



Université Senghor

Université internationale de langue française
au service du développement africain

Opérateur direct de la Francophonie

Proposition d'une éducation à la sexualité aux jeunes adolescents (11-17 ans) au Rwanda.

Présenté par

GASHAYIJA Modeste

Pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département : Santé

Spécialité : Santé Internationale

le 30 mars 2009

Devant le jury composé de :

Dr Christian MESENGE	Président
Directeur du Département Santé, Université Senghor	
Dr Sani KOZMAN	Examineur
Consultant International de VIH	
Pr Anne Marie MOULIN	Examineur
Directeur de recherche, CNRS-CEDJ, Le Caire	

Remerciements

A l'issu de ce travail, je tiens à exprimer mes sentiments de gratitude à toute personne qui, de près ou de loin, a contribué à sa réalisation, ainsi qu'à la concrétisation de ma formation de master.

Mes premiers remerciements vont à l'université Senghor ainsi qu'au corps professoral pour un bagage intellectuel solide, dispensé avec enthousiasme à notre égard. Particulièrement, au Dr Christian Mésange, directeur du département Santé, ainsi qu'à madame Alice Mounir.

Les mêmes sentiments de reconnaissance s'adressent également à la Direction de santé publique de la capitale du Québec (Canada), de m'avoir offert un de stage et un encadrement d'excellente qualité. Grand merci à toute son aimable équipe d'adaptation familiale et sociale. Je remercie aussi très sincèrement, d'autres organismes québécois qui ont collaboré à la réalisation des objectifs de mon stage. Il s'agit principalement de SOS-Grossesse, MIELS Québec, CSSS Québec-Centre, GRI-Québec et CRI-VIFF. Plus particulièrement, que madame Julie Pelletier, sexologue, mon encadreur, considère ce modeste travail, comme l'un des fruits de ses efforts. Je ne saurai pas te remercier assez, pour ta disponibilité, serviabilité et simplicité à mon égard.

Chers collègues de la promotion 2007-2009, qui de mieux pour vous comprendre, que les personnes qui vivent les mêmes choses que vous ? Je garderai bons souvenirs des moments partagés avec vous en Egypte. *Shukran!*

A ma famille et à tous mes chers amis, j'ai du me priver de votre chaleur amicale pendant deux ans. Ce n'était pas un choix facile, mais grâce à vos encouragements, je suis resté très fort jusqu'au bout. Merci

GASHAYIJA Modeste

Résumé

Introduction et objectif : Le tabou à la sexualité est l'un des principaux facteurs de la propagation du VIH et d'autres infections transmises sexuellement au Rwanda et dans beaucoup de pays en développement. Il expose également les jeunes adolescents aux grossesses à l'adolescence ainsi qu'aux agressions sexuelles. L'objectif de cette étude était de montrer les risques associés au tabou à la sexualité et de proposer un modèle d'éducation à la sexualité aux jeunes adolescents au Rwanda.

Méthodologie : la revue de la littérature, les entrevues et la participation au suivi des projets d'éducation à la sexualité et de prévention.

Résultats et proposition : La principale source d'information à la sexualité pour les jeunes adolescents au Rwanda comme dans d'autres sociétés à grand tabou à la sexualité, ce sont principalement les groupes de pairs et les médias. L'éducation à la sexualité amène les jeunes adolescents à adopter les comportements sexuels sécuritaires. Les résultats sont encore meilleurs, lorsque les jeunes en bénéficient avant les premiers rapports sexuels. Ce travail formule un modèle d'une éducation à la sexualité pour les jeunes adolescents au Rwanda. Il est bâti sur 11 sujets et présente leurs contenus respectifs.

Conclusion : Pour être efficace, une éducation à la sexualité doit considérer et répondre aux différentes dimensions de la sexualité humaine.

Mot-clefs

Education à la sexualité, sexualité, la sexualité des adolescents, tabou à la sexualité, prévention en sexualité, la prévention du VIH Sida, Rwanda.

Abstract

Purpose: The taboo about sexuality in developing countries is one of the most important factors of increasing cases of HIV, other sexually transmitted diseases and other consequences as adolescents pregnancies and sexual abuses. The purpose of this research was to investigate the associated risks of taboo about sexuality by adolescents and to propose a model of sexuality education for Rwandan adolescents.

Methods: we used the literature review, face-to-face interviews and our self-participation in management of sexuality education programs.

Results: The main source of information about sexuality is friends groups and media, for younger adolescents in Rwanda like in many developing countries. Formal sexuality education effectively reduces adolescent sexual risks behaviour, when provided before sexual initiation. This study recommends 11 topics and their respectively contents to be developed in Rwanda school program.

Conclusion: The best means of giving sexuality education is to consider all aspects of human sexuality.

Key-words

Sexuality education, sexuality, adolescent's sexuality, taboo about sexuality, HIV-AIDS prevention, Rwanda.

Liste des acronymes et abréviations utilisés

ARV	Antirétroviraux
CNLS	Commission Nationale de Lutte contre le SIDA
CRI-viff	Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes
CSSS	Centres de Santé et Services Sociaux
DRSP	Direction Régionale de Santé Publique
EDS	Enquête Démographique et de Santé
ESPAR	Education à la Sexualité fondée sur le Pouvoir d'Agir et de Réfléchir
FNUAP	Fonds des nations Unies pour la Population
ITS	Infections Transmissibles Sexuellement
IVG	Interruption volontaire de la grossesse
JHU	John Hopkins University
KHI	Kigali Health Institut
KUBA	<i>Kwifata- Ubudahemuka- Agakingirizo</i>
MIELS-Québec	Mouvement d'information et d'entraide dans la lutte contre le SIDA-Québec
MINISANTE	Ministère de la Santé (Rwanda)
MSSS	Ministère de la Santé et des Services Sociaux (Québec)
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PNLS	Programme National de Lutte contre le SIDA
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience humaine
TIC	Technologie de l'information et de la communication
TRAC	Treatment and Research Aids Center
UNAIDS	United Nations for AIDS
UNICEF	United Nations Children's Fund
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine

Sommaire

Remerciements	ii
Résumé.....	iii
Mot-clefs	iii
Abstract.....	iv
Key-words	iv
Liste des acronymes et abréviations utilisés	v
Sommaire.....	vi
Introduction générale	1
1 PROBLEMATIQUE	3
1.1 Description générale.....	3
1.1.1 Hypothèses	5
1.2 Choix et intérêt du sujet.....	5
1.3 Objectifs.....	6
1.3.1 Objectif général	6
1.3.2 Objectifs spécifiques	6
2 METHODOLOGIE	7
2.1 Revue de la littérature.....	7
2.1.1 De la littérature au projet.....	8
2.2 Entrevus	8
2.3 Ateliers d'animation d'éducation à la sexualité.....	9
2.4 Suivi des projets d'éducation à la sexualité	9
2.5 Conférences et séminaires sur l'éducation à la sexualité	10
2.6 Apport général du stage au mémoire.....	10
2.6.1 Brève présentation du lieu de stage : la DRSP de la capitale du Québec.....	11
3 CADRE CONCEPTUEL ET THEORIQUE.....	12
3.1 Définitions des concepts.....	12
3.1.1 Sexe.....	12
3.1.2 Sexualité	12
3.1.3 Education à la sexualité et non l'éducation sexuelle.....	13
3.2 Etat des connaissances.....	14
3.2.1 Sexualité des jeunes	14
3.2.2 Connaissances et sources d'informations des jeunes en rapport avec la sexualité	15

3.2.3	Initiation aux rapports sexuels.....	16
3.2.4	Motifs des rapports sexuels à l'adolescence	17
3.2.5	Relations sexuelles à risque.....	17
3.2.6	Tabous à la sexualité	20
3.2.7	Prévention dans la sexualité des jeunes	22
3.2.8	Education à la sexualité	25
4	PROPOSITION D'UNE EDUCATION A LA SEXUALITE AUX JEUNES ADOLESCENTS AU RWANDA.....	29
4.1	Contexte et justification.....	29
4.1.1	L'éducation à la sexualité en général	29
4.1.2	Le VIH/SIDA et autres ITS.....	30
4.1.3	Grossesses à l'adolescence, non planifiées et avortements clandestins	31
4.1.4	Violences sexuelles.....	31
4.1.5	Orientations sexuelles	33
4.1.6	Sexualisation de l'espace public.....	33
4.2	Clientèle cible	34
4.2.1	Portrait de la clientèle cible (11-17 ans)	35
4.3	But et objectifs	38
4.3.1	But.....	38
4.3.2	Objectif général	38
4.3.3	Objectifs spécifiques	38
4.4	Le programme (proposition)	39
4.4.1	Description et philosophie du projet	39
4.4.2	Lieu d'intervention	39
4.4.3	Intervenants.....	40
4.4.4	Animation	41
4.4.5	Contenu de l'intervention.....	41
4.4.6	Evaluation	45
4.4.7	Déroulement des activités du projet	46
4.4.8	Budget estimatif du projet.....	47
5	DISCUSSION	49

5.1	Sommaire de la démarche.....	49
5.2	Limites méthodologiques (de la démarche)	49
5.2.1	Données de la littérature	49
5.2.2	Insuffisance des données empiriques du terrain du projet	49
5.2.3	Inspiration à la pratique du Québec : problématiques non identiques	50
5.3	Atouts de la démarche.....	50
5.3.1	Regard sur les systèmes réussis.....	50
5.3.2	Critique rétrospective des méthodes utilisées	50
5.3.3	Littérature récente	51
5.3.4	Nouvelle vision de la sexualité des jeunes ainsi que de la prévention.....	51
5.3.5	Etude de besoins avant le démarrage du projet.....	51
5.4	Possibles barrières du projet	52
	Conclusion générale	53
	Référence bibliographique	55

Introduction générale

Dans n'importe quelle société, l'éveil à la sexualité est une composante importante du développement à l'adolescence. Indépendamment du droit de vivre sa sexualité ou pas, cet éveil invite à la découverte de soi, à une ouverture aux autres, mais aussi suscite des inquiétudes et des questionnements, obligeant les jeunes à faire parfois des choix difficiles. Des choix de tâtonnement et d'incertitudes dans les pays où le tabou à la sexualité est très accentué. Dans ces cultures, le discours parental et éducatif interdit purement toute activité sexuelle jusqu'au mariage. Néanmoins, ce discours reste loin de la réalité du vécu sexuel des adolescents. L'insuffisance ou le manque de soutien et d'encadrement pour certains, les exposent à toutes les conséquences néfastes liées à la sexualité.

Malgré cette tolérance zéro, les jeunes deviennent sexuellement actifs au début et pendant leur adolescence et vivent leur sexualité de façon continue. Il est certes difficile pour les parents d'admettre cet état de faits, mais il est temps de voir la réalité en face et agir en conséquence. Les jeunes mènent une vie sexuelle faite d'expériences épisodiques et spontanées, généralement pas protégées car ne disposent que d'un accès limité aux informations et services.

Ce travail traite de cette question spécifiquement pour les jeunes rwandais, hélas, qui ne s'écartent pas tellement du contexte général des sociétés africaines du sud du Sahara, bien qu'elle ait ses particularités socioculturelles. La sexualité reste un grand tabou entre les adultes et les plus jeunes, la discussion autour de la sexualité étant quasiment absente entre différentes catégories de la population.

Pour satisfaire leur curiosité, les jeunes s'informent la plupart du temps entre pairs, une source fondée principalement sur les préjugés, qui incite à expérimenter les activités sexuelles sans donner, bien sûr, les moyens de protection. Cette exploration peut malheureusement les exposer aux grossesses à l'adolescence ou à contracter les infections de toutes sortes qui passent par la sexualité. Ils peuvent également subir ou commettre des actes de viols sexuels. La source médiatique n'est pas non plus à sous estimer : les jeunes surtout des villes ont un accès illimité aux médias audio-visuels, magazines et internet. Ils se retrouvent inondés par les informations sur la sexualité, dont il faut une certaine distance critique, sinon elles sont capables d'intoxiquer quiconque en est exposé.

L'avènement du VIH dans les années quatre vingt s'est montré avec une ampleur telle que les politiques ne sont pas restées insensibles. Elles ont compris la pertinence d'agir, souvent sans savoir quoi faire et comment le faire exactement pour stopper la propagation de ce fléau. Les campagnes de sensibilisation furent menées sur tout le territoire, et d'ailleurs le SIDA semble actuellement "connu" mais le nombre important de cas infectés prouve que ces campagnes n'ont pas abouti au changement de comportements sexuels à risque.

Ce travail se base principalement sur le vécu réel et les comportements sexuels des adolescents en général, africains et plus spécifiquement les jeunes rwandais. Ces derniers vivent une situation de tabou énorme sur la sexualité. Certains ne doutent pas que même dans les couples mariés, la

discussion sur "leur sexualité" est quasiment impossible. On comprend ici la difficulté qu'il peut y avoir quant aux choix de moyens de contraception ou de protection pour un couple qui a déjà du mal à discuter de sa vie sexuelle.

Dans une telle situation, il serait utopique de croire que les parents vont soutenir efficacement leurs enfants à développer les comportements sexuels sécuritaires. Les différents partenaires intervenant dans la prévention du VIH et d'autres ITS, ainsi que des agressions sexuelles, ont compris néanmoins, l'importance de briser le tabou et informer bien avant les enfants. L'idée est noble. Néanmoins "le comment le faire" mérite encore une autre réflexion.

A travers les recherches et les connaissances existantes pour le moment, ce travail prouve l'importance et la pertinence d'intervenir auprès des jeunes adolescents et le faire plus tôt, avant de commencer les relations sexuelles.

La démarche de ce travail aboutit à une proposition d'un projet d'éducation à la sexualité aux jeunes adolescents du Rwanda. Nous fournissons les grandes lignes et les principaux contenus d'une telle intervention et proposons la démarche. La spécificité de cette proposition est de partir des besoins et du vécu sexuel réel des jeunes, afin de les outiller à être responsable de leur sexualité, à développer leur capacité de faire leurs propres choix dans leur vie sexuelle.

1 PROBLEMATIQUE

1.1 Description générale

Le Rwanda est un pays qui a une culture caractérisée par une forte discrétion et intimité surtout lorsqu'il s'agit de la sexualité. Force est de constater les tabous qui sont entretenus autour de ce sujet entre les parents et les enfants, les adultes et les plus jeunes, entre les adultes jusque même au niveau des couples où les deux conjoints ont du mal à parler de leur intimité, de leurs sentiments, de leur amour, de leurs rapports sexuels. On résumerait le fait en disant que la sexualité est vécue dans la culture comme une chose à faire mais qu'on ne veut pas mettre au grand jour des discussions.

D'une manière générale, les relations sexuelles entre l'homme et la femme mariés ou non, dans la culture rwandaise sont caractérisées par une insuffisance de dialogue. La femme se trouvant ainsi dans une quasi incapacité de négocier et de persuader son partenaire pour un comportement sexuel plus sain.

Les relations sexuelles ne sont pas égalitaires, le pouvoir des femmes de décider sur leurs rapports sexuels, même pour les femmes adultes, semble limité. « L'habilité de dire non même pour des rapports sexuels à risque est presque impossible et encore moins, négocier ou imposer leur point de vue, étant soumise à la commande de l'homme qui décide quoi et comment le faire ». (Kayibanda, 2005). La sexualité est perçue dans la culture rwandaise comme un acte principalement réservé aux couples mariés, les rapports sexuels avant le mariage étant, contrairement à la réalité, prohibés. L'abstinence avant le mariage et la fidélité des mariés constituent ainsi des idéaux véhiculés. Pourtant, une étude a montré que 11% des jeunes ont leur premier rapport sexuel au plus tard à 15 ans. (TRAC, 2007). Une autre enquête menée auparavant auprès des jeunes scolarisés dans les préfectures de Butare et Gitarama, 25.5% des garçons et 4.0 % des filles tous de 15 à 19 ans, avaient confié avoir eu des rapports avec pénétration au plus tard 15 ans. (PSI et IRESCO, 2002).

Au regard de cette situation, il n'est pas étonnant que le SIDA et autres maux tournant autour de la sexualité aient envahi cette société où la sexualité reste un sujet tabou.

Cependant, avec ce silence, les problèmes liés à la sexualité dans la société rwandaise sont alarmants : le VIH dans la population générale est estimé à une prévalence de 3% (ONUSIDA, 2008), d'autres ITS sont aussi problématiques. Les violences sexuelles allant des relations sexuelles non égalitaires, souvent même imposées jusqu'aux violences physiques, aux viols sexuels en général ainsi que les actes pédophiles. Les grossesses à l'adolescence et les avortements clandestins ainsi que les grossesses non planifiées sont également préoccupants.

Durant le développement de tout être humain, les jeunes filles et garçons traversent des périodes où ils se questionnent incessamment sur la sexualité, sur les changements qui s'opèrent tant au niveau biologique, physiologique que psycho sexuel lors de leur puberté et pendant l'adolescence. Ils sont curieux et ont besoin de compréhension.

Or, la sexualité étant quasiment tabou dans les familles rwandaises et n'existant à-peu-près pas d'autres canaux officiels à leur disposition, la principale source pour ces jeunes reste l'apprentissage des pairs, qui comporte certains inconvénients en ce qu'il véhicule, incitant surtout aux pratiques sexuelles pour valoriser la masculinité ou la beauté pour la jeune fille. D'autres sources d'information à la sexualité disponibles sont les médias, soit les informations plus ou moins structurées comme à la radio, à la télé ou dans la presse écrite, soit les informations spontanées à caractère sexuel dans les publicités, vidéo clip, cinéma, vidéo et images pornographiques dans beaucoup de médias et sur internet, surtout dans les villes du pays où l'ouverture médiatique et l'accès est de plus en plus facile et à la mode. L'accès à la Technologie de l'information et de la communication (TIC) est une nécessité universelle, mais les informations qui y sont accessibles ne sont pas toutes de bonne qualité (Mwangu WE, 2007). Ce qui pose problème c'est la capacité des récepteurs à pouvoir décoder et critiquer les messages diffusés sur un ensemble de thèmes abordés tels que les pratiques sexuelles, l'image corporelle de la fille (*top model*), performance sexuelle, homosexualité pour ne citer que cela !

Les tabous de la sexualité constituent un des grands facteurs de la propagation du VIH et d'autres conséquences néfastes qui découlent des pratiques sexuelles non protégées. Elles constituent également une entrave au développement psycho sexuel harmonieux. Les deux en principe étant intimement liés sur le fait qu'un accompagnement du développement psycho sexuel des jeunes influe positivement sur les habiletés ultérieures quant aux comportements sexuels responsables et moins risqués. De ce fait, nous présumons que ces jeunes évoluant dans une société qui ne répond pas à leurs préoccupations liées à la puberté et à l'adolescence, qui ne bénéficient pas assez de soutien pour développer leurs connaissances, attitudes et aptitudes en matière de la sexualité, ont une grande probabilité de ne pas s'épanouir sexuellement ainsi que de s'exposer aux risques pouvant les conduire aux ITS dont le VIH, les grossesses à l'adolescence. Ils sont aussi plus à risque de subir ou être responsables des actes de violence sexuelle dans leur vie.

Cela peut être confirmé par un fossé qui existe quand on compare leurs prévalences du VIH à celles des pays ayant avancé dans l'éducation à la sexualité : Canada: <0,5%, France: <1%, USA: <1,5%, Danemark: <0,5% (ONUSIDA, 2008), pour ne citer que ces cas parmi tant d'autres.

Idéalement, la réponse efficace pour mieux outiller les jeunes adolescents reposerait sur une éducation à la sexualité qui soit complète et positive car la sexualité comporte six dimensions qui sont cognitive ; affective ; psychologique ; biologique ; morale, spirituelle ou religieuse ainsi que la dimension socioculturelle (D Badeau¹).

D'une telle situation, on pourrait se poser des questions, lesquelles d'ailleurs guideront nos recherches :

- Le niveau d'éducation à la sexualité peut être parmi les facteurs qui expliquent pourquoi dans certaines sociétés, le VIH/SIDA continue-t-il de s'intensifier au moment où il y a d'autres pays qui ont pu neutraliser la vitesse de ce fléau ?
- Y a-t-il des rapports entre le fait que la sexualité soit tabou dans une culture et le taux de prévalence du VIH et IST, agressions sexuelles ?

Département de Sexologie, Université du Québec à Montréal ¹
http://www.unites.uqam.ca/dsexo/DBadeau_def_sex.htm

1.1.1 Hypothèses

D'emblée les données recueillies nous permettent d'émettre des hypothèses :

- Les pays développés ont un taux d'incidence au VIH très faible, l'une des causes peut être l'éducation suffisante dès le bas âge en matière de la sexualité.
- La plupart des sociétés Africaines prennent encore la sexualité comme tabou dans leurs cultures, on n'en parle presque jamais dans les familles entre parents et enfants, les jeunes adolescents en font leurs découvertes personnelles. Cela les expose aux ITS dont le VIH, grossesses à l'adolescence et non planifiées ainsi qu'aux agressions sexuelles.

1.2 Choix et intérêt du sujet

Il semble pertinent de positionner l'origine de la démarche suivie pour mûrir l'idée de ce projet, celui-ci découlant d'une longue réflexion et ayant connu un long processus. Une expérience dans le domaine du VIH/SIDA et un bagage personnel en sociologie nous ont fait comprendre l'ampleur de cette pandémie sur la société d'une part, et constater les tabous sur la sexualité, d'autre part. Ainsi, nous en avons déduit que tant que la sexualité reste un sujet tabou, il est difficile d'amener les gens à adopter, d'une façon efficace, des comportements sexuels sans risques.

Le SIDA est entre autres problèmes conséquents de la sexualité qui sont tous entretenus par le tabou de la sexualité dans la société Rwandaise. Les ITS, Les grossesses à l'adolescence et non planifiées et la violence sexuelle en constituent d'autres facettes.

Différents programmes déployés sur tout le territoire rwandais ont réalisé pas mal d'exploits dans la prévention du VIH/SIDA, des ITS, des violences sexuelles, des campagnes de limitation et d'espacement des naissances par la contraception, des notions sur la santé de la reproduction dans les cours de biologie et dans les centres des jeunes. Ce sont tous des interventions dont la justification est fondée, vue l'urgence de la menace du VIH, de l'explosion démographique par rapport aux ressources économiques du pays. Il s'agit principalement de :

- Lutte contre le VIH : la Commission Nationale de Lutte contre le SIDA (CNLS) et les autres organismes tant publics que privés impliqués,
- Mouvement gender : organismes féminins et de promotion de la jeune fille et un bon nombre de femmes dans les institutions politiques (55% au parlement, occupant le premier rang au classement mondial),
- Lutte contre les violences faites aux femmes et les jeunes filles et contre les agressions sexuelles,
- Bureau de la Première Dame du pays, énergiquement impliqué dans la lutte contre tous ces problèmes et qui a lancé la campagne qui vise à briser les tabous et informer les enfants sur la santé de la reproduction,
- Les centres de jeunes pour la santé de la reproduction.

Il est connu que la prévention de ces problèmes fonctionne dans un environnement qui favorise l'accès au condom, à des services cliniques de conseil et de dépistage ainsi qu'à l'éducation à la sexualité. Cette dernière est une partie de la réponse que nous proposons, avec une vision sur le long terme, basée sur les véritables enjeux psychologiques, sociaux et éthiques de la sexualité, qui permettrait aux jeunes de développer leur réflexion et leur esprit critique.

Chacun de ces programmes, qui s'ajoutent à une volonté réelle des instances politiques, cible un problème réel mais aucun n'a répondu aux besoins réels ressentis par les jeunes. Des aspects importants restent intouchés alors qu'en réalité ils contribuent à outiller les jeunes vis-à-vis de ces réalités. Ces aspects sont entre autre le développement psycho sexuel, les aspects relationnel, affectif, moral et spirituel de la sexualité. Notre proposition ne tente pas de remplacer les programmes existants, qui constituent d'ailleurs, des atouts et alliés incontournables de ce projet, elle vient plutôt les renforcer afin d'obtenir les résultats plus efficaces et durables, en fournissant des connaissances, en outillant les enfants pour s'approprier certaines valeurs, développer des attitudes et aptitudes positives et faire des choix éclairés en matière de sexualité, comprendre leur développement psycho sexuel et à donner un sens à leur vie comme gars ou fille (Desaulniers, 1995).

1.3 Objectifs

1.3.1 Objectif général

Décrire un programme d'éducation à la sexualité aux jeunes adolescents du Rwanda (de 11 à 17 ans).

1.3.2 Objectifs spécifiques

- Renforcer l'adoption des comportements sexuels sécuritaires chez les adolescents,
- Promouvoir l'utilisation des moyens de protection et de contraception

2 METHODOLOGIE

Introduction

Le présent chapitre se focalisera à décortiquer toute la démarche poursuivie pour la réalisation de ce travail. La méthodologie et les outils mis en jeu le long de son parcours seront présentés et la part de chaque procédé sera analysée. Brièvement, la revue documentaire, les entrevues avec les jeunes adolescents et les experts dans le domaine de l'éducation à la sexualité, notamment les sexologues et autres intervenants, constituent le gros des techniques que j'ai utilisé pour collecter les données.

Un autre apport considérable fut un stage de mise en situation professionnelle de trois mois, effectué à la Direction Régionale de Santé Publique (DRSP) de la capitale du Québec au Canada. Ma mission consistait à acquérir les outils nécessaires pour pouvoir élaborer et suivre un projet d'éducation à la sexualité approprié aux jeunes adolescents du Rwanda. Ainsi, Tout en sachant qu'il s'agit des milieux socioculturels et des problématiques différents, je me suis inspiré de la pratique du Québec en profitant de leur expertise et puisant à leur expérience. Les entretiens avec les prestataires et bénéficiaires ainsi que la participation aux différentes activités, les échanges avec les spécialistes du domaine et gestionnaires de ces programmes ont été très bénéfiques et leurs conseils et orientations projet ont grandement enrichi notre sens d'analyse intellectuelle.

La recherche documentaire scientifique et technique nous a permis de mieux cerner et étayer ces différents apprentissages.

2.1 Revue de la littérature

Les données issues de la littérature constituent le gros de ce travail. Nous avons interrogé les bases des données connues pour indexer les publications publiées dans les meilleures revues scientifiques au niveau mondial dans le domaine de la santé publique, le pub-med (med-line) étant le chef de file. Outre ces articles scientifiques, nous nous sommes également intéressés aux bouquets et différents rapports touchant le domaine de notre champs de recherche. Les sources électroniques telles que les sites des principaux organismes comme OMS, ONUSIDA... n'ont pas échappé à notre vigilance.

Il a été particulièrement question des études chez les jeunes, sur la prévalence des comportements sexuels à risque : la précocité de l'initiation sexuelle, la non utilisation du condom, les rapports sexuels avec des partenaires multiples ou occasionnels.

Notre attention portait principalement sur la sexualité des adolescents en général et particulièrement ceux du Rwanda et sur la prévention des ITS (infections transmissibles sexuellement), agression sexuelle, grossesses à l'adolescence et non planifiées et la lutte contre l'homophobie.

Une analyse des comportements sexuels des jeunes nous a permis d'élucider les comportements à risques auxquels s'adonnent les adolescents et les facteurs qui y sont liés de façon globale et ceux liés à la particularité du contexte de l'Afrique subsaharienne.

La prévention et l'éducation à la sexualité dans un contexte de tabou à la sexualité ont mérité également qu'on s'y intéresse. La littérature nous a éclairés sur les meilleures pratiques de prévention et les théories de changement de comportements dans ce domaine et les hypothèses actuellement avancées, qui seraient derrière l'échec des campagnes jusque là menées dans les pays en développement. Elle nous a servi aussi à mieux cerner l'importance de l'éducation à la sexualité aux jeunes adolescents, notamment son pouvoir d'inciter ces derniers à adopter les comportements sexuels sécuritaire dans leur vie sexuelle.

2.1.1 De la littérature au projet

Depuis avant, pendant et après le stage, la revue des publications scientifiques, livres, rapports, documentaires, manuels, guides, brochures, document de travail, dépliants nous ont d'abord permis de comprendre davantage notre champ de recherche, ensuite pour analyser les données recueillies et de mieux cerner les activités et différentes modalités de mise en action des programmes de prévention des effets néfastes liés à la sexualité non sécuritaire aux adolescents.

De toutes ces apprentissages et les analyses issues de toute la démarche, le présent travail sera finalement coiffé par un chapitre qui présentera une proposition d'un projet d'éducation à la sexualité aux jeunes adolescents du Rwanda. L'inspiration au modèle et à la pratique du Québec joue un rôle important dans l'élaboration de ce projet. Cette expérience m'a fournie des connaissances, notamment du domaine de la sexologie et dans l'éducation à la sexualité. Elle nous a permis d'élargir nos capacités professionnelles de conception, d'élaboration et de suivi de projet d'éducation à la sexualité et de prévention dans la sexualité humaine. Elle nous a outillé également sur les théories et les pratiques de changement de comportement.

Cependant, il s'agit d'une conception originale adaptée au contexte spécifique de la jeunesse rwandaise. Il ne s'agit en aucun cas de copier et d'appliquer le modèle Québécois au Rwanda. Il s'agit d'une opération intellectuelle d'appliquer les connaissances dans un contexte particulier, c'est-à-dire intervenir sur une problématique avec des savoirs scientifiquement reconnus.

2.2 Entrevus

Pour mieux comprendre les activités réalisées dans le domaine, rien ne peut remplacer le contact direct avec les acteurs. Durant mon stage, je me suis vite investi à approcher les intervenants directs auprès de la jeunesse dans la prévention. Il s'agissait souvent des animateurs d'ateliers sur les différents thèmes selon l'objectif de l'animation ou de l'orientation de son organisation. A cet effet, j'ai réalisé des entretiens avec des intervenants des organisations communautaires, des centres de santé et services

sociaux (CSSS), les enseignants qui animent l'éducation à la sexualité, les bénévoles qui participent aux ateliers notamment pour la démystification de l'homosexualité.

Des entretiens avec les jeunes bénéficiaires de ces activités ont été également réalisés, soit dans les écoles secondaires, soit dans les centres jeunesse.

J'ai également approché la catégorie des gestionnaires des programmes à tous les niveaux pour mieux cerner les enjeux liés à l'éducation à la sexualité. Ceux-ci étaient aussi bien dans les organisations publiques, que communautaires. Entre autres les spécialistes de la santé publique, sexologues, médecins, professionnels de santé et professeurs.

Les discussions permanentes avec notre encadreur de stage, aussi sexologue spécialiste de l'éducation à la sexualité, réalisées au quotidien, furent particulièrement enrichissantes pour l'orientation future de nos analyses et la réalisation générale de ce mémoire et surtout du projet.

2.3 Ateliers d'animation d'éducation à la sexualité

Il a fallu que je m'implique personnellement aux descentes sur terrain dans les écoles avec les intervenants pour me rendre compte de l'ampleur de la mission à accomplir.

J'ai pu participer à une série d'animations à la sexualité auprès des jeunes principalement dans les écoles sur différents thèmes et par différents intervenants, la plupart étant des organismes communautaires. Les thèmes diffèrent généralement selon l'orientation de l'organisme dispensateur et de la tranche d'âge du groupe cible. En guise d'exemple, SOS grossesse donne les ateliers en rapport avec la prévention de la grossesse à l'adolescence et non planifiée. Il traite tout ce qui est de la contraception et de conseils quant à l'issue de la grossesse. GRI-Québec, lui, lutte contre l'homophobie et utilise souvent les bénévoles homosexuels (gais ou lesbiens) pour démystifier l'homosexualité chez les jeunes. Il y a aussi d'autres organismes comme MIELS-Québec (Mouvement d'information et d'entraide dans la lutte contre le SIDA) et autres qui travaillent dans la prévention des ITS et le VIH. Pour l'agression sexuelle, nous avons participé aux disséminations des résultats des recherches effectués par le CRI-VIFF.

2.4 Suivi des projets d'éducation à la sexualité

Nous avons siégé dans les comités de suivi des projets qui incombaient à l'équipe chargée des jeunes de 6-18 ans (ou nous étions affectés).

La participation aux différentes missions me servait à mieux cerner la pertinence de ces différentes interventions, comprendre de façon technique et professionnelle les méthodes à employer et les attitudes à privilégier dans la relation des prestataires et bénéficiaires, ainsi que d'acquérir les attitudes à concevoir et mettre en place des projets d'éducation à la sexualité et de prévention de différents problèmes liés à la sexualité. Ce qui, dans l'élaboration de notre projet, servira grandement à appliquer ces différents apprentissages dans un autre environnement socioculturel et problématique différent.

2.5 Conférences et séminaires sur l'éducation à la sexualité

Nous avons participé aux divers séminaires, formations et conférences lors de notre stage. J'ai bénéficié d'une formation du ministère de l'éducation, des loisirs et du sport en partenariat avec le ministère de la santé et des services sociaux tenu au 29 mai 2008 portant sur "la mise en œuvre d'une démarche d'éducation à la sexualité en milieu scolaire" animée par les éminentes professeurs de l'Université du Québec à Montréal, spécialistes reconnus en éducation à la sexualité. Il s'agissait de fournir les moyens et outils appropriés aux personnes intervenantes à différents niveaux dans l'éducation à la sexualité et prévention des ITS/VIH, dans la lutte contre les agressions sexuelles, les grossesses à l'adolescence ainsi que des programmes de contraception.

Un autre séminaire de formation d'une journée autour d'un thème "Pour une nouvelle vision de l'homosexualité" organisé par GRI-Québec m'a permis de mieux comprendre l'importance de tenir compte de la diversité des orientations sexuelles en éducation à la sexualité et dans les programmes de prévention. Cela fut d'une grande importance pour changer ma vision et perception sur l'homosexualité. Un sujet d'ailleurs qui devrait être abordé ouvertement, étant donné qu'il constitue un des comportements à haut risque et apparemment assez fréquent dans toutes les sociétés, malgré qu'il soit catégoriquement nié et donc du coup non pris en compte dans les programmes de prévention.

J'ai également participé à différents séminaires et conférences qui touchaient directement à l'éducation à la sexualité des jeunes adolescents. C'est le cas des rencontres avec les enseignants du secondaire, avec pour objectif de leur expliquer les modalités de mise en place d'un programme d'éducation à la sexualité ESPAR par la DRSP, qui étaient particulièrement fort enrichissantes. On comprend directement certains enjeux auxquels les éducateurs font face quotidiennement avec les élèves et les grandes préoccupations des jeunes à travers les questions qu'ils posent aux enseignants, ainsi que leurs expériences personnelles de leur vécu quotidien avec les adolescents.

Nous avons également fait part aux conférences sur différents sujets dont celle organisée par Cri-Viff, sur les résultats d'une recherche sur les violences dans les couples amoureux des adolescents. On comprend d'une part, le vécu sexuel des adolescents et possibles abus liés à leurs relations amoureuses et d'autre part. Cela permet de définir différentes actions à mener auprès de ces jeunes.

Une conférence destinée aux parents portant sur la façon de parler de la sexualité à leurs enfants a aussi attiré notre attention. Les parents trouvent un moyen de discuter entre eux sans tabous sur différentes difficultés éprouvées face à leurs jeunes à l'âge de la puberté et de l'adolescence. On s'aperçoit que dans les pays occidentaux, comme dans les pays du tiers monde, il n'est pas facile pour les parents de discuter de la sexualité avec leurs enfants.

2.6 Apport général du stage au mémoire

Nous avons eu un lieu de stage qui cadrerait exactement avec notre projet de mémoire, qui, après des recherches, aboutira à une proposition d'une éducation à la sexualité aux jeunes adolescents au

Rwanda. J'étais affecté à l'équipe chargée des jeunes de 6-18 ans à la DRSP. Je me suis intéressé dès le début aux interventions de prévention des problèmes liés à la sexualité chez les adolescent(e)s. Je suis convaincu qu'une bonne éducation à la sexualité adaptée à l'âge et aux conditions socioculturelles contribue efficacement à mieux outiller les jeunes adolescents, quant à l'adoption des comportements sexuels sécuritaires.

Les recherches faites, les observations tant participantes que non, contacts et entretiens réalisés auprès des intervenants, gestionnaires, spécialistes et bénéficiaires lors de ce stage à la DRSP ainsi que les apprentissages et orientations reçues lors de cette période nous a laissé un bagage suffisant pour élaborer et gérer un projet d'éducation à la sexualité ou de prévention qui répondrait aux besoins réels d'une population dans un contexte particulier quelconque.

Ainsi donc, notre expérience à la DRSP de la capitale du Québec nous a laissé une expérience sur quoi, nous avons organisé nos recherches et a été bâti notre projet de mémoire dont les grandes orientations et principes généraux vont dans le sens de mieux outiller les jeunes adolescents en répondant à leurs préoccupations réelles liées à la sexualité.

2.6.1 Brève présentation du lieu de stage : la DRSP de la capitale du Québec

La Direction Régionale de Santé Publique de la capitale du Québec est une direction de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la capitale nationale et l'ensemble des équipes de santé publique qui sont sous son autorité.

La DRSP a le mandat de planifier, d'organiser, de mettre en œuvre et d'évaluer les interventions et les activités prévues dans le plan d'action de santé publique. Ce plan d'action régional actualise, pour la région, les orientations et les activités définies dans le plan national de santé publique. La DRSP contribue donc à l'atteinte des objectifs de santé et de bien-être de la population par le soutien et la réalisation d'interventions les plus précoces possible dans l'histoire naturelle des problèmes et leurs conséquences. Ces interventions portent sur les déterminants de la santé, soit les habitudes de vie, les conditions et les milieux de vie, les risques infectieux et environnementaux et l'organisation des systèmes de soins et de services.

Les activités de la DRSP s'inscrivent à l'intérieur de quatre grandes fonctions essentielles :

1. **Connaissance et la surveillance** de l'état de santé de la population,
2. **Promotion** de la santé et du bien-être,
3. **Prévention** des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes,
4. **Protection** de la santé

3 CADRE CONCEPTUEL ET THEORIQUE

3.1 Définitions des concepts

Il semble indispensable de définir d'emblée les termes clés de notre recherche et préciser le sens spécifique de ces mots, qui sera retenu tout au long de ce travail. Il sera question de clarifier les termes utilisés pour éviter certaines équivoques, justifier pourquoi on a préféré user telles expressions et pas d'autres, tout dans le souci de faciliter une meilleure compréhension au lecteur. Certains auteurs ont longuement utilisé l'éducation sexuelle tandis que pour le moment la tendance est d'opter pour l'éducation à la sexualité, ce qui est cas mon ici. Cette section va mettre tout cela en lumière.

3.1.1 Sexe

Ce terme est défini dans les dictionnaires comme conformation qui distingue l'homme de la femme : on dit qu'un enfant est de sexe masculin, féminin. Il peut être aussi la qualité d'homme ou de femme (exemple : égalité des sexes). Généralement et couramment, le mot sexe désigne les parties sexuelles. Biologiquement, le sexe signifie les caractères et fonctions qui distinguent le mâle de la femelle en leur assignant un rôle dans la reproduction. (Dictionnaire Robert). Dans la vie courante, ce terme résume également l'acte de rapport sexuel (faire le sexe).

3.1.2 Sexualité

La sexualité englobe un champ plus global. Elle ne se limite pas à la génitalité et ne doit pas être réduite aux seules pratiques sexuelles. "La sexualité humaine est multidimensionnelle: elle implique les aspects affectifs par l'entremise des attitudes, des valeurs, des sentiments que l'on éprouve à l'égard de soi et d'autrui; elle se nourrit de connaissances, de façons de penser et de conceptions diverses. Elle repose sur la biologie, mais elle est largement tributaire de la société dans laquelle une personne évolue et qui influe sur la culture, les rapports entre groupes et entre individus, les aspects moraux et spirituels. En fin, elle se traduit par les comportements qui, dans certains cas, peuvent mettre en péril l'intégrité physique et psychique des protagonistes" (Duquet F, 2003).

Toujours dans l'optique de l'immensité du terme, la sexualité humaine est une construction sociale qui est le résultat de l'interaction entre les facteurs biologiques et socioculturels, déterminés historiquement et qui revêt un caractère concret dans les différentes sociétés et cultures (Barragan MF, 1997)

Plus simplement, lorsqu'on pose la question aux adolescentes et adolescents sur leur centre d'intérêt en ce qui concerne leur sexualité, les réponses qui viennent spontanément expliquent mieux la globalité de la sexualité humaine, qui dépasse de loin le sexe qui n'en est qu'une composante parmi d'autres. Leurs réponses tournent autour de : l'amour, les relations amoureuses (copinage), l'affection, les valeurs sociales et morales, les relations sexuelles, le normal et l'anormal, l'image corporelle, les menstruations, la grossesse, les ITS, la connaissance de son corps, le désir, le plaisir, la performance sexuelle,

l'intimité, le jugement des parents, la pression des pairs, le baiser, les caresses, le premier rapport sexuel, le mariage, la reproduction...

La sexualité est un aspect central de la personne humaine tout au long de la vie et comprend le sexe biologique, l'identité et rôles sexuels, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. (Santé canada, 2003)

La sexualité est vécue et exprimée sous forme de pensées, de fantasmes, de désirs, de croyances, d'attitudes, de valeurs, de comportements, de pratiques, de rôles et de relations. Elle est influencée par des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, éthiques, juridiques, historiques, religieux et spirituels. (OMS, 2002)

3.1.3 Education à la sexualité et non l'éducation sexuelle

Il s'agit avant tout d'un type d'éducation. C'est une "intervention pédagogique auprès de la personne ou d'un groupe, dans le domaine de la sexualité humaine". Elle met en jeu un processus double : le développement intégral de soi en tant qu'être sexué en relation avec d'autres et l'apprentissage progressif de la sexualité humaine en général et de sa propre sexualité (Gaudreau L, 1997).

Lors de mes entretiens, un des spécialistes en sexologie m'a résumé les deux terminologies en simplifiant la sexualité comme *ce que l'on est*, tandis que le sexe étant *ce que l'on fait*. Nous n'envisageons pas de faire une éducation de ce que l'on fait avec le sexe mais plutôt une intervention pédagogique qui touche la sexualité humaine toute entière qui part des connaissances et la compréhension des phénomènes sexuels, en répondant mieux aux préoccupations des jeunes adolescents afin de développer leur habilité à mieux choisir et adopter les comportements sexuels sécuritaires.

Desaulniers (1990), citée par Barragan (1997) soulignait que "la relation entre l'éducation à la santé et l'éducation sexuelle repose sur la notion de la santé sexuelle, sur la promotion de la santé sexuelle et son contrôle par les jeunes eux-mêmes"; ajoutant lui aussi, qu'il ne faut pas oublier que la santé sexuelle n'est possible que s'il existe une cohérence entre nos désirs sexuels, notre préférence sexuelle et la possibilité de les réaliser librement.

L'éducation sexuelle consisterait donc à instruire, à former l'esprit, à élever les jeunes sur l'ensemble des manifestations anatomiques et physiologiques déterminées par le sexe. La dimension sexuelle apparaît ici comme très réductrice de la sexualité humaine en ne prenant pas en compte les dimensions relationnelles et affectives ainsi que la dimension sociale de la sexualité. «Pour que l'ensemble de ces considérations soient pris en compte, il faudrait remplacer *sexuelle* par *sexualité*. La sexualité étant prise dans le sens d'une composante fondamentale de l'individu pris dans sa globalité» (Picod C, 2004)

Pour Gaudreau (1997), L'éducation à la sexualité ne peut être que **multidimensionnelle**, car elle implique une variété d'aspects de la sexualité et de l'être humain. Des **aspects affectifs** (attitudes,

valeurs, sentiments à l'égard de soi-même et d'autrui, émotions, affirmation de soi, plaisir éprouvé, détermination, motivation, etc.), **cognitif** (concepts, mentalité, préconceptions et conceptions, connaissances, façons de penser, etc.), **physiques** (biologie, morphologie, physiologie sexuelle, etc.), **sociaux et interpersonnels** (culture, rapports entre groupes, entre individus, etc.), **moraux** (éthique, jugement de valeur, etc.), **spirituels** (sens de la sexualité, religion, etc.) et **comportementaux** (exercice de la sexualité, comportements risqués, conduites sexuelles, discours produits par la sexualité, etc.).

3.2 Etat des connaissances

La présente section est consacrée à une fouille de la littérature sur les connaissances existantes en rapport avec ce travail. On décrit le vécu sexuel des adolescents en général et dans les pays à grand tabou sur la sexualité. Notamment en Afrique subsaharienne et le cas échéant, les aspects particuliers de la jeunesse rwandaise. A travers cette recension des écrits, nous analysons les conduites potentiellement à risque et décortiquons les programmes de prévention réalisés en nous basant sur les connaissances et publications scientifiques existantes dans ce domaine. Nous mettons un accent particulier sur l'éducation à la sexualité en général et son mérite dans la prévention précoce des problèmes liés à la sexualité non sécuritaire.

3.2.1 Sexualité des jeunes

La sexualité humaine telle que définie dans sa globalité, relève de l'intimité des hommes. Tous les phénomènes liés à la sexualité, tant positifs (amour, affection, plaisir, reproduction...) que négatifs (ITS, grossesse à l'adolescence, prostitution, agression...), n'ont jamais été des sujets à discuter avec aisance. Cela est plus accentué dans certaines couches de la population, selon la culture et la société en question. Mais d'une manière générale, la sexualité reste un sujet tabou dans les sociétés africaines. L'exemple donné par Kalambayi (2007) selon lequel, le fait de citer un organe sexuel dans un entretien soit généralement considéré comme un sacrilège est une réalité qui se confirme même dans la culture rwandaise.

L'analyse du domaine de la sexualité des jeunes dans ces sociétés n'est pas une tâche facile puisqu'il s'agit d'un acte qui leur est purement interdit, n'étant traditionnellement réservé qu'aux couples dans le cadre du mariage. Néanmoins, la réalité est que " l'activité sexuelle dépasse aujourd'hui les frontières d'âges et des statuts matrimoniaux. Ses acteurs se retrouvent dans toutes les catégories sociodémographiques et ont des logiques diverses" (Kalambayi, 2007).

Une part croissante de jeunes femmes célibataires âgées de 15 à 24 ans est sexuellement active avant le mariage dans de nombreux pays. Elles utilisent de plus en plus des moyens de contraception et en

particulier les préservatifs. Malgré cela, bon nombre d'entre elles ont des grossesses non désirées et beaucoup courent le risque d'infections au VIH/SIDA et d'autres maladies sexuellement transmissibles.²

3.2.2 Connaissances et sources d'informations des jeunes en rapport avec la sexualité

Le Fond des Nations Unies pour la Population (FNUAP) estime que " Les jeunes d'aujourd'hui obtiennent d'ordinaire leurs connaissances de manière fortuite auprès de diverses sources : famille, amis et autres compagnons d'âge, école, télévision, films et Internet. Le résultat est une ignorance répandue, une information partielle, des croyances erronées et des savoirs mythiques" ³. Néanmoins certaines études confirment que les jeunes filles auraient un niveau de connaissances significativement supérieur à celui des garçons (Ajuwon A.J, et al, 2006), D'autres affirmant plutôt que les garçons seraient mieux informés que les filles (Mushi D.L, 2007).

Les jeunes adolescents, qui pourtant ont soif d'informations concernant tout ce qui touche la sexualité, sont souvent confrontés aux limites d'accès aux voies officielles susceptibles de fournir les bonnes et adéquates informations appropriées à leur âge sur ce sujet. D'une manière générale, les parents ne se sentent pas à l'aise pour discuter avec leurs enfants sur un sujet aussi intime qu'est la sexualité. Lors d'une étude à Dar es Salaam, aucun enfant n'a cité les parents comme source d'informations sur les ITS (Mwambete K.D et Mtaturu Z, 2006). Cette absence de dialogue est plus marquée dans les sociétés à grand tabou sur ce sujet, ce qui est le cas en Afrique. Pourtant, "l'intérêt et le temps accordés par les parents à l'éducation de leurs enfants en matière de sexualité sont aussi déterminants des comportements sexuels des jeunes" (Schofield M, 1971, cité par Rwenge (1999).

Les informations dispensées à l'école dans ces sociétés, concernent surtout la santé de la reproduction et la génétique dans les cours de biologie. Dans leurs études, les enfants prennent connaissance de certaines maladies transmises sexuellement et les moyens existants de protection. Toutefois, il leur est répété que pour eux, l'activité sexuelle est interdite jusqu'au mariage. Les connaissances ainsi acquises sur le banc de l'école laissent en suspens certaines questions, en réalité qui préoccupent la jeunesse de cet âge. En guise d'exemple, beaucoup d'adolescents ne croient pas qu'une fille peut devenir enceinte à sa première expérience sexuelle (Ajuwon AJ, et al, 2006) et dans la même optique, 67% des élèves en milieu rural en Tanzanie ne savaient pas à quel âge une fille pouvait devenir enceinte (Mushi DL, et al, 2007).

La famille et l'école, pourtant les sources les plus fiables, ne pouvant pas répondre à leurs questionnements quotidiens, la source qui reste la plus proche ce sont leurs copains. La plupart des jeunes adolescents trouvent le maximum d'informations sur la sexualité dans les groupes de pairs (Mushi DL, et al, 2007). Une étude auprès des lycéens en milieu rural en Tunisie a montré que pour

² <http://www.infoforhealth.org/pr/prf/fm17/> : consulté le 6-jan-09

³ <http://www.unfpa.org/swp/2003/francais/ch4/index.htm>, consulté le 07-janv-09

75% des adolescents (68% des filles et 90% chez garçons), les amis constituaient leur source d'information concernant la sexualité (Mseddi M, *et al*, 2007). Cependant les informations véhiculées par les pairs sont surtout entassées des idées fausses, incitant surtout à expérimenter sans pour autant suggérer les précautions à prendre.

Les jeunes comme tout le monde sont également exposés aux médias qui inondent des informations sur la sexualité (Nwangu WE, 2007; Mwambete KD. et Mtaturu Z, 2006; Ming-Huey J, 2003). Certains font des émissions plus ou moins structurées pouvant fournir de bonnes informations et aider, mais la plupart balancent n'importe quoi sans se soucier du public extrêmement hétérogène. Les films et les publicités véhiculent souvent les modèles de conduite, de beauté et de conception qui intoxiquent les adolescents au lieu de les aider. L'internet avec la possibilité qu'elle donne d'accéder à tout, est une source d'informations sur la santé de la reproduction en général (Nwangu WE, 2007), malheureusement incontrôlable pour les jeunes qui en ont accès.

D'une manière générale, le SIDA est connu (du moins pour avoir été entendu), pour la plupart des adolescents. Les rapports sexuels comme principale voie de contamination et possibles moyens de contamination dont le préservatif sont également connus par la majorité (Mseddi M. et al, 2007; Mwambete KD. et Mtaturu Z, 2006; Mushi DL, *et al*, 2007).

Néanmoins les ITS et leur prévention semblent encore mal connus (Mseddi M. et al, 2007, Mushi DL, *et al*, 2007).

3.2.3 Initiation aux rapports sexuels

L'âge moyen du premier rapport sexuel des jeunes dans les sociétés qui ont longtemps tenu le discours de l'abstinence jusqu'au mariage telles que la plupart des pays du sud du Sahara, est presque le même que pour les pays qui accordent une certaine liberté aux jeunes de vivre leur sexualité, comme dans les pays du nord. Cet âge moyen est de 14,5 chez les jeunes garçons ruraux en Tunisie (Mseddi M. et al, 2007), 15,8 dans trois Etats du nord-est du Nigeria (Ajuwon AJ. *et al*, 2006) et avant l'âge de 15 ans en Tanzanie (Mushi DL. *et al*, 2007).

Les adolescents commencent les relations sexuelles jeunes, certains les vivent d'une façon plus ou moins continue et permanente, souvent même avec des comportements à risque comme des relations occasionnels ou avec des partenaires multiples.

L'initiation à l'activité sexuelle n'est pas toujours la volonté personnelle ou acte réfléchi par le jeune lui-même. Souvent c'est pour être comme tout le monde ou répondre à la pression des pairs. Au pire, il peut s'agir d'une relation forcée. (OMS, 2002). Bon nombre d'adolescentes ont des expériences sexuelles après avoir été dupées, sont victimes d'attouchements des seins et d'autres zones érotiques sans le vouloir et de viols (Ajuwon AJ. *et al*, 2006).

3.2.4 Motifs des rapports sexuels à l'adolescence

Certains adolescents commencent leurs premiers rapports sexuels pour satisfaire leur curiosité mais aussi pour répondre à la pression des pairs (Mwambete KD, 2006). Les autres peuvent avoir comme motif de prouver l'amour à leur partenaire (copain ou copine), de gagner l'expérience pour plaire à leurs futurs conjoints en cas de mariage (Kalambayi, 2007). Mais aussi il faut reconnaître qu'il y en a ceux qui les font pour le plaisir qu'ils en éprouvent. C'est souvent aussi un prestige pour les jeunes garçons de pouvoir raconter aux copains leurs exploits en matière de la sexualité. Notons également que certaines adolescentes s'adonnent aux relations sexuelles pour des intérêts financiers avec des partenaires plus âgés. Ce qui n'est pas à exclure même pour les jeunes garçons qui tombent dans le même piège avec des femmes plus âgées.

3.2.5 Relations sexuelles à risque

L'usage insuffisant du condom

Les statistiques issues des études sur les comportements sexuels des adolescents en Afrique montrent le faible taux d'utilisation du préservatif dans leurs rapports sexuels. Les résultats d'une étude réalisée auprès des lycéens dans trois Etats du nord-est du Nigeria ont montré que seulement 24% des adolescents sexuellement actifs avaient utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels (Ajuwon AJ. *et al*, 2006). Cette faiblesse peut s'expliquer par différentes raisons en dehors de sa disponibilité tant géographique que culturelle qui, en soi, n'est pas une raison moindre. Il n'est pas en effet, assez disponible surtout dans les milieux ruraux. Mais le poids de la culture fait encore que, il n'est pas facile d'en acheter un de peur d'être vu et mal jugé par l'entourage. La conséquence est la fréquence des rapports sexuels (avec pénétration) non protégés. D'où les ITS, les grossesses à l'adolescence, harcèlements ou agressions sexuelles (Mwambete KD, Mtaturu Z, 2006). 15% des adolescents sexuellement actifs du Nord Est du Nigeria avaient reconnu avoir été enceintes ou engrossé leurs partenaires : 33% des filles et 10% des garçons (Ajuwon AJ *et al*, 2006). En Taiwan, le taux de grossesse à l'adolescence était estimé à 14 pour mille (Ming-Huey J, 2003). A peu près un tiers de femmes recevant des soins hospitaliers pour complications d'avortement sont âgées de moins de 20 ans (Barnett B, 1993).

Les difficultés de discussion quant à l'utilisation du condom se retrouvent aussi dans un rapport de force inégal du point de vue genre. Non seulement la jeune fille est mal placée pour discuter de la sexualité mais aussi, elle est souvent condamnée à se laisser faire pour préserver des "intérêts" qui peuvent être matériels, financiers, sociaux (le prestige et ou la promesse du mariage) (Kalambayi, 2007) et notamment affectifs : peur d'être abandonnée.

D'une manière générale, pour qu'il y ait négociation dans un couple stable en Afrique, il faut que les partenaires soient "égaux" sur le plan socio-économique, ou que la femme soit indépendante financièrement ou instruite. Dans ces conditions, la femme peut soit imposer l'utilisation du condom, soit refuser les relations sexuelles (Rwenge, 2001 cité par Kalambayi (2007).

Le perception du risque n'est pas la même pour les adolescentes que pour les jeunes garçons. Mes entretiens avec les jeunes m'ont révélé que les jeunes filles ont recourt aux préservatifs pour éviter les grossesses, tandis que les gars ont peur des ITS et du VIH/SIDA surtout avec une nouvelle partenaire.

Le même constat de différence d'utilisation du condom entre les filles et les garçons s'observe parmi les facteurs qui influencent l'utilisation du condom et les perceptions du risque, parmi les adolescents du Cameroun (Calves, 1999) cité par Kalambayi (2007).

Lors d'une interview à un journal local à Madagascar, une des responsables de l'association des travailleuses de sexe avait affirmé que malgré les campagnes, l'usage du préservatif n'était pas leur préoccupation première : "les campagnes passent tous les jours, on reçoit, les t-shirts et les préservatifs, on défile quand on nous le demande... mais dans la réalité on ne les utilise pas toujours. Des fois ceux qui payent mieux, ne veulent pas les utiliser. Ce qui compte pour nous c'est l'argent et pas le préservatif" (Midi Magascar, numéro 7387 du 23 novembre 2007). Les études auprès des personnes à haut risque comme les travailleuses du sexe et camionneurs, notamment au Rwanda, ont prouvé également que l'usage du condom n'était pas ancré dans leurs habitudes comportementales malgré une bonne perception du risque (TRAC, 2007).

Partenaires multiples ou occasionnels

L'un des risques majeurs que courent les adolescent(e)s sexuellement actifs est le fait d'être exposés ou disposés aux rapports sexuels non planifiés et souvent avec différents partenaires. Souvent les jeunes filles commencent leur activité sexuelle avec des partenaires plus âgés qu'elles. Ces personnes plus âgées sont supposées avoir eu plusieurs partenaires sexuels dans leur vie antérieure. A Bamenda (Cameroun), 81% des jeunes femmes avaient eu leurs premiers rapports sexuels avec un partenaire plus âgé qu'elles. Par contre, 40 % des jeunes hommes avaient eu leurs premiers rapports avec une partenaire de même âge et 34 % plus jeunes qu'eux (Rwenge, 1999).

Certains de ces partenaires plus âgés sont souvent des personnes mariées. On pourrait penser que les mariés seraient plus motivés que les célibataires à utiliser les condoms en dehors du couple, de peur de détruire leurs vies conjugales après avoir été contaminés par une ITS ou le SIDA. Mais il est aussi possible que les mariés, généralement moins habitués que les célibataires aux condoms, les utilisent moins (Rwenge, 1999).

La consommation des boissons alcoolisées chez les jeunes constitue une des causes de rapports sexuels occasionnels, voire même accidentels. Au mieux avec leurs amis, au pire avec des inconnus, soit les prostituées, soit d'autres personnes qui profitent de leur état d'ivresse pour les abuser.

Ouvert (1994) cité par Kalambayi (2007), parle du "modèle général de l'épidémie du Sida africain où le VIH passe des prostituées à leurs clients. Ceux-ci infectent leurs partenaires régulières et/ou occasionnelles qui transmettront le virus aux autres hommes qui généralement ne fréquentent pas les prostituées et ainsi de suite".

Les jeunes sont également confrontés à une manipulation qui les enrôle dans des rapports sexuels pour des intérêts financiers, différents cadeaux et autres privilèges. Les jeunes issus des familles de conditions socioéconomiques modestes sont plus exposés. A Bamenda, les jeunes des familles pauvres avaient une plus grande probabilité d'avoir eu des relations sexuelles occasionnelles dans les douze derniers mois précédant l'enquête que ceux dont les parents étaient socio économiquement aisés (Rwenge, 1999).

Le style connu sous la nomination "*chic choc, chèque*" dans les milieux des adolescents au Rwanda souligne encore une fois que ces derniers le multi partenariat sexuel fait partie du vécu des jeunes selon les intérêts poursuivis (Rumenge, 2008). La nomination "*sugar daddies et suggar mommy*" qui s'est intégrée dans le vocabulaire des adolescents, s'inscrit dans la même logique. En effet, dans leur jargon, il s'agit de désigner des adultes (hommes ou femmes) riches plus âgés, avec qui vous entretenez des relations sexuelles pour l'argent.

Néanmoins, il faut remarquer qu'il y a des jeunes qui résistent à cette tentative malgré leurs moyens économiques précaires. Cela peut avoir des explications au niveau des caractéristiques personnelles (sa personnalité).

Risque lié à la "fidélité" dans les couples de copinage

Le principe de fidélité dans les relations amoureuses des jeunes apparaît comme justificatif des rapports sexuels non protégés. Il se fonde sur la notion de confiance mutuelle. Il faut donc remarquer que le moindre abus de confiance par l'un des partenaires rend l'autre vulnérable. Les chiffres ci-haut ont prouvé le faible niveau d'utilisation du préservatif des adolescents avec leurs partenaires. Pourtant, nous avons montré qu'il existe bien parmi eux, ceux qui se livrent aux rapports sexuels avec des partenaires occasionnels. Le partenaire fidèle donc court aussi le risque d'être infecté par son ami infidèle.

D'après Descaloux (1997) cité par Kalambayi (2007) "la fidélité ne peut être efficace et suffisante contre les ITS/SIDA que sous deux conditions : i) si elle est réciproque et ii) si les deux partenaires sont au départ séronégatif avec preuve de tests sérologiques. Sinon, avant toute relation sexuelle non protégée, la fidélité doit être associée à l'usage du préservatif durant toute la période précédant les tests sérologiques".

Comme le souligne Kalambayi (2007), ces deux conditions ne sont malheureusement pas -ou pas tout le temps- reprises dans les messages de lutte contre le Sida. Souvent on demande d'utiliser les préservatifs lors des rapports avec des partenaires occasionnels. On oublie cependant, que pour devenir habituel, tout partenaire est d'abord occasionnel.

Dans leurs couples (copinage), souvent les jeunes se protègent dans leurs premiers rapports sexuels, mais au fur du temps, la confiance s'installe et ils abandonnent le préservatif. Comme si le fait de rester ensemble longtemps excluait les risques des probables antécédents de tout un chacun.

Risque lié aux fausses croyances

Le Sida est parfois montré dans certaines confessions religieuses, modernes ou traditionnelles comme une punition divine, étant donné qu'elle se transmet par voie sexuelle (Kalambayi (2007)). Ainsi, il peut donc être facilement interprété comme une malédiction suite à la perversion sexuelle des êtres humains dans leurs comportements et pratiques sexuels "insensés" (adultère, homosexualité, rapports anaux).

Culturellement, dans le vécu quotidien de tout le monde, y compris les jeunes, la contamination au VIH ou la maladie du SIDA est souvent perçue comme un accident ou malchance. Cela peut s'expliquer du fait que ce ne sont toujours pas forcément les personnes aux comportements sexuels plus à risque qui soient les plus infectés. On remarque les PVVIH qui affirment avoir eu un seul partenaire ou avoir été contaminées lors de leur premier rapport sexuel de leur vie. Cela constitue un argument pour les jeunes de minimiser de temps en temps le risque. D'autres pensent que les conséquences liées à la sexualité ne concernent que les autres. Cela provient souvent du fait que lorsque les jeunes se racontent leurs aventures, finalement on se rend compte que rien de mal ne s'est produit. Ce qui ouvre la porte d'une tentative ultérieure encore une fois.

Les plus jeunes pensent également que l'infection au VIH est une affaire des adultes, qu'ils sont encore trop jeunes pour être infectés (Mushi DL. *et al*, 2007).

Les croyances traditionnelles ont une grande force dans la construction de la conviction des jeunes. En milieu rural en Tanzanie, certains croient que les complications pendant la grossesse et l'accouchement sont dues à la non observance de certaines traditions et tabous (Mushi DL. *et al*, 2007). Une conviction selon laquelle la moustiquaire pourrait transmettre le VIH persiste encore et certains adolescents ont cette croyance (Ajuwon AJ. *et al*, 2006). Au Malawi, on dit " *mwana mkazi sachepa*" (une fille n'est jamais trop jeune), n'est jamais trop jeune pour le sexe, mais aussi " *asaopa mwamuna*" (ne doit pas craindre un homme). Et une jeune fille qui va se marier, on lui répète " *mkazi asangalate mwamuna wake*" (une femme doit donner du plaisir à son mari), même s'il s'agit des rapports sexuels non sécuritaires (Muula AS, 2008). Ce recueil linguistique montre comment la culture peut constituer non seulement un facteur d'abus et de violence sexuelle des jeunes filles et femmes, mais aussi un risque d'infection au VIH et autres ITS.

Certaines pratiques traditionnelles aussi sont susceptibles de favoriser la propagation du SIDA et d'autres ITS. C'est le cas du Rwanda et du Burundi, où la femme mariée était autorisée à contracter des rapports sexuels lors d'une longue absence de son mari et où les remariages rapides des veuves étaient aussi acceptés avec un frère ou membre proche du mari (Rwenge, 1999). Soulignons qu'il s'agit des pratiques traditionnelles qui ne restent que dans certains milieux ruraux.

3.2.6 Tabous à la sexualité

S'il existe des sujets qui se sont révélés tabous dans l'histoire de l'humanité, la sexualité en est un. Le tabou se définit comme une production culturelle édictant des interdits normatifs conversationnels et/ou comportementaux intériorisés. Plus particulièrement, ces interdits peuvent générer chez l'individu sous

leurs emprises une ambivalence affective et leurs transgressions sont susceptibles de provoquer des sanctions en raison du caractère contagieux du tabou (Zaaraoui, 2007).

Tant dans les sociétés anciennes que contemporaines, la sexualité n'a jamais été un sujet facile de discussion. Cela a une force dans la conception et dans l'expression des nouvelles générations. Les jeunes ont peur et honte de discuter de la sexualité, qu'ils qualifient de "chose immorale"; les jeunes garçons étant toutefois moins craintifs. De même chez les plus jeunes, il a même été constaté que lors des études auprès des jeunes adolescents, ceux-ci n'arrivaient pas à répondre aux questions qui demandent de mentionner les signes de la puberté ou les organes sexuels (Mushi DL. *et al*, 2007).

A sa nature interdite, sacrée et contagieuse, Freud (1912) cité par Zaaraoui (2007), souligne que le tabou s'inscrit dans deux directions opposées : celle de sacré et de consacré et celle d'impur, de dangereux, d'interdit. Comme les sociologues, Freud soutient que la contagion du tabou concourt au maintien de l'ordre social. Selon lui, *"l'homme qui a enfreint un tabou devient tabou lui-même, car il possède la faculté dangereuse d'inciter les autres à suivre son exemple. Ilveille la jalousie et l'envie; pourquoi ce qui est défendu aux autres serait-il permis à lui"*.

Freud (idem) accentue une ambivalence affective à l'égard de l'interdit. Il explique qu'un fort désir d'accomplir un acte est présent chez un groupe d'individus, mais interdit par une autorité extérieure de légitimité reconnue. La volonté d'assouvir ce désir interdit se transforme alors en une pulsion refoulée.

Cette ambivalence démontrée par Freud peut expliquer le désir des adolescents qui, d'habitude ne sont pas favorables au conformisme, à vouloir apprendre et expérimenter plus ce phénomène qui attire tout le monde et pourtant qui leur est interdit par la société.

Absence de discussion ouverte avec les parents

Il est reconnu qu'en Afrique subsaharienne comme dans beaucoup d'autres pays en développement, la plupart des parents s'entretiennent rarement avec leurs enfants sur la sexualité. Madzouka (1991) cité par Rwenge (1999) clarifie deux raisons : 1) l'éducation traditionnelle que les parents ont reçue n'accorde qu'une très petite place à l'explication et à la verbalisation. 2) le manque des connaissances adéquates des parents en matière de la sexualité. On peut toutefois ajouter à ces raisons que les parents se sentent inconfortables de discuter avec leurs enfants sur les sujets autour de la sexualité, souvent par manque de mots appropriés ou considérant que cela révélerait leur intimité à leurs enfants.

La plupart des parents considèrent la sexualité comme un sujet tabou et ont la crainte que les enfants, surtout pubères et adolescents, ne considèrent les informations éducatives sur la sexualité comme une incitation à la débauche (Rwenge, 1999).

Tabous à la sexualité versus le vécu sexuel des adolescents

Malgré le tabou qui persiste autour de la sexualité, les données présentées dans ce texte prouvent au contraire, que cela n'empêche pas les jeunes de vivre leur sexualité. Ce qui reste inquiétant est le fait que ces jeunes évoluant dans cet environnement n'ont pas la chance d'accéder à aucune préparation

fiable avant de commencer les expériences sexuelles. Ce qui les expose du coup à tout risque lié à la sexualité.

Les auteurs (Cherlin et Riley, 1986; Rwenge, 1999; Calvès, 1999), cités par Kalambayi (2007), affirment que d'après **la théorie de la désorganisation sociale**, la scolarisation, l'urbanisation et la religion chrétienne affaiblissent les structures traditionnelles par un relâchement du contrôle des adultes (parents, tuteurs) sur les cadets. Ce relâchement se manifeste par le non-respect des normes traditionnelles et la perte d'intérêt à l'égard de l'initiation coutumière de la sexualité des jeunes. Les jeunes adoptent ainsi de nouveaux comportements sexuels, dirigés vers la satisfaction des besoins personnels et la gratification individuelle. La disparition de l'exigence de la virginité de la jeune fille dans les sociétés où elle était une condition pour le mariage est une des preuves du relâchement de la morale sexuelle traditionnelle.

Et Selon (Hertrich et Lesclingand, 2004) cités par Kalambayi (idem), " le recul de la nuptialité et l'affaiblissement des contrôles traditionnels de la sexualité, les adolescents (et plus particulièrement les adolescentes) sont apparus comme une " population à risque" dont les comportements à matière de sexualité et de fécondité devraient être analysés"

3.2.7 Prévention dans la sexualité des jeunes

Depuis l'avènement du VIH dans les années quatre vingt beaucoup de pays se sont rendus compte qu'il fallait se mobiliser face à ce fléau qui commençait à tuer des milliers des personnes et devant lequel la médecine ne se montrait pas à la hauteur. Ainsi furent lancées les campagnes médiatiques destinées à inciter les gens à modifier leurs comportements sexuels susceptibles de les rendre vulnérables à l'infection à VIH. L'accent a été mis également sur la lutte contre d'autres ITS, soulignant que l'infection de celles-ci facilitait plus facilement le passage du VIH. On verra néanmoins que les méthodes utilisées n'ont pas eu suffisamment d'effets escomptés. Nous ferons également le point sur les connaissances qui existent actuellement prouvées, capables de changer les comportements dans le domaine de la sexualité humaine.

Campagnes de préventions menées

La plupart des pays ont bâti leurs politiques de lutte contre le VIH/SIDA sur la promotion de l'abstinence, de la fidélité et de l'utilisation du préservatif. Au Rwanda par exemple, la stratégie de prévention contre le VIH/SIDA concentre son message et ses efforts sur trois aspects du comportement, résumés dans l'approche 'ABC' (équivalent de 'KUBA') : Abstinence (hors mariage), *Be faithful* (fidèle à votre partenaire) et Condom (en situation de rapports à risque) (EDS, 2005). En République Démocratique du Congo, l'accent dans l'éducation sexuelle est essentiellement mis sur l'abstinence sexuelle. Dans les différents modules (de la 5^e primaire à la 6^e secondaire) du cours d'éducation à la vie, il est demandé aux enseignants de présenter aux élèves la virginité "*comme un moyen par excellence de mener une vie paisible grâce à la pureté du cœur, de l'esprit et du corps. De telle manière, on ne réduit pas la virginité au seul aspect physique relatif au plan génital*" (SCEV, 1998

cite par Kalambayi (2007). Au premier regard, l'abstinence, la fidélité et le préservatif ce sont des idéaux qui, "une fois adoptés", on s'attendrait sans doute aux bons résultats. Mais dans la réalité, je suppose que cette stratégie basée surtout sur l'interdiction de tout acte sexuel aux jeunes, ne correspond ni à leurs attentes, ni à la réalité et donc perdue d'avance.

Une étude récente réalisée en Côte d'Ivoire (Koffi AK, Kawahara K, 2008) soulignait que l'abstinence sexuelle était la meilleure option disponible de prévention contre les grossesses et les ITS dont le VIH/SIDA, l'étude semble même soutenir les programmes qui encouragent l'abstinence. Il me semble néanmoins ne pas tenir compte de ses propres résultats qui prouvent l'état d'un multi partenariat sexuel chez les adolescents. Et je suppose par ailleurs, que devant une telle jeunesse dont seulement 4,6% et 9,0% respectivement de garçons et filles, s'abstiennent jusqu'au mariage, avec un taux de prévalence du VIH de 7% dans la population générale, l'accent devrait être mis sur les moyens de protection autres que l'abstinence, pour que leur sexualité (le vécu réel de la grande majorité) soit plus sécuritaire.

Comme le concrétise Kalambayi (2007), la philosophie qui guide les actions des intervenants auprès de la jeunesse dans le domaine de la sexualité semble subtilement coercitive en ce qu'il n'est pas laissé aux jeunes la liberté ni de décider leur moment idéal d'initiation sexuelle primaire, ni de choisir les options de protection encore moins de contraception.

Dans ce contexte, de manière officielle et publique, on contraint les jeunes à vivre leurs relations sexuelles de manière clandestine, ce qui les expose aux risques qu'on croit leur faire éviter.

L'axe de communication souvent utilisé dans ces campagnes suscite également certaines interrogations. En effet, "cette promotion est faite principalement par la voie des médias audio-visuels et vise la population générale comme si toutes les catégories de la population vivaient leur sexualité de la même façon" (Kalambayi, 2007).

Néanmoins, les programmes de regroupement des jeunes pour réfléchir ensemble sur les questions du VIH/SIDA de façon officielle tels que les "Clubs anti-SIDA" qui sont opérationnels dans les écoles au Rwanda semblent prometteurs quant à la bonne compréhension de ce fléau et la définition des stratégies de protection par les jeunes eux-mêmes.

Une grande évaluation des programmes de prévention du VIH basés sur l'abstinence dans les pays du Nord a montré qu'aucun programme n'avait eu d'effet "ni positif ni délétère" sur l'ensemble des critères analysés. C'est-à-dire pas de modification de l'âge aux premiers rapports, pas de diminution du nombre de partenaires sexuels, aucun effet sur les rapports vaginaux non protégés, pas de modification de l'utilisation du préservatif (Underhill K. *et al*, 2007). Une autre analyse sur cette recherche souligne qu'il s'agit donc bien d'un échec de prévention du VIH, de se cantonner à prôner l'abstinence dans les pays développés et fait remarquer que ce message risque de ne pas être opérant dans les pays en développement à forte prévalence d'infection VIH, notamment les pays d'Afrique subsaharienne (Athéa N, 2007). Ce qui est mon constat aussi, vu la situation.

Résultats des campagnes menées

Il semble d'emblée impératif de reconnaître, contrairement à certains auteurs, que les tentatives de lutte contre le VIH/SIDA et de changement de comportements à risque en matière de sexualité et les efforts déployés n'ont pas échoués à cent pour cent. On peut se réjouir du moins que la plupart des études actuelles prouvent à l'unanimité que le SIDA est assez connu par tous. Même si cela ne suffit pas pour changer les comportements. " Les modèles utilisés paraissent toutefois avoir un pouvoir prédictif assez limité On sait que l'information a un effet très limité sur les comportements et que la difficulté réside surtout dans le fait de susciter un désir de changer de comportement chez les individus les plus exposés au risque" (Bajos et al. Cités par Kalambayi, 2007).

On n'a pas pu amener les individus à changer leurs comportements même si les connaissances se sont considérablement accrues sur les populations cibles. Il s'agit notamment de la connaissance du Sida, les moyens de transmission et de protection, les fausses conceptions sur le SIDA, les attitudes discriminatoires (quoiqu'elles persistent encore) à l'égard des personnes ayant le Sida.

Néanmoins, ces campagnes n'ont pas abouti à une prise de conscience des conséquences désastreuses des ITS, VIH/SIDA et des grossesses adolescentes.

"L'activité sexuelle des jeunes n'a pas cessé et le préservatif n'est accepté que par une minorité". Le discours purement moral focalisé sur l'abstinence et le mariage comme seul et unique cadre des rapports sexuels n'a pas rendu les choses faciles pour les jeunes dont le vécu de la sexualité diffère de ce que culturellement les aînés croient. " Ils semblent oublier que le mariage lui-même suit de nos jours les trajectoires avant sa concrétisation et que l'une des stratégies est bien les relations préconjugales sexualisées" (Kalambayi, 2007).

Globalement, ces programmes ciblent surtout les milieux urbains où sont concentrées les infrastructures socio-économiques (médias, journaux, centres de santé) et s'adressent plus aux adultes qu'aux jeunes. Pourtant, ceux-ci constituent une part importante de la population sexuellement active, mais la moins informée sur les conséquences néfastes d'une sexualité libre (Rwenge, 1999). Le fait de se limiter à dispenser des renseignements précis sur la santé sexuelle peut se révéler insuffisant ou inefficace lorsqu'il s'agit de réduire le risque de retombées négatives. En outre, ces programmes n'encouragent pas les comportements qui favorisent la santé sexuelle (Santé Canada, 2003).

Nouvelle vision de la prévention

"En matière de prévention, il est essentiel d'avoir des messages clairs, non porteurs d'ambiguïté ou de paradoxe. Le message exclusif de l'abstinence, qui est avant tout un message de morale sexuelle, ne saurait être un message de prévention [...]. Si le préservatif apparaît bien, en Afrique comme dans les pays développés, le message à privilégier, il doit être intégré dans le cadre d'espace de parole sur la sexualité, prenant en compte tous les aspects de la vie affective et sexuelle des jeunes. Ce cadre permet aux jeunes de réfléchir aux enjeux de la prévention (qui expliquent les difficultés à mettre en pratique les informations que chacun connaît) et de trouver les stratégies de protection qu'il est capable de mettre en place". (Athéa N, 2007).

3.2.8 Education à la sexualité

Les politiques d'éducation à sexualité dans le monde entier se fondent sur les différentes visions selon les sociétés et leurs contextes. Dans les pays en développement et particulièrement en Afrique subsaharienne, la stratégie était depuis lors, beaucoup plus traditionnelle. Le seul et acceptable discours étant de promouvoir les valeurs morales dites de dignité, interdisant fermement les pratiques sexuelles hors mariage. L'un des moyens utilisés fut l'absence absolue du dialogue autour de la sexualité, mais comme le dit bien Snegroff (2000), l'absence d'une éducation à la sexualité constitue en soi une éducation à la sexualité.

Les pays musulmans gardent la même approche. Et l'espoir d'une certaine tolérance n'est pas pour demain. Les droits de la femme en général et dans la sexualité en particulier sont toujours bafoués dans certains de ces pays : les jeunes filles sont excisées, la polygamie pèse lourdement sur les femmes ainsi que les punitions sévères envers les femmes en cas d'adultère ou simplement de relations sexuelles en dehors du mariage.

En occident, on remarque une relative liberté en matière de la sexualité des jeunes : pour les uns, l'acceptation de la sexualité comme partie prenante de la vie est présente. Hélas, à des degrés divers. Les Etats-Unis sont encore réticents pour donner une éducation à la sexualité. La succession des programmes tels que "*how to say no to sex*" donnés dans le système éducatif formel américain tendaient toujours vers l'abstinence en mettant de côté l'apprentissage des moyens de protection et de contraception aux adolescents (Darroch JE. *et al*, 2000; Lindberg LB. *et al*, 2006). Néanmoins, dans d'autres pays comme le Danemark, le Canada, la France et autres, l'approche est plus libérale, intégrant la prévention comme une composante d'une éducation à la sexualité plus général, ne se focalisant pas que les aspects négatifs de la sexualité. (Berragan, 1997).

Dans tous les cas et dans toutes les sociétés, l'avènement du VIH dans les années quatre-vingt a éveillé les esprits. Une décennie plus tard a connu en effet, un tournant décisif dans les politiques de prévention. En plus de l'abstinence et fidélité, le préservatif fait l'objet de nombreuses campagnes d'informations dans tous les pays africains, la plupart menacés par le SIDA. Le courant de l'émancipation de la femme a également joué un rôle clé.

Pourtant, quel que soit le milieu de vie (géographique ou culturel) dans lequel on vit, "l'information et l'éducation relatives à la santé en matière de reproduction et de sexualité sont essentielles pour assurer le développement et le bien-être des adolescents. Il est capital de promouvoir un changement de comportement pour limiter le nombre de grossesses d'adolescentes et enrayer la pandémie du VIH/sida" (FNUAP⁴). Il s'agit plutôt d'un droit pour les jeunes et la responsabilité des décideurs afin que ces derniers puissent " accéder à une information et à des services qui les aident à comprendre leur sexualité et à se protéger contre les grossesses non désirées, les maladies sexuellement transmissibles

⁴ <http://www.unfpa.org/swp/2003/francais/ch4/index.htm> , consulté le 07-janv-09

et les risques de stérilité en résultant. Il faudrait également enseigner aux jeunes gens à respecter l'autodétermination des femmes et à partager les responsabilités avec elles dans les questions de sexualité et de procréation" (FNUAP, idem). L'être humain est sexué depuis sa naissance. Cela suppose qu'à chaque moment de sa vie, correspond une éducation à la sexualité. De même à l'adolescence, cette éducation doit cibler les tranches plus ou moins variées. Kouton (1992) cité par Rwenge (1999) avance des limites d'âge de chaque phase de l'adolescence par rapport à l'activité sexuelle. Il distingue ainsi quatre phases : i) l'éveil sexuel : vers 12 à 15 ans; ii) premières relations sexuelles : vers 14 à 17 ans; iii) rôle sexuel : vers 16 et 19 ans; iv) choix d'un rôle déterminant : 18 à 25 ans.

Forces d'une éducation à la sexualité

Il a été prouvé que l'éducation à la sexualité abordant la sexualité humaine sous toutes ses dimensions était capable d'amener les jeunes à changer les comportements et adopter considérablement les comportements plus sécuritaires dans leur vie sexuelle (Desaulniers, 1995; Bankore A. *et al*, 2007; Rwenge, 1999). Meilleurs encore sont les résultats lorsque les jeunes en bénéficient avant de commencer les relations sexuelles (Baldo *et al*, 1993 cité par Rwenge (1999). Dans ce cas, il a été également démontré qu'une éducation à la sexualité était capable de retarder l'âge du premier rapport sexuel (Trisha E. *et al*, 2007; Dawson DA, 1986; Marsiglio W, Mott FL, 1986).

"Les adolescents forment un groupe d'âge vulnérable ce qui justifie un renforcement des activités d'éducation sexuelle et son introduction précoce dans les programmes d'enseignement" (Mseddi M. *et al*, 2007). L'éducation officielle à la sexualité est donc une approche très positive même dans la prévention des problèmes liés à la sexualité et au VIH/SIDA. Elle insiste sur le respect mutuel entre deux sexes et encourage le dialogue entre les partenaires pour un accord quant aux précautions à prendre en cas de rapports sexuels. Elle souligne l'importance des moyens de protection et de contraception disponibles et met un accent particulier sur la planification des naissances. L'éducation à la sexualité est ainsi donc capable de produire des hommes et des femmes responsables de leur sexualité pouvant œuvrer ensemble pour le bien être familial.

Contrairement aux sociétés qui entretiennent un grand tabou autour de la sexualité, les adolescents qui bénéficient d'une éducation à la sexualité par les voies officielles, développent une ouverture générale. Ils acquièrent les habiletés de discussion et développent un esprit critique vis-à-vis des informations en rapport avec la sexualité. Ces informations caractérisent néanmoins notre environnement quotidien, notamment grâce au développement et l'accessibilité actuels des médias.

Il faut toutefois souligner que le fait de priver les adolescents d'une éducation à la sexualité constitue en soi, une information (Snegroff S, 2000). Mais, une mauvaise. Les enfants apprennent des adultes et surtout des parents de ce qui est dit explicitement mais aussi de leurs comportements.

Changements intervenus dans les modèles de l'éducation à la sexualité

L'éducation à la sexualité ou du moins simplement l'éducation sexuelle était répandue partout en Europe dans les années soixante sauf l'Espagne et sur le continent Américain sauf les Etats-Unis et Costarica. Les années quatre-vingt avec l'avènement du VIH/SIDA ont été marquées par l'adoption du modèle préventif (Berragan FM, 1997). La même auteur propose trois modèles fondamentaux (traditionnel, préventif et libéral ou intégratif) qui reposent sur la pensée et la pratique des groupes sociaux responsables de l'éducation à la sexualité.

- **Modèle traditionnel** : il est caractérisé par la défense du mariage hétérosexuel et la condamnation explicite de la masturbation et de l'homosexualité. Pour lutter contre le VIH, il proposerait de retarder le moment des premières relations sexuelles jusqu'au mariage et par le biais de la fidélité conjugale.
- **Modèle préventif** : obsession de mettre en garde contre les dangers de la sexualité. Ici la réponse au VIH serait de retarder le moment des premières relations sexuelles en signalant le danger qu'elles comportent et l'usage du préservatif.
- **Modèle libéral intégratif** : il soutient la promotion du plaisir et des différentes orientations sexuelles. A la question de comment avoir des relations sexuelles sans risque de contracter le VIH, ce modèle recommanderait sans aucune réserve le préservatif ou la pratique de la sexualité sans coït.

Il faut faire remarquer le fait que ces trois modèles puissent coexister dans un système éducatif. Mais aussi faire l'objet de conflits entre les acteurs : parents traditionnels, enseignants, les professionnels de la santé et les libéraux. Néanmoins, on peut constater une prédominance de l'un de ces modèles selon les spécificités du contexte. Il n'est donc pas étonnant que dans une société où le taux des ITS et du VIH est inquiétant, le modèle soit plus préventif; tandis que les stratégies plus conservatrices, prônent la chasteté jusqu'au mariage.

Certains modèles théoriques influant sur le changement de comportement

Dans le cas de la prévention des ITS/VIH, l'une des caractéristiques de la quasi-totalité des interventions efficaces est l'incorporation de modèles théoriques qui favorisent la modification du comportement, soit dans son ensemble, soit de certaines composantes. (Mckay, 2000) cité par Santé Canada (2003).

Nous présentons ci-dessous un aperçu de certains modèles théoriques favorisant la modification du comportement. Il s'agit des modèles rassemblés dans les lignes directives nationales pour l'éducation à la santé sexuelle (Santé Canada, 2003). Soulignons qu'ils ont adopté le modèle *Information, motivation et habiletés comportementales* (IMC). Mais il me semble pertinent de ne pas juger ici quel est le meilleur. Chacun de ces modèles peut s'avérer adapté ou adéquat selon les contextes.

Théorie socio-cognitive (TSC): une intervention efficace doit avoir quatre composantes: i) Information ayant trait à la vulnérabilité et à l'auto efficacité, ii) acquisition d'aptitudes d'auto-régulation et de

réduction du risque, iii) perfectionnement de ces aptitudes et de l'auto efficacité à les utiliser, iv) obtention et recours à un soutien par les pairs.

Modèle transthéorique (MT) : Les individus participant aux interventions visant à modifier le comportement passeront par un continuum de cinq stades:

- ✓ Pré-intention (càd, n'ont peu ou pas l'intention de mettre en pratique le comportement de santé souhaitable,
- ✓ Intention,
- ✓ Préparation,
- ✓ Action,
- ✓ Maintien (c'est à dire, pratique régulière du comportement de santé souhaitable durant 6 mois)

Théorie d'action raisonnée (TAR) :

- ✓ Les attitudes de l'individu envers les comportements préventifs,
- ✓ La perception des normes sociales subjectives relatives aux comportements préventifs,
- ✓ L'intention comportementale de mettre en pratique le comportement préventif

Modèle IMC : Trois composantes :

- ✓ **Information** : Aider les individus à être mieux informés,
- ✓ **Motivation** : Motiver les individus à faire appel à leurs connaissances pour changer les comportements négatifs à risque et maintenir des pratiques saines et cohérentes
- ✓ **Habilité comportementales** : Aider les individus à acquérir les habiletés comportementales pertinentes susceptibles de réduire les répercussions négatives et d'améliorer la santé sexuelle

4 PROPOSITION D'UNE EDUCATION A LA SEXUALITE AUX JEUNES ADOLESCENTS AU RWANDA

4.1 Contexte et justification

L'éducation à la sexualité vise avant tout le bien-être de la personne et son épanouissement sexuel. Elle constitue ainsi, une nécessité en réponse aux besoins de tout être humain dans toute société et à tout âge. Les jeunes adolescents ont besoin d'une éducation qui réponde le plus possible à leurs préoccupations, les outillant à devenir responsable de leurs comportements, les préparant à la vie adulte en donnant des vraies informations tout en fournissant à la fois, les moyens de protection des ITS et de contraception.

Rappelons que le Rwanda est l'un des pays qui sont particulièrement sous la menace des maladies transmissibles sexuellement dont le SIDA, qui reste incurable. Bien que le progrès de traitement et son accessibilité sont considérables dans le pays, de nouvelles contaminations restent également importantes bien qu'elles puissent être efficacement prévenues dès le bas âge. D'autres ITS, les agressions sexuelles, les grossesses à l'adolescence et grossesses non planifiées constituent d'autres facettes de la menace.

Les médias et l'internet de plus en plus accessibles, inondent les enfants de tonnes d'informations à caractère sexuel, traitent des sujets comme l'orientation sexuelle, etc. Par conséquent, les jeunes se retrouvent dans une situation conflictuelle face à ces informations d'une part, et la culture qui n'a pas cessé d'entretenir la sexualité comme tabou, d'autre part.

Bref, le projet vise essentiellement à soutenir et accompagner le développement psychosexuel et à prévenir les problèmes. Un travail en amont et constant pour tous (car à chaque année, il y a une nouvelle cohorte) est nécessaire pour responsabiliser les nouvelles générations du Rwanda, une société dont l'espérance de vie est estimée à 52 ans à la naissance : 53 pour les femmes et 51 pour les hommes (OMS, 2008).

L'éducation à la sexualité apparaît comme une proposition complémentaire aux projets déjà en place puisqu'elle permet de soutenir les jeunes dans leur développement, de discuter des normes et valeurs de la société au regard de la sexualité. Elle tendrait à développer le savoir, savoir faire et savoir être et se focaliserait sur les points suivants :

4.1.1 L'éducation à la sexualité en général

La sexualité est un concept complexe qui touche à la fois l'intimité de la personne, ses sentiments, ses désirs, ses pulsions, son amour, ses tendresses, sa proximité, ses relations, ses apprentissages, son corps, son cheminement, ses expériences pour ne citer que cela. Elle n'est pas à confondre avec le sexe, ce dernier c'est

ce que l'on fait, tandis que la sexualité est ce que l'on est. Philippe Jeammet, cité par Patrice HEURRE et Didier Lauru (2001), souligne : « La sexualité ne peut se réduire à une pratique. Elle engage l'être tout entier : elle est donc un point de rencontre des différentes facettes de la personnalité. Et ce n'est pas pour rien qu'il est difficile d'en parler, même quand on veut le faire le plus simplement possible, parce que cela touche au plus intime de notre être ».

Au-delà de la prévention des problèmes, les jeunes adolescents ont besoin d'être bien outillés avant même l'apparition des changements liés à l'adolescence, les rendant ainsi responsables. Sur ce, il faut aborder la sexualité sous un aspect multidimensionnel pour répondre aux questionnements des enfants et donner des informations vraies et fiables.

4.1.2 Le VIH/SIDA et autres ITS

Tel qu'énoncé plus tôt, le VIH/SIDA constitue, au Rwanda, la problématique majeure au regard de la sexualité. Le taux de prévalence du VIH s'élève à 3% dans la population, les couches de la population les plus touchées étant les femmes 3.6% contre 2.3% chez les hommes. La tendance montre une régression de la prévalence en milieu citadin une augmentation en milieu rural (EDS, 2005). Cette tendance souligne une fois de plus la nécessité de s'impliquer davantage en prévention avec des initiatives contribuant aux deux milieux. La voie sexuelle reste essentiellement le moyen principal de contamination.

Le VIH fait partie de l'ensemble des ITS et il y a une forte corrélation entre elles, les dernières augmentant les risques de contamination en offrant des portes d'entrée et l'immunodéficience exposant le corps défaillant à toute menace dont les ITS et d'autres maux.

Toutes les ITS constituent également d'énormes coûts socio-économiques à la société ; certaines pouvant s'aggraver quand le patient ne se fait pas soigner car ne voyant pas les symptômes et même par honte liée aux maladies touchant les organes génitaux. Des études ont dégagé la relation entre la stigmatisation et la honte d'avoir des ITS chez les adolescents ainsi que la stigmatisation et la honte de le révéler aux professionnels de soins (Cunningham S.D, Tschann J, Gurvey JE, Fortenberry JD, Ellen JM, 2002).

Il est certes encourageant de constater l'accessibilité de prise en charge des PVVIH et du traitement antirétroviral (ARV) qui n'a cessé d'accroître sur le plan national : l'accès au traitement ARV de plus de 70% des adultes et 62% des enfants, qui en ont besoin (CNLS, 2008), la volonté politique visiblement présente et la collaboration de la société civile. Mais la plupart des interventions sont essentiellement basées sur des aides extérieures dont personne ne peut assurer la garantie de la durabilité. Le coût socio-économique des cas déjà infectés est un fardeau si lourd pour un pays aussi pauvre et sans ressources, qu'il faudrait investir dans des programmes qui visent à responsabiliser les nouvelles générations et travailler en amont pour le long terme par la prévention primaire de ces problèmes liés à la sexualité.

Toutefois, les programmes de prévention à long terme et en amont méritent leur place afin de conscientiser les nouvelles générations. L'ignorance en matière de la sexualité constitue un facteur de risque majeur aux ITS. D'ailleurs, la CNLS - Rwanda a reconnu cet enjeu et en a témoigné dans son étude qui a souligné que l'éducation et l'information sexuelles constituent une base solide pour préparer les jeunes à avoir un

comportement sans risque qui les protégera contre les ITS et l'infection au VIH. Tout en précisant la vulnérabilité de ces jeunes, étant donné que l'activité sexuelle commence à l'adolescence et qu'à cet âge, les relations sexuelles sont souvent « non planifiées et sporadiques ». (Kayibanda JF, 2005).

Informers les jeunes adolescents et répondre efficacement à leurs préoccupations en matière de la sexualité, est une meilleure façon de les équiper aux éventuels risques des ITS dont le SIDA. (Bankore A, *et al*, 2007).

4.1.3 Grossesses à l'adolescence, non planifiées et avortements clandestins

Depuis belle lurette, l'enfant a été perçu comme une richesse dans la culture rwandaise et on ne se souciait pas d'en faire plus. Certains de leurs noms de familles en disent plus : *Harelimana* qui signifie que c'est Dieu qui éduque. Planifier les naissances n'était pas leurs préoccupations mais les grossesses à l'adolescence n'étaient pas non plus tolérées dans une culture qui prône la chasteté jusqu'au mariage. Les jeunes filles qui tombaient enceintes étaient jetées dans les forêts. La société étant dynamique, elle tolère actuellement les grossesses avant le mariage mais, comme partout dans le monde, la maternité à l'adolescence n'est pas facile à gérer et fort probable que ce sont la plupart du temps des grossesses non planifiées, ni désirées. Soit par ignorance, insuffisance d'informations mais aussi un contexte non favorable à la prévention surtout à cause de l'inaccessibilité des moyens de protection et ou de contraception. « Avoir un bébé à 15 ans c'est emprunter un raccourci tortueux sur le parcours vers l'âge adulte. L'adolescence, c'est beaucoup plus qu'une étape. C'est un mode de vie difficilement compatible avec les tâches et fonctions de la maternité et de la paternité. Comment assumer l'exigeante responsabilité d'assurer le développement et la sécurité physique, affective, psychologique et matérielle d'un enfant quant on a tant à vivre, à apprendre, à expérimenter soi-même? ». (Robert J, 2002).

La jeune fille malheureusement surprise par une grossesse qu'elle ne pourra pas annoncer à sa famille et encore moins à la communauté de peur que son intégrité et sa sagesse soient mises en doute, peut opter pour un avortement clandestin dans les situations précaires auprès des praticiens traditionnels ou charlatans, l'interruption volontaire de la grossesse (IVG) n'étant pas légale au Rwanda. Cette pratique constitue un risque pouvant aller jusqu'à la mort et l'atteinte à sa capacité fertile ultérieure.

Éduquer ces jeunes c'est à la fois les permettre de se prévenir : 11% ont leur premier rapport sexuel au plus tard à 15 ans (TRAC, 2007) ; mais également c'est les préparer à la vie adulte plus responsable; sans oublier aussi qu'ils peuvent servir de vecteurs d'information dans leurs familles respectives.

D'une manière générale, l'aspect relationnel des couples n'est pas favorable à l'utilisation de la contraception, les relations sexuelles entre l'homme et la femme mariés ou non, dans la culture rwandaise étant caractérisées par une insuffisance de dialogue. La femme se trouvant dans une quasi incapacité de négocier et de persuader son partenaire pour l'adoption d'un moyen contraceptif.

4.1.4 Violences sexuelles

Les violences physiques, psycho socioculturelles et sexuelles sont des cas réels observés surtout chez la femme et la jeune fille rwandaise. Bien que la littérature reste muette sur les faits, souvent lorsqu'il

s'agit de l'agression sexuelle, certains préfèrent cacher le fait au lieu de dénoncer l'agresseur de crainte que la société sache que telle a été violée. Dernièrement, les sorciers avaient prescrit le viol des petites filles vierges comme une guérison du VIH/SIDA, on peut ici comprendre les contaminations qui peuvent s'en suivre. L'aspect tabou de la sexualité fait que les femmes soient obligées d'accepter des avances sexuelles de leurs partenaires sans leur consentement et/ou sans en éprouver le désir. Les violences domestiques et familiales psychologiques comme l'humiliation ne sont pas encore perçues comme des violences. Dans les normes sociales, le mariage oblige l'épouse à être disponible sexuellement, la supériorité de l'époux est encore bien ancrée. Consentante ou non, elle ne doit pas refuser les avances sexuelles de son mari, au besoin elle peut même se livrer à son beau-père et aux beaux-frères dans certaines régions du pays, tel que dicté par la culture rwandaise (Kayibanda JF, 2005).

Parlant de la violence sexuelle, nous ne nous limitons pas au viol ou les coups, « il ne faut pas oublier que certaines paroles blessent - parfois bien plus que les coups – voire que certaines paroles tuent. Les coups sont souvent la réponse impuissante à des mots qui font mal » (Athéa N, 2006). Ainsi, dans la culture rwandaise, il y a beaucoup d'actes qui peuvent être perçus comme normaux alors qu'en réalité, sont des formes d'agression sexuelle. A l'instar du Québec, si l'on considère l'agression sexuelle comme tout geste à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, commis par un individu sans le consentement de la personne visée ou, dans certains cas, notamment celui des enfants, par manipulation affective ou du chantage. Il s'agit d'un acte visant à assujettir une autre personne à ses propres désirs par un abus de pouvoir, par l'utilisation de force ou de la contrainte, ou sous la menace implicite ou explicite. (MSSS, 2001).

L'organisation Mondiale de la santé (OMS) quant à elle, met en lumière une différence nette entre la violence sexuelle et le viol. Elle définit la violence sexuelle comme tout acte sexuel ou tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail. Tandis que le viol sexuel étant l'« acte de pénétration, même légère, de la vulve ou de l'anus imposé notamment par la force physique, en utilisant un pénis, d'autres parties du corps ou un objet. » Et elle précise qu'on parle de tentative de viol si l'on essaie de commettre cet acte. On dira aussi qu'il s'agit d'un viol collectif d'une personne en cas de deux ou plusieurs agresseurs. La violence sexuelle peut aussi comprendre d'autres formes d'agression dans lesquelles intervient un organe sexuel, notamment le contact imposé entre la bouche et le pénis ou l'anus. (OMS, 2002).

Les mythes, préjugés et stéréotypes sont aussi souvent source de violence sexuelle. On dit par exemple que les femmes ou filles rwandaises ne disent jamais "oui" pour des rapports sexuels même si elles sont d'accord. Cela incite les partenaires masculins à se méfier du "non" de leurs conjointes. Dans la même optique, un proverbe rwandais dit « *imfizi ntiyimirwa* » qui signifie qu'il ne faut rien refuser à un mâle.

On doit prévenir la violence au sens plus général par un processus d'intériorisation des jeunes, du respect de soi-même et d'autrui. Toutefois, qu'il s'agisse d'agression physique, violence psychiques

comme intimidation, humiliation ou rabaissement, violence sexuelle ou autres, la violence a des conséquences lourdes sur la santé, y compris la santé mentale, psychique et sexuelle de la victime (Fernet M, 2005). La violence a un coût humain et économique énorme tant sur la société, sur la communauté, au niveau relationnel, que sur l'individu.

Tout comme la force physique n'est pas toujours utilisée dans la violence sexuelle, les conséquences aussi peuvent non pas être diagnostiquées physiquement. Elles peuvent être : sur la santé génésique (grossesse, complications gynécologiques, contaminations du VIH et ITS), sur la santé mentale et sur le bien être social.

L'ampleur de la violence sexuelle est démontrée par le même rapport de l'OMS (2002) qui souligne que les études ont confirmé tout particulièrement, en Afrique sub-saharienne, que la première expérience sexuelle des jeunes filles est souvent non désirée ou imposée. Donc que l'initiation sexuelle serait forcée. Il recommande plus d'attention à la prévention primaire notamment dans les écoles et des programmes visant à améliorer l'éducation des enfants et à promouvoir les notions de virilité plus égalitaires par rapport aux femmes. Il faut toutefois souligner que les hommes et petits garçons peuvent subir aussi des violences sexuelles citées ci-haut.

L'éducation à la sexualité permettrait aux jeunes d'intégrer les relations égalitaires dans leur socialisation et devenir des personnes respectant l'autre. Cela inclut non seulement le respect mais aussi l'acceptation et la tolérance autant pour les hommes et les femmes.

4.1.5 Orientations sexuelles

Les jeunes sont submergés d'informations sur l'homosexualité ou des relations sexuelles entre les personnes de même sexe sans pourtant qu'un adulte prenne l'initiative de leur expliquer le phénomène d'orientation sexuelle. En effet, si cela constitue un étonnement ou une curiosité, c'est le bon moment de construire leur sens critique vis-à-vis des informations qu'ils recueillent partout même si le sujet ne coïncide pas avec les croyances de la société. Il est important d'initier les jeunes au respect de l'autre même s'il n'a pas les mêmes valeurs ou pratiques, notamment les personnes ayant d'autres orientations sexuelles que la leur.

4.1.6 Sexualisation de l'espace public

L'espace public devient de plus en plus sexualisé. En effet, l'hyper-sexualisation caractérise les médias (internet, la télévision, les magazines) à travers le cinéma, la publicité, les images pornographiques, vidéo clip, etc. Tout le monde y est d'une manière ou d'une autre exposé, y compris les enfants.

Les parents essaient d'éviter que leurs enfants voient ces images. Ce qui n'est pas mauvais. Mais ils ne peuvent pas être tout le temps avec eux. Il faut que les enfants soient préparés à garder une distance critique au cas où ils en seraient exposés. « Ce n'est pas en supprimant ou en évacuant les objets qui posent problème que les éducateurs résolvent ce qui pose question. Ce qui est à soutenir dans une posture éducative à l'encontre du système pornographique est de pouvoir décoder et analyser

ce qui est valorisé et transmis dans l'exposition et l'exhibition des actes sexuels » (Pelège P, Picod C, 2006,). La philosophe Michela Marzano⁵ souligne que les adolescents qui parviennent à mettre une réelle distance entre la porno et réalité sont souvent les plus entourés par les adultes.

La nudité, l'érotisme, la minceur caractérisent la plupart des publicités médiatisées et ont un impact important sur le public et sur « la constitution de l'imaginaire sexuel contemporain ». Et pourtant, les progrès techniques font que ces photos soient publiées après d'énormes modifications, elles sont tellement retouchées qu'on ne peut même pas s'en rendre compte. (Pelège P, Picod C, 2006). Le Numéro 2 du Magazine Authentik⁶ (2008) a dressé une liste non exhaustive de quelques exemples de ce que l'on peut faire grâce à un bon logiciel de retouches photos. On peut arquer les sourcils, rendre les yeux pétillants, blondir les cheveux, agrandir les yeux, amincir le cou, augmenter le volume des seins, réduire les plis du chandail, affiner la taille et les bras, amincir les cuisses et les fesses, blanchir et éclaircir les dents, blanchir les yeux, satiner la peau, affiner le nez, ajouter des zones lumineuses et bien d'autres encore.

Ces publicités constituent l'image corporelle (*top model*) que les adolescents souhaiteraient avoir à tout prix. Joceline Robert (2002) citant les résultats d'une enquête effectuée dans un collège américain auprès des jeunes de 12 à 16 ans. A la question : préfères-tu être laid ou idiot ? La grande majorité a affirmé "être idiot". Puis à la question "Préfèreras-tu être laid ou te faire couper un bras ?", la réponse la plus fréquente a été : "me faire couper un bras". Cela montre la représentation mentale des adolescents face aux modèles de beauté véhiculés par les médias contemporains, "... peine à imaginer qu'une personne puisse être imputée de son intelligence et de ses membres et reste belle et sexy !"

L'éducation à la sexualité permettrait d'outiller ces jeunes adolescents à avoir une analyse critique et pouvoir différencier ce qui est réel et ce qui relève de la manipulation technologique. Ils seraient à mesure également, de développer une estime de soi qui ne dépend pas d'attributs physiques.

4.2 Clientèle cible

Notre proposition s'adresse à des jeunes Rwandais de 11 à 17 ans. La population rwandaise est essentiellement jeune : 45% ont moins de 15 ans (Institut national de la statistique, 2001). La majorité de ces jeunes se trouvent dans les écoles au moins jusqu'à 12 et 13 ans, l'âge qui correspond à la fin du primaire. La gratuité en vigueur de l'école jusqu' au tronc commun (troisième année) pourrait allonger cet âge de fréquentation scolaire pour nombreux d'entre eux à 16 et 17 ans. Elle s'échelonne de la cinquième année du primaire à la troisième année du secondaire, la fin du tronc commun.

Elle sera donnée juste pendant leur puberté et au début de leur adolescence et avant de commencer leur activité sexuelle. Les études ont prouvé qu'une éducation à la sexualité fournie plus tôt avait plus

⁵ <http://www.doctissimo.fr/html/sexualite/>

⁶ Magazine publiée au Québec

de chances de retarder l'âge du premier rapport sexuel, d'amener les jeunes à adopter les comportements sans risque et à utiliser les moyens de protection et/ ou de contraception en cas de rapports sexuels (Trisha E, *et al*, 2007; Dawson DA, 1986; Marsiglio W, Mott FL, 1986).

Ce programme s'applique donc à l'école et s'inscrit dans sa mission éducative basée sur la science (les connaissances) et la conscience (développement de la personne), dans les milieux urbains et ruraux du pays. Il peut aussi être dispensé dans les centres des jeunes, selon le profil du public et peut être adapté dans d'autres pays sur le continent.

4.2.1 Portrait de la clientèle cible (11-17 ans)

Il est intéressant de comprendre d'emblée les caractéristiques générales de la population cible afin de mieux cerner la pertinence et le contenu de l'intervention. Le vécu sexuel de la jeunesse rwandaise de cette tranche d'âge en la matière va être décortiqué en tenant compte des dimensions de la sexualité tracées par Denise Badeau⁷. Nous nous permettrons d'y ajouter un aspect comportemental.

- 1. Aspect biologique :** Un événement biologique important chez les jeunes de 11 à 17 ans est sans doute les transformations physiques de la puberté. C'est en moyenne entre 12 et 13 ans que les caractéristiques sexuelles secondaires se manifestent pour les jeunes filles et vers 14 ans chez les garçons. C'est le moment des premières menstruations, accroissement des organes génitaux, seins et fesses chez elle et l'accroissement des organes génitaux, élargissement de la poitrine et de la musculature et la montée de la voix pour le garçon ainsi que l'attirance de l'autre sexe pour les deux. A la puberté, les garçons et filles sont capables de produire les cellules reproductrices mûres (des ovules ou des spermatozoïdes). **Chez la fille**, « entre 8 et 14 ans, les ovaires commencent à sécréter les œstrogènes, les follicules ovariens grossissent et simultanément la taille de l'utérus augmente, les trompes de Fallope commencent leur maturation et augmentent en longueur et largeur, se redressant par le fait même. La taille du vagin et du clitoris augmente. Environ à la même époque, les seins deviennent quelques peu proéminents, principalement autour des mamelons. La taille des aréoles et des lèvres de la vulve s'accroît également ». (Allgeier AR, Allgeier ER, 1989). **Chez les garçons**, la production des spermatozoïdes commence et la taille des autres structures sexuelles s'accroît. Extérieurement, la taille du pénis et des testicules augmente, les poils pubiens entourent les organes génitaux. La taille générale et la force musculaire s'accroissent considérablement. Alors que les filles pubères ont leur première menstruation, les garçons commencent à avoir des émissions nocturnes ou pollutions nocturnes, c'est-à-dire que pendant le sommeil, ils expulsent du sperme contenant des spermatozoïdes (Allgeier AR, Allgeier ER, 1989). Des érections spontanées sont fréquentes. Cette période s'accompagne de

Département de Sexologie, Université du Québec à Montréal ⁷
http://www.unites.uqam.ca/dsexo/DBadeau_def_sex.htm

changements psychiques souvent inquiétants pour les parents : besoin de plus d'autonomie, changements dans les rapports avec les parents, explorations de valeurs et discours différents. Il y a également un éveil sexuel important entre autre la découverte de nouveaux phénomènes physiologiques, premières attirances envers quelqu'un de l'autre sexe, premiers désirs sexuels, curiosité face à la sexualité.

2. **Aspect cognitif** : ceci réfère au fait de posséder des informations exactes sur la sexualité (les rapports hommes-femmes, hommes-hommes, femmes-femmes, Les paraphilies, L'anatomie, La physiologie, etc.). L'information par les pairs est la principale source de ces jeunes rwandais (Chupo JP, 1998). Cette source est également répandue dans d'autres pays d'Afrique subsaharienne (Bankole A, *et al*, 2007). La fiabilité de ces informations est parfois douteuse. Certains messages issus de cette source font l'objet de fausses croyances de certains adolescents. A titre d'exemple : Pour eux, les rapports sexuels seraient un remède pour différents problèmes dont les boutons sur le visage, la dysménorrhée, pour avoir une peau lisse, pour le bon développement sexuel, etc. Culturellement, Les parents se sentent inconfortables pour discuter avec leurs enfants sur les sujets liés à la sexualité. Traditionnellement, la future épouse était envoyée chez les tantes pour apprendre sur la sexualité un peu avant son mariage mais la pratique semble dépassée dans certains milieux. La radio constitue aussi la source d'information pour tous, avec une différence des jeunes citadins qui ont accès à la télévision, aux magazines, au cinéma, à l'internet et aux films pornographiques (MINISANTE, PNL, JHU, 2000, Kibiriti C, 2001). Pour les élèves, les connaissances de base sur la santé de la reproduction, les menstruations, la contraception, etc. sont dispensées dans les cours de biologie. La jeunesse rwandaise est relativement bien informée sur le SIDA, sa transmission surtout par voie sexuelle et les moyens de prévention. Les autres ITS et leurs symptômes sont moins connus. On remarque que toutes les ITS sont regroupées sous le vocable *imitezi* (Kibiriti C, 2001).
3. **Aspects psychoaffectifs** : L'expression explicite des sentiments et des émotions liées aux relations amoureuses et à la sexualité est le monopole des gars qui prennent souvent le premier pas et de qui émane la proposition. La manifestation de ces sentiments chez les adolescentes se traduit surtout de façon indirecte et implicite par tendresse et gestes. Traditionnellement, la fille rwandaise se montre gênée, honteuse et craintive face à la sexualité, pendant que les garçons se permettent même des avances agressives. C'est pendant leur puberté et au début de l'adolescence que les jeunes s'affirment dans leur masculinité ou féminité, l'attirance et l'envie de l'autre sexe pour les deux se manifestent de plus en plus. Le partage, les relations intimes entre les deux sexes deviennent fréquents. C'est le moment pour les uns, des premières expériences sexuelles. Les groupes de discussion ont révélé que les adolescents des deux sexes recourent à la masturbation. Ils pensent également que leurs premiers couples dureront pour la vie (Kibiriti C, 2001). L'image corporelle surtout pour les

adolescentes fait l'objet de leurs préoccupations. Pour la plupart, la beauté physique est très valorisée dans le choix de partenaire amoureuse à l'adolescence.

- 4. Aspect socioculturel, moral et spirituel :** Il y a une différenciation nette des rôles masculins et féminins. Ceux assignés aux filles étant essentiellement relatifs aux travaux domestiques tandis que son frère s'occupe des travaux en dehors du ménage. Le regard des pairs a une grande influence sur les conduites en général et sur les comportements sexuels en particulier et en orientent les perceptions. Le garçon le plus apprécié par ses pairs est celui qui a beaucoup d'exploits sexuels à son actif et ce, en milieu urbain comme rural. La plupart s'inventent même des mensonges pour impressionner leurs copains. La jeune fille qui a des fréquentations sexuelles ou affiche des comportements sexistes est jugée par ces pairs comme déviante (*icyohe*), voire prostituée (*indaya*) surtout en régions rurales. Ces jeunes nagent également dans une société qui a eu de fortes résistances à l'usage du préservatif, lequel diminuerait l'orgasme ou encore serait incompatible avec cette fameuse méthode rwandaise *kunyaza*, une pratique de rapports sexuels propre à la culture rwandaise, consistant à stimuler le clitoris de la femme par le pénis pour produire assez de sécrétions. (Taylor CC, 1988; 1990). Cette importance des sécrétions vaginales très abondantes au moment des rapports sexuels est également idéalisée autant chez les adolescents que chez les adolescentes. La morale et le spirituel concernent les règles de conduite, valeurs, décisions éthiques et croyances. Une bonne proportion de la population rwandaise est de croyance chrétienne (87.69%), 1.82% sont des musulmans et le reste étant d'autres ou sans croyances. (Institut national de la statistique, 2001). Les religions chrétienne et musulmane prônent l'abstinence en dehors du mariage. Parler du préservatif est aussi un péché. (Rumenge N, 2008). La virginité pré-nuptiale est également une vertu chère dans la culture traditionnelle. Ces croyances réservent une place respectueuse à la nouvelle mariée qui a pu garder sa chasteté pour son époux jusqu'à la nuit des noces. La chasteté du garçon n'a pas du tout cette valeur. Toutes formes de relations sexuelles et expériences sexuelles telles que la masturbation chez les adolescents et hors mariage sont considérées comme sacrilège dans leurs croyances. Néanmoins, il est difficile voire impossible de confirmer si c'est encore une valeur qui soit encore d'actualité dans les considérations des nouvelles générations.
- 5. Aspect comportemental :** Les études qui ont tenté de donner l'âge moyen des premiers rapports sexuels des jeunes au Rwanda l'ont placé dans cette tranche d'âge. (TRAC, 2007, Kibiriti C, 2001). Néanmoins, il a été constaté un taux d'utilisation du condom relativement faible dans la jeunesse rwandaise sexuellement active (Rumenge A, Coté F, Gaston D, Sarah A, 2008). Soulignons ici que les facteurs de sa disponibilité tant géographique que socioculturels pèsent encore lourdement. En effet, il n'est pas facile de s'en procurer au besoin, surtout dans les milieux ruraux où le condom n'est disponible que dans les formations sanitaires ou dans les grands centres de commerce. Même dans les endroits où le préservatif est plus ou moins disponibles comme en ville, les jeunes ont encore du mal à en demander un, par crainte d'être

mal jugés. La contraception moderne est encore sous utilisée. L'enquête démographique de santé de 2005 avait montré que 3% des femmes âgées de 15 à 19 ans recouraient à ces méthodes. Chez les femmes en général, ce taux était de 10%. Selon les milieux de résidence, 8% en milieu rural et 20% en milieux urbains (Institut National de la statistique, 2005). En 2008, ce taux aurait augmenté chez les femmes mariées à 27% (Solo J, 2008). Pour les jeunes, le condom est le moyen de contraception moderne qui semble relativement à leur disposition. L'étude de Kibiriti (2001) a montré que les relations amoureuses commencent à l'adolescence avec des couples de copinage, les échanges de caresses, de baisers, de cadeaux, les sorties, le partage du quotidien, les visites à domiciles ainsi que les rapports sexuels avec pénétration vaginale étant les pratiques courantes qui caractérisent ces couples. Les rapports sexuels hétéro sont les seuls tolérés dans la culture rwandaise malgré que les rapports hommes-hommes ou femme-femme soient également présents (Kibiriti C, 2001). Le phénomène du multi partenariat connu sous le terme "*chic, choc, chèque*" est aussi présent chez les jeunes rwandais. Cela signifie pour eux avoir plus d'un partenaire : *Chic*, signifiant le jeune approximativement de même âge avec qui, on sort ensemble et présumé fiancé; le *choc* étant le collègue de classe avec qui on collabore souvent pour des activités estudiantines. Tandis que le *chèque* étant pour désigner un partenaire fortuné, qui te donne de l'argent et généralement, qui est beaucoup plus âgé (Rumenge N, 2008).

4.3 But et objectifs

4.3.1 But

Notre travail vise à présenter une proposition d'un programme d'éducation à la sexualité aux jeunes rwandais de 11 à 17 ans afin de les amener à développer une sexualité saine et positive favorisant la réduction du taux d'infection au VIH/SIDA/ITS, les grossesses à l'adolescence et non planifiées ainsi que les violences sexuelles dans les nouvelles générations.

4.3.2 Objectif général

Nous visons à soutenir et accompagner le développement psycho sexuel des jeunes adolescents et prévenir les problèmes liées à la sexualité : le VIH/SIDA, la violence sexuelle et les grossesses à l'adolescence et non planifiées, à travers un programme d'éducation à la sexualité qui adopte une perspective globale et positive.

4.3.3 Objectifs spécifiques

Les jeunes visés par ce projet seront amenés à :

- Acquérir des informations fiables sur les questions de leur sexualité et les différents phénomènes sexuels
- Réfléchir autour de la sexualité et acquérir une capacité critique,

- Adopter les comportements sexuels responsables,
- Participer à un dialogue intergénérationnel sur la sexualité.

4.4 Le programme (proposition)

4.4.1 Description et philosophie du projet

Il s'agit d'une éducation à la sexualité qui s'inscrit dans une sphère de la santé publique visant la promotion d'une santé sexuelle saine. Elle tient compte du contexte socioculturel rwandais et reconnaît les réalités du vécu sexuel des adolescents auxquels, elle s'adresse. Quoique visant la prévention des problèmes liés à la sexualité, les interventions tiendraient compte de la sexualité globale, d'autant plus que les phénomènes sexuels sont multidimensionnels. En guise d'exemple, que ce soit le VIH/SIDA, la grossesse, les menstruations, le plaisir, l'amour et beaucoup d'autres, chacun touche d'une manière ou d'une autre aux connaissances qu'on a sur le sujet, aux aspects liés à la société ou au groupe d'appartenance, aux croyances, aux comportements personnels et des émotions affectives. Pour être plus efficace, le programme évite de ne présenter que la sexualité sous l'angle de problèmes, nous abordons la sexualité avec « une vision positive comme un aspect de la vie qui est intéressant et stimulant » (Durocher L, Fortier M, 1999) et donnons aux jeunes le pouvoir d'en vivre d'une façon sécuritaire.

L'éducation à la sexualité que nous proposons vise à fournir des connaissances sur la sexualité en général, répondant au vécu réel des jeunes adolescentes et adolescents au Rwanda, selon leurs besoins liés au développement biologique et psycho sexuel, en tenant compte de leurs sentiments et émotions, les influences sociales de leurs milieux de vie en familles, entourage ainsi que de leurs pairs. Le programme respecte également les valeurs tant humaines que celles de la religion à laquelle on adhère, tout en mettant un accent particulier sur la dignité humaine et en soulignant l'égalité entre l'homme et la femme dans leurs relations. Les comportements des jeunes constitueront également la plaque tournante de toutes nos interventions afin d'aider les jeunes à devenir plus sécuritaires.

La proposition consiste en une démarche d'éducation à la sexualité qui vise à soutenir et accompagner les jeunes adolescents dans les changements qui se produisent au niveau du développement psycho sexuel en répondant à leurs préoccupations et questionnements tant au niveau biologique, cognitif, psychologique, affectif, socioculturel, moral et spirituel ainsi que comportemental en fournissant les vraies et fiables informations. Les sujets liés à la sexualité étant quasiment tabous dans les familles rwandaises où les parents n'osent quasiment pas discuter de la sexualité avec leurs enfants. Cette proposition s'avère ainsi un outil efficace de prévention primaire développé en amont.

4.4.2 Lieu d'intervention

Le projet s'adresse aux jeunes adolescents de 11 à 17 ans, on présume que le meilleur moyen de les atteindre serait d'intervenir à l'école de la cinquième année du primaire à la troisième du secondaire. Le

mieux c'est d'insérer l'éducation à la sexualité dans leurs cursus scolaire pour s'assurer de la continuité et d'une accessibilité pour notre population cible. De plus, " l'école est perçue comme un milieu de vie dans lequel les tendances de la société se reflètent, un milieu où l'enfant apprend à vivre" (Desaulniers MP, 1995).

4.4.3 Intervenants

Primordialement, l'éducation à la sexualité se fait, soit de façon explicite ou implicite par les adultes en contact avec les enfants. Le premier bagage de l'éducation à la sexualité est constitué des « attitudes des uns et des autres à propos de la sexualité, jointes aux messages livrés spontanément sous forme de blagues, de sous entendus ou de missives claires. Ces messages s'additionnent à ceux des médias, mais n'expriment pas toujours, hélas, d'intentions pédagogiques claires » (Duquet F, 2003).

Pédagogue et ayant des liens privilégiés avec les enfants ainsi que la confiance qu'éprouvent les élèves envers leurs maîtres, l'enseignant est ici l'animateur d'éducation à la sexualité le mieux placé dans le système éducatif rwandais. Sa présence plus ou moins soutenue durant toute année, renforce également un accompagnement plus sûr pour des questions d'ordre général et ou intimes plus qu'un intervenant de l'extérieur. Nous épousons l'affirmation de la sexologue Professeur Francine Duquet (2003) qu'il ne suffit pas d'une seule intervention ponctuelle sur le thème de la sexualité pour avoir l'impression du « travail accompli ».

Néanmoins, tous les enseignants n'ayant pas été préparés pour animer les sujets de la sexualité dans leurs formations respectives, en plus vivant aussi dans une société de grand tabou sur la sexualité, une formation ad hoc leur serait dispensée. Une telle formation aux enseignants, permettrait de les initier à la philosophie du programme, de développer leurs connaissances, aptitudes et habiletés en tant que futurs animateurs de l'éducation à la sexualité.

Les rôles de l'enseignant en éducation à la sexualité est de « créer le climat, favoriser le dialogue et l'échange, faire vivre des valeurs, permettre l'accès à l'information ainsi que respecter les rythmes et les besoins individuels » (Desaulniers MP, 1995). L'aisance de l'éducateur en matière d'un sujet aussi délicat qu'est la sexualité est très importante. Sur ce, l'animateur apprendra à mieux se préparer, réaliser son intervention ainsi qu'à se réinvestir et se réajuster au besoin. L'enseignant, animateur des domaines de la sexualité doit se libérer des jugements et valeurs personnels surtout qu'il est lui aussi un être sexué qui vit ou a vécu une situation d'amour ou d'une peine d'amour. Il doit se faire un examen de conscience pour donner ce qui doit être donné et au bon moment. Il doit réviser sa position quant à ses propres valeurs et se demander si elles sont encore adéquates aujourd'hui. Il évitera de même tout jugement personnel approbateur ou culpabilisateur.

Les autres intervenants sont des partenaires qui seraient idéalement constitués des deux ministères ayant la santé et l'éducation dans leurs attributions, ainsi que les organismes publics et privés intervenant dans les domaines de prévention et de prise en charge des problèmes liés à la sexualité ainsi que du domaine de la promotion de l'égalité entre l'homme et la femme.

4.4.4 Animation

Le programme privilégierait les méthodes pédagogiques actives et participatives telles que les exposés informels, brainstorming, clarification de valeurs, jeux de rôles, mise en situation de réflexion et de résolution des problèmes. La culture rwandaise étant essentiellement basée sur l'oralité, l'utilisation de sketches et de supports audio-visuels (où cela est possible) serait vivement encouragée. De même, les situations comme les débats, histoires, scénarios, études de cas (imaginaires ou réels), textes à compléter, jeux questionnaires, improvisations, discussion de groupe suivi de synthèse plénière sont généralement appréciées par les adolescents et serviraient efficacement pour les faire réfléchir sur des thèmes proposés. L'élaboration d'un guide pédagogique, selon les thèmes et l'âge des jeunes, sera l'une des étapes suivantes après cette proposition.

4.4.5 Contenu de l'intervention

Thème	Contenu et notions à acquérir
Corps masculin et féminin	<ul style="list-style-type: none"> - Parties du corps propres aux garçons et aux filles - Organes génitaux et reproducteurs - Respect de l'intimité de chacun - Mécanisme de la reproduction : conception et accouchement - Les parties et le fonctionnement de l'appareil génital de l'homme et de la femme.
Changements liés à la puberté et éveil à la sexualité	<ol style="list-style-type: none"> 1. Changements biologiques à la puberté et à l'adolescence : caractéristiques sexuelles secondaires : <ul style="list-style-type: none"> - chez la fille - chez le garçon 2. Premières manifestations physiques : lubrification, éjaculation 3. Changements psychologiques : <ul style="list-style-type: none"> - besoin de plus de liberté, - intérêt à l'image corporelle 4. Éveil sexuel <ul style="list-style-type: none"> - attirance sexuelle, - envie pressante d'expérimenter la sexualité, - pourquoi un grand intérêt à la sexualité ?
Amitié et relations amoureuses	<ol style="list-style-type: none"> 1. Importance des relations interpersonnelles et affectives (entourage, scolaire, famille, amis, personnel, etc.), 2. les personnes avec qui on est amis versus amoureux, 3. différents types de relations et les émotions qu'on y vit,

	<ol style="list-style-type: none"> 4. communication et affirmation de soi, 5. relations amoureuses et sexuelles à l'adolescence : amour scolaire, copinage, engagement, 6. pression des pairs et moyen d'y résister 7. choix du partenaire, 8. "la première fois" : avec qui ? Quand ? Où ? comment ? 9. exprimer clairement son accord ou son désaccord (oui ou non), 10. identité féminine et rôles sexuels, 11. vie conjugale.
<p>Représentations et perceptions de la sexualité</p>	<p>Aborder l'aspect multidisciplinaire de la sexualité à tous les âges :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La sexualité : nos perceptions 2. La sexualité : ce que c'est (dimensions), importance d'aborder avec créativité et non pas exposer les dimensions oralement 3. Les représentations de la sexualité dans notre société <ul style="list-style-type: none"> - d'où viennent nos perceptions de la sexualité, - comment la sexualité nous est-elle présentée à nous les jeunes ? - La différence entre comment je perçois la sexualité et comment les autres qui m'entourent la perçoivent. 4. La sexualité et notre perception selon notre âge de développement : <ul style="list-style-type: none"> - La sexualité quand on a 11 à 13 ans, qu'est-ce qui se passe ? - La sexualité quand on 13 à 15 ans, où j'en suis ? - La sexualité quand on 15 à 17 ans où je m'en vais ?
<p>Les pratiques sexuelles</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vision socio-culturelle : affaire des couples mariés 2. Réalité actuelle 3. Réflexion sur la représentation d'un partenaire (chic, choc, chèque !) 4. Désir et plaisir (fun) 5. Expression de la sexualité (aspect relationnel) 6. Pratiques traditionnelles liées à la sexualité 7. Commercialisation /Prostitution 8. Influence des drogues et alcool dans la sexualité 9. Orientation sexuelle : réalité et respect
<p>Les ITS</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Les différentes ITS et symptômes pour chacune 2. Les moyens de contaminations (vaginal, anal, buccal,) 3. prévention (abstinence, fidélité ou condom) 4. Mise en situation de port du condom.

<p>VIH/SIDA</p>	<p>1. La contamination au VIH :</p> <ul style="list-style-type: none"> - voies de contamination et de transmission - 5 liquides pouvant transmettre le VIH (sang, sperme, sécrétions vaginales, liquides pré-éjaculatoires et lait maternel) - Portes d'entrée - Les situations de haut risque (rouge), risque moyen (orange) et faible risque (vert) - Les situations où le VIH ne se transmet pas (relations sociales, loisirs, partage, etc.) <p>2. Le VIH/SIDA :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'historique - 4 stades (primo-infection, asymptomatique, symptomatique et maladie). - La différence entre le VIH et le SIDA - Transmission à tous les stades - Sentiments et émotions de la personne séropositive - Réactions, tabous, préjugés et discriminations de la société - Conduite à l'égard des personnes atteintes <p>3. Prévention :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eviter les relations sexuelles non sécuritaires - Dépistage volontaire - Examens et tests <p>4. Mise en situation de port du condom</p> <p>5. Préciser où on peut s'en procurer</p>
<p>Les violences sexuelles</p>	<p>1. Respect de soi –même et d'autrui</p> <p>2. Réflexion sur le secret et la confiance</p> <p>3. Les relations égalitaires</p> <p>4. Attitudes et comportements pour prévenir la violence Sexuelle</p> <p>5. Définition : reconnaître des situations de violence ou d'irrespect</p> <p>6. Formes de la violence : humiliation, violence psychoaffective, violence physique, rapports sexuels sans consentement, abus sexuel, Viol sexuel et</p>

	<p>pédophilie...</p> <p>7. Prise de conscience de l'implication de chacun dans la prévention de la violence sexuelle, notamment briser le silence et dénoncer les abuseurs</p>
<p>Environnement médiatique et les sources d'informations sur la sexualité</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lister les sources d'informations sur la sexualité, - Contenu des messages véhiculés par les sources, - Medias, internet, cinéma, publicité, - Impact de l'information sur nous, - Les modèles véhiculés par différentes sources, - Fiabilité des messages (Objectif : Prévention ou commerce ?), - Distinguer les bonnes sources des moins bonnes.
<p>La grossesse et la contraception</p>	<p>1. Rappel sur la fécondité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le cycle menstruel - la période de fécondité - Mécanisme de contraception - Contraception - La grossesse à l'adolescence - Reconnaissance des signes de la grossesse <p>2. Prévention de la grossesse :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Éviter des rapports sexuels pendant la période de fécondité, - Bien utiliser un moyen de contraception moderne efficace (méthodes de barrières, méthodes hormonales, etc.) - Pilule du lendemain <p>3. Les méthodes de contraception moderne : avantages et inconvénients pour chacune :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Efficacité - Effets secondaires - Faux arguments <p>4. Préciser les moyens disponibles et où les trouver :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contraceptifs et les conseils adéquats (formations sanitaires, animateurs de santé communautaires, parents, enseignants et autres adultes), - Le préservatif (formations sanitaires, pharmacies, quelques points de vente, etc.).

<p>Condom</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Double protection (tous les moyens de contraception n'empêchent pas les ITS dont le VIH, - Notion de risque : éliminer les pensées magiques (exemples : cela concerne les autres, pas moi ! Une fois ou la première fois, pas de problème !), - Les avantages, les atouts et les désavantages du condom, - Le condom : ses caractéristiques, efficacité, variétés, mode d'utilisation adéquate, habiletés à le négocier, - Reconnaître et nommer les résistances sociales à l'utilisation du condom et répondre aux arguments contre, - Les arguments pour l'usage du condom (le rendre érotique), - Mise en situation de port du condom masculin et féminin et renseigner où il peut être disponible.
----------------------	--

4.4.6 Evaluation

Le projet prévoit une évaluation pour non seulement s'assurer de l'impact sur les bénéficiaires mais aussi pour pouvoir aider les animateurs à réajuster leur intervention. A cet effet, seront utilisés, les fiches d'évaluation des connaissances transversales, les interrogations scolaires de routine ainsi qu'une évaluation subjective de l'intervenant lui-même sur la compréhension, les perceptions et au niveau comportemental des jeunes adolescents. Une année pilote sera respectée sur un échantillon, avant le lancement officiel du projet. Un suivi régulier sera assuré par l'équipe du projet pendant deux ans après le démarrage effective du projet. Il sera effectué une évaluation à mi-parcours après deux. Enfin, une évaluation globale du projet après cinq ans de son lancement, permettra de publier les résultats partiels de son efficacité ainsi que d'évaluer les coûts financiers.

4.4.7 Déroulement des activités du projet

Étapes du projet	Année 1			Année 2			Année 3			Année 4			Année 5		
	Quadrimestres			Quadrimestres			Quadrimestres			Quadrimestres			Quadrimestres		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Contact avec les partenaires	■														
Recherche de financement	■	■													
Elaboration du projet															
Recrutement de l'équipe-projet		■													
Etudes des besoins		■	■												
Développement du programme			■	■	■	■									
Elaboration du guide pédagogique					■	■									
Projet pilote															
Formation des enseignants						■									
Lancement et suivi du projet							■	■	■						
Evaluation du projet pilote									■						
Projet															
Rencontres et sensibilisation								■	■						
Validation du programme									■						
Recrutement des formateurs								■							
Formations des formateurs									■						
Formation des intervenants									■						
Lancement des activités										■					
Suivi d'activités (2 ans)										■	■	■	■	■	■
Evaluation à mi- parcours															■

4.4.8 Budget estimatif du projet

Intitulés	Durée/ mois	Nombre	P.U (Euro)	Total (Euro)
Ressources humaines				
Indemnités du chef de projet	60	1	1800	108 000
Assistant(e) administratif (ve)	60	1	850	51 000
<i>Sous total</i>				159 000
Etudes des besoins (6 mois)				
Analystes	3	2	1250	7 500
superviseurs (1/province)	2	5	850	8 500
Enquêteurs (6/province)	2 semaines	30	680	20 400
Transport superviseurs	2	5	2500	12 500
Transport des enquêteurs	2 semaines	30	100	3 000
<i>Sous total</i>				36 400
Développement du programme				
Consultants	12	2	1050	25 200
Graphisme	Forfait	1	10000	10 000
Impression		14000	25	350 000
<i>Sous total</i>				385 200
Projet pilote (9 mois)				
Perdiems des enseignants en formation	1 semaine	40	100	4 000
Suivi	Forfait mensuel	9	123	1 107
<i>Sous total</i>				5 107
Recrutement et formations des formateurs				
Recrutement	Forfait		185	185
Frais des formateurs (2 par province)	2 semaines	10	200	2 000
Prise en charge des participants	2 semaines	10	92	920
Location Salle	Forfait	1	1000	1 000
Matériels de formation		10	12	120
<i>Sous total</i>				4 225
Réunions				
Réunion avec les partenaires		6	34	204
Validation du programme		2	117	234
Rencontres et sensibilisation (3 par province)		15	172	2 580
<i>Sous total</i>				3 018

Intitulés	Durée/ mois	Nombre	P.U (Euro)	Total (Euro)
Formation des intervenants (4 par école)				
Formateurs		10	850	8 500
Prise en charge des participants		12000	10	120 000
Salles				
Matériels		12000	12	144 000
<i>Sous total</i>				272 500
Communication du projet				
Dépliants		2500	3	7 500
Spot radio (conception)		2	300	600
Spot radio (Diffusion / 2 mois)		2	800	1 600
Spot Télé (conception)		2	500	1 000
Spot Télé (diffusion/ 2 mois)		2	1200	2 400
Affiches		1500	2	2 250
<i>Sous total</i>				15 350
Evaluation				
Evaluation d'impact du projet (après cinq ans)	Forfait	1	18000	18 000
<i>Sous total</i>				18 000
Equipements				
Véhicule		1	20000	20 000
Ordinateurs et accessoires		6	700	4 200
Imprimantes		3	300	900
Photocopieuse		2	450	900
Scanneurs		1	350	350
Equipements bureautique et installation	Forfait	1	4000	4 000
<i>Sous total</i>				30 350
Services généraux				
Location bureau	Forfait mensuel	60	1200	72 000
Communication interne (téléphone, internet ...)	Forfait mensuel	60	380	22 800
Fournitures de bureau	Forfait mensuel	60	200	12 000
Abonnement aux revues scientifiques	Forfait annuel	5	9000	45 000
Chauffeur	60	1	450	27 000
Secrétaire comptable	60	1	600	36 000
Carburant, entretien et assurance véhicule	Forfait mensuel	60	300	18 000
<i>Sous total</i>				232 800
TOTAL				1 161 950
Imprévus (5%)				58 098
TOTAL GENERAL				1 220 048

5 DISCUSSION

5.1 Sommaire de la démarche

Notre étude avait premièrement, le but de faire une recherche sur la sexualité des jeunes adolescents. Elle devait d'aboutir à une proposition d'une éducation à la sexualité appropriée au contexte socioculturel des jeunes rwandais, une société à grand tabou sur la sexualité. Nous sommes partis de l'idée que plus la sexualité est tabou dans une société, plus les jeunes sont exposés aux comportements sexuels à risque. Pourtant, dans les sociétés où la sexualité des adolescents est acceptée comme une partie intégrante de la vie, les adolescents ont des comportements plus sécuritaires. Les données de la littérature prouvent néanmoins que malgré l'interdiction, les jeunes des sociétés à grand tabou deviennent sexuellement actifs avant le mariage, en moyenne entre 14 et 16 ans.

Par conséquent, nous discuterons de l'atteinte de ces objectifs. Honnêteté scientifique exige, nous discuterons également les limites méthodologiques de ce travail. Nous ferons également le point sur ses points forts et ses atouts.

5.2 Limites méthodologiques (de la démarche)

5.2.1 Données de la littérature

La majeure partie des données de cette étude découle de la littérature. La documentation choisie concernait souvent les comportements sexuels des adolescents et la sexualité en général et de l'Afrique subsaharienne et des pays en développement en particulier. Globalement, nous avons considéré que ces données n'étaient pas loin de ceux que pourraient avoir les jeunes rwandais. Hélas, nous reconnaissons qu'il ne serait pas très surprenant qu'une étude approfondie sur terrain puisse fournir d'autres éléments qui n'ont pas été pris en compte. Avec une telle fiction, il est sans doute possible qu'on sous-estime ou surestime certains aspects. De nouveaux éléments viendront renforcer et aider à adapter le projet au contexte environnemental.

5.2.2 Insuffisance des données empiriques du terrain du projet

Il serait préférable de partir des données du terrain pour mieux cerner la sexualité des adolescents rwandais et camper sur les besoins exprimés directement par eux-mêmes. Les études sur le Rwanda que nous avons utilisés n'avaient pas forcément l'objectif d'élucider cette question. Nous avons eu des données intéressantes concernant la jeunesse rwandaise sur le sujet. Néanmoins le besoin d'une étude intentionnelle sur la sexualité des jeunes rwandais et leurs besoins en la matière se ressent.

5.2.3 Inspiration à la pratique du Québec : problématiques non identiques

L'opportunité de pouvoir aller me rendre compte de la pratique d'éducation à la sexualité sur place au Québec, nous a été une expérience très enrichissante. Nous avons de notre fait mieux pour ne pas trop être influencé car il s'agit de problématiques nettement différentes. Le copinage est une pratique totalement normale pour les jeunes canadiens et il est exprimé publiquement selon le bon vouloir de tout un chacun. Les couples amoureux expriment leurs affections l'un envers contre l'autre sans gêne. Ils n'ont pas pour la plupart d'entre eux, peur de l'annoncer à leurs parents. Ce qui reste encore loin de la réalité des adolescents dans différentes communautés dans les pays en développement et au Rwanda en particulier, à quelques exceptions près.

Les sujets liés à la sexualité sont plus ou moins, assez abordés dans les sociétés occidentales, avec un accent particulier sur les moyens de protection et de contraception. Leur disponibilité et leur accessibilité sont aussi faciles pour tous, contrairement à la situation des jeunes rwandais, sur lesquels nous traitons dans le cas de cette recherche. Le fait de proposer des moyens qui ne sont pas facilement disponibles constitue en soi, une limite non négligeable. La tolérance vis-à-vis de l'homosexualité dans la société québécoise n'est pas à un niveau très élevé, mais les efforts considérables sont déployés pour lutter contre l'homophobie. Ce sujet est encore considéré comme un délit dans la perception de pas mal d'individus dans les pays du Sud. Certains pays proposent ou adoptent des lois punissant les homosexuels. Ce qui fait qu'il n'est même pas possible de prévenir les ITS/VIH auprès de cette communauté, pourtant, à haut risque.

5.3 Atouts de la démarche

5.3.1 Regard sur les systèmes réussis

Rien ne vaut une bonne expérience dans le champ d'action. Il est important de préciser ici que notre proposition est basée sur les modèles utilisés et dont les études publiées ont prouvé l'efficacité et le succès. Aborder la sexualité sous toutes ses dimensions telles que présentées ici, permet de mieux répondre aux besoins des adolescents et de les outiller à développer leurs habiletés à avoir des comportements sexuels sécuritaires. Les politiques qui ont privilégié cette voie ont eu des résultats très positifs, contrairement aux sociétés qui ont articulé leurs stratégies sur l'interdiction de toute activité sexuelle, hors conjugale.

5.3.2 Critique rétrospective des méthodes utilisées

Nous avons balayé la littérature sur les stratégies de prévention privilégiées dans les pays du Sud du Sahara. L'une des caractéristiques générales est l'accent particulier sur l'abstinence pour les non mariés et la promotion de la fidélité pour les personnes en couple. Ainsi, les adolescents se voient dans l'interdiction de toute activité sexuelle. Et du coup, ils ne se retrouvent pas entièrement parmi les cibles visées par les campagnes de prévention. On comprend pourquoi, la plupart ont du mal à se procurer les

moyens de protection (préservatifs) ou de contraception. Puisque la demande de ces moyens est révélatrice qu'ils soient dans l'activité sexuelle, considérée comme "anormale" pour eux. Cette interdiction de la sexualité hors mariage culpabilise certaines personnes et les écarte donc aux interventions préventives. L'abstinence et la fidélité, sont des valeurs idéales théoriquement efficaces, mais dans la pratique qui semblent moins adaptées au vécu sexuel réel des adolescents tels que décrits tout long de ce travail et loin des caractéristiques de notre cible telle qu'elle a été présentée. Egalement le fait de donner les connaissances ne suffit pas pour amener les gens à changer les comportements.

5.3.3 Littérature récente

Il est vrai que face à l'avènement du VIH dans les années quatre vingt, on ne savait pas quoi faire exactement. Les gens ont procédé par tâtonnement. Pour l'instant il existe des écrits scientifiques et techniques qui présentent les bonnes pratiques et les façons de procéder pour amener les gens à adopter les comportements souhaités. Cette proposition a le mérite de fonder sa logique sur des bases théoriques récentes et prouvées efficaces dans ce domaine.

5.3.4 Nouvelle vision de la sexualité des jeunes ainsi que de la prévention

Cette étude considère la sexualité des adolescents comme une composante normale de leur vie entière, l'accepte et la respecte afin de mieux les aider à la rendre plus agréable. Nous traitons la sexualité comme un besoin de la vie, qui a des points positifs énormes : amour, affection, plaisir... Il est ainsi clair que toute personne devrait pouvoir s'épanouir dans cette vie. Sa vie sexuelle. Toute interdiction dans ce domaine serait donc une privation de droit. Néanmoins, il y a aussi des conséquences fâcheuses pouvant découler des rapports sexuels non sécuritaires.

Le domaine de la sexualité touche notre vie entière et englobent différentes dimensions. La sexualité humaine est faite des aspects biologiques, cognitifs, psychoaffectifs, culturels, moraux et spirituels. Toute intervention dans ce domaine se doit impérativement de considérer ces différentes dimensions. Notre proposition tient compte et accepte la sexualité des adolescents comme un besoin normal qui comporte des aspects positifs. Elle vise à les outiller pour ne pas tomber dans les aspects négatifs.

5.3.5 Etude de besoins avant le démarrage du projet

C'est bien de bâtir une réflexion sur des bases théoriques et publications fiables. Mais dans le souci d'être le plus efficace possible, cette proposition prévoit une étude de base des besoins des jeunes adolescents du Rwanda pour que l'intervention puisse tenir compte et répondre à leurs préoccupations réelles.

5.4 Possibles barrières du projet

Bien que le projet réponde au problème majeur de santé et de société, il serait naïf de s'attendre à un terrain totalement réceptif et directement fertile. Le tabou autour de la sexualité est si ancré dans la culture qu'il ne serait pas tâche facile de s'introduire et parler aisément de la sexualité. Nous avons souligné plus haut que même nommer l'organe sexuel dans un entretien est sacrilège. Les parents ayant vécu toute leur vie dans ce contexte de tabou, jugeraient mal que leurs enfants accumulent plus d'informations qu'eux-mêmes. Ils sont d'ailleurs persuadés que discuter de la sexualité avec leurs enfants, serait une façon de les inciter à aller expérimenter la sexualité.

Les confessions religieuses également se sont maintes fois montrées très hostiles à l'utilisation du préservatif et de la vulgarisation de la limitation des naissances. Leur discours est fondé sur la théorie de la reproduction de l'espèce humaine qui ne doit pas être stoppée par qui que ce soit. Quant à la lutte contre les ITS et le SIDA, les seuls moyens acceptables seraient l'abstinence et la fidélité, contrairement à ce que la réalité prouve. Les jeunes adolescents deviennent même sexuellement actifs très jeunes. Il faut souligner aussi qu'un bon nombre d'écoles est géré par les confessions religieuses.

Les enseignants sont également les membres de la société qui ont vécu le même contexte de tabou comme tout le monde dans la société. Ils n'ont pas été non plus préparés, à donner l'éducation à la sexualité pendant leur formation. On peut supposer que malgré la formation qui leur sera destinée avant le démarrage, qu'il y en ait ceux qui ne pourraient pas se débarrasser de certaines idées préconçues et qui ne seraient pas suffisamment à l'aise pour animer certains thèmes devant les jeunes.

La disponibilité et l'accessibilité des moyens de protection et de contraceptions qui restent toujours illimitées tant géographiquement que culturellement, autant pour les jeunes que pour les adultes. Non seulement ils ne sont pas répandus partout surtout, dans les milieux ruraux, mais aussi même dans les villes où ils existent relativement. Il n'est pas facile pour la plupart de s'en procurer un, de peur d'être mal vu et mal jugé. Cela constitue donc une barrière du fait que le projet propose les solutions qui ne sont pas facilement accessibles.

Conclusion générale

Cette recherche a été consacrée à la sexualité des adolescents et les comportements à risque d'ITS/VIH, grossesses à l'adolescence et non planifiées, ainsi que les violences sexuelles. Elle a mis un accent particulier sur le tabou à la sexualité et les obstacles que cela constitue pour les adolescents, qui naturellement, portent un intérêt particulier à la sexualité. Ce dilemme des jeunes qui ont besoins d'informations et la société qui n'offre pas des voies et moyens d'y accéder, met les adolescents dans un climat conflictuel, amenant ces derniers à se renseigner à travers les sources moins fiables, voire qui les intoxiquent.

Ce projet de recherche avait donc pour objectif premier, d'identifier les difficultés que les adolescents éprouvent dans une société à grand tabou sur la sexualité et ceux du Rwanda en particulier. L'étude a décrit comment ces jeunes vivent leur sexualité et a dégagé les comportements sexuels à risque. Ensuite, face à leur besoin réel d'accéder à la bonne information, répondant à leurs préoccupations et tenant compte de leurs aspirations, ce travail a abouti à une proposition d'un projet d'éducation à la sexualité aux jeunes adolescents dans le contexte socioculturel du Rwanda.

Pour réaliser cette étude, nous avons suivi et usé une méthodologie. Les données de la littérature, les entretiens avec les experts en santé publique et sexologues, spécialisés en éducation à la sexualité, les intervenants à tous niveaux dans ce domaine ainsi qu'avec les jeunes adolescents eux-mêmes, constituent le gros de nos sources de données. Notre participation effective dans la gestion et le suivi des projets lors de notre stage à la DRSP-Québec et notre expérience personnelle ont aussi contribué largement à cette démarche.

Les principaux résultats issus de cette étude font état du vécu sexuel des adolescents qui est nettement différent de l'idéal que la culture n'a cessé de promouvoir. La culture rwandaise soutient encore le discours selon lequel la sexualité serait spécifique et uniquement acceptable dans le cadre du mariage. Les relations sexuelles hors mariage n'étant donc pas considérées comme une possibilité, sauf pour "les déviants de la société". Pourtant, les données montrent le contraire. Les adolescents deviennent sexuellement actifs très jeunes et vivent leur sexualité de façon continue tout le long de leur célibat. Néanmoins, étant donné qu'il n'existe pas de sources d'informations officielles et le tabou à la sexualité étant encore bien présent, les adolescents acquièrent les informations surtout dans les groupes de pairs et dans les médias. Ces sources ne garantissant aucune qualité d'informations, ne donnant pas les moyens de protection, les jeunes sont incités à tester la sexualité pour être comme les autres ou simplement pour satisfaire leur curiosité. D'autres veulent adopter à tout prix, les modèles véhiculés par les médias, auxquels, il faut être mieux équipé (même pour les adultes), pour avoir une analyse critique vis-à-vis de ces informations.

Les conséquences directes liées à cette insuffisance d'informations structurées sur la sexualité, ce sont les comportements à risque chez les adolescents dans les sociétés qui entretiennent le tabou à la

sexualité. Les principaux décelés dans cette étude sont le faible usage du condom chez jeunes sexuellement actifs et le multi partenariat sexuel et les rapports sexuels non planifiés. C'est-à-dire des relations sexuelles occasionnelles et souvent avec différents partenaires. La perception du risque n'est pas encore accentuée chez ces jeunes. Les fausses croyances comme "cela ne peut pas m'arriver à moi... " persistent encore. Les problématiques qui en découlent sont énormes. Les infections transmises sexuellement dont le VIH, les grossesses à l'adolescence, qui se suivent des avortements dans les conditions extrêmement dangereuses ou la marginalisation sociale. Les abus sexuels sont institutionnalisés dans la culture et plusieurs cas ne sont pas encore considérés comme tel. Seul le viol sexuel des jeunes par les adultes ou par force interpelle les instances étatiques, si l'affaire n'est pas réglée en famille !

L'apport principal de cette recherche est une proposition d'une éducation à sexualité qui fournit les moyens d'intervenir dans la sexualité auprès des adolescents. Elle vise à susciter leur esprit critique, développer leur pouvoir d'agir, réfléchir et les rendre responsable de leur sexualité. Les campagnes antérieures de sensibilisation n'ont pas tenu en compte les besoins des adolescents. Ils ont repris le discours culturel moralisateur interdisant strictement la sexualité aux jeunes. Ensuite, le fait de fournir les connaissances ne suffit pas pour changer les comportements : les études prouvent une bonne connaissance en général du Sida, mais on n'a pas encore pu contrôler la vitesse de sa propagation. Notre spécificité est de tenir compte du vécu réel des adolescents, considérer la sexualité à leur âge comme un besoin normal. Si on n'accepte pas, on ne pourra pas les aider et on les expose d'office aux risques liés à la sexualité. L'éducation à la sexualité aborde la sexualité sous ses aspects positifs pour aider ces futurs adultes à s'épanouir sexuellement. Elle prévient également les maux pouvant s'en suivre en les équipant pour pouvoir faire les choix éclairés dans leur vie sexuelle.

Donner une bonne éducation à la sexualité aux jeunes adolescents est un investissement sans précédent. Il s'agit d'une prévention à long terme basée sur la responsabilisation (empowerment) dès le plus jeune âge, avant de commencer les rapports sexuels, plutôt que d'attendre que les personnes soient exposées et mener des campagnes de prévention ponctuelles, dont le rapport coût efficacité n'est pas souvent très satisfaisant. C'est un choix à faire : si on ne le fait pas, l'environnement va le faire, et ce, à sa manière. La mauvaise !

Référence bibliographique

Ajuwon AJ. Sexual behavior and experience of sexual coercion among secondary school students in three states in North Eastern Nigeria, *BMC public health* 2006, **6**:310.

Allgeier AR, Allgeier ER. *Sexualité humaine, dimensions et interactions*. Montréal (Canada): CEC(centre éducatif et culturel); 1989.

Athéa N, L'abstinence comme prévention du VIH au Nord. Revue de détail, *Transcriptases* 2007, **134**: 21-23.

Athea N. *Parler de sexualité aux ados. Une éducation à la vie affective et sexuelle*. Paris : Eyrolles; 2006.

Bankole A, Biddlecom A, Singh S, Guiella G, Zulu E. Sexual behaviour and information source of very young adolescents in four sub-sahara African countries. *Afr J Reprod health* 2007; **11**(3): 28-46.

Barnett B. Youth often unsafe abortion, *Network* 1993, **14**(2):12-5.

Barragan MF. L'éducation sexuelle : entre l'émancipation critique et le néoconservatisme. *Revue sexologique* 1997; **5** (2) : 11-39.

BBCgreatlakes. Ikinamico urunana. London : BBC (tous les mardi et jeudi, mai 2008-fin février 2009).

Christopher C.T. Condoms and cosmology: the fractol person and sexual in Rwanda. *Soc Sci Med*. 1990; **31** (9): 1023-8.

Christopher CT. The concept of flow in Rwandan popular medicine. *Soc Sci Med*. 1988 ; **27** (12):1343-8.

CNLS, *Discours prononcé par la Secrétaire exécutif de la CNLS, représentant le gouvernement du Rwanda à la réunion de haut niveau sur le SIDA, Assemblée générale des Nations Unies*. New York (USA): 2008.

Cunningham SD, Tschann J, Gurvey JE, Fortenberry JD, Ellen JM. Attitudes about sexual disclosure and perceptions of stigma and shame. *Sex Transm Infect* 2002; **78**: 334-38.

Darroch JE, Landry DJ, Singh S. Changing Emphases in Sexuality Education in U.S. Public Secondary Schools, 1988-1999. *Fam plan perspect* 2000, **32**(5): 204-211&265.

Dawson D.A The effects of sex education on adolescent behaviour. *Fam plan perspect* 1986; **18** : 162-70.

Département de Sexologie, Université du Québec à Montréal. Elysa : pour comprendre et agir en sexualité humaine. La sexualité en six dimensions. <http://www.unites.ugam.ca/dsexo/> , consulté le 08 juillet 2008.

Desaulniers MP. *Faire l'éducation sexuelle à l'école*. Ottawa : Éditions Nouvelles; 1995.

Duquet F. *L'éducation à la sexualité dans le contexte de la réforme de l'éducation*. Québec : Ministère de l'éducation; 2003.

Durocher L, Fortier M. *Programme d'éducation sexuelle. Guide d'animation*. Montréal : Institut universitaire dans le domaine de la violence chez les jeunes; 1999.

Fernet M. *Amour, violence et adolescence*. Québec: Presse de l'Université de Québec; 2005.

Gaudreau L. Où va l'éducation sexuelle ? *Revue sexologique* 1997; **5** (2) : 41-62.

Heurre P, Lauru D, (Dir.). *Les professionnels face à la sexualité des adolescents : les institutions à l'épreuve*. Paris : éditions érès; 2001.

<http://www.doctissimo.fr/html/sexualite/dossiers/pornographie/8710-pornographie-sexualite> , (consulté le 04 juin 2008).

<http://www.statisticsrwanda.gov.rw/>, consulté le 08 juillet 2008.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/fr/> , consulté le 09 juin 2008.

Institut National de la statistique, *Rwanda Enquête démographique et de santé 2005*. Kigali : 2005.

Institut national des statistiques. Rwanda 2002. Recensement Général de la Population et de l'Habitat, Kigali : 2004

Kalambayi BB. *Sexualité des jeunes et comportements sexuels à risque à Kinshasa (R.D.Congo)*. Bruxelles: Academia-Bruant [thèse de doctorant Luovain-la-Neuve]; 2007.

Kayibanda JF. *Etude sur l'intégration du genre dans les programmes de lutte contre le SIDA*. Kigali : CNLS : 2005.

Kibiriti C. *Analyse de la compréhension de la sexualité et du SIDA par la jeunesse rwandaise*. Kigali : KHI; 2001.

Koffi AK, Kawahara K. Sexual abstinence behavior among never-married youths in a generalized HIV epidemic country: evidence from the 2005 Côte d'Ivoire AIDS indicator survey. *BMC Public health* 2008, **8**:408.

L'illusion de la perception. Montréal : Magazine authentik, Numéro 2; 2008.

Lindberg LB, Santelli JS, Singh S. Changes in formal sex education: 1995-2002, *Perspectives on sexual and reproductive health*, 2006, **38**(4):182-9.

Marsiglio W, Matt FL. The impact of sex education on sexual activity, contraceptive use and premarital pregnancy among american teenagers. *Fam plan perspect* 1986 **18** (4).

Marzano M. *Malaise dans la sexualité. Le piège de la pornographie*. Paris : JC Lattès, 2006

Ming-Huey J., Ping-Ling C., Sheuan L., Teresa J.C.Y., A study of sexuality Education Performance and Associated Factors Among Elementary School Nurses in Taipei. *J. Nursing research* 2003, **11** (1).

Mseddi M, et al. Sexualité des adolescents lycéens en milieu rural en Tunisie. *Ann Dermatol Vernersol* 2007; **134**: 867-73.

MSSS, *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*. Québec : Gouvernement du Québec; 2001.

Mueller TE, Gavin LE, Kulkuni A.. The association between Sex Education and youth's engagement in sexual intercourse, age at first intercourse, and birth control use et first sex, *J. adolesc health* 2007; **42** (1):89-96

Mushi DL, Knowledge about safe motherhood and HIV/AIDS among school pupils in rural area in Tanzania, *BMC Pregnancy and childbirth* 2007, **7**:5.

Muula AS. Language as vehicule for speard and prevention of HIV in Malawi. *Croat med J.* 2008, **49** :853-5.

Mwambete KD. Knowledge of sexually transmitted diseases among secondary school students in Dar es Salaam, Tanzania, *African Health sciences* 2006; **6** (3):165-169.

Mwangu WE. The internet as a source of reproductive health information among adolescents girls in an urban city in Nigeria, *BMC public health* 2007, **7**:354

Nwangu WE. The internet as a source of reproductive health information among adolescent girls in an urban city in Nigeria, *BMC Public health* 2007, **7**:354.

OMS, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, Genève : 2002.

OMS, *Statistiques sanitaires mondiales*, Genève :2008.

OMS, *Education for health promotion: Report of an Intercountry Expert Committee Meeting*, 2002.

ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2008*. New York (USA), 2008.

Pelège P, Picod C. *Eduquer à la sexualité, Un enjeu de société*. Paris: Dunod; 2006.

Picod C. Education à la sexualité. In *Dictionnaire de la sexualité humaine*. Paris: l'esprit du temps; 2004.

PSI-Rwanda, IRESCO-Cameroun. *Projet de santé de reproduction des adolescents au Rwanda : Rapport de l'étude quantitative à mi-parcours (phase 2) dans la population des élèves et étudiants de Butare et Gitarama*. Kigali : 2002.

Robert J. Full sexuel : *la vie amoureuse des adolescents*. Québec : les éditions de l'homme; 2002.

Rumenge A, Coté F, Gaston D, Sarah A. *Identification des déterminants psychosociaux sous jacents à l'intention d'utiliser le préservatif auprès des jeunes rwandais*. Kigali : KHI et Université Laval; 2008.

Rwenge M. *Facteurs contextuels de la transmission sexuelle du Sida en Afrique subsaharienne : Synthèse, in facteurs contextuels affectant les comportements sexuels des jeunes en milieu urbain*

camerounais. *Le cas de la ville de Bamenda, Province du Nord-Ouest. Une synthèse.* Yaoundé (Cameroun) : IFORD ; 1999.

Santé Canada. *Lignes directrices nationales pour l'éducation en matière de santé sexuelle.* Ottawa : 2003.

Snegroff S, No sexuality Education Is a Sexuality Education. *Family Planning perspectives* 2000, **32**:5.

Solo J. *Planification familiale au Rwanda. Comment un sujet tabou est devenu la priorité numéro un.* Kigali : Intrahealth international; 2008.

Tchupo JP. *Le profil des consommateurs de condoms au Rwanda en 1998, Rapport d'enquête.* Kigali: Iresco; 1998.

TRAC (Treatment and research AIDS Center), *Evaluation des connaissances et comportement relatifs au VIH/SIDA chez les jeunes, les professionnelles de sexe et les camionneurs du Rwanda entre 2000 et 2006. Rapport d'enquête.* Kigali: TRAC, 2007.

Underhill K., Montgomery P., Operario D. Sexual abstinence only programmes to prevent HIV infection in High income countries: systematic review. *BMJ* 2007; **335**: 248.