autant plus valable pour la ville de Goma (Nord-Kivu), bastion des conflits armés et des violences sexuelles basées sur le genre. Dans cette zone, la crainte d'être victime de viol se cristallise de plus en plus dans l'esprit de nombreux adolescents et jeunes. De ce fait, la matière de lutte contre les violences sexuelles devrait être abordée dans sa profondeur dans le programme d'éducation sexuelle à tous les niveaux et par tous les acteurs œuvrant auprès des adolescents et jeunes en RDC.

Perception de la sexualité, de l'éducation sexuelle et de ses acteurs

Les adolescents et les jeunes perçoivent majoritairement le bien-fondé d'une éducation sexuelle susceptible de leur conférer des compétences indispensables de la vie courante y compris celles liées à la santé sexuelle. Cependant, se considérant privés d'un cadre de formation leur permettant d'acquérir les compétences attendues, les jeunes adolescents se débrouillent avec leurs pairs, tandis que d'autres espèrent trouver dans la pornographie, l'alternative idéale pour l'apprentissage de « l'art de la sexualité ». C'est une attitude rencontrée chez la majorité des jeunes au-delà de 15 ans qui préfère parler de leurs problèmes intimes entre eux, mettant ainsi leurs parents loin de leurs préoccupations sexuelles [16]. Ce sont ainsi les pairs, le système scolaire et les médias qui sont devenus les sources les plus importantes d'informations [17].

À l'instar de ce qui a été observé au Ghana, une des stratégies consiste à cibler en milieu communautaire les parents et d'autres adultes capables de développer leurs compétences et attitudes afin d'aider à répondre aux besoins de la santé sexuelle et de la reproduction des jeunes générations [18]. Par ailleurs, les préoccupations demeurées confidentielles et intimes nécessitent des stratégies novatrices à construire dans un environnement inspirant la confiance, en tenant compte du contexte socioculturel de la RDC.

Opinions des jeunes et adolescents sur les services disponibles, les sources et canaux d'informations

Il est connu dans de nombreux pays africains que les jeunes recourent habituellement aux soins de santé de base qu'après échec de l'automédi-

les filles et les garçons jeunes vivant dans les zones urbaines ont été observés au Sri Lanka. Les discussions de groupe pour jeunes ont été menées à travers les médias. La perception des jeunes garçons reflète une orientation pour une orientation des sujets traitant de la santé sexuelle, les moyens et les méthodes pour eux-mêmes et pour la communauté. La cation, des plantes médicinales ou du traitement traditionnel [19]. D'autres études ont montré que le recours aux guérisseurs traditionnels et aux officines pharmaceutiques est privilégié pour la prise en charge des IST à côté des hôpitaux et des dispensaires publics parce qu'ils fournissent des services confidentiels [20, 21], offrent un traitement rapide et permettent aux patients de payer en plusieurs fois [21]. Dans certains pays africains comme le Burkina Faso, le Ghana, le Malawi et en Ouganda, des raisons socio-psychologiques (par exemple, la gêne ou la peur) et le coût financier demeurent des obstacles à l'accessibilité à ces services [22]. Pourtant l'offre des services pour jeunes devrait être plus attractive et organisée dans un cadre adapté. Les critères de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité, de confidentialité et même de visibilité des services offerts, reconnus comme obstacles universels, doivent être pris en compte [23].

Tel qu'observé dans de nombreux pays africains [24], les jeunes et adolescents congolais se ressource principalement auprès des médias sans toutefois négliger le personnel de santé, les enseignants et les leaders religieux. Il est donc très important de renforcer les compétences de ces différents acteurs en RDC de manière à les rendre plus aptes au partage de la bonne information devant contribuer à une meilleure éducation sexuelle des jeunes dans leurs champs d'action respectifs. Par ailleurs, dans l'optique de l'identification des contenus et d'approches d'interventions innovantes au sujet de leur santé sexuelle et de la reproduction, les jeunes doivent être considérés comme des acteurs sociaux capables d'orienter le processus, et non comme des objets incapables de décisions et d'action, ou de simples bénéficiaires des programmes préconçus pour eux par des adultes [25].

Il ressort de cette étude que, mise à part la question sur les violences sexuelles plus préoccupantes à l'Est (Goma) et la mise en avant des performances sexuelles (à Kinshasa), les besoins et perceptions identifiés des jeunes et adolescents sont quasiment semblables dans les 3 zones d'enquête. Toutefois, ces résultats provenant essentiellement du milieu urbain, ne peuvent pas d'emblée être extrapolés à l'ensemble de la population de la RDC. Celle-ci est en effet composée principalement de jeunes du milieu rural non pris en compte dans le cadre de cette approche qualitative.

Conclusion

Les résultats de cette étude ont orienté la mise en place de programmes plus efficaces d'éducation sexuelle intégrant les questions de la santé de reproduction et du VIH/sida. Depuis lors, les sujets identifiés ont été intégrés dans certaines matières du programme de base de l'enseignement national. Dans l'optique d'une prise en charge communautaire, un guide pratique de counselling à l'usage des prestataires de service de santé de la reproduction des jeunes et adolescents et un cadre définissant des standards des services de santé adaptés aux adolescents et jeunes de la RDC ont été élaborés. Dans la foulée, des centres conviviaux pour jeunes et adolescents ont été implantés essentiellement dans les trois régions enquêtées au sein desquelles les questions de santé sexuelle et reproductive sont abordées dans la triple dimension de savoir, savoir-être et savoir faire. Les compétences des pairs éducateurs, des animateurs, des associations et des jeunes sont régulières.

rements renforcées. Actuellement, les questions du cycle menstruel, des relations affectives et sexuelles, des grossesses et avortements, les IST/VIH/sida, la contraception, la masturbation et la pornographie font partie d'un programme radiophonique interactif d'éducation sexuelle exploitant une participation anonyme des adolescents et jeunes *via* le GSM (appel et SMS). L'objectif ultime étant de conférer aux adolescents et jeunes des compétences suffisantes, susceptibles de les aider à prendre des décisions éclairées et responsables sur les questions de santé sexuelle et de la reproduction selon les conditions de leurs milieux de vie.

Aucun conflit d'intérêt déclaré

REMERCIEMENTS

Le bureau du Fonds des Nations Unies pour la Population UNFPA-RDC a participé au financement de cette recherche. D'autres aspects ont été rendus possibles grâce à la bourse d'études octroyée au chercheur principal par la Coopération Belge au Développement (DGD), à travers la Coopération Technique Belge (CTB). Sincères remerciements à ces deux institutions partenaires de la RDC.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS. Programme d'Orientation sur la santé des Adolescents destiné aux prestataires de santé. Département de la santé et du développement de l'Enfant et de l'Adolescent, 2005.
2. Choquet M, Michaud P.A., Frappier J. Les adolescents et leur santé : repères épidémiologiques in : La Santé des adolescents : approches, soins, prévention. Éd Payot Lausanne, Doin éditeurs-Paris. Les Presses de l'université de Montréal ; 1997.
3. OMS. Santé et Développement de l'adolescent, pour une programmation efficace, Rapport d'un groupe d'étude OMS, FNUAP, UNICEF sur la programmation relative à la santé des adolescents. 1999 ; 306 p.
4. Mesure communication, La jeunesse en Afrique sub-saharienne, données et graphiques sur la sexualité et la santé de la reproduction, Population Références Bureau, Rapport 2001 ; 44 p.
5. Programme National Multisectoriel de lutte contre le Sida RDC. L'enquête de surveillance comportementale et de séroprévalence en République Démocratique du Congo, Tome 1 et 2 ; 2005-6.
6. Ministère du Plan RDC, Macro International. Enquête démographique et santé, République. Démocratique du Congo 2007 ; Calverton, Maryland, U.S.A.
7. Morgan D L. Focus groups. *Annual Review of Sociology*. 1996;22(1):129-52.
8. Kitzinger J. Qualitative Research: Introducing focus groups. *BMJ* 1995;311:299-302.
9. OMS. Research Tools, Process of translation and adaptation of instruments. www.who.org, consulté le 3 mars 2008.
10. Assemblée Générale de l'Organisation des Nations Unies. Convention relative aux droits de l'enfant. Résolution 44/25 du 20 novembre 1989.
11. Fonds des Nations Unies pour la population. Programme d'action de la Conférence Internationale sur la Population et développement CIPD, Le Caire : 1994.
12. Fonds des Nations Unies pour l'Enfance UNICEF, École de santé publique de Kinshasa. Analyse participative sur la santé, le développement et la participation des adolescents avec les adolescents, La méthode de recherche narrative. Rapport de recherche 2007 ; Kinshasa, 45 p.
13. Agampodi SB, Agampodi TC, Piyaseeli UKD. Adolescents perception of reproductive health care services in Sri Lanka. *BMC Health Services Research* 2008; 8(98):1-8.
14. Diallo I, Tshiofukila B, Mampaka A. Formation des Adolescents sur la prévention des IST-VIH/SIDA et des autres problèmes de santé de la reproduction à travers l'éducation aux compétences de vie courante. Guide du pair éducateur 2007 ; 121p.
15. OMS. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, Vers une nouvelle santé publique. Première Conférence internationale pour la promotion de la santé, Ottawa, Ontario, Canada ; 1986.
16. DeVore ER, Ginsburg KR. The protective effects of good parenting on adolescents. *Current Opinion in Pediatrics* 2005;17:460-65.

17. Biddlecom AE, Asare KA, Bankole A. Role of parents in adolescent sexual activity and contraceptive use in four African countries. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2009;35(2):72-81.
18. Kumi-Kyereme A, Awusabo-Asare K, Biddlecom AE. Influence of social connectedness, communication and monitoring on adolescent sexual activity in Ghana. *African Journal of Reproductive Health* 2007;11(3):133-49.
19. Moses S, Ngugi EN, Bradley JE, Njeru EK, Eldridge G, Muia E. Health care demands related to the transmission of sexually transmitted diseases in Kenya. *Am J Public Health* 1994;84(12):1947-51.
20. Okonofua FE, Ogonou JI, Omorodion FI, Coplan FM, Kaufman JA and Heggenhongen. Assessment of services for the prevention and treatment of sexually transmitted diseases among adolescents in Nigeria. *Sexually Transmitted Diseases* 1999;26(1):184-90.
21. Nyamongo Amuyunzu M, Biddlecom AE, Ouedraogo C, Woog V. Qualitative data on views of adolescents reproductive and sexual health in sub-Saharan Africa. Occasional Report No. 16. New York. Alan Guttmacher Institute; 2005.
22. Biddlecom AE, Munthali A, Singh S, Woog V. Adolescents' views of and preferences for sexual and reproductive health services in Burkina Faso, Ghana, Malawi and Uganda. *Afr J Reprod Health* 2007;11(3):99-110.
23. OMS. Consultation mondiale sur les services de santé des adolescents une déclaration de consensus. Département de l'enfance et à la santé des adolescents et le développement, Organisation mondiale de la Santé ; Genève, 2001.
24. Bankole A, Biddlecom AE, Guiella G, Singh S, Zulu E. Sexual behavior, knowledge and information sources of very young adolescents in four Sub-Saharan African countries. *African Journal of Reproductive Health* 2007;11(3):28-43.
25. Klindera K, Menderweld J. Participation des jeunes aux programmes de prévention. Coup d'œil pour les thèmes. *Advocates for Youth*. Washington DC ; 2001.