

Multidisciplinary Research Academic Journal (MDRAJ)

Vol 8. Issue 3, December 2023, pp22-32

ISSN: 1-2467-4699

ISSN: e-2467-4834

<https://www.openlu.org/research/>



**Analyse des Facteurs influençant la Santé Sexuelle et Reproductive par
l'approche des Connaissances-Attitudes-Pratiques : Cas des jeunes de 15-14 ans
en Localité de Kamango, Territoire de Beni**

Paluku Muhindo Patrick (mh_patrick@yahoo.fr)

Résumé

Cette étude avait pour objectif d'analyser les facteurs influençant la Santé Sexuelles et Reproductives (SSR) chez les jeunes de 15 à 24 ans dans la Localité de Kamango, Territoire de Beni pour le renforcement l'Information, Éducation et Communication sur Connaissances-Attitudes-Pratiques de la SSR et la prévention des maladies transmissibles. Il s'agit d'une étude descriptive. La méthode d'échantillonnage systématique dans les écoles pour les jeunes âgés de 15 et 24 ans était utilisée pour sélectionner l'échantillon pour cette étude. 169 jeunes ont participé à l'enquête pour collecter les données. Les résultats montrent que 91,7% des jeunes dans le milieu de Kamango entre 14 à 17 ans avaient confirmé avoir eu leur rapport sexuel et sans préservatif, et seulement 8,9 % des jeunes avaient répondu avoir utilisé les préservatifs pour leur relations sexuelles. Presque la moitié des répondants (48,2%) avaient répondu qu'utiliser les préservatifs diminue la sensation du plaisir sexuel, 86,7 % des jeunes avaient déclaré que l'accès aux contraceptifs n'est pas facile malgré l'envie de s'en procurer.

Mots-clés : Connaissances-Attitudes-Pratiques, Santé Sexuelle et Reproductive, facteurs sociodémographiques

Abstract

This study aimed to analyze the factors influencing Sexual and Reproductive Health (SRH) among young people aged 15 to 24 in the Locality of Kamango, Territory of Beni, for the strengthening of Information, Education, and Communication on Knowledge-Attitudes -SRH practices and prevention of infectious diseases. This is a descriptive study. The systematic sampling method was used to select young people aged 15 and 24 in one school for pilote study, and 169 young people were involved in the survey for data collection. The results show that 91.7% of young people in Kamango between 14 to 17 years old confirmed to have had sexual intercourse without a condom, and only 8.9% of young people responded that they used condoms. Almost half of the participants (48.2%) responded that using condoms reduces the feeling of sexual pleasure, and 86.7% of young people declared that access to contraceptives is not easy despite the desire to get some.

Keywords: Knowledge-Attitudes-Practices, Sexual and Reproductive Health, sociodemographic factors

Introduction

Quand survient une grossesse chez une jeune adolescente, l'entourage familial, scolaire ou institutionnel conçoit que la personne pratiquait une vie sexuelle ; elle sera enceinte ; enfin elle va contacter les maladies transmissibles. Aujourd'hui, l'adolescente enceinte est d'abord jugée coupable de n'avoir pas su gérer ses relations sexuelles. Elle reste ensuite moralement fautive de n'avoir pas su résister à la pression ou à l'envie d'aller jusqu'au bout (Patrick, 2006). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2015), l'adolescence est la période comprise entre l'âge de 10 et 19 ans, tandis que le terme « jeunes gens » désigne les personnes âgées de 15 à 24 ans. L'adolescence est une période de la vie caractérisée par la survenue de transformations physiques, biologiques et psychologiques qui entraînent des changements profonds, notamment sur le comportement sexuel.

L'une des contributions les plus décisives que peut apporter un pays à ses progrès et à sa stabilité économique, sociale et politique est de répondre aux besoins de santé et de développement des jeunes. Joy, et al. (2014) note que la moitié de la population mondiale est plus jeune. Ces jeunes gens affrontent de sérieux défis, tels que les taux élevés de mariage précoce, les grossesses non désirées, le VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles, et la mortalité et morbidité maternelles. Ces chercheurs ajoutent que les jeunes sont une grande ressource pour les familles, les communautés et les sociétés. Il y a 1,8 million de personnes âgées entre 10 et 24 ans, la plus grande génération de l'histoire de la transition à l'âge adulte. Près de 90% des jeunes du monde vivent dans les pays en développement.

Rwenge (2019) dans son ouvrage sur le thème des Comportements Sexuels parmi les Adolescents et Jeunes en Afrique subsaharienne Francophone et Facteurs Associés, qui avait comme objectif spécifique d'analyser les prévalences des comportements sexuels à risque et leurs facteurs sociaux dans les pays francophones d'Afrique subsaharienne parmi les adolescents et jeunes, en mettant en exergue les diversités entre pays avait conclu que les taux des garçons par rapport aux premiers rapports sexuels sont plus faibles au Congo, en RDC, en Afrique centrale, et au Bénin qu'au Burkina Faso, au Rwanda et dans les pays fortement islamisés comme le Tchad, le Sénégal et le Mali. Alors que parmi les filles, un schéma opposé a, dans une certaine mesure, été observé. Dans les pays étudiés, l'activité sexuelle multi partenariale persiste dont le Cameroun, le Congo, la Côte d'Ivoire, le Bénin et la Guinée en sont plus concernés que d'autres pays. L'approche globale d'explication de la sexualité des adolescents et jeunes est donc pertinente dans les pays étudiés mais le poids de ses différentes dimensions dans l'explication de ce phénomène varie d'un groupe de pays à l'autre. Ces résultats devraient être pris en compte dans l'orientation des stratégies de lutte contre le VIH/SIDA dans ces pays.

Selon l'UNICEF (2017), les jeunes constituent un tiers de la population âgé de 10 à 24 ans et en est l'un des moteurs les plus puissants pour le développement de la République Démocratique du Congo. Cependant dans le domaine de la SSR, ces jeunes rencontrent plusieurs problèmes. Le taux de fécondité des jeunes femmes de 15 à 19 ans est de 138 pour 1000 femmes en RDC. Or selon Schoumaker Bruno, et al (2022), on comptait dans le monde entier en 2020 du même groupe d'âge un taux de fécondité d'environ 40 pour 1000 femmes.

Faible recours à la contraception par les jeunes, faible mais en hausse de 5,8 % en 2007 à 7,8 % de congolaises ont recours à la contraception moderne aujourd'hui. Or dans le monde, Alice (2022), montre que 66 % des jeunes femmes de 15-24 ans ont recouru aux contraceptifs. Pour Cathryn (2020), dans de nombreux pays, les jeunes femmes de 15 à 24 ans affichent des taux d'abandon de la contraception que leurs aînées. La tendance des mariages précoces est à la baisse en RDC, malgré que la proportion des femmes mariées avant l'âge de 18 ans est de 39 % chez les

plus jeunes (20-24 ans), contre 50 % chez les plus âgées (45- 49ans). Les femmes sont les plus infectées par le VIH, au sein de toutes les tranches d'âge. D'après l'enquête Démographique et de Santé en RDC (EDS-RDC II) 2013-2014, la prévalence du VIH parmi les jeunes âgés de 15-24 ans est de 0,7 %. La prévalence du VIH est estimée à 1,2 % pour l'ensemble de la population de la RDC.

Cette recherche a pour objectif d'analyser les relations entre les facteurs sociodémographiques et les Connaissances-Attitudes-Pratiques (CAP) de la Santé Sexuelles et Reproductives (SSR) et la prévention des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) chez les jeunes de 15 à 24 ans à Kamango dans le territoire de Beni.

Revue de la Littérature

Concept de la Santé Sexuelle et Reproductive

Selon l'UNFPA (2022), santé sexuelle et reproductive est un état de bien-être total sur le plan physique, mental et social, relativement à tous les aspects du système reproductif. Dans cet état, les personnes sont en mesure de profiter d'une vie sexuelle satisfaisante et sûre et ont la capacité de procréer et de décider si elles désirent le faire ou non, ainsi que quand et comment. Pour préserver sa propre santé sexuelle et reproductive, il faut pouvoir accéder à des informations exactes et à la méthode de contraception sûre, efficace, abordable et acceptable de son choix. Toutes les personnes doivent être informées et habilitées à se protéger des infections sexuellement transmissibles. Lorsqu'elles décident d'avoir des enfants, les femmes doivent également pouvoir accéder aux services qui pourront les aider à vivre au mieux leur grossesse, à accoucher en toute sécurité et à mettre au monde un bébé en bonne santé.

D'après Johns Hopkins University (2015), dans le manuel de mise en œuvre pour la CCSC de la SSR destinée aux adolescents en milieu urbain il est indiqué que la SSR s'applique spécifiquement à la sexualité et aux processus, fonctions et systèmes de reproduction à tous les stades de la vie. Cette description exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres, libres de toute coercition, discrimination et violence. La SSR est fortement influencée par les normes et les rôles inhérents de genre, ainsi que par les attentes sociales et les inégalités de pouvoir. Elle doit être comprise dans des contextes sociaux, culturels, économiques et politiques spécifiques. La SSR se penche également sur la personne de manière globale, en abordant les aspects sociaux, affectifs, cognitifs et physiques de la vie d'une personne.

Selon Sexual and Reproductive Health Matters (SRHM) (2020), en Afrique francophone, la Santé Sexuelle et Reproductive reste un défi majeur de santé publique vu les niveaux élevés de mortalité maternelle et néonatale mais aussi à cause de la fréquence de problèmes comme le mariage des enfants, les grossesses non désirées chez les adolescentes ainsi que les avortements clandestins. Les inégalités en matière d'accès aux services de SSR en fonction du sexe, de l'éducation, de la résidence en zone urbaine ou rurale ou du niveau de vie des ménages ont été soulevées de manière répétée dans de nombreux pays. Enfin, le renforcement des capacités des professionnels de santé dans les pays de l'Afrique francophone suggère la nécessité d'adopter des approches multisectorielles et interdisciplinaires afin de contribuer à l'atteinte des Objectifs de Développement Durable et de la Couverture Sanitaire Universelle.

Dans un rapport intitulé les Indicateurs de suivi et d'évaluation de la politique de population au Maroc, il est indiqué que le concept de santé de la reproduction, ou de santé reproductive, ne peut être défini de manière stricte par référence aux catégories de population, aux limites d'âges, à la réalité organique de la reproduction, aux événements reproductifs, et au sexe. La santé reproductive ne consiste pas, non plus, en un inventaire précis de sujets spécifiques, mais en une approche fondée

sur les principes de santé de la femme et de l'enfant, du droit de décider de sa reproduction, de la santé sexuelle et du contexte socio-économique de la reproduction.

Ainsi, "par santé reproductive, on entend le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. On entend également par cette expression la santé en matière de sexualité qui vise à améliorer la qualité de la vie et des relations interpersonnelles, et non à se borner à dispenser conseils et soins relatifs à la procréation et aux maladies sexuellement transmissibles". De cette définition, ressortent quatre grands principes, à savoir :

- Le premier principe met l'accent sur la santé en tant qu'état positif, plutôt que sur l'absence de maladie ;
- Le deuxième principe est la notion de liberté dans les choix reproductifs ;
- Le troisième principe est celui de la santé sexuelle. Ce principe met l'accent non seulement sur la lutte contre les MST, mais également sur la prévention contre ces maladies et contre la violence liée à la sexualité.
- Enfin, le dernier principe concerne le contexte socio-économique de la reproduction.

Selon l'OMS (2006), la santé sexuelle s'entend comme un état de bien-être physique, mental et social eu égard à la sexualité, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle s'entend comme une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que comme la possibilité de vivre des expériences sexuelles agréables et sûres, exemptes de coercition, de discrimination et de violence. Pour que la santé sexuelle soit assurée et protégée, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et appliqués. La même source indique que la santé sexuelle est fondamentale pour la santé et le bien-être général des personnes, des couples et des familles, ainsi que pour le développement social et économique des communautés et des pays. La santé sexuelle, lorsqu'elle est considérée de manière positive, s'entend comme une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que comme la possibilité de vivre des expériences sexuelles agréables et sûres, exemptes de coercition, de discrimination et de violence. La capacité des hommes et des femmes à être en bonne santé sexuelle et à éprouver un sentiment de bien-être à cet égard dépend :

- De leur accès à des informations complètes et de bonne qualité sur le sexe et la sexualité ;
- Des connaissances dont ils disposent concernant les risques auxquels ils peuvent être confrontés et de leur vulnérabilité face aux conséquences néfastes d'une activité sexuelle non protégée ;
- De leur capacité à accéder aux soins de santé sexuelle ;
- Du milieu dans lequel ils vivent, à savoir un environnement qui affirme et promeut la santé sexuelle.

Les pratiques

D'après Antonio (2015), la santé sexuelle est l'intégration des aspects somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux de l'être sexué, d'une manière qui sont positivement épanouissantes et qui valorisent la personnalité, la communication et l'amour. Elle comprend éléments qui reconnaissent les droits de santé sexuelle et reproductive, la santé sexuelle et mentale et émotionnelle, en plus de la santé sexuelle physique. Elle comprend les éléments conceptuels clés de la santé sexuelle suivants : le bien-être et pas seulement l'absence de maladie ; le respect, la sécurité et l'absence de discrimination et de violence ; la réalisation de certains droits de l'homme ; la pertinente tout au long

de la durée de vie de l'individu, non seulement à ceux de la période de procréation, mais aussi à la fois les jeunes et les personnes âgées ; la diversité sexuelle et les formes d'expression sexuelle ; l'influence par les normes de genre, les rôles, les attentes et la dynamique du pouvoir ; et les contextes sociaux, économiques et politiques spécifiques.

D'après Diana, et al. (2013), le sexe est la classification des personnes comme homme ou femme. À la naissance, les nourrissons sont assignés un sexe sur la base d'une combinaison de caractéristiques corporelles, y compris : les chromosomes, les hormones, les organes et les organes génitaux internes de la reproduction. Elle indique aussi que le genre est culturellement défini comme étant un ensemble de rôles, responsabilités, droits et obligations économiques, sociales et politiques, associés au fait d'être une femme et un homme, ainsi que les relations de pouvoir entre et parmi les femmes et les hommes, les garçons et les Filles. La définition et les attentes de ce que signifie être une femme ou une fille et un homme ou un garçon, et les sanctions pour non-respect de ces attentes, varient selon les cultures et au fil du temps, et se croisent souvent avec d'autres facteurs tels que la race, la classe, l'âge et l'orientation sexuelle.

D'après Espinosa (2005), le concept santé sexuelle et reproductive intègre cette composante socioculturelle de la santé, en insistant sur les droits sexuels et reproductifs et en soulignant également l'importance de travailler autant auprès des hommes que des femmes. Ce concept, né du mouvement féministe des années 70 et 80 qui revendique vigoureusement les droits sexuels, ne sera pas reconnu sur le plan international, ni pris en compte dans les approches de développement, avant la Conférence internationale sur la population et le développement du Caire (1994). Plus exactement, c'est l'approche Genre et Développement (GED) qui intégrera véritablement le concept de santé sexuelle et reproductive. Quant à la stratégie d'action, elle se concentre sur le travail reproductif des femmes. Les années soixante-dix voient l'essor de l'approche Femme et Développement (FED), dans le cadre de laquelle, au cours de cette décennie et de la suivante, trois stratégies sont mises en œuvre : la stratégie équité, la stratégie anti-pauvreté et la stratégie efficacité. La stratégie équité vise à réduire les inégalités entre les hommes et les femmes, la stratégie anti-pauvreté à aider les femmes les plus pauvres à accroître leur productivité afin de stimuler le développement, et la stratégie efficacité à favoriser un développement plus efficace et effectif en considérant la femme comme un agent économique actif (Moser, 1995).

Pour sa part, l'approche Genre et Développement (GED), lancée dans les années quatre-vingt, s'est consolidée sur le plan international à l'occasion de la Conférence de Pékin (1995) en tant qu'approche de travail en matière de développement et d'égalité hommes-femmes. L'approche GED représente un changement radical de perspective et l'intégration du concept de santé sexuelle et reproductive ». Elle apporte un concept totalement nouveau, le concept de genre qui fait référence aux rôles, aux responsabilités et aux opportunités liés au fait d'être homme ou d'être femme, ainsi qu'aux relations socioculturelles entre les femmes et les hommes, les petites filles et les petits garçons. Ces caractéristiques, ces opportunités et ces relations sont socialement construites et s'apprennent au travers du processus de socialisation. Ce sont des aspects spécifiques de chaque culture, qui changent au fil du temps, en raison, notamment de l'action politique (AECI, 2004). L'inégalité entre les hommes et les femmes, qui se traduit par le rôle subordonné de la femme dans la société, explique les mauvais indicateurs de santé en matière de reproduction et de sexualité féminine

Les méthodes contraceptives

Patricia (s.d) démontre que nos ancêtres ont utilisé des bouchons en excréments d'alligator, capote en intestin de mouton, et demi-citron évidé pour limiter les naissances. Il semble que, partout dans le monde et à toutes les époques, les femmes ont toussé, sauté, éternué et massé vigoureusement

leur ventre pour expulser le sperme et, avec lui, une descendance indésirable. L'idée d'empêcher la progression du sperme grâce à des barrières, ou des ovules, est très ancienne. En Egypte, des documents écrits, remontant à 3000 ans av. J.-C., mentionnent l'utilisation de suppositoires vaginaux faits à base de pâte de levain et d'excréments séchés de crocodile. Dans d'autres pays, la préférence va aux excréments d'éléphant. La plupart de ces ovules contenaient une matière huileuse ou visqueuse, comme du lard ou de l'huile d'olive, afin de barrer le chemin du sperme.

En Afrique, beaucoup plus récemment, certaines tribus utilisaient des bouchons à base de purée de tubercule, d'algues ou de chiffons mélangés à des herbes médicinales. Des textes médicaux, remontant à l'Antiquité, font aussi référence à quantité de potions à ingurgiter, méthode moins contraignante que les préservatifs ou les pessaires, mais, elle aussi, infiniment plus dangereuse. Ainsi, il était recommandé de boire l'eau avec laquelle on avait lavé un mort et de manger du pain contenant des morceaux de ruche et des abeilles mortes. Ailleurs, on recommande des infusions faites à partir d'écorces de différents arbres, de jaune d'œuf, de bave de chameau, de plantain et de safran. Dans certaines régions, on fabriquait des pilules d'huile, de mercure et d'eau ayant servi aux forgerons pour refroidir leur tenaille.

Méthologie de l'Étude

L'étude s'est déroulée dans la localité de Kamango en République démocratique du Congo située à 80 km de la ville de Beni, dans le territoire de Beni, au Nord-Kivu. C'est le chef-lieu de la Chefferie des Watling. L'échantillonnage a été tiré en fonction de l'effectif des jeunes âgés de 15 à 24 ans. Chaque participant à l'enquête avait donné son consentement éclairé (contenu dans le questionnaire) pour son accord de participer à l'enquête. Il s'agit d'une étude descriptive quantitative dont le sondage systématique. 169 jeunes l'effectif de 300 des élèves de 15 à 24 ans ont participé à l'enquête. L'échantillonnage a été tiré en usage de la population de 300 élèves par l'application SurveyMonkey pour calcul de l'échantillon avec l'intervalle de confiance de 95%, une marge d'erreur de 5%.

L'enquête s'est déroulée pendant 5 jours du 19 au 23 juillet 2023. 3 smartphones ayant le logiciel « KoboCollect » ont été utilisés et 3 élèves ont été mis en contribution à la collecte des données. Ces enquêteurs ont été préalablement formés sur l'usage du questionnaire (tant en technique de collecte qu'en éthique de la recherche impliquant les sujets humains). Pendant la collecte des données un smartphone a été remis à chaque participants (garçons et filles) pour compléter le questionnaire et si le participant ne savait pas bien utiliser un smartphone, il a été aidé par quelqu'un de son choix (un ami, un collègue etc...) pour compléter le questionnaire. Après avoir complété le questionnaire l'enquêteur vérifie si toutes les questions ont été bien complétées correctement.

Le questionnaire a administré en français, mais les participants à l'enquête ont été informés que des précisions sur une question voire toute l'interview pouvaient lui être données en langue locale et que ses réponses pouvaient être exprimées en français sur le smartphone avec l'assistance d'une tierce personne de son choix vu le caractère confidentiel de certaines questions contenues dans le questionnaire. Les enquêteurs ont profité des assises vespérales des groupes d'élève pendant les vacances pour trouver des volontaires participants à l'enquête.

Après l'enquête, les données collectées ont été envoyées sur le serveur pour avoir les données primaires afin de constituer une base des données qui ensuite ont été analysées par logiciel SPSS (un logiciel conçu pour les analyses statistiques qui nous a permis de faire des analyses statistiques avancées et d'explorer nos données plus en profondeur et plus rapidement possible). Ensuite, nous

avons utilisé le test Anova afin d'analyser la corrélation entre les variables indépendantes et dépendantes et ainsi confirmer ou non notre hypothèse de départ.

Étant donné le caractère sensible des questions posées aux participants de l'étude, un consentement éclairé verbal a préalablement obtenu de chaque participant à l'étude avant de procéder à l'interview. Au niveau du questionnaire de l'enquête, il y avait un cadre à l'entête du questionnaire que le participant coche pour son consentement éclairé de participer à l'étude.

Analyse des Résultats

Identification des facteurs sociaux démographiques

Les résultats de l'étude montrent que 53,3% des enquêtés étaient des filles et 46,7% garçons ont participé à l'étude. Il est remarqué qu'il y a plus des filles que les garçons qui ont accepté de participer à l'enquête. Aujourd'hui, suite la gratuité de l'enseignement à l'école primaire décrétée par le gouvernement, on observe une augmentation de la scolarité des filles. La majorité des enquêtés étaient dans l'écart d'âge de 15-19 ans (71,5 %) et 28,3% étaient entre 20-24 ans. 63,9% des participants étaient des catholiques, 27,2% des musulmans et 8,9% des protestants. Au regard de ce résultat il est démontré que la plupart des participants étaient des catholiques. Il est connu par tous que l'Eglise catholique est prédominante en RDC. 82,8 % des participants étaient des jeunes avec des copains sur 17,2% des jeunes sans copain.

Niveau des CAP des jeunes sur la SSR

Connaissances

La majorité (63%) des participants ont répondu qu'ils connaissent les préservatifs comme méthode contraceptives, les autres méthodes ont été répondues avec des faibles pourcentages donc elles sont méconnues par la plupart des jeunes. 46,4% des participants ont reconnus avoir attendu parler des méthodes contraceptives chez les amis et 27% chez les enseignants. Cela nous amène à comprendre que l'intégration de l'éducation sexuelle complète n'est pas suffisamment effective dans l'enseignement. Le membre de la famille représente seulement 17,3% or c'est au niveau de la famille que les questions liées à la SSR des jeunes devraient être discutées. La pesanteur de la culture (tabou autour de la question du sexe) reste parmi les barrières à l'éducation à la SSR de jeunes.

Plus que trois quart (82,7%) des participants n'avaient pas parlé des méthodes de contraception avant ou après leur première relation sexuelle contre 17,3% qui en avaient parlé. Au regard de ce résultat, nous constatons que les jeunes n'ont pas le temps de discuter les méthodes de contraception à ce moment déterminant où il est important d'en parler. 90,5%) des participants comprennent que les méthodes contraceptives c'est seulement pour prévenir la grossesse. Moins de 10% seulement savent d'autres importances de l'usage des méthodes contraceptives notamment l'espacement des naissances, la réduction de nombre d'avortements et la diminution de l'incidence de mortalité et d'invalidité dues aux complications liées à la grossesse et à l'accouchement.

Attitudes

Presque trois quart (74,4%) des jeunes sont neutres pour l'utilisation des méthodes contraceptives, et 25,6 % des participants sont d'accord de les utiliser. Au regard de ces résultats, les attitudes montrent qu'il y a un scepticisme de l'usage des méthodes contraceptives. Cela peut être dû au manque d'informations suffisantes sur les méthodes contraceptives par leurs amis qui sont évidemment mal informés sur le sujet. 36,3% des participants ont répondu que c'est par crainte des effets secondaires et 24,4 % par crainte des échecs, 22% par manque d'information et 17,3%

par difficultés d'accès à ces méthodes contraceptives. Au regard de ce résultat, ces attitudes des jeunes démontrent en plus l'insuffisance d'informations concernant les méthodes contraceptives. Plus que la moitié (63,7%) des participants pensent que l'abstinence est la meilleure méthode contraceptive pour prévenir la grossesse contre 36,3% de ceux qui pensent que c'est le préservatif la meilleure méthode. 91% des participants sont d'accord que les jeunes peuvent utiliser les méthodes contraceptives malgré moins de 10% disent que sont les croyances et les dogmes religieuses surtout qui constituent des barrières de les utiliser.

Pratiques

Plus que la moitié (50,6%) des participants connaissent que l'on peut se procurer des méthodes contraceptives chez les médecins/infirmiers, et 49,4 % à la pharmacie. 86,7% des participants ont déclaré que l'accès aux contraceptifs n'est pas facile malgré l'envie de s'en procurer. 82,7% des participants ont déclaré envisager utiliser les préservatifs comme l'une des méthodes contraceptives pour prévenir les IST et VIH/SIDA et les grossesses indésirables. Ces résultats montrent que la volonté de l'usage des méthodes contraceptives existe chez les participants malgré plusieurs barrières déjà citées auparavant qui empêchent les jeunes de les utiliser. La plupart (41,7%) des participants ont utilisé les méthodes contraceptives notamment l'accouplement interrompu et 27% des participants utilisent les préservatifs. Cela corrobore avec les résultats précédents que les jeunes en 82,7% envisage utiliser les préservatifs mais 86,7% déclarent avoir des problèmes d'accès aux contraceptifs.

CAP sur les infections sexuellement transmissibles (IST) et VIH/SIDA

Connaissances

Parmi les IST reconnues, la majorité (82,7 %) des participants ont attendu parler du VIH/SIDA et 17,3% de la syphilis avant de faire des relations sexuelles. Néanmoins, d'autres IST les plus courantes n'ont pas été citées par les participants notamment : la Gonorrhée, l'Herpes génitale, la Trichomonase, Hépatite B, la Chlamydie. 46,4 % des participants ont attendu parler des IST et VIH/SIDA chez les amis, 17,3% chez les enseignants, et 8,9% chez les parents. Pourtant ces 2 derniers sources devraient être celles qui devront donner des informations suffisantes aux jeunes sur les IST et VIH/SIDA. 63,7 % des participants n'ont aucune connaissance sur les signes des maladies dues aux IST et VIH/SIDA. 100% des participants connaissent que la voie sexuelle comme mode de transmission. Avec ajout pour les VIH/SIDA qu'il y a d'autres modes de transmission notamment la transfusion et celle de la mère et enfant.

Attitudes

Les résultats montrent que 27,4 % des participants ont déjà contracté la syphilis ou leurs amis. Ces résultats montrent l'ampleur de la problématique de n'est pas utilisé des préservatifs pour éviter de contracter des IST et VIH/SIDA. Plus de trois quart (75,6%) des participants ont répondu qu'ils font recours à l'infirmier ou médecin au centre de santé/hôpital pour soigner les IST et VIH/SIDA. Cela montre une bonne attitude des jeunes pour se faire soigner s'ils sont atteints des IST et VIH/SIDA. C'est une attitude mais la pratique n'est pas évidente. 46,4% des participants ont répondu d'avoir besoin de plus d'information sur les IST et VIH/SIDA. Ces résultats montrent que les besoins d'être informés sur IST et VIH/SIDA sont là mais les jeunes ne sont pas suffisamment informés. La moitié des participants ont déclaré avoir été informé sur le sujet par leurs amis par leurs amis. 75,6% des participants ont très peur et 24,4% ont assez peur d'attraper les IST et

VIH/SIDA. Ces résultats nous montrent qu'une grande partie de jeunes est consciente des problèmes causés par les IST et VIH/SIDA par le fait d'avoir peur de ces maladies.

Pratiques

Seulement 8,9 % des participants ont répondu qu'ils utilisent actuellement les préservatifs pour se protéger contre les IST et VIH/SIDA. Ces résultats montrent une faible utilisation des préservatifs compte tenu des barrières déjà citées ci-haut dans les commentaires. Moins que la moitié des participants soit 48,2% ont répondu que la raison qui les pousse à ne pas utiliser les préservatifs est celle de la diminution la sensation du plaisir sexuel pendant le rapport sexuel. Ces résultats montrent l'insuffisance d'information, les barrières et l'accès à l'usage des préservatifs par les jeunes. 73,8% des participants ont répondu qu'ils ont difficile à se procurer des préservatifs par manque des moyens (argent) pour les acheter. 41,7% ont des participants ont répondu être neutre pour être favorable à faire usage des préservatifs pour prévenir les IST et VIH/SIDA.

Perception sur le comportement sexuelle des jeunes

Presque tous (91%) les participants ont déjà eu des rapports sexuels. Ces résultats montrent que les jeunes sont sexuellement actifs dans le milieu de Kamango. 49,4 % des participants déclarent avoir eu des rapports sexuels avec 2 copains, 17,3% avec 3 copains et 24,4% avec 4 copains et plus. Ces résultats montrent l'intensité de l'activité sexuelle des jeunes dans le milieu de Kamango. 63,7% des jeunes débutent l'activité sexuelle à l'âge qui varie entre la tranche d'âge de 14 et 17 ans dans le milieu de Kamango pour leur premier rapport sexuel (24,4% à l'âge de 14 ans, 22% à l'âge de 16 ans et 17% à l'âge de 17 ans). Plus que la moitié (55,4%) des participants n'ont pas eu de sentiment de culpabilité lors de leurs premiers rapport sexuel. 100% des participants n'ont pas parlé du risque de tomber enceinte et de la transmission des IST et VIH/SIDA et l'usage de préservatif avec leur partenaire avant leur premier rapport sexuel.

Plus que la moitié (63,7%) des participants ont déclaré n'avoir pas planifiés le rapport sexuel sur 27,4 % qui l'avait planifié ensemble en 2 (filles et garçons). Ces résultats montrent que plus de la moitié des jeunes ont des rapports sexuels non planifiés qui les exposent aux risques des grossesses indésirables et les IST et VIH/SIDA. 46,4% des participants soit presque la moitié des participants ont déclaré ne pas être d'accord avec la pratique de l'homosexualité sur 27,4% de ceux qui totalement d'accord avec cette pratique sexuelle. 100% des participants ont déclarés n'avoir jamais pratiqué l'homosexualité. L'étude s'est déroulée dans un milieu rural et dont les participants sont majoritairement chrétiens qui est contre l'homosexualité.

Perception des jeunes garçons et filles sur la santé sexuelle et reproductive

Moins de la moitié (46,4%) des participants pensent que c'est bien que les garçons et les filles qui ne sont pas encore mariés font des relations sexuelles pour se faire plaisir. 91 % des participants qui ont eu des rapports sexuels avant le mariage les regrettent ensuite. Seulement 27,4 % des participants sont d'accord et le reste ne sont pas d'accord ou neutre sur la question de savoir si les filles et les garçons doivent rester vierges jusqu'au mariage. 27,4% des participants sont d'accord aussi qu'ils peuvent avoir des rapports sexuels à condition d'utiliser des moyens pour empêcher la grossesse et les IST et VIH/SIDA. 27,4% peuvent exiger à leurs partenaires l'usage du préservatif à chaque relation sexuelle avant le mariage. Aussi 27,4% des jeunes sont d'accord que c'est la femme qui doit d'abord veiller à utiliser régulièrement un moyen de contraception.

Presque la moitié des participants soit 48,2% des participants ne sont pas d'accord de refuser d'avoir des rapports sexuels avec un partenaire qui ne veut pas utiliser un préservatif. Cela s'explique par l'insuffisances des connaissances des risques que les jeunes prennent en pratiquant

des relations sexuelles sans preservatifs. 67,7 % des participants sont d'accord pour l'usage des méthodes contraceptives par les jeunes.

Utilisation par les jeunes des soins de santé sexuelle et reproductive

Presque tous (90%) des participants n'ont jamais visité un établissement de santé pour avoir des informations concernant les méthodes contraceptives, la grossesse, et l'avortement. La moitié des participants en 50,2% a affirmé avoir vu des affiches sur les méthodes contraceptives dans un établissement de santé. Seulement 36% des participants ont assisté à une séance d'information sur la contraception dans une structure de santé. Une grande partie des jeunes en 63,7% ne se sent pas à l'aise pour poser des questions au personnel de santé quand ils se rendent aux Institutions de santé sur des méthodes contraceptives, grossesse, IST et VIH/SIDA. 93,5% des participants n'ont pas été informés sur les méthodes de contraception pendant la dernière consultation à l'établissement de santé que ce dernier dispose d'un service pour la distribution des méthodes de contraception.

Conclusions et Recommandations

Au regard des résultats obtenus pendant notre étude, après analyse par le test Anova, nous confirmons notre hypothèse de départ à 80% que les facteurs sociodémographiques (sexe, âge, religion et l'état civil,) ont une corrélation avec les connaissances-attitudes-pratiques face à la santé sexuelle et reproductive. Les résultats montrant que de la présentation et analyse des résultats de l'étude », démontrent et justifient qu'il y a une insuffisance des CAP sur la SSR des jeunes de localité Kamango qui se répercute sur les connaissances-attitudes-pratiques des jeunes sur les méthodes contraceptives, la prévention des IST et VIH/SIDA, leur perception sur comportement sexuelle, la SSR et l'utilisation par les jeunes des soins de santé sexuelle et reproductive dans les établissements de santé. La recommandation suivante était formulée : Que les résultats de cette étude servent d'un outil pour faire un plaidoyer afin d'élaborer une nouvelle stratégie sur l'intégration de l'éducation complète à la sexualité et reproduction en milieu scolaire et l'élaboration des programmes d'enseignement efficace sur la thématique de l'éducation sexuelle des jeunes

Références

- Antonio, G. (2015). *Journée de lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles (IST). La Santé Sexuelle et Reproductive : un enjeu mondial de Santé Publique*. Direction Générale de la Santé, ministère des Affaires sociales, de la Santé et des droits des femmes, Paris, France.
- Diana, P., et. al. (2013). *Genre et Santé sexuelle et reproductive 101*. Global Health Learning. p. 3-5. Repéré à <https://www.globalhealthlearning.org/sites/default/files/FR001-Genre%20et%20Sante%CC%81%20Sexuelle%20et%20Reproductive%20101.pdf>
- Johns Hopkins University. (2015). *L'accent sur la Santé Sexuelle et Reproductive des adolescents : Contexte et justification*. Urban adolescent SRH SBCC Implementation Kit. Repéré à <https://sbccimplementationkits.org/urban-youth/urban-youth/part-1-context-and-justification/focus-on-adolescent-sexual-and-reproductive-health/?lang=fr>
- Joy, C., Kate, P., Elisabeth F., Robin D., Elisabeth D., Edward S. (2014). *Santé Sexuelle et Reproductive de la Jeunesse*. Kinshasa, RDC.
- OMS. (2006). *Santé Sexuelle*. Repéré à https://www.who.int/fr/health-topics/sexual-health#tab=tab_2

- OMS. (2015). *Stratégie sur la stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent de 2016-2030*. Repéré à https://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2017/10/EWEC_GSUpdate_Brochure_FR_2017_web.pdf
- Patricia, B. (s.d). *Petite histoire de la contraception*. Pharmacie Principale 1972. Repéré à <https://m.pharmacie-principale.ch/themes-sante/sexualite/petite-histoire-de-la-contraception>
- Patrick, A. (2006). *Contraception chez l'adolescente : le grand paradoxe*. *Archive Pédiatrique*. Service de médecine pour adolescents, fédération de pédiatrie, hôpital de Bicêtre, Assistance publique-hôpitaux de Paris, France. p. 329-332.
- Rwenge, J. R. (2019). *Comportements Sexuels parmi les Adolescents et Jeunes en Afrique subsaharienne Francophone et Facteurs Associés*. African Journal of Reproductive Health. Vol 17 N°1. Publié par Women's Health and Action Research Centre (WHARC). Cameroun.
- Sexual and Reproductive Health Matters (SRHM) .(2020). Questions de Santé Sexuelle et Reproductive : L'Afrique francophone : Quelles priorités en santé sexuelle et reproductive ? Article publié en anglais dans SRHM, Sexual and Reproductive Health Matters, Volume 27, issues 1 and 3, 2019, et Volume 28, issue 1, 2020.
- UNFPA. (2022). *Santé Sexuelle et Reproductive*. Repéré à <https://www.unfpa.org/fr/sant%C3%A9-sexuelle-et-reproductive>