

**ORIENTATION, CONSEIL ET DEVELOPPEMENT DE LA JEUNESSE  
POUR L'AFRIQUE**

# **MODULE 3**

**Santé génésique et  
sexuelle des  
adolescent(e)s**



**VERSION 2002**

# SOMMAIRE

	<b>Page</b>
<b>Introduction</b>	<b>1</b>
I. But	2
II. Objectifs globaux	3
III. Résultats attendus	3
IV. Groupes cibles	3
V. Méthodologie générale	3
VI. Contenu	4
VII. Évaluation	4
<b>Thème 3.I : Connaissance de soi et vie sexuelle des adolescent(e)s</b>	<b>5</b>
Sous-thème 3.I.1 : Etude descriptive des appareils génitaux humains	6
Sous-thème 3.1.2 : Étude du fonctionnement des appareils génitaux humains	11
Sous-thème 3.I.3 : Étude de la vie sexuelle des adolescent(e)s	17
<b>Thème 3.II: Introduction aux valeurs familiales et à la démographie / Maîtrise de la fécondité</b>	<b>27</b>
Sous-thème 3.II.1 : Croissance démographique	29
Sous-thème 3.II.2 : Les grossesses précoces et/ou non désirées	33
Sous-thème 3.II.3 : Pourquoi et comment éviter les relations sexuelles précoces	36
<b>Thème 3. III: Les problèmes de santé génésique et les MST / Sida</b>	<b>41</b>
Sous-thème 3.III.1 : Étude des pathologies courantes des appareils génitaux de l'être humain	42
Sous-thème 3.III.2 : Les MST/SIDA comme conséquences d'une relation sexuelle non protégée	47
<b>Thème 3. IV: Problèmes liés à la sexualité des adolescent(e)s</b>	<b>59</b>
Sous-thème 3.IV.1 : La Protection des adolescent(e)s contre les violences sexuelles	61
Sous-thème 3.IV.2 : Gestion de la crise pubertaire	68
Sous-thème 3.IV.3 : Pistes pour une éducation sexuelle systématique	72
<b>Annexes</b>	<b>81</b>
<b>Glossaire</b>	<b>99</b>
<b>Abréviations</b>	<b>100</b>
<b>Bibliographie</b>	<b>101</b>
<b>Table des matières</b>	<b>103</b>
<b>Affichette sur le Sida (en dernière page)</b>	

## INTRODUCTION

L'élaboration du module en santé génésique<sup>1</sup> et sexuelle des adolescent(e)s répond à une préoccupation constante de l'ensemble des populations en matière d'éducation et particulièrement de celle des filles et des femmes. La cible adolescente (10-19 ans) représente la moitié de la population des pays africains. Les conclusions d'études menées dans les différents pays du continent montrent que des handicaps majeurs entravent :

- l'accès et le maintien des filles dans le système scolaire ;
- une réponse adéquate à leurs besoins fondamentaux pour assurer leur épanouissement, développer pleinement leurs facultés et leur permettre de participer au développement politique, économique et socio-culturel de leur pays.

Sur le plan des besoins fondamentaux en matière d'éducation, les adolescentes et les femmes continuent de souffrir de sous-scolarisation et d'analphabétisme malgré les efforts déployés depuis la Conférence de Ouagadougou en mars/avril 1993 pour améliorer l'accès des filles et des femmes à l'éducation et à la formation, particulièrement dans les zones rurales et péri-urbaines.

Sur le plan de la qualité de l'enseignement et de la formation, il reste beaucoup à faire pour assurer l'autonomie des filles et faciliter leur insertion future dans la vie active.

La santé génésique, c'est-à-dire liée à la procréation, est définie par "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" (source : *Programme national du Sénégal en Santé de la Reproduction 1997-2000*).

Par ailleurs, la crise économique qui affecte les pays africains depuis les années 80 est accentuée par une croissance démographique élevée de l'ordre de 3 % due à des taux élevés de fécondité et malgré l'importance des taux de mortalité infanto-juvénile, de mortalité maternelle, et de l'incidence du VIH/sida sur les populations. Parmi elles, ce sont les

---

<sup>1</sup> Le qualificatif de 'génésique', se rapporte à la génèse, à la création ou à ce qui a trait à la procréation. Le radical de ce terme se retrouve dans 'génétique' ou appareil 'génital' par exemple.

adolescentes et les femmes qui sont identifiées comme les groupes les plus vulnérables, ceux que les aspects négatifs des mutations économiques et sociales n'épargnent pas, tant pour leur état de santé général que pour leur santé génésique, en particulier. Ce bien-être au niveau de la santé est un dû qui doit être garanti à tout être sans distinction de sexe.

Au niveau scolaire, les adolescentes vivent sous des contraintes majeures que sont les tabous transposés de la famille à l'école et amplifiés par toutes sortes de stéréotypes sexistes et d'un environnement infrastructurel scolaire inadapté. Les connaissances des organes reproducteurs humains sont simplement transmises dans les disciplines enseignées : au cycle élémentaire (sciences d'observation), au cycle moyen et au cycle secondaire des collèges et lycées (sciences naturelles et économie familiale).

Les adolescentes sont aussi exposées aux mariages précoces (41% en milieu scolaire), à l'exploitation sexuelle (harcèlement, viol, pédophilie) dont les conséquences les plus évidentes sont l'abandon de l'école, les traumatismes nés de grossesses non désirées, d'avortements, d'infections génitales diverses (maladies sexuellement transmissibles [MST] et VIH/Sida, etc.).

Ce module en santé génésique et sexuelle des adolescent(e)s s'inscrit dans la perspective de satisfaire les besoins fondamentaux des adolescent(e)s par la formation préalable des formateurs/trices qui, à leur tour, sensibiliseront, formeront et conseilleront des adolescentes et des femmes pour qu'elles s'insèrent de façon harmonieuse dans la société en mutation du monde moderne.

## **I. BUT**

Le module sur la santé génésique et sexuelle des adolescent(e)s vise à permettre aux formateurs/trices d'amener les adolescent(e)s à se prendre en charge par :

- la connaissance de soi, la confiance en soi et le respect de soi ;
- le sens des valeurs familiales et de la démographie ;
- la maîtrise de la fécondité ;
- la gestion des problèmes liés à la puberté.

## **II. OBJECTIFS GLOBAUX**

Au terme du module, le/la formateur/trice en conseil d'orientation doit :

- maîtriser des techniques d'information, de sensibilisation et de communication pour s'adresser à un public adolescent ;
- connaître des notions de base relatives à la santé génésique : procréation et sexualité, appareil génital (anatomie), problèmes liés à la santé génésique (pathologie, stérilité), prévention des problèmes ;
- être capable de mener, de suivre et d'évaluer des actions de formation, d'information, de sensibilisation et de conseil menées en direction d'un public adolescent.

## **III. RESULTATS ATTENDUS**

- meilleure prise en charge de la santé génésique des adolescent(e)s en s'appuyant sur des formateurs/trices avertis ;
- amélioration du maintien des filles à l'école ;
- création des conditions favorables aux adolescent(e)s leur permettant d'assumer leur identité, de s'affirmer et de construire une image positive d'eux (elles)-mêmes.

## **IV. GROUPES CIBLES**

Formateurs/trices (enseignant(e)s et animateurs/trices) oeuvrant dans les secteurs d'enseignement formel/non formel, et travailleurs/euses sociaux/ales.

## **V. METHODOLOGIE GENERALE**

L'enseignement du module sera fait sur la base de méthodes pédagogiques participatives qui permettent des approches pluridisciplinaire, transdisciplinaire et multi-sectorielle. Il s'agit d'un cadre général autour duquel le/la formateur/trice adaptera sa propre réalité.

Elle utilisera les discussions de groupe autour des thèmes de recherche relatifs à la santé génésique préparés et présentés par les participant(e)s grâce à l'observation, l'analyse, le commentaire, l'étude de cas vécus, les jeux de rôles par les participant(e)s, les questions-réponses, les techniques de résolution de problèmes et de clarification de valeurs, le questionnaire d'enquête et le témoignage, etc.

## **VI. CONTENU**

Le module comprend quatre thèmes :

Thème 3.I : Connaissance de soi et vie sexuelle des adolescent(e)s

Thème 3.II : Introduction aux valeurs familiales et à la démographie  
/ Maîtrise de la fécondité

Thème 3.III : Les problèmes de santé génésique et les MST / Sida

Thème 3.IV : Problèmes liés à la sexualité des adolescent(e)s

## **VII. EVALUATION**

A la fin de la formation, des fiches d'évaluation seront distribuées aux participant(e)s.

Cette évaluation portera sur :

- l'organisation de la formation (forces et faiblesses) ;
- la logistique ;
- les conditions de travail ;
- la pertinence des thèmes ;
- l'intérêt des participant(e)s pour cette formation et le style d'animation
- les suggestions des participant(e)s.

Les fiches seront dépouillées et une analyse de leur contenu sera faite. Leurs résultats seront portés à la connaissance des participant(e)s, des décideurs, des partenaires techniques et financiers, et des formateurs/trices concerné(e)s ; ceci permettra aussi d'améliorer les prochaines sessions de formation pour mieux répondre aux attentes exprimées.

# Connaissance de soi et vie sexuelle des adolescent(e)s

## OBJECTIF GENERAL

---

Fournir des informations sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie des appareils génitaux humains ainsi que sur les grandes lignes de la vie sexuelle des adolescent(e)s , afin de connaître les différents problèmes d'ordre sexuel, psychologique, sociologique et affectif liés à la puberté.

## RESULTATS ATTENDUS

---

A la fin du thème, vous devriez être capable de :

- ➔ identifier et décrire de façon succincte les organes génitaux humains;
- ➔ expliquer sommairement la physiologie des appareils génitaux humains;
- ➔ décrire les manifestations biologiques liées à la puberté;
- ➔ caractériser la vie sexuelle des adolescent(e)s, les premiers rapports sexuels, la contraception, la masturbation.

## CONTENU

---

Ce thème comprend trois sous-thèmes et des questions d'évaluation:

**Sous-thème 3.1.1** : Étude des appareils génitaux humains

**Sous-thème 3.1.2**: Étude du fonctionnement des appareils génitaux humains

**Sous-thème 3.1.3**: Etude de la vie sexuelle des adolescent(e)s

## Questions d'évaluation

### Sous-thème 3.1.1:

## ETUDE DESCRIPTIVE DES APPAREILS GENITAUX HUMAINS

L'une des manifestations de l'adolescence est *la maturation de l'appareil génital*. Sa structure et son fonctionnement ne sont pas toujours connus du public même le plus averti, particulièrement des jeunes en phase de développement que sont les adolescent(e)s. La fiche de lecture n° 1.1 *Etude des organes génitaux humains* donne des renseignements de base à ce sujet.

### 1. Objectif pédagogique

➔ Identifier et décrire de façon succincte les organes génitaux humains

### 2. Pré-test

En posant quelques questions, l'animateur/trice procède à une courte évaluation de la quantité et de la qualité des informations que le groupe possède sur les organes génitaux masculins et féminins.

### 3. Activités

#### Activité 1.1

##### Travail en groupe

- ❖ La classe assiste à la projection de diapositives ou d'un film montrant les appareils génitaux masculin et féminin.
- ❖ Les participant(e)s peuvent également manipuler des mannequins ou observer des schémas des appareils génitaux masculin et féminin. (se reporter à l'annexe 1, pages 80 à 83.
- ❖ Après la projection commentée des diapositives (ou film) et la manipulation des mannequins ou l'observation des schémas, les participant(e)s se répartissent en petits groupes de 8 à 10 personnes. Chaque groupe rend compte des résultats de ses observations sur:
  - la structure des appareils génitaux masculin et féminin.
  - les différences et ressemblances des appareils génitaux masculin et féminin.



- Au terme du compte-rendu de chaque groupe, l'animateur/trice s'assure que les composantes suivantes des appareils génitaux féminin et masculin ont été relevées:

#### 👉 **Appareil génital féminin**

- la vulve (grandes et petites lèvres)
- le clitoris
- le vagin
- les glandes de Bartholin
- l'utérus
- les trompes utérines
- les ovaires, etc.

#### 👉 **Appareil génital masculin**

- les testicules
- les voies spermatiques
- les enveloppes des bourses
- le pénis, etc.

Ces données peuvent ensuite être comparées au contenu de la fiche n°1.1.

## **4. Méthodologie**

### a. Méthode

- travail en équipe
- questions-réponses
- analyse-synthèse

### b. Supports didactiques

- Film, diapositives, transparents, schémas, mannequins, images, photos ou autres documents imprimés.

## **5. Post-test**

Pour évaluer le niveau d'atteinte de l'objectif de départ, un schéma muet des figures 1, 2, 3 et 4 (voir annexes à la fin du module) des appareils génitaux féminin et masculin à annoter sera distribué à chaque participant(e). L'objectif sera considéré comme atteint si au moins 80% des participant(e)s à la formation parviennent à identifier sur le schéma les différentes composantes des appareils génitaux féminin et masculin.

## **6. Durée : 2 heures**

## 7. Contenu

### FICHE DE LECTURE N° 1.1

#### ÉTUDE DES ORGANES GENITAUX HUMAINS

##### I. Les organes génitaux féminins

L'appareil génital féminin se compose de :

- deux glandes, les ovaires, qui sécrètent des hormones et qui produisent des ovules;
- deux trompes utérines qui conduisent les ovules jusqu'à l'utérus;
- l'utérus dans lequel se développe l'oeuf fécondé;
- du vagin et de la vulve qui sont les organes de copulation.

*Cf : Annexe I, schémas 1 à 3: Coupes schématiques des organes génitaux de la femme*

##### **a. Les ovaires**

Les ovaires sont les organes producteurs des ovules; ce sont également des glandes endocrines responsables de la sécrétion des oestrogènes et de la progestérone.

*(Description sommaire; situation; rapports vascularisation/ innervation.)*

##### **b. Trompes utérines ou trompes de Fallope**

Ce sont deux conduits musculaires qui ont pour fonction de recueillir l'ovule qui s'échappe de l'ovaire au moment de l'ovulation et de le conduire vers la cavité utérine. C'est aussi dans les trompes que se produit la rencontre de l'ovule et du spermatozoïde et la fécondation de l'ovule.

*(Description sommaire- rapports vascularisation/innervation)*

##### **c. L'utérus**

C'est l'organe destiné à recevoir et à contenir l'oeuf fécondé pendant son évolution et à l'expulser quand il est arrivé à son complet développement.

*(Description sommaire- rapports vascularisation/innervation)*

##### **d. La vulve**

On désigne sous le nom de vulve l'ensemble des organes génitaux externes de la femme. Elle comprend:

- le pénil ou mont de Vénus;
- les formations labiales: grandes et petites lèvres;
- les organes labiaux (clitoris);
- les glandes de Bartholin.

*(Description sommaire - emplacement et rapports vascularisation/innervation)*

### **e. Le vagin**

Le vagin est un conduit musculo-membraneux qui s'étend du col de l'utérus à la vulve. Organe de copulation chez la femme, c'est aussi la voie de passage des sécrétions utérines et du fœtus pendant l'accouchement.

*(Description sommaire - emplacement et rapports vascularisation/ innervation)*

## **II. Les organes génitaux masculins** (Voir schéma 4 de l'annexe 1)

L'appareil de l'homme est constitué par:

- les testicules;
- les voies spermatiques;
- les enveloppes des bourses;
- les corps érectiles de la verge;
- les glandes annexes: prostate

### **a. Les testicules**

Les testicules sont au nombre de deux. Ils produisent les spermatozoïdes et sont également des glandes.

Les testicules sont placés normalement au- dessus de la verge, dans un sac appelé bourses.

### **b. Les voies spermatiques**

Ce sont les voies d'excrétion des spermatozoïdes. Elles s'étendent des canicules sémipares à l'urètre. Les voies spermatiques sont constituées par:

- les tubes droits;
- le rete testis;
- les canaux ou cônes déférents;

- l'épididyme;
- le canal déférent;
- les vésicules séminales.

*N.B: Faire une description adaptée au niveau de la formation. Axer l'observation sur la voie d'acheminement des spermatozoïdes depuis les testicules jusqu'à la verge.*

### **c. Les vaisseaux et les nerfs des testicules et des voies spermatiques.**

#### **d. La verge ou le pénis**

La verge est l'organe de la copulation chez l'homme. Elle est située au-dessus des bourses. La verge est constituée par les corps érectiles et elle est traversée par l'urètre pénien.

*N.B: Faire une description ou schématiser les corps érectiles ; insister sur la traversée de la verge par l'urètre qui est la voie d'acheminement à la fois du sperme et de l'urine.*

- Les corps érectiles
- Les enveloppes
- Le prépuce
- Le ligament suspenseur de la verge
- Les vaisseaux et les nerfs de la verge

#### **e. La prostate**

Description et situation (se reporter éventuellement à l'annexe I, figure 4).

## Sous-thème 3.I.2:

### ETUDE DU FONCTIONNEMENT DES APPAREILS GENITAUX HUMAINS

L'adolescence correspond à la période de transformations physiques et physiologiques chez les jeunes. Celles-ci conduisent à la maturation des organes génitaux qui deviennent fonctionnels. Les premières éjaculations (garçons) et menstruations (filles) sont les premiers signes manifestes de la maturité des organes génitaux masculin et féminin.

#### 1. Objectif pédagogique

➔ Expliquer sommairement la physiologie des appareils génitaux masculin et féminin.

#### 2. Pré-test

Observez les schémas muets des appareils génitaux masculin et féminin:

- Donnez un nom à chacun des éléments identifiés
- Quelle est la fonction de chacun de ces éléments?

#### 3. Activités

##### Activité 2.1

##### Travail en groupe

- ❖ L'ensemble des participant(e)s assiste à la projection d'un film sur l'ovulation et les premières menstruations et/ou les premières éjaculations.
- ❖ Après la projection du film, les participant(e)s se répartissent en groupes qui font un compte rendu suivi d'un commentaire sous l'encadrement d'une enseignante ou d'un enseignant. Selon les milieux socio-culturels, les enseignant(e)s adapteront les groupes (mixtes ou non mixtes).

**N.B.** Tout comme les premières éjaculations chez l'adolescent, les premières menstruations constituent un grand évènement dans la vie d'une adolescente. Elles sont parfois sources de problèmes et d'angoisse. Les enseignant(e)s peuvent aider la jeune fille à vivre positivement cet évènement en :

- **Rappelant à la mère son rôle dans la préparation de la jeune fille aux premières menstruations.** En l'absence de la mère, le père peut confortablement jouer ce rôle. Sinon, il sera nécessaire d'encourager l'adolescente à se choisir une enseignante ou une autre femme adulte à laquelle elle pourrait se confier.
- **Établissant un climat de respect mutuel dans la classe.** Aborder le sujet des premières règles dans les classes mixtes peut être embarrassant pour les filles, surtout lorsque les garçons réagissent par des moqueries et tournent la question en dérision. L'enseignant(e) doit rappeler à la classe que les premières règles sont un signe du fonctionnement normal de l'appareil génital féminin à cette période de la vie, à mettre en parallèle avec les modifications hormonales de l'appareil génital masculin qui entraînent l'apparition des premiers poils de la moustache ou le changement de tonalité de la voix (mue), par exemple. Se moquer de modifications qui sont le signe d'une évolution physique normale à l'adolescence serait faire montre d'immaturité mentale et psychologique.
- **Séparant la classe en deux groupes :** le groupe des filles aurait alors l'occasion d'aborder les questions d'ovulation, de menstruation et d'hygiène en toute tranquillité avec une enseignante et celui des garçons aborderait la question des premières éjaculations ainsi que leurs implications dans une atmosphère beaucoup plus détendue avec un enseignant.
- **Invitant les élèves et leurs parents à assister ensemble à une séance de film** sur les premières règles. Ils doivent cependant se garder de bousculer les réticences de certains parents à ce genre de programme en évitant d'exagérer leur importance.

(Dans les différentes activités, le/la formateur/trice adaptera l'activité à la réalité du milieu).

## **Activité 2.2**

### Jeu de rôle dans chacun des groupes

*Thème :* Une jeune fille entend parler des menstruations/de l'éjaculation pour la première fois. Elle veut en savoir plus et pose la question à l'une de ses amies. Celle-ci lui propose d'aller s'informer auprès d'une vieille femme du village. La vieille femme leur explique le développement du corps féminin, l'ovulation, les menstruations, et celui du corps masculin, le mécanisme de l'éjaculation ainsi que leurs liens avec la sexualité et la procréation.

- ❖ Choisir un membre du groupe pour jouer la vieille femme et deux autres pour jouer les jeunes filles.
- ❖ Le groupe des garçons peut faire le même jeu de rôle pour s'informer sur l'éjaculation, les menstruations, l'ovulation ainsi que leurs liens avec la sexualité et la procréation.

NB. Consulter la "bouclette" se rapportant aux problèmes de puberté et des règles.

### **Activité 2.3**

- ❖ Lecture attentive de la fiche de lecture n° 1.2 *Etude du fonctionnement des appareils génitaux humains* pour bien connaître le fonctionnement et la physiologie des organes génitaux masculin et féminin.
- ❖ Les participant(e)s se répartissent en deux équipes :
  - la première discute sur le fonctionnement de l'appareil génital masculin
  - la deuxième sur celui de l'appareil génital féminin.
- ❖ Au terme des discussions et commentaires pour lesquels une durée aura été préalablement définie, le/la rapporteur/trice de chaque équipe expose en plénière les résultats obtenus par son équipe.

- Enfin, à l'aide d'un schéma sur la physiologie des appareils génitaux masculin et féminin, l'enseignant(e) fait une synthèse en s'assurant que les aspects suivants ont été abordés:
  - la physiologie du cycle menstruel
  - le fonctionnement des ovaires
  - l'activité testiculaire
  - la sécrétion des hormones mâles et femelles
  - etc.

#### **4. Méthodologie**

##### a) Méthodes

- travail en équipe
- exposé
- analyse-synthèse
- jeux de rôle

##### b) Supports didactiques

- Film, documents imprimés, schémas

#### **5. Post-test**

L'enseignant (e) évalue si les informations ont été comprises par tous les élèves en posant des questions sur la physiologie du cycle menstruel (sa définition et ses implications), le fonctionnement des ovaires, la sécrétion des hormones mâles et femelles, etc.

#### **6. Durée : 2 heures**

## 7. Contenu

### Fiche de lecture N° .1. 2: ÉTUDE DU FONCTIONNEMENT DES APPAREILS GENITAUX HUMAINS

#### Fonctionnement des organes génitaux

Le fonctionnement des organes génitaux commence avec la puberté, en conséquence des sécrétions hormonales qui commencent à se produire entraînant des modifications morphologiques, physiologiques, psychologiques appelées *caractères sexuels secondaires*.

Les gonades (mâles ou femelles) exercent une influence sur la vie et le comportement de l'être vivant. Aux différentes périodes de leur évolution, correspondent les périodes de l'existence: infantile, pubertaire, adulte, ralentissement de l'activité, puis vieillesse.

Par l'élaboration des gamètes, les glandes sexuelles assurent la pérennité de l'espèce.

Les sujets mâle et femelle se distinguent par les attributs externes et l'organisation du tractus génital interne. Des caractères généraux différentiels (morphologie, physiologie et psychique) constituent les caractères sexuels secondaires. Les gonades en conditionnent l'apparition et le maintien.

#### 1. Les organes génitaux féminins

L'ovaire a deux rôles principaux qui s'imbriquent l'un dans l'autre :

- il produit à chaque cycle un ovule (cellule femelle) qui pourra être fécondé s'il rencontre un spermatozoïde et deviendra alors un oeuf, première étape d'une nouvelle vie embryonnaire.
- dans le même temps, il synthétise des hormones: oestrogènes et progestérones.

La succession harmonieuse des événements du cycle menstruel ne met pas seulement l'ovaire en jeu: l'ovaire est sous la dépendance de la glande hypophyse qui lui envoie des ordres en sécrétant des hormones; l'hypophyse est elle-même dépendante de l'hypothalamus qui, lui, reçoit des ordres du cortex cérébral. Le fonctionnement de tout ce circuit est complexe et délicat ; il peut être facilement perturbé: même une émotion, une fatigue, un changement de vie peut intervenir sur le cycle menstruel.

#### **a. Physiologie du cycle menstruel**

Chez la femme, au moment de la puberté, se déclenche tout un mécanisme cyclique qui va aboutir chaque mois à la menstruation, c'est-à- dire, à un écoulement sanguin provenant de la cavité utérine et durant en moyenne 3 à 6 jours: ce sont les règles.



## **b. Définition du cycle menstruel**

On appelle cycle menstruel , la période s'écoulant entre deux règles. Par convention, le cycle menstruel commence le 1er jour des règles et se termine la veille des règles suivantes. Il dure en moyenne 28 jours mais peut varier. Chez certaines femmes, il est très irrégulier, chez d'autres, il l'est moins.

## **c. Signification de l'écoulement:**

*Quelle est la signification de cet écoulement menstruel et à quel mécanisme de régulation obéit-il pour se reproduire régulièrement pendant toute la vie génitale en dehors des grossesses ?*

La sécrétion harmonieusement rythmée des deux hormones (oestrogène et progestérone) tout au long du cycle va préparer l'utérus à recevoir et nourrir l'œuf fécondé en épaississant ses parois et en développant des glandes en tubes le transformant ainsi en une véritable "dentelle utérine". C'est l'éjection de cette partie de la muqueuse utérine, très vascularisée, qui, tous les 28 jours du cycle, forme les règles lorsqu'il n'y a pas eu fécondation ou implantation.

## **2. Les organes génitaux masculins**

### **a. L'activité testiculaire**

L'activité testiculaire correspond à l'élaboration des gonades mâles (spermatozoïdes) et à la sécrétion d'hormones androgènes. Les spermatozoïdes sont formés dans les tubes séminifères du testicule. Ils sont issus de cellules initiales immatures (spermatozoïdes souches) qui vont subir des transformations pour devenir matures. L'ensemble de ces transformations constitue la *spermatogenèse*.

Les spermatozoïdes vont être formés au cours de ce processus, parcourant successivement les voies testiculaires, l'épididyme, le canal déférent. Les canaux excréteurs des vésicules séminales se réunissent avec les canaux déférents pour constituer le canal éjaculateur qui transverse la prostate pour déboucher dans l'urètre.

### **b. La sécrétion des hormones androgènes**

Les hormones androgènes sont élaborées et sécrétées par les cellules situées dans une zone spécifique du testicule. La testostérone est l'hormone androgène la plus importante et la plus active. Pendant la période foetale, les hormones androgènes assurent et développent l'appareil génital primitif en appareil génital mâle.

Chez l'adulte masculin, la production normale d'hormones androgènes intervient dans l'élaboration du spermatozoïde et de celle de son support liquide qui lui permet de conserver son activité.

Les hormones androgènes ont d'autres activités: augmentation de la synthèse des protéines, poussée de la croissance pubertaire.

**c. La régulation de l'activité testiculaire au niveau du cerveau par le complexe hypothalamo-hypophysaire par l'intermédiaire d'hormones.**

Les productions d'androgènes et de spermatozoïdes sont fonctionnellement liées. Ainsi à la puberté, les taux d'androgènes s'élèvent et la spermatogenèse commence... On sait depuis de nombreuses années que l'ablation de l'hypophyse entraîne l'involution des testicules, le déclin et l'arrêt de la spermatogenèse. La régulation de l'activité testiculaire s'effectue donc bien au niveau du cerveau par le complexe hypothalamo-hypophysaire par l'intermédiaire d'hormones.

### **Sous-thème 3.I.3:**

## **ETUDE DE LA VIE SEXUELLE DES ADOLESCENT(E)S**

Les transformations biologiques qui interviennent à l'adolescence (en général entre 8-12 ans pour les filles et 10-14 ans pour les garçons) mettent un terme à la période paisible de l'enfance et permettent au jeune de pouvoir faire face aux nouvelles exigences de son corps sexué mûrissant, à la recherche d'une nouvelle identité. Ceci aura des conséquences sur sa vie affective et sociale.

### **1. Objectifs pédagogiques**

- décrire les manifestations biologiques liées à la puberté;
- caractériser la vie sexuelle des adolescent(e)s, les premiers rapports sexuels, la contraception, la masturbation.

### **2. Pré-test**

Réflexion collective sur les problèmes liés aux manifestations de la phase pubertaire.

### **3. Activités**

#### **Activité 3.1**

##### Travail de groupes mixtes

- ❖ L'ensemble des participant(e)s assiste à la projection d'un film sur le développement humain, de la naissance à l'adolescence.
- ❖ Après la projection du film, les participant(e)s se répartissent en deux groupes: le premier rassemble les observations sur les changements physiques/physiologiques marquant le début de la puberté chez le garçon et le deuxième chez la fille. Ces observations vont porter sur:
  - l'apparence physique, le contour du visage
  - la posture
  - le poids et la taille
- ❖ Au terme des discussions sur les différences identifiées et leurs causes probables, chaque groupe rend compte en plénière de ses observations sur les changements intervenus à l'adolescence chez les filles ou chez les garçons.

L'animateur/trice veillera à ce que les aspects suivants soient abordés et expliqués:

👉 Chez les filles:

- seins et poitrine
- acné
- poils pubiens et sous les aisselles
- premières menstruations
- croissance staturale et pondérale
- augmentation du volume du bassin
- développement du vagin et de l'utérus, etc.

👉 Chez les garçons

- développement de l'appareil génital (testicules, pénis, scrotum)
- poils pubiens
- barbe et moustache
- acné
- accélération du fonctionnement des glandes sudoripares
- premières éjaculations
- mue de la voix
- croissance staturale et pondérale, etc.

A la fin l'animateur/trice fera une synthèse en expliquant les conséquences de ces transformations biologiques.

Activité 3.2:

Travail de groupes non mixtes

- ❖ Les participant(e)s se répartissent en deux groupes:
  - encadré par un animateur, le groupe des garçons mène des discussions sur les premiers rapports sexuels et autres formes de la vie sexuelle pendant l'adolescence ;
  - celui des filles, aidé par une animatrice, discute de leurs premières expériences sexuelles, la perception du sexe opposé, la contraception, etc.
- ❖ Chacun des groupes identifie et discute des caractéristiques affectives et sociales de l'adolescence.
- ❖ Une réunion en plénière leur permet de faire une mise en commun des résultats de travail de chaque groupe.

### **Activité 3.3**

- ❖ Lecture silencieuse de la fiche de **lecture N° 1.3** *Les transformations biologiques de l'adolescence, leurs conséquences sur la vie sexuelle, affective et sociale de l'adolescent.*
- L'animateur invite l'un ou l'autre participant à résumer à partir du texte lu les caractéristiques de la vie affective et sociale des adolescent(e)s.
- Une fois le résumé fait, l'animateur/trice procède à une synthèse générale en collaboration avec l'ensemble des participant(e)s.

### **Activité 3.4**

#### Étude de cas : La lettre de Maïmouna à son amie, Dally

- Maïmouna est une jeune fille de 14 ans. Depuis quelques temps, elle n'est plus la même. Elle est sujette à des transformations et des troubles qu'elle ne peut pas s'expliquer. Elle ne peut actuellement se concentrer sur ses leçons parce qu'elle se sent, pour la première fois, sexuellement attirée par un garçon.
- L'animateur/trice peut écrire une autre histoire ou compléter celle-ci à sa guise.
- ❖ Les participant(e)s lisent la lettre de Maimouna et discutent de son contenu en essayant de répondre aux questions suivantes:
  - Quel est le problème de la fille qui a écrit cette lettre ?
  - Quels sont les sentiments exprimés dans cette lettre ?
  - Ces sentiments sont-ils naturels ? Pourquoi ?
  - Quelle signification peut-on donner à cet intense sentiment d'attraction vers le sexe opposé ?
  - Souvenez-vous d'avoir vécu cette expérience ou d'en avoir entendu parler ?
  - Que feriez-vous si vous étiez dans la même situation ?

## **3. Méthodologie**

### a. Méthodes

- discussions en groupes
- exposé
- synthèse
- étude de cas

b. Supports didactiques

- Film, documents imprimés

4. **Post-test**

Pour évaluer si l'objectif de départ a été atteint, l'animateur/trice peut poser les questions ci-après :

- Quelles sont les premières manifestations de l'adolescence chez le garçon, la fille ?
- Quelles sont leur signification et conséquences sur la vie sexuelle de l'adolescent (e) ?
- Quelles sont les caractéristiques de la vie affective à l'adolescence ?
- A quelles crises l'adolescent (e) peut -il être confronté(e) dans sa vie sociale ?

5. **Durée:** 2 heures

## 7. Contenu

### FICHE DE LECTURE N° 1.3:

#### LES TRANSFORMATIONS BIOLOGIQUES DE L'ADOLESCENCE, ASPECTS DE LA VIE SEXUELLE, AFFECTIVE ET SOCIALE DE L'ADOLESCENT

##### **1. Vie affective et sexuelle**

Nous avons déjà saisi les difficultés qui s'attachaient à la délimitation de l'adolescence dans nos sociétés. Du point de vue de son amorce, il est tentant de penser qu'elle est commandée par la puberté. Cette dernière a, certainement, un caractère spectaculaire avec l'importance des changements physiques, physiologiques et sexuels, mais comme le soutient Piaget, " lorsqu'on réduit l'adolescence à la puberté, comme si l'essor de l'instinct d'aimer était le trait caractéristique de cette dernière période du développement mental, on n'atteint qu'un des aspects du renouvellement total qui la caractérise ".

Ainsi, plutôt que le biologique ou l'éclosion hormonale, ce sont les modifications psychologiques importantes, la charge imaginaire et affective liée à ce corps subissant la transformation sexuelle, qui déclenchent véritablement l'adolescence.

##### **2. La crise pubertaire**

La puberté correspond à la *période de maturation des organes génitaux*, source de sécrétions hormonales nouvelles. Ainsi, il va se produire chez le jeune garçon comme chez la jeune fille, des modifications appelées *caractères sexuels secondaires*, tendant à les différencier l'un de l'autre.

Au niveau du garçon: apparition de la moustache, de la barbe, mue de la voix avec l'élargissement du larynx, force musculaire, ...

Au niveau de la jeune fille: apparition des seins, élargissement du bassin, acné (boutons du visage).

Parallèlement à ces modifications morphologiques, des modifications physiologiques surviennent également, créant un *contexte psycho-somatique nouveau*: l'enfant se sent désorienté, physiquement et moralement, vis-à-vis de lui même, face à ses diverses transformations corporelles, et semble ne plus se reconnaître. Garçons et filles développent alors ce qu'on a appelé le "signe du miroir" avec une tendance exagérée à s'examiner dans un

miroir pour constater les transformations de leur visage : ils/elles ont le sentiment d'avoir changé et ressentent une impression de dépaysement.

Dépayés, ils le sont aussi vis-à-vis de leur entourage qui est obligé de subir leur intolérance. Des habitudes contractées dans leur enfance, le contrôle parental, de même que la sollicitude des parents à leur égard les dérangent.

Les excès de colère, une grande nervosité émaillent le tableau de la personnalité de l'adolescent qu'il faut situer, assurément dans un régime de dominance affective. Ces phénomènes des plus banals revêtent ici un relief saisissant tant les réactions affectives deviennent disproportionnées par rapport à ce qui les a déclenchées.

Pourtant, l'adolescent éprouve aussi le désir de changer mais ne sait vers qui ou vers quoi se tourner. Tout sentiment chez lui comporte le sentiment opposé. C'est *l'ambivalence des attitudes et des sentiments* caractéristiques de l'adolescent.

Dans ses relations avec l'entourage, l'adolescent éprouve le besoin d'attirer l'attention, d'épater (réactions de jactance) tout en gardant une attitude de gêne, un sentiment de honte, de doute sur soi-même. Ce qui fait dire au Pr. Debesse de Strasbourg, France, que "l'adolescence est une crise d'originalité juvénile".

On constate chez l'adolescent bien d'autres traits influencés par l'ambivalence : besoin de conquête, de renouvellement, de renoncement, de se libérer par l'action, par l'inédit, par l'imprévu, d'anéantir ce qui, par ailleurs, le paralyse. Mais, il y a cette dépendance matérielle et financière des adolescent(e)s au milieu familial, qui peut constituer, particulièrement en pays africain, un élément freinant l'élan d'émancipation.

### **3. Approche psychanalytique**

L'approche de la puberté, avec la maturation des organes génitaux, met un terme au calme relatif de la période de latence que connaissait la sexualité.

Il y a une réactivation des pulsions et intérêts sexuels, et une excitabilité nouvelle de la zone génitale, amenant l'enfant, surtout le garçon, à redécouvrir la masturbation. Il s'opère, comme le dit Freud, "une reviviscence de l'Oedipe" à travers laquelle on peut saisir les difficultés spécifiques de la puberté et de l'adolescent.

En effet, le développement des pulsions sexuelles tend à amener l'adolescent à rechercher un objet sexuel (extérieur à la famille). Tout en restant attaché, au moins partiellement, à l'objet oedipien, et fixé à la situation oedipienne, il voudrait s'en éloigner dans le même temps, à cause des interdits et de l'angoisse qu'elle comporte pour lui



(situation stressante). C'est qu'il a acquis, maintenant, la possibilité d'être réellement actif, d'exercer sa sexualité.

Avant la puberté, le choix préférentiel d'un des parents, et la tentative de devenir l'objet unique de son désir (fille → père; garçon → mère) ne faisaient qu'amuser les parents, devant l'expression de ce qu'ils considéraient comme des désirs enfantins. Durant l'adolescence, "le corps sexué de l'adolescent rend les désirs incestueux menaçants et déclenche l'angoisse " selon Levi-Strauss.

Dans le fantasme inconscient, comme le soutient Winnicot, grandir veut dire prendre la place du parent : par nature, c'est un acte agressif.

Ceci amène l'adolescent(e) à rechercher la séparation, aux plans affectif et sexuel, des êtres chéris jusque là. Ce désir d'échapper au danger incestueux explique la tendance à s'évader du milieu familial. Les sorties, la rencontre avec l'autre sexe constituent, d'ailleurs, un facteur fréquent de conflits avec les parents, qui les assimilent à une "délinquance sexuelle" avec des tentatives, supposées, de faire l'amour. Or, les préoccupations de l'adolescent, dans ce contexte, sont, au départ, tout autres: il s'agit de rechercher une sérénité hors du milieu angoissant de la famille, de rechercher la tendresse et un amour qui lui permettent de respecter, de cette manière, l'interdit de l'inceste. C'est le désir d'être ensemble également entre jeunes de même âge.

Mais, l'intensité des pulsions et l'inquiétude devant les désirs sont telles que le réveil sexuel peut se produire dans un climat d'anarchie, de violence et de contradiction. On peut retenir au titre des réactions extrêmes des adolescent(e)s face à ce réveil sexuel, deux principales éventualités:

1- Pour les uns, la découverte de la sexualité et la recherche effrénée du plaisir, y compris dans les autres domaines (plaisir d'être sale, grossier, boulimique, agressif, sexuellement hyper-actif et précoce).

2- Pour les autres, la recherche d'une maîtrise de soi en érigeant une barricade contre l'irruption de la sexualité et le plaisir (refus du corps, du contact, de nourriture, exacerbation des idées ou fanatisme philosophique, politique, religieux avec les sectes). Quelquefois, la recherche du plaisir et son refoulement peuvent alterner chez un même individu.

#### **4. Vie sociale des adolescent(e)s**

La tendance à se grouper (l'instinct grégaire) est un élément significatif chez les adolescent(e)s qui expriment le désir de fuir une réalité familiale vécue comme contraignante et angoissante, et qui recherchent une certaine réassurance contre l'isolement et la dépersonnalisation. En effet, face au monde contesté des adultes, les adolescent(e)s cherchent à s'affirmer en s'opposant. Le refus de la loi, le rejet de l'autorité et la transgression des interdits parentaux, l'indiscipline, sont des manifestations couramment rencontrées. A la faveur du parachèvement des structures de la pensée (pensée formelle), l'adolescent(e) acquiert une plus grande objectivité et parvient à déceler les imperfections des adultes, ainsi que celles du monde. Il s'opère un effondrement des valeurs, car les parents, naguère "idéalisés", tombent de leur piédestal, en faisant, du coup, perdre un précieux support identificatoire. Le statut sécurisant de l'enfant a cédé la place à un état de révolte et de remise en question de tout. Lui-même n'échappe pas à la règle, en découvrant qu'il n'est pas tout-puissant, qu'il a des limites et doit renoncer à sa "mégalomanie", son "immortalité".

Ce particularisme de l'adolescent, aux plans mental et affectif se retrouve dans l'étude de Piaget sur la vie sociale de l'adolescent. Il y aurait une phase initiale de repliement (phase négative de Ch. Bühler) et une phase d'ouverture (positive).

Dans la première phase, l'adolescent paraît complètement a-social. Mais, l'examen des discours des adolescent(e)s, leurs journaux intimes, ainsi que de la plupart de leurs rêves, fait apparaître nettement une grande préoccupation de dévouement à l'humanité teintée d'un égocentrisme aigu, parce qu'ils se sentent encore le centre du monde. D'où cette notion de messianisme de l'adolescent qui s'attribue un rôle essentiel dans le salut de l'humanité et conçoit un plan en fonction de cet impératif.

Ainsi, n'est-il pas étonnant que sa sociabilité commence par la vie des jeunes gens entre eux. Ces sociétés d'adolescent(e)s, qui se distinguent des sociétés d'enfants essentiellement mues par le jeu collectif, sont principalement des sociétés de discussions. A deux intimes ou en petits cénacles, des débats passionnés et sans fin se poursuivent sur l'univers et la nécessité de le reconstruire.

Le groupe d'adolescent(e)s apporte ainsi la sécurité - car c'est sous son aile protectrice, que peuvent déferler les manifestations d'opposition - et la sérénité recherchée par ses membres, animés du souci d'une autonomie intellectuelle, morale et affective. Il y a une dilution de la conscience individuelle dans la responsabilité collective qui allège le sentiment de culpabilité individuelle et lève les inhibitions.

La grande standardisation de l'aspect extérieur (attitudes physiques, coupe des cheveux, style vestimentaire, allure négligée ou sophistiquée, etc.) ainsi que du langage (grossièretés fréquentes, décharges ludiques, mots néo-formés) créent une forte uniformité accréditant l'idée d'un monde fermé et marginal.

Viennent par la suite des sociétés plus larges, les mouvements de jeunesse, qui permettent, aux adultes, de découvrir réellement la vocation sociale des adolescent(e)s. Comme le dit Piaget, "l'adaptation véritable à la société se fera enfin, automatiquement lorsque de réformateur/trice, l'adolescent(e) deviendra réalisateur/trice ".

Des projets, plans de réformes politiques et sociales, systèmes souvent théoriques par lesquels les adolescent(e)s tentaient de s'insérer dans la société des adultes, les jeunes vont accéder, au sein de ces mouvements de jeunesse, à un travail effectif et suivi dans une situation concrète et bien définie, source de grands enthousiasmes collectifs. Il s'y opère des tentatives de réorganisation positives et l'immatunité initiale de l'adolescent(e) est progressivement relayée par une certaine stabilité, un équilibre qui marque ainsi, l'accès à l'âge d'adulte.

## **EVALUATION DU THEME 3.I**

---

1. Identifiez sur ces schémas muets (distribués auparavant aux participant(e)s) les différents éléments composant les appareils génitaux féminin et masculin.
2. Quelle est la fonction de chacun de ces éléments?
3. Que doit-on entendre par cycle menstruel?
4. Quelle est la signification de l'écoulement menstruel et à quel mécanisme de régulation obéit-il pour se reproduire régulièrement pendant toute la vie génitale de la femme en dehors des grossesses?
5. Citez les principales hormones mâles et femelles que vous connaissez. Quel est le rôle de chacune d'elles?
6. Quelles sont les premières manifestations de l'adolescence chez le garçon ?  
chez la fille ?
7. Quelles sont leurs significations et leurs conséquences sur la vie sexuelle de l'adolescent(e) ?
8. Quelles sont les caractéristiques de la vie affective de l'adolescence ?
9. A quelles crises l'adolescent (e) peut-il être confronté dans sa vie sociale ?

# Introduction aux valeurs familiales et à la démographie Maîtrise de la fécondité

L'introduction aux valeurs familiales et à la démographie permet d'apporter une réponse éducative au défi démographique dans ses interrelations avec les facteurs sociaux, culturels et économiques.

## OBJECTIF GENERAL

---

Sensibiliser les participant(e)s aux problèmes démographiques afin qu'ils soient en mesure d'aider les adolescent(e)s à adopter des comportements et attitudes responsables favorables à l'amélioration de leur qualité de vie.

## RESULTATS ATTENDUS

---

A la fin du thème 3.II, vous devriez être capable de:

- décrire la situation démographique du monde, de l'Afrique et de votre pays ;
- expliquer les déséquilibres entre croissance démographique et croissance économique ;
- identifier les mesures appropriées pour harmoniser la croissance démographique à la croissance économique ;
- expliquer aux adolescent(e)s les méthodes (avantages et inconvénients) disponibles de protection contre les grossesses précoces/ non désirées ;
- citer les inconvénients des grossesses précoces/ non désirées ;
- fournir aux adolescent(e)s des conseils qui les aideront à éviter des grossesses précoces /non désirées.
- encourager les adolescent(e)s à s'abstenir de toute relation sexuelle jusqu'à ce que :
  - ils comprennent la responsabilité qu'elle implique
  - atteignent l'âge de la majorité
  - soient sûrs de la réciprocité et de la sincérité de leur relation
  - décident de se marier

## CONTENU

---

Ce thème comprend trois sous-thèmes et des questions d'évaluation:

**Sous-thème 3.II.1:** Croissance démographique

**Sous-thème 3.II.2:** Les grossesses précoces et/ou non désirées

**Sous-thème 3.II.3:** Pourquoi et comment éviter les relations sexuelles précoces ?

**Questions d'évaluation**

### Sous-thème 3.II.1:

## CROISSANCE DEMOGRAPHIQUE

### 1. Objectifs pédagogiques

- ➔ décrire la situation démographique du monde, de l'Afrique et de son propre pays;
- ➔ expliquer les déséquilibres entre la croissance démographique et la croissance économique;
- ➔ identifier les mesures appropriées pour harmoniser la croissance démographique à la croissance économique.

### 2. Pré-test

Quelques jours avant cette séance, l'animateur/trice aura demandé aux participant(e)s de rassembler des informations sur les données démographiques du monde, de l'Afrique et surtout de leur pays. Les données recherchées sont : le nombre total de la population, le taux de mortalité, de natalité et d'accroissement de la population. En guise d'évaluation des prérequis, l'animateur/trice discutera les informations recueillies avec les participant(e)s .

### 3. Activités

#### Activité 1.1

- ❖ A l'aide de transparents et de cartes préalablement préparés, l'animateur/trice fait une courte présentation de la situation démographique du monde, de l'Afrique et du pays des participant(e)s. Il (elle) commente les taux de croissance démographique, de natalité et de mortalité.
  - Les participant(e)s sont ensuite divisés en deux groupes :
    - le premier cherche des éléments de réponses à la question suivante “ *Quelles sont les conséquences du déséquilibre entre la croissance démographique et la croissance économique ?* ” ;
    - le deuxième groupe essaie de répondre à la question “*Quelles mesures peuvent être envisagées pour remédier au déséquilibre entre la croissance démographique et la croissance économique ?*”.
- ❖ En plénière, chaque groupe rend compte des résultats de ses discussions.

☞ L'animateur/trice fera enfin la synthèse en veillant à ce que les aspects suivants soient abordés:

- les conséquences d'une forte croissance démographique dans les secteurs de la santé, de l'enseignement, de l'emploi, de l'environnement, de l'aménagement du territoire, etc.
- les mesures susceptibles de contribuer à la diminution de la croissance démographique (politiques démographiques: émigration, planification familiale, etc.)
- les mesures susceptibles de contribuer à l'augmentation de la croissance économique.

## **1. Méthodologie**

### a. Méthodes

- discussions en groupes
- exposé
- synthèse

### b. Supports didactiques

- Rétroprojecteur pour la projection des transparents
- Documents imprimés
- Cartes
- Transparents
- Données statistiques sur graphiques/diagrammes

## **2. Post-test**

Pour évaluer le degré d'atteinte des objectifs de départ, l'animateur/trice posera les questions suivantes:

- Quelle est la situation démographique de votre pays ?
- Quelles peuvent être les conséquences d'une forte croissance démographique sur l'enseignement, la santé, l'emploi, l'environnement et l'aménagement du territoire ?
- Quelles mesures peuvent être envisagées pour remédier au déséquilibre entre la croissance démographique et la croissance économique ?

## **3. Durée : 2 heures**



#### 4. Contenu

##### FICHE DE LECTURE N° 2.1

#### CROISSANCE DEMOGRAPHIQUE

*(à élaborer pour chaque pays)*

##### Exemple : Le cas du Sénégal

##### Situation démographique

Au dernier recensement de la population d'avril 1988, le Sénégal comptait 6.893.000 habitants, soit une densité moyenne de 35 habitants au km<sup>2</sup>. La population avait doublé en 28 ans, soit depuis le dernier recensement de 1960. La population du Sénégal est jeune puisque 58 % des habitants ont moins de 20 ans. Le taux de natalité qui atteignait 50 pour 1.000 en 1960, a légèrement baissé pour s'établir à 46 pour 1.000 en 1986, et l'indice synthétique de fécondité était encore cette année là de 6,6 enfants par femme. Les grossesses sont donc rapprochées et nombreuses, avec toutes les conséquences qui en découlent sur la santé de la mère et de l'enfant, la quantité et la qualité des services sanitaires, la participation des femmes aux activités économiques et l'équilibre entre les ressources et une population qui s'accroît au rythme de 2,8 % par an.

Le niveau élevé de la fécondité est dû en partie à la forte intensité de la nuptialité. Par ailleurs 52 % des femmes mariées appartiennent à un ménage polygame, la polygamie étant un peu plus répandue en milieu rural (55 %) qu'en milieu urbain (47 %). L'âge précoce à la première grossesse est un autre facteur déterminant de la fécondité. Une étude menée en 1990 dans le cadre du programme national de lutte contre la mortalité maternelle, a montré que 20 % des femmes ont eu leur première grossesse entre 10 et 14 ans, et 31 % entre 17 et 20 ans.

Il faut noter ici le faible impact de la contraception, mais faute de données et d'analyses spécifiques, on ne la connaît que par l'Enquête démographique et de santé (E.D.S III) de 1997. Selon elle, le taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes en milieu rural était de 2,1 % en 1997 contre 1,4 % en 1992/93. A Dakar, ce taux est passé de 11,8 % en 1992/93 à 19,3 % en 1997. Cette augmentation de la pratique contraceptive est surtout perceptible chez les filles ayant atteint le niveau de l'enseignement secondaire. En effet, pour cette catégorie sociale qui réside principalement en ville, le taux de prévalence contraceptive est de 35 %.

La mortalité générale a diminué pour atteindre 17 pour 1.000 en 1986, en partie grâce au recul relatif de la mortalité infantile qui s'établissait à 91 décès pour 1.000 naissances vivantes. Mais la mortalité maternelle persiste à un niveau préoccupant, elle est estimée entre 1.500 et 2.000 décès par an.

Par ailleurs, les migrations intérieures ont une grande ampleur dans un pays sahélien comme le Sénégal. Les migrations internationales sont importantes mais mal connues. La population est inégalement répartie sur le territoire national qui couvre 196.700 km<sup>2</sup>. 39 % des habitants vivent en milieu urbain, et cette population urbaine s'accroît au rythme de 3,8 % par an. Dakar regroupe 22 % de la population sur une superficie représentant 0,27 % seulement du territoire national, avec une densité de 2.710 habitants au km<sup>2</sup>, alors que Tambacounda, qui représente un tiers de la superficie du Sénégal, ne regroupe que 6 % de la population avec une densité de 6 habitants au km<sup>2</sup>.

## Sous-thème 3.II.2:

### LES GROSSESSES PRECOCES ET/OU NON DESIREES

L'adolescence est en général considérée comme une période soumise à plus de tensions que les autres époques de la vie. Une forte pulsion sexuelle, encore mal contrôlée, pousse l'individu à avoir des rapports sexuels prématurés pouvant conduire à des grossesses précoces et surtout non désirées.

#### 1. Objectifs pédagogiques

- ➔ expliquer aux adolescent(e)s les méthodes (avantages et inconvénients) disponibles de protection contre les grossesses précoces/non désirées;
- ➔ citer les inconvénients des grossesses précoces/non désirées;
- ➔ fournir aux adolescent(e)s des conseils qui les aideront à éviter des grossesses précoces /non désirées.

#### 2. Pré-test

- Poser aux participant(e)s des questions sur la physiologie de la procréation
- Évaluer le niveau de leurs connaissances sur les moyens traditionnels et modernes de protection contre une grossesse non désirée.

#### 3. Activités

##### Activité 2.1

- ❖ Les participant(e)s assistent à la projection de la vidéo *Conséquences*. C'est un matériel de référence utile pour traiter un sujet comme la grossesse des adolescentes car il en présente les conséquences.
- ❖ Après avoir visionné la vidéo, les participant(e)s discutent sur les conséquences possibles d'une grossesse précoce/ non désirée:
  - sur la santé de l'adolescente et de l'enfant
  - sur la poursuite de la scolarité de la future mère
  - sur sa situation économique et sociale
  - sur son avenir professionnel
  - sur l'avenir de l'enfant
  - etc.

## **Activité 2.2**

### Étude de cas

- ❖ Discutez en petits groupes de la viabilité de la relation unissant Habib, 16 ans et Aminata, 15 ans. Habib insiste pour que Aminata lui prouve son attachement en faisant l'amour avec lui. Prudente, Aminata ne veut pas commencer une aventure qui peut mal finir.
- Que peut faire Aminata pour maîtriser la situation, c'est-à-dire ne pas avoir de rapports sexuels prématurés et garder son Habib?
- Quels sont les moyens susceptibles de contribuer au maintien de relations saines entre adolescent(e)s?

## **Activité 3.3**

### Jeu de rôle

• **Une adolescente tombe enceinte après son premier rapport sexuel.**

Un jeune garçon convainc sa camarade de classe de 15 ans qu'elle ne peut pas tomber enceinte après le premier rapport sexuel. Elle le croit et lui cède. Quelques semaines plus tard la jeune fille constate qu'elle n'a pas eu ses règles comme d'habitude. Son copain lui suggère d'aller passer un test de grossesse à la clinique. Le test est positif. C'est le début de son calvaire. Que va-t-elle dire à ses parents ? Son jeune copain assumera-t-il sa responsabilité ? Est-il en mesure de le faire? Que penseront ses camarades de classe et le village? Pourra-t-elle continuer sa scolarité? Elle pense à l'avortement mais elle n'a pas d'argent. Se suicider, est-ce là une meilleure solution?

- . Comment pouvez-vous, en tant que conseiller, aider cette adolescente?
- . Discuter des moyens disponibles pour se protéger contre une grossesse non désirée.

## **1. Méthodologie**

### a.Méthodes

- discussions en petits groupes
- étude de cas
- jeu de rôle
- synthèse

## b.Supports didactiques

- documents imprimés
- cassette vidéo

### **5. Post-test**

Poser les questions suivantes :

- Quelles sont les méthodes couramment utilisées pour la protection contre les grossesses non désirées ?
- Quels sont les inconvénients d'une grossesse non désirée pour la jeune mère et l'enfant ?

### **6. Durée : 2 heures**

### **7. Contenu**

## **FICHE DE LECTURE N° 2.2 :**

### **GROSSESSE NON DESIREE: INCONVENIENTS ET MOYENS DE PROTECTION**

(à élaborer par et pour chaque pays)

**POURQUOI ET COMMENT  
EVITER LES RELATIONS SEXUELLES PRECOCES ?**

### 1. Objectif pédagogique

➔ encourager les adolescent(e)s à s'abstenir de toute relation sexuelle jusqu'à ce que:

- ils/elles comprennent la responsabilité qu'un tel acte implique
- ils/elles atteignent l'âge de la majorité
- ils/elles soient sûrs de la réciprocité et de la sincérité de leur relation
- ils/elles décident de se marier

### 2. Pré-test

- Auriez-vous déjà été, malgré vous, confronté(e) à une situation de sollicitation sexuelle ?
- Comment êtes-vous parvenu(e) à vous en tirer?

### 3. Activités

#### Activité 3.1

-Travail en groupe

- ❖ Les participant(e)s se répartissent en petits groupes de cinq personnes.
- L'animateur/trice demande à chaque groupe de discuter du pourquoi et du comment les adolescent(e)s devraient éviter toute relation sexuelle précoce.
- ❖ En plénière, les rapporteurs/trices rendent compte des résultats des discussions. Le tableau fixe ou à feuilles mobiles est divisé en deux colonnes: - pourquoi dire **non**, comment le dire. Les propositions sont consignées au tableau au fur et à mesure des exposés.
- L'animateur/trice fait une synthèse et veille à ce que les raisons /astuces suivantes soient abordées:

**NB.** : Cf. Bouclette sur les grossesses précoces

## 👉 Raisons pour dire NON

- peur d'une grossesse : en effet pas de sexe, pas de grossesse
- peur des maladies sexuellement transmissibles (MST)
- peur de décevoir les parents qui ne s'attendent pas à ce que leurs enfants aient des relations sexuelles précoces
- peur de la violence
- peur de briser une relation amoureuse en vivant une expérience sexuelle mal comprise
- peur de bousculer les valeurs religieuses qui sont contre les relations sexuelles avant et en dehors du mariage.

## 👉 Comment dire NON (quelques propositions à discuter)

- en expliquant à votre partenaire votre position sur la question des rapports sexuels précoces (le répéter plusieurs fois si nécessaire);
- en proposant à son partenaire d'en discuter avec d'autres amis ;
- en refusant carrément toute offre de drogues et d'alcool, leur consommation risquant de conduire à un comportement sexuel irresponsable;
- en pratiquant l'abstinence sexuelle jusqu'à ce qu'il soit possible de nouer une relation monogame fondée sur la fidélité mutuelle;
- en observant le respect et le contrôle de soi en matière de sexualité;
- en évitant d'avoir une conduite risquant de provoquer le désir sexuel chez des personnes du sexe opposé;
- en faisant redécouvrir à l'autre (partenaire) et en discutant avec lui le sens sacré et la but de la famille, à partir de là, il devrait être possible d'adopter une attitude propice à la vie de famille.

## **4. Méthodologie**

### a.Méthodes

- discussions en petits groupes
- commentaires
- exposé
- questions-réponses
- synthèse

b. Supports didactiques

- tableau à feuilles mobiles ou tableau fixe

**5. Post-test**

- Citez et expliquez quelques raisons en défaveur de relations sexuelles précoces chez les adolescent(e)s.
- Comment peuvent-ils/elles s'y prendre pour les éviter?

**6. Durée : 2 heures**

**7. Contenu**

**FICHE DE LECTURE 2.3**

**COMMENT ET POURQUOI EVITER LES RELATIONS SEXUELLES PRECOCES**

(à élaborer par chaque pays) : voir aussi bouclette n° 4



## EVALUATION DU THEME 3.II

---

- Quelle est la situation démographique de votre pays?
- Quelles peuvent être les conséquences d'une forte croissance démographique sur l'éducation, la santé, l'emploi, l'environnement et l'aménagement du territoire?
- Quelles mesures peuvent être envisagées pour remédier au déséquilibre entre la croissance démographique et la croissance économique?
- Quelles sont les méthodes couramment utilisées pour la protection contre les grossesses non désirées?
- Quels sont les inconvénients d'une grossesse non désirée pour la jeune mère et l'enfant?  
Citez et expliquez quelques raisons en défaveur de relations sexuelles précoces chez les adolescent(e)s.
- Comment peuvent-ils/elles s'y prendre pour les éviter?

## Thème 3.III

# Les problèmes de santé génésique, les MST et le Sida

Les problèmes de santé génésique, les maladies sexuellement transmissibles (MST) et le Sida montrent aux adolescent(e)s la nécessité de prendre conscience de leur vie sexuelle en tant que phénomène social, pour lequel chacun(e) de ces adolescent(e)s doit adopter une attitude responsable.

### OBJECTIF GENERAL

---

- ➔ Fournir des informations générales sur la pathologie des appareils génitaux humains pour faire prendre conscience aux adolescent(e)s des dysfonctionnements ou pathologies courantes qu'ils/elles peuvent rencontrer au cours de leur vie sexuelle, tout en amenant ces adolescent(e)s à adopter des comportements et attitudes responsables favorables à l'amélioration de la qualité de la vie. En cas de non-respect de cette attitude responsable (particulièrement en cas de rapport non protégé), il s'agit de fournir les informations nécessaires sur les risques des MST / Sida.

### RESULTATS ATTENDUS

---

A la fin du thème 3.III de ce module, vous devriez être capable de :

- ➔ identifier les pathologies de l'appareil génital les plus fréquentes chez la femme et l'homme en vue de les prévenir ;
- ➔ expliquer les dangers des MST et du Sida et les moyens de les prévenir.

### CONTENU

---

Ce thème comprend deux sous-thèmes :

**Sous-thème 3.III.1** : Etude des pathologies courantes des appareils génitaux humains

**Sous-thème 3.III.2** : Les MST et le Sida comme conséquences d'une relation sexuelle non-protégée.

### Questions d'évaluation

### **Sous-thème 3.III.1 :**

## **ETUDE DES PATHOLOGIES COURANTES DES APPAREILS GENITAUX DE L'ETRE HUMAIN**

Les pathologies de l'appareil génital sont souvent perçues comme honteuses par les adolescent(e)s . Ceci explique que bon nombre d'elles soient tenues secrètes et ne sont donc pas traitées à temps. Les adolescent(e)s devraient pouvoir les reconnaître, prendre des mesures préventives contre elles et si nécessaire les faire soigner.

### **1. Objectif pédagogique**

➔ Identifier les pathologies de l'appareil génital les plus fréquentes chez l'homme et la femme en vue de les prévenir.

### **2. Pré-test**

- Rappel des prérequis portant sur le fonctionnement des organes génitaux masculin et féminin.
- Évaluation du niveau des connaissances des participant(e)s sur les pathologies génitales chez l'homme et la femme.

### **3. Activités**

#### **Activité 3.1**

##### Travail de groupe

- ❖ Projection en séance plénière d'un film documentaire sur les manifestations des pathologies génitales courantes chez l'homme et chez la femme.
  - L'animateur/trice commente les diverses pathologies décrites dans le film au fur et à mesure de la projection.
- ❖ Après la projection du film, les participant(e)s se répartissent en deux groupes:
  - le premier groupe rassemble des observations sur les pathologies spécifiques à la femme ;
  - le deuxième sur les maladies concernant seulement l'homme. Chacun des groupes discutera aussi des pathologies susceptibles de survenir et chez l'homme et chez la femme, notamment les maladies sexuellement transmissibles (MST/SIDA).
- ❖ Au terme des discussions, les groupes se réunissent en plénière et les rapporteurs/trices rendent compte des résultats de leurs observations sur les sujets qui leur ont été confiés.

L'animateur/trice devra vérifier si les aspects suivants ont été examinés:

☞ Pathologies spécifiques à la femme

- les malformations génitales
- les perturbations du cycle menstruel
- les pertes, salpingites, vaginites
- cancer du sein et de l'utérus
- la stérilité, la frigidité
- les MST (blennorragie, syphilis, chlamydiae, etc.) et le sida
- résultats de comportements sexuels déviants (pédophilie, inceste, ...)

☞ Pathologies spécifiques à l'homme

- les malformations génitales
- l'inflammation et le cancer de la prostate
- la stérilité, l'impuissance
- les MST (blennorragie, syphilis, etc.) et le sida
- résultats de comportements sexuels déviants (pédophilie, inceste, ...)
- etc.

- **NB.** Le compte-rendu de chaque exposé est discuté, commenté et enrichi en plénière. Enfin, l'animateur/trice fera une synthèse générale en mettant un accent particulier sur les mesures préventives.

#### 4. **Méthodologie**

a. Méthodes

- discussions /débats en groupes
- exposé
- synthèse

b. supports didactiques

- Film ou diapositives
- affiches, illustrations, boîtes à images
- documents imprimés

## 5. **Post-test**

Évaluer le niveau d'atteinte de l'objectif de départ en posant les questions suivantes:

- A quels types de pathologies génitales l'homme et la femme peuvent-ils être confrontés ?  
Situez précisément leur niveau d'implantation.
  
- Quels problèmes de nature sexuelle peuvent survenir chez l'homme ou la femme ?
  
- Citez en les décrivant brièvement les maladies sexuellement transmissibles (MST) les plus courantes chez l'homme et la femme.
  
- Quelles sont les mesures appropriées à leur prévention?

## 6. **Durée:** 2 heures

## 7. Contenu

### FICHE DE LECTURE N° 3. 1:

#### LA PATHOLOGIE GÉNITALE CHEZ L'HOMME ET LA FEMME

### Les pathologies génitales

#### **Les malformations congénitales**

Elles peuvent se trouver autant chez l'homme que chez la femme.

Agénésies: c'est l'absence de développement d'un organe ou d'une partie d'un organe.

Les syndromes transsexuels, le pseudo-hermaphrodisme (masculin et féminin).

#### Chez la femme

#### **Les dysménorrhées**

Ce sont des douleurs qui surviennent pendant les règles.

(dysménorrhées primaires ou secondaires).

#### **Les pertes blanches**

Ce sont des écoulements non sanglants provenant de l'appareil génital. Pertes blanches physiologiques, pertes blanches infectieuses.

#### **Troubles des règles**

1. règles irrégulières;
2. règles avec aménorrhées
3. les aménorrhées.

#### **Les kystes de l'ovaire et les tumeurs**

#### **Les salpingites aiguës**

Ce sont des infections des trompes mais aussi de l'ensemble de l'appareil génital féminin (utérus, trompe, vagin)

#### **Le fibrome de l'utérus**

Tumeur bénigne qui se développe à la faveur d'un déséquilibre hormonal

#### **Les vaginites et vulvovaginites**

Ce sont des lésions inflammatoires du vagin souvent associées à des lésions vulvaires. Elles sont d'origine infectieuse, parasitaire ou traumatique.

#### **La trichomonase**

C'est une maladie causée par un virus appelé trichomonas vaginalis. C'est une maladie sexuellement transmissible (MST). Elle peut apparaître entre 8 et 20 jours après les rapports sexuels.

Le traitement est hygiénique et médicamenteux, et la malade doit être dirigée vers les centres de santé.

### **Les stérilités**

Il faut insister sur le fait que la stérilité féminine est aussi fréquente que la stérilité masculine.

### **Chez l'homme**

#### **Les prostatites**

Ces maladies de la prostate sont d'origine infectieuse ou parasitaire. Dans les deux cas, elles peuvent évoluer sous deux formes: chronique ou aiguë. Les conséquences sont d'ordre urinaire ou génital.

#### **La syphilis**

Il s'agit d'une maladie vénérienne due à un virus appelé tréponème.

Les signes d'alerte : apparition de chancre 14 à 35 jours après les rapports sexuels.

C'est une maladie sexuellement transmissible (MST) ; elle constitue le lit du sida.

Le malade doit être orienté vers les centres de santé.

#### **Les stérilités**

Il faut insister sur le fait que la stérilité masculine est aussi fréquente que la stérilité féminine.

### **Sous-thème 3.III.2 :**

## **LES MST / SIDA COMME CONSEQUENCES D'UNE RELATION SEXUELLE NON PROTEGEE**

Les maladies sexuellement transmissibles (MST), dont le VIH/Sida, sont l'une des conséquences possibles de rapports sexuels précoces et non protégés chez les adolescent(e)s . Ceux (celles)-ci éprouvent d'énormes difficultés à avouer aux adultes les maladies contractées sexuellement. Ce qui fait qu'elles sont souvent mal soignées. Des études récentes ont par ailleurs montré que le nombre d'individus atteints du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) qui peut se traduire par le syndrome d'immuno-déficience acquise (Sida), augmente rapidement chez les jeunes de 11 à 19 ans et spécialement chez les filles de 15 à 19 ans, cinq fois plus exposées que les garçons.

### **2. Objectif pédagogique**

➔ Expliquer les dangers des MST/Sida et les moyens de les prévenir.

### **2. Pré-test**

- Rappel du contenu du sous-thème 3.I.2.

- Quelles sont les maladies sexuellement transmissibles que vous connaissez?

### **3. Activités**

#### **Activité 2.1**

##### Travail de groupe

- ❖ Projection d'une vidéo sur les MST/Sida
- ❖ Les participant(e)s se répartissent en deux groupes :
  - le premier discute sur les formes de MST identifiées et les moyens de s'en prévenir
  - le deuxième sur les manifestations du VIH, ses voies de transmission et les moyens de s'en prévenir.
- ❖ Réunis en plénière, chaque groupe fait un compte rendu sur les résultats de ses discussions.



☞ L'animateur fait la synthèse en soulignant que :

- Les MST peuvent être évitées en s'abstenant de tout rapport sexuel irresponsable, en utilisant les préservatifs et en restant fidèle l'un à l'autre lorsque les partenaires sont encore sains.
- Que le sida se transmet par le liquide séminal ou vaginal et par le sang.
- Qu'il n'y a de nos jours ni vaccin ni médicaments réellement efficaces contre le SIDA.

#### **4. Méthodologie**

##### **a. Méthodes**

- travail en groupes
- discussions
- exposé
- synthèse

##### **b. Supports didactiques**

- film ou vidéo
- documents imprimés

#### **5. Post-test**

Pour évaluer le degré d'atteinte des objectifs, l'animateur/trice peut poser les questions suivantes:

1. Quelles sont les MST que vous connaissez et leurs symptômes ?
2. Quels sont les moyens de prévention contre les MST ?
3. Quels sont les signes pouvant conduire à suspecter le SIDA ?
4. Quelles sont ses voies de transmission ?
5. Connaissez-vous un traitement contre le Sida ?

#### **6. Durée: 2 heures**

## **7. Contenu**

### **FICHE DE LECTURE N° 3.2**

#### **LES MST/SIDA ET LES MOYENS DE PREVENTION**

##### **1/ LES JEUNES ET LES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES**

###### **LES JEUNES**

- Le monde compte aujourd'hui plus d'un milliard et demi de jeunes (de 10 à 24 ans), dont 85 % dans les pays en développement. Entre 1970 et 2025, le nombre d'adolescent(e)s (10 à 19 ans) vivant en ville dans ces pays va augmenter de 600 %.
- Dans les pays les moins avancés, 13 % des filles et 22 % des garçons seulement sont inscrits dans des établissements d'enseignement secondaire.
- Globalement 5 chômeurs sur 10 sont des jeunes, et cette proportion peut atteindre 8 sur 10 dans certains pays en développement.
- 73 millions d'adolescent(e)s de 10 à 14 ans travaillent dans le monde.

###### **a. LA REALITE**

- Dans la grande majorité des cas, les relations sexuelles commencent à l'adolescence.
- Des relations sexuelles non protégées augmentent les risques de grossesse non désirée et de maternité précoce, ainsi que d'avortement dans de mauvaises conditions de sécurité et de maladies sexuellement transmissibles (MST), y compris l'infection à VIH/SIDA.
- Les adolescentes se trouvent particulièrement exposées au risque de grossesse non désirée parce qu'elles ne connaissent pas les préservatifs et ne peuvent s'en procurer et qu'elles peuvent être facilement l'objet de violences sexuelles.
- Dans les pays en développement, la mortalité maternelle chez les jeunes filles de moins de 18 ans est de deux à cinq fois plus élevée que chez les femmes de 18 à 25 ans.
- Dans le monde, ce sont des jeunes femmes de 15 à 19 ans qui donnent naissance à plus de 10 % des nouveau-nés.

- On évalue de 1 à 4,4 millions par an le nombre d'avortements chez des adolescentes; la plupart présentent des risques parce qu'ils se pratiquent illégalement et dans des conditions hasardeuses par des praticiens non qualifiés.
- Abstraction faite des infections virales, telles que le sida, plus d'un adolescent sur vingt contracte chaque année une MST dont il peut guérir.

#### **b. LES JEUNES ET LE VIH/SIDA**

- On sait de source sûre que le nombre de nouveaux cas d'infection au virus de l'immuno-déficience humaine (VIH) continue d'augmenter dans les groupes d'âge relativement jeune alors que la proportion globale de ceux atteints du syndrome d'immuno-déficience acquise (SIDA) diminue.
- Globalement, plus de la moitié des nouveaux cas d'infection au VIH se produit parmi les 15 à 24 ans.
- Dans la plupart des régions du monde, les nouveaux cas d'infection se produisent en majorité chez des jeunes âgés de 15 à 24 ans, ou parfois moins. Une étude réalisée en Zambie a fait apparaître que plus de 12 % des 15 et 16 ans qui se sont présentés dans les dispensaires de soins anténatals étaient déjà infectés par le VIH.
- Les filles semblent particulièrement vulnérables à l'infection. Bien que des statistiques fournies par l'Ouganda font apparaître que, dans certaines zones, les taux d'infection chez les adolescentes ont diminué de 50 % depuis 1990, les taux d'incidence sont encore six fois plus élevés que chez les garçons du même âge.
- En Afrique du Sud, la proportion de jeunes femmes de 15 à 19 ans enceintes et infectées par le VIH a atteint 13 % en 1996, contre près de la moitié deux ans plus tôt. Au Botswana, le taux d'infection se situait à 28 % dans le même groupe d'âge en 1997.
- Les jeunes connaissent parfois les risques inhérents aux relations sexuelles non protégées, mais sont convaincus qu'ils ne peuvent avoir le SIDA. Au Malawi, la plupart des jeunes, hommes et femmes, savent comment se transmet le SIDA et comment empêcher cette transmission. Toutefois, beaucoup sont convaincus qu'ils ne peuvent être contaminés par le virus. Quelque 90 % des adolescent(e)s déclarent ne pas être exposés ou être exposés à un risque minime d'infection, alors même que près de la moitié d'entre eux ont indiqué qu'ils avaient eu au moins une relation sexuelle avec un partenaire d'occasion au cours de l'année écoulée et que peu d'entre eux avaient utilisé un préservatif.

### **c. DAVANTAGE DE RISQUES DE MST CHEZ LES ADOLESCENT(E)S**

- L'expérimentation fait normalement partie du développement de l'adolescent qui s'expose également à des risques sur le plan de la santé. Chez les jeunes, les relations sexuelles sont souvent non planifiées et sporadiques, et se produisent parfois sous la pression ou la contrainte.
- Les relations sexuelles interviennent généralement avant que les adolescent(e)s aient appris pratiquement ou théoriquement comment se protéger, avant qu'ils soient bien informés sur les MST et avant qu'ils puissent avoir accès à des services de santé et à des moyens de protection (les préservatifs par exemple).
- Les jeunes filles sont particulièrement vulnérables pour des raisons physiologiques, sociales et économiques.
- Les chlamydioses pendant l'adolescence risquent davantage de provoquer des pelvipéritonites et d'entraîner de ce fait une stérilité.
- L'exposition à une chlamydie par exemple pendant l'adolescence entraîne un plus grand risque de cancer du col.
- Le discrédit et l'embarras associés aux MST peuvent compromettre le développement psychologique et les comportements vis-à-vis de la sexualité plus tard dans l'existence.
- Le diagnostic d'une MST est plus problématique pendant l'adolescence : les MST peuvent être asymptomatiques, en particulier chez les jeunes femmes. Même si les adolescent(e)s sont au courant des services qui existent, ils/elles s'y adressent souvent à contre-cœur pour un diagnostic et un traitement.
- Les adolescent(e)s ont souvent du mal à suivre un traitement qui peut être long (par exemple en cas de chlamydie), ou douloureux (condylome acuminée), et ils ont besoin parfois de cacher les médicaments afin que d'autres ne se rendent pas compte qu'ils ont une MST.

## **2/ LES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (MST)**

Sur les 333 millions de nouveaux cas estimés de MST dans le monde chaque année, 111 millions au moins, soit 1 sur 3, se produisent chez les jeunes de moins de 25 ans.

Les maladies sexuellement transmissibles (MST) sont les pathologies les plus fréquentes dans le monde et ont de très lourdes conséquences pour la santé et sur les plans social et économique. Abstraction faite de leur ampleur, les MST constituent un problème

de santé publique de première importance pour deux autres raisons : leurs graves complications et le fait qu'elles facilitent la transmission du VIH et donc l'apparition du sida.

- **a/ La syphilis** a été décrite pour la première fois au XVI<sup>e</sup> siècle. Dans les pays industrialisés, elle a apparemment régressé pendant la deuxième partie du XIX<sup>e</sup> siècle. Toutefois, son incidence a fortement augmenté dans ces pays après la Première Guerre mondiale, mais a de nouveau rapidement diminué après la Deuxième Guerre mondiale, dès lors que les tests de diagnostic se sont améliorés et que l'on disposait d'antibiotiques. Dans certains pays développés (France, Etats-Unis d'Amérique), la syphilis a repris son essor dans les années 60 et ne cesse depuis de progresser régulièrement dans certains pays industrialisés et pays en développement.

La syphilis offre l'exemple classique d'une MST qu'il est possible de maîtriser avec succès au moyen de mesures de santé publique : il existe à la fois un test de diagnostic simple à utiliser et très sensible ainsi qu'un antibiotique très efficace contre lequel il ne s'est pas développé de résistance. En l'absence de traitement, toutefois, la syphilis peut entraîner des lésions nerveuses, des lésions de la paroi artérielle et une désorientation mentale, et aboutir à la mort.

On observe généralement que l'incidence de la syphilis, d'après le nombre signalé de cas traités chaque année, est particulièrement élevée chez les 15 à 30 ans et parmi ceux qui ont une très grande activité sexuelle, et que cette incidence diminue avec l'âge. Si l'on se base sur le relevé des nouveaux cas de syphilis traités au Chili en 1993, par exemple, l'incidence était la plus élevée chez les 20 à 24 ans, puis chez les 25 à 29 ans; on avait constaté 40 % des cas chez les 15 à 24 ans.

En 1995, on aurait dénombré quelque 12 millions de nouveaux cas de syphilis dans la population adulte mondiale, et le plus grand nombre en Asie du Sud et du Sud-Est, suivie par l'Afrique subsaharienne.

**b/ La gonococcie** est une maladie courante chez l'adulte, encore qu'une très grande proportion d'infections (jusqu'à 80 % chez la femme et 10 % chez l'homme) est asymptomatique, c'est-à-dire que la population touchée ne présente pas de symptômes et ne sait donc pas qu'elle doit se faire traiter ni qu'elle risque de transmettre la maladie à autrui.

Les hommes infectés présentent habituellement des symptômes et se font traiter spontanément. Bien souvent, les femmes ne présentent que des symptômes mineurs ou sont asymptomatiques, de sorte que l'identification de l'infection s'appuie essentiellement sur la culture microbienne, ce qui est coûteux et exige des moyens relativement élaborés. Peu de pays procèdent régulièrement à des programmes de

dépistage, de sorte que le nombre connu de cas de gonococcie correspond rarement à la fréquence réelle de la maladie.

En 1995, il se serait produit quelque 62 millions de nouveaux cas de gonococcie dans la population adulte mondiale, et le plus grand nombre en Asie du Sud et du Sud-Est, suivie par l'Afrique subsaharienne.

En l'absence de traitement, la maladie peut provoquer la cécité et la stérilité.

La recherche épidémiologique en Afrique occidentale et centrale a fait apparaître une ceinture de la stérilité. Jusqu'à 45 % des femmes de plus de 45 ans n'ont pu concevoir dans cette zone, en grande partie parce qu'une MST les avaient rendues stériles lorsqu'elles étaient plus jeunes.

**c/ La chlamydie**, comme la gonococcie, est une maladie courante chez l'adulte. Aussi asymptomatique que la gonococcie, on la trouve chez la femme et plus encore chez l'homme. Comme la gonococcie, la chlamydie peut provoquer une pelvipéritonite et une stérilité. Le diagnostic de l'infection est coûteux et nécessite des moyens de laboratoire généralement inexistantes dans les pays en développement. Même dans les pays industrialisés, les tests en laboratoire n'existent pas partout. Comme beaucoup de personnes infectées ne sont ni détectées ni traitées, ses taux de prévalence sont élevés.

En 1995, 89 millions de nouveaux cas de chlamydie chez l'adulte se seraient produits dans le monde, le plus souvent en Asie du Sud et du Sud-Est, suivie par l'Afrique subsaharienne.

**d/ La trichomonase**, qui est l'une des MST les plus courantes, provoque des symptômes chez environ 50 % des femmes infectées. L'infection dure généralement peu de temps chez l'être humain, mais celui-ci peut facilement transmettre le parasite responsable de la maladie à ses partenaires.

Les études réalisées au Malawi et dans la République démocratique du Congo (ex-Zaire) ont fait apparaître une association entre la maladie et la séroconversion vis-à-vis du VIH chez la femme. Cela étant, et considérant la forte prévalence de la maladie partout dans le monde, il est nécessaire de porter davantage attention à cette pathologie dont le diagnostic est simple et le traitement efficace.

Les taux de prévalence chez les femmes africaines qui se présentent dans les dispensaires de soins anténatals se situent entre 12 % au Kenya et 47 % au Botswana. Le nombre de nouveaux cas de trichomonase dans le monde en 1995 a été estimé à quelque 170 millions.

**e/ Le chancre mou** n'a fait l'objet d'aucune estimation à l'aide des méthodes utilisées pour les autres MST. Il est difficile d'évaluer la prévalence et la durée de l'infection car on comprend mal l'épidémiologie et l'histoire naturelle de la maladie, et l'on ne dispose pas d'un bon test.

Les ulcérations génitales provoquées par le chancre mou constituent un facteur de risque majeur pour la transmission du VIH, et l'incidence du chancre mou varie beaucoup selon le pays et la région. Par exemple, dès 1980, les dispensaires de MST au Swaziland et au Kenya avaient diagnostiqué que 44 % et 62 %, respectivement, des ulcérations génitales étaient dues au chancre mou. Dans l'ouest de l'Algérie, c'est la MST la plus fréquemment observée et la cause première des ulcérations génitales. En Inde, en 1989, le chancre mou était responsable de 26 % de toutes les MST déclarées. Dans la plupart des pays industrialisés, il est devenu une maladie rare.

*Source : Document OMS*

*Aide-Mémoire n° 186, décembre 1997*

*Pour de plus amples informations, les journalistes peuvent prendre contact à l'OMS, Genève, Suisse, avec l'unité **Communication pour la santé et Relations publiques**, OMS, Genève, téléphone : (41 22) 791 2599, télécopie : (41 22) 791 4858.*

*Tous les communiqués de presse, aide-mémoire et articles de fond peuvent être obtenus sur Internet à la page d'accueil <http://www.who.ch/>*

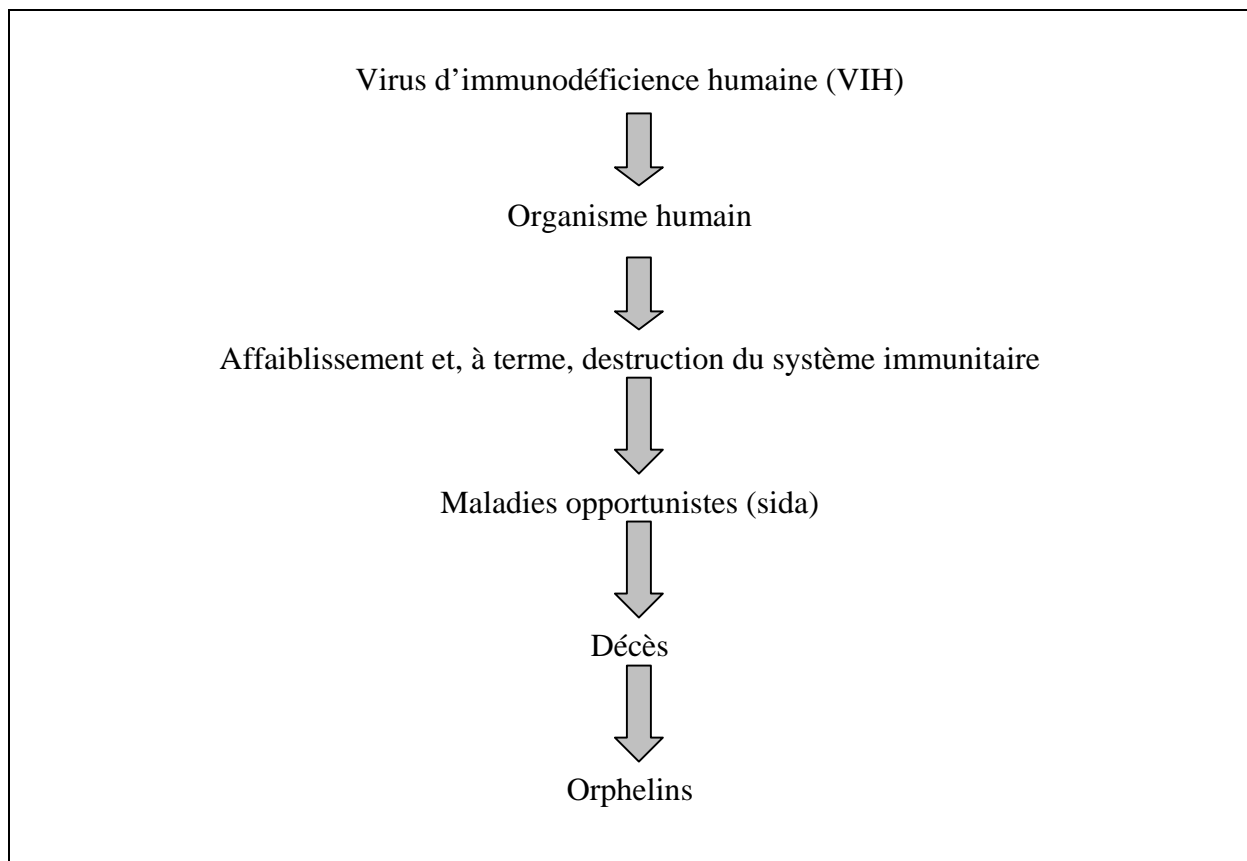
### **3/ L'ÉPIDÉMIE DE VIH/SIDA**

#### **A. Nature et caractéristiques du VIH/sida**

Le *virus de l'immunodéficience humaine (VIH)* affaiblit la capacité de l'organisme à lutter contre des infections, telles que la tuberculose. Ce virus se transmet lors de la pénétration de liquides organiques (sang, sperme) issus d'une personne infectée dans l'organisme d'une personne non infectée. Les principaux modes de cette transmission sont au nombre de trois : le contact sexuel non protégé avec une personne infectée, la transfusion de sang contaminé et l'échange d'instruments tranchants souillés par du sang contaminé (à titre d'exemple, on peut citer l'utilisation commune de lames de rasoir ou d'échange d'aiguilles entre utilisateurs de drogues par injection). Le virus peut également se transmettre d'une mère contaminée à son enfant au cours de la grossesse, de l'accouchement ou de l'allaitement (transmission de la mère à l'enfant).

Le VIH appartient à la famille des virus lents. Ces virus présentent la double caractéristique d'évoluer lentement et d'être directement transmissibles. Une personne infectée peut ne présenter aucun symptôme de la maladie durant plusieurs années et, de ce fait, continuer de paraître en bonne santé et de se sentir bien malgré la dégradation de son système immunitaire. Pendant tout ce temps, le virus demeure actif dans les systèmes organiques du corps. Cette activité virale entraîne un affaiblissement progressif des défenses immunitaires de l'organisme, et à terme, leur destruction selon le schéma suivant :

*Schéma 1. : Evolution du VIH / sida*



Au cours de cette longue période de détérioration progressive (et au-delà), le virus peut être transmis par la personne infectée, par l'intermédiaire de ses liquides organiques, à d'autres personnes bien qu'elle ne ressente pas les symptômes de son infection.

Lorsque le système immunitaire atteint un certain degré de détérioration, la personne commence à éprouver de plus en plus fréquemment des manifestations pathologiques et infectieuses qu'un organisme non infecté serait, ordinairement, capable d'éviter ou de surmonter. Du fait de son infection par le VIH, la personne n'est pas en mesure d'opposer une réponse immunitaire adaptée à ces complications infectieuses. Ces infections qui profitent de l'affaiblissement de l'organisme pour se manifester sont qualifiées d'*opportunistes*. Quand un individu parvient au stade d'immunodéficience où surviennent ces infections



opportunistes, on dit qu'il présente le *syndrome d'immunodéficience acquise* (SIDA). Dans la grande majorité des cas, le sujet perd donc progressivement ses forces et finit par succomber. Le décès survient en général dans les huit à dix ans qui suivent la contamination ; dans nombre de cas toutefois, il intervient plus tôt. En l'absence de traitement, le délai entre la manifestation du sida proprement dit et le décès dépasse rarement deux années.

Les personnes atteintes d'une contamination avérée par le VIH sont infectées à vie. Il n'existe aucun moyen de provoquer la réversion de l'état VIH chez ces personnes infectées. Il est possible de traiter les infections opportunistes de façon relativement simple et pour un coût modéré et d'améliorer, ainsi, l'état clinique du malade du sida. La thérapie par antiviraux hautement actifs (ou multithérapie) est également efficace mais très onéreuse.

### **B/ Les moyens de se prémunir du VIH/sida**

A défaut de traitement curatif complet, de thérapie abordable et acceptable et de vaccin, la seule solution pour une personne non infectée d'éviter la contamination par le VIH/sida est de s'abstenir de tout échange de liquides organiques avec un sujet infecté. Concrètement, cela veut dire qu'elle doit renoncer aux activités où intervient ce type d'échange, comme les rapports sexuels avec pénétration et l'utilisation collective d'aiguilles et d'instruments tranchants. Une autre possibilité consiste à interposer des barrières, préservatifs par exemple, qui font obstacles aux échanges de liquides organiques. Il est également envisageable de recourir à des microbicides, susceptibles d'inhiber l'introduction, la fixation ou la reproduction d'une infection virale (y compris des infections sexuellement transmissibles qui favorisent l'infection au VIH). Mais les recherches en ce domaine ne sont pas encore assez avancées ...

**A ce jour les seules manières connues de prévenir la transmission d'une infection au VIH par voie sexuelle sont par conséquent : les rapports sexuels exclusivement avec des partenaires dont on sait qu'ils ne sont pas infectés par le VIH (et au cas où on l'ignore, il est nécessaire d'utiliser systématiquement les préservatifs), l'abstinence et l'utilisation de préservatifs.** Tous trois nécessitent un profond changement de conception et de comportement. Tous trois ont des incidences sur l'éducation.

Il faut noter que l'épidémie du VIH/sida place les populations dans un rapport d'inégalité encore plus accentué : dans les pays industrialisés, la majorité des personnes séropositives accèdent relativement facilement aux multi-thérapies et aux soins ; en Afrique, ces traitements sont difficiles à suivre et toujours très onéreux. D'où l'importance de sensibiliser particulièrement les jeunes sur cette épidémie. Il faut ajouter que les femmes sont plus défavorisées face au VIH : l'annexe II vous permettra de mieux cerner ses effets sur les femmes.

### **EVALUATION DU THEME 3.III**

---

- Quels problèmes d'ordre sexuel peuvent survenir chez l'homme ou la femme ?
- Citez, en les expliquant brièvement, les maladies sexuellement transmissibles les plus courantes chez l'homme et chez la femme.
- Quelles sont les mesures appropriées à leur prévention ?
- Quelles sont les MST que vous connaissez et leurs symptômes ?
- Quels sont les moyens de prévention contre les MST ?
- Quels sont les signes pouvant conduire à suspecter le SIDA ?
- Quelles sont les voies de transmission du SIDA ?
- Connaissez-vous un traitement contre le SIDA ?

## Thème 3.IV

### Problèmes liés à la sexualité des adolescent(e)s

La définition proposée par Freud de l'adolescent et de la crise pubertaire nous paraît à la fois intéressante et synthétique: "Au cours de la période pubertaire, s'accomplit une des réalisations psychiques les plus importantes mais aussi les plus douloureuses : l'affranchissement de l'autorité parentale à partir duquel l'opposition entre la nouvelle et l'ancienne génération, si importante pour le progrès culturel, peut enfin se construire. "

La rupture, pour l'adolescent, avec le passé, à la recherche de son identité, de son style personnel, de son autonomie, la séparation souvent radicale d'avec ses parents, la confrontation à la vie, à la souffrance, à la mort, à son corps sexué et à la sexualité, constituent autant d'éléments constitutifs de la crise d'adolescence. Le Dr Landry introduit une notion de pluralité en prenant en compte la diversité des situations individuelles. Selon lui, " il n'y a pas une, mais des crises de l'adolescence qui prennent diverses formes, parfois même inapparentes ".

Il est important de retenir que c'est ce processus de crise qui permet de décoller de l'enfance, de prendre une certaine distance d'avec la famille, d'accéder peu à peu à la maturité affective et de se frayer une place dans la société. Il est une voie de passage obligée. Les jeunes "trop sérieux" qui ne la traversent pas à cette période de leur vie, peuvent être plus agréables à vivre pour leur famille et entourage, mais ils risquent de reporter leur crise d'adolescence à plus tard au cours de leur vie d'adulte avec des conséquences beaucoup plus graves.

## **OBJECTIF GENERAL**

---

- Protéger les adolescents contre les violences sexuelles
- les informer des dangers du viol et de l'abus sexuel
- leur faire prendre conscience (plus particulièrement pour les adolescentes) des risques encourus suite à une excision
- apporter des solutions aux problèmes d'ordre sexuel des adolescent(e)s à travers une gestion concertée et
- tracer des pistes pour une éducation sexuelle systématique.

## **RESULTATS ATTENDUS**

---

A la fin du thème 3.IV, vous devriez être capable de:

- ➔ informer les adolescent(e)s sur les risques du viol et de l'abus sexuel pour mieux s'en protéger, ainsi que sur les démarches à faire pour traîner les coupables devant la justice ;
- ➔ déterminer le rôle des parents, des éducateurs et de la communauté dans la crise pubertaire;
- ➔ dégager la nécessité d'une éducation sexuelle systématique et en cerner le contenu.

## **CONTENU**

---

Le thème 3.IV comprend trois sous-thèmes et des questions d'évaluation:

**Sous-thème 3.IV.1 :** Protection des adolescent(e)s contre les violences sexuelles

**Sous-thème 3.IV.2 :** Gestion de la crise pubertaire

**Sous-thème 3.IV.3 :** Pistes pour une éducation sexuelle systématique

### **Questions d'évaluation**

### Sous-thème 3.IV.1:

## LA PROTECTION DES ADOLESCENT(E)S CONTRE LES VIOLENCES SEXUELLES

Le *viol* est l'acte sexuel illicite accompli avec une personne âgée de plus de 16 ans sans son consentement et sous la contrainte. L'âge seuil varie d'un pays à l'autre. Certains pays placent le seuil à 16 ans, d'autres à 18 ans.

L'*abus sexuel* est l'acte sexuel illicite accompli sur une personne âgée de moins de 16 ans (ou moins de 18 ans selon les pays). En-dessous de cet âge, le garçon ou la fille est considéré(e) comme un enfant et la question de son consentement ne se pose pas.

Le viol comme l'abus sexuel sont des crimes, passibles d'un châtement très rigoureux. Leurs auteurs doivent être dénoncés à la police.

Tous les deux ont des répercussions dramatiques sur la santé physique, sociale et mentale de la victime. Les effets sur la santé physique peuvent aller de meurtrissures ou d'enflures sur les parties génitales à la transmission des MST ou/et du Sida ou la grossesse. Par ailleurs, la stigmatisation et l'abandon de l'école peuvent compromettre la santé sociale des victimes. Certaines sont profondément traumatisées.

L'excision est une pratique traditionnelle exercée de manière variable par de nombreuses ethnies d'Afrique sur des filles en bas âge ou adolescentes. Selon les enquêtes, l'excision est effective au moins dans 28 pays africains. Dénoncée de plus en plus comme une violence mutilante, elle continue de résister aux conventions et lois votées par ces pays.

Ses conséquences sont multiples, car l'excision expose les filles qui en sont victimes à des risques d'ordre urinaire, gynécologique et obstétrical. Ces risques sont des infections urogénitales qui entraînent la stérilité avec ses conséquences sociales et psychologiques.

Le conseiller d'orientation doit susciter la discussion autour de la question tabou qu'est l'excision et amener les élèves à prendre conscience des répercussions diverses sur l'épanouissement de la personne, à élaborer des stratégies de sensibilisation/information en direction des groupes réticents (traditionalistes et/ou religieux) en leur faisant admettre que l'excision est une mutilation non nécessaire qui peut conduire à des conséquences dramatiques pour l'excisée.

Certaines situations font courir aux jeunes, surtout aux filles, le risque d'être violés. Les conseillers d'orientation doivent ici guider les jeunes de manière à les amener à prendre des précautions pour éviter d'être victimes d'un viol ou d'un abus sexuel; ils doivent aussi les informer des démarches à faire pour que l'auteur d'actes sexuels forcés soit châtié.

## 1. Objectifs pédagogiques

- ➔ informer les adolescent(e)s des dangers du viol et de l'abus sexuel pour mieux s'en protéger ainsi que des démarches à faire pour traîner leurs auteurs devant la justice.
- ➔ informer les adolescentes sur les risques encourus à la suite de l'excision et les amener à élaborer des stratégies en IEC en direction des praticiennes (exciseuses) et des parents.

## 2. Pré-test

- Identifiez les lois édictées pour la protection des enfants dans votre pays
- Examinez les limites de la protection qu'elles offrent
- Suggérez des améliorations qui pourraient être apportées à ces lois pour une meilleure protection des enfants.

## 3. Activités

### Activité 1.1

- ❖ Les participants se répartissent en cinq groupes. Chaque groupe s'occupera d'une des études de cas présentées ci-dessous.
- ❖ En plénière, les rapporteurs/trices présentent le résultat de leurs discussions.

### CAS n° 1

Nandi, une fille de dix-huit ans, prenait un raccourci à travers une colline boisée pour rentrer à la maison après un entraînement de volley-ball. Il se faisait tard et elle se hâtait afin d'être de retour à temps pour préparer le dîner. Elle pensait à des choses qui s'étaient passées à l'école et ne s'aperçut pas qu'un homme la suivait. Lorsqu'elle s'en rendit compte, elle se mit à courir; l'homme eut tôt fait de la rattraper. Sous la menace d'un couteau, il la viola, puis disparut dans les bois.

L'étude de ce cas peut être l'occasion de discuter des questions suivantes:

1. Quelles mesures Nandi aurait-elle pu prendre pour éviter ce qui est arrivé ?
2. Que devrait-elle faire maintenant ?
3. A quelles réactions de sa famille peut-elle s'attendre et comment celle-ci peut apporter son soutien à Nandi ?

## **Cas n° 2**

Maidei avait quinze ans lorsqu'elle alla vivre avec sa mère et son beau-père, M.Dhaison, à Kariba. Son beau-père la viola alors que sa mère était allée vendre des fripes aux mines car c'était la fin du mois. Tard dans la nuit, Dhaison avait fait venir la jeune fille dans sa chambre en lui demandant de lui apporter de l'eau à boire. Il l'avait alors violée et lui avait ordonné, en la menaçant, de ne souffler mot de l'incident à personne, y compris sa mère.

Maidei dût pourtant dévoiler ce qui s'était passé à sa mère car le lendemain elle ressentit des douleurs. Malheureusement, sa mère ne lui fut d'aucun secours. Elle l'enjoignit même de ne parler à personne de ce qui était arrivé de peur d'un divorce qui lui ferait perdre la seule source de revenu de la famille.

L'affaire n'éclata au grand jour que quand Maidei se confia à sa tante, qui alla raconter les faits à la police. Dhaison fut arrêté et condamné à sept ans de prison, dont deux avec sursis.

- ❖ Discutez de la façon dont on peut identifier et aider les enfants qui souffrent de tels drames en silence.
- ❖ Comment peut-on porter assistance à des femmes comme la mère de Maidei dans un procès criminel affectant les êtres chers de leurs familles ?
- ❖ Pensez-vous que l'arrestation et l'emprisonnement de Dhaison auront suffi pour corriger sa conduite ? Discutez de la meilleure manière possible de l'aider.
- ❖ Faites un jeu de rôle sur le procès de Dhaison: deux participantes tiennent le rôle de Maidei et de sa tante, un participant leur tient lieu d'avocat et deux autres participant(e)s jouent le rôle du juge.

## **Cas n° 3**

Mme Musoke remarqua que sa fille de dix ans, Marcia, était soudainement très tranquille, paraissait déprimée et refusait de manger. Ne réussissant pas à faire dire à sa fille ce qui n'allait pas, la mère l'emmena voir un conseiller religieux. Au premier abord, le conseiller n'eut pas plus de succès, la fillette restant murée dans son silence. Après s'être longuement efforcé de l'encourager à parler, le conseiller décida de donner à Marcia un crayon et du papier pour écrire. Alors, Marcia écrivit: "Papa m'a violée".

Plus tard, Marcia commença à avoir un écoulement vaginal. Un examen médical révéla alors une terrible infection qui obligea le médecin à opérer Marcia pour pratiquer l'ablation de l'utérus.

- ❖ Donnez des exemples de viols survenus dans votre communauté.
- ❖ Quelles sont les répercussions du viol et de l'abus sexuel sur les victimes et sur la famille?
- ❖ Comment la police et les tribunaux traitent-ils les affaires de viol et d'abus sexuel dans votre pays ?
- ❖ Comment peut-on aider les jeunes à se tirer des affaires d'abus sexuels, en particulier lorsqu'ils sont perpétrés par les parents (ils portent alors le nom d'incestes) ?

#### **Cas n° 4**

Mme Muchomo, formatrice en Conseil d'orientation d'un établissement secondaire dans un petit village reculé est amenée à se rendre compte qu'un collègue enseignant entretient des rapports sexuels avec une fille de l'école. En tant que conseillère, elle se sent obligée de prendre la situation en main en en parlant avec les deux personnes impliquées. Malheureusement, elle ne parvient pas à recueillir de preuves suffisantes pour étayer ses allégations. Si elle en parle à l'enseignant, celui-ci risque de nier et d'aller jusqu'à l'accuser de calomnie. Si elle aborde la question avec la fille, celle-ci peut aller le raconter à l'enseignant, ce qui pourrait avoir pour effet de créer des blocages entre elle et l'enseignant concerné. Elle pourrait même être accusée de jalousie par l'élève. Son dilemme est cependant que, si la relation continue et qu'elle laisse faire, une révolte dans l'école à l'initiative d'autres élèves, surtout des garçons, pourrait avoir lieu car le bruit court déjà qu'ils veulent se mettre en grève. Pire encore, la jeune fille peut tomber enceinte et abandonner l'école. De son côté, l'enseignant va perdre totalement le respect des élèves.

- ❖ Que pourriez-vous faire de mieux pour traiter cette affaire ?
- ❖ Comment la traiteriez-vous si la personne en cause était le chef de l'établissement ?
- ❖ En supposant qu'un membre de l'administration soumette des filles de votre école à un harcèlement sexuel, quelles activités pourriez-vous organiser pour aider les élèves, en particulier les filles, à faire face à ce harcèlement sexuel ?

#### **Cas n°5**

**5.1** Kady est une fille qui a été excisée à l'âge de 11 ans en même temps que sa sœur cadette pendant des vacances chez leur tante. Malgré leurs cris de souffrance, elles ont dû subir ces supplices. On leur a expliqué que sans ce rituel, elles sont impures et ne pourront pas maîtriser leur sexualité d'adulte.

- ❖ Avez-vous décelé des cas d'excision dans votre communauté ?
- ❖ Admettez-vous cette pratique ?
- ❖ Que pouvez-vous faire pour amener à un changement de mentalité et de comportement face à cette pratique ?

**5.2** Devant la cour d'assise de Paris, Mme Hawa Greou, une exciseuse malienne est poursuivie pour violence ou mutilation sur des filles africaines, parmi lesquelles Mariétou alors âgée de 8 ans avec la complicité de sa mère. Mariétou âgée aujourd'hui de 24 ans les dénonce devant la justice. Mme Greou est condamnée à 8 ans de prison ferme, la mère de Mariétou à 2 ans et d'autres complices à des peines avec sursis. Awa, une autre victime de Mme Greou excisée à l'âge de 10 ans avec ses sœurs, prend la défense de l'exciseuse et de ses parents. Elle dit être fière d'avoir subi la coutume de ses ancêtres. Elle trouve que sa vie sexuelle est normale, elle a une fille et son mari ne se plaint pas de leur intimité.



- ❖ Auriez-vous agi comme la victime Mariétou ou comme Awa qui défend l'excision ?  
Donnez vos raisons pour ce choix.
- ❖ Que signifie pour vous tradition, modernité ? Comment pouvez-vous les concilier et les rendre profitable à votre entourage ?

#### **4. Méthodologie**

##### a. Méthodes

- discussions en petits groupes-étude de cas
- commentaires
- exposé
- questions-réponses
- jeux de rôle
- synthèse

##### b. Supports didactiques

- tableau à feuilles mobiles ou tableau noir

#### **5. Post-test**

- Quelles sont les mesures à prendre pour que des jeunes filles ne tombent pas dans des situations où elles peuvent être victimes de viol ou d'abus sexuels ?
- Que doit faire une victime d'un viol ou d'un abus sexuel ?
- Quelles sont les répercussions du viol ou de l'abus sexuel sur les victimes et sur leurs familles ?
- Comment peut-on identifier et aider les victimes (et leurs familles) de viol et d'abus sexuels ?

#### **6. Durée : 4 heures**

## 7. Contenu

### FICHE DE LECTURE N°4.1 :

#### LE VIOL, L'ABUS SEXUEL, L'EXCISION

(Élaborer et adapter les contenus selon les pays.)

La protection des adolescentes contre les violences sexuelles s'appuie sur la "Convention relative aux droits de l'enfant" ratifiée en 1997 par 191 pays et sur la "Convention de l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes" (décembre 1979), ratifiée par 160 pays et enfin sur le "Programme d'action de la Conférence mondiale de Beijing" (Pékin) en 1995. L'Assemblée générale des Nations Unies a adopté en outre une déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes en 1996. (voir module 2 de ce PCO).

Est considérée comme violence "tous actes de violences dirigés contre le sexe féminin causant et pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles et psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée".

Une étude de la Banque mondiale considère qu'il faut articuler la définition des Nations Unies autour de concepts essentiels de force et de contrainte, qui différencie un comportement violent d'un comportement simplement oppressif. Le comportement violent serait selon cette étude "toute utilisation de la force quelle soit verbale ou physique, toute contrainte ou privation dangereuse pour la santé s'exerçant à l'égard d'une femme ou d'une fille qui entraîne un préjudice physique ou psychologique, humilie ou entraîne une privation arbitraire de liberté et perpétue la subordination féminine".

En 1998, seuls 44 % des pays du monde disposaient de lois contre les violences faites aux femmes, 12 pays en disposaient contre les mutilations sexuelles. La violence qui frappe les femmes et les filles est la violation la plus répandue des droits humains fondamentaux. Souvent elle se déroule de manière invisible, diluée dans les nuits des tabous et de l'obscurantisme culturel. Ainsi, le viol, l'abus sexuel, l'excision dont les adolescentes et les femmes sont de plus en plus victimes sont tus au sein des familles et vécus comme une honte : en parler est un scandale.

Ce comportement freine de ce fait, tout recours à un spécialiste (sage-femme, gynécologue, psychiatre, etc.), pour y porter remède et atténuer ainsi les traumatismes

physiologiques et psychologiques qui peuvent en découler ultérieurement. L'excision, faisant partie de l'initiation, est fortement ancrée dans certains groupes en Afrique (Toucouleurs, Peulhs, Soninkés, etc.). Il s'agit d'une pratique ancienne qui consiste à exciser tout ou partie du clitoris ou des autres parties externes de l'organe génital féminin (petites et grandes lèvres) de la fille en bas âge. Elle engendre une douleur atroce qui laisse des traumatismes d'ordre psychique, sexuel et/ou physique (hémorragie, infections, risques gynécologiques) :

- Les complications hémorragiques touchent le clitoris qui est un organe très vascularisé d'où de fréquentes hémorragies à la suite d'une excision. Dans certains groupes, des fêtes et des cérémonies sont organisées pour traiter de ces cas d'hémorragie.
- Les complications infectieuses, notamment le tétanos et les inflammations, dues à l'utilisation de matériel non stérilisé pour l'opération.
- Les perturbations urinaires ultérieures : rétention d'urine, inflammation du conduit urinaire.
- Les complications gynécologiques : au moment d'un accouchement, la tête de l'enfant peut ne pas arriver à se dégager à la suite de la rétraction du vagin maternel, ce qui entraîne des césariennes fréquentes. Durant les rapports sexuels, les femmes excisées peuvent souffrir à chaque pénétration et celles qui ont des orgasmes clitoridiens n'arrivent pas à s'épanouir sexuellement.
- Les filles qui ont été infibulées pour éviter des rapports sexuels avant le mariage et sauvegarder leur virginité, doivent subir une opération avant leur première nuit de noce.
- Les difficultés psychiques nées des douleurs atroces durant l'excision éloignent très souvent la future femme de tout intérêt sexuel. La femme est incapable de pratiquer l'acte sexuel normalement ce qui peut entraîner des pratiques perverses (masturbations, attouchements, etc.) contraires aux prescriptions religieuses.

## Sous-Thème 3.IV.2:

### GESTION DE LA CRISE PUBERTAIRE

#### 1. Objectif pédagogique

➔ Déterminer le rôle des parents, des éducateurs et des autres membres de la communauté dans la gestion de la crise pubertaire

#### 2. Pré-test

Avec l'aide des participant(e)s, l'animateur/trice établit une liste des problèmes soulevés par les adolescent(e)s dans leur milieu de vie.

#### 3. Activités

##### Activité 2.1

Travail de groupe

- ❖ Les participant(e)s se répartissent en deux groupes:
  - le premier groupe mène des discussions sur les relations adolescent(e)s-parents, le type de problèmes susceptibles de surgir entre eux et les propositions de solutions pour y faire face ;
  - le deuxième groupe rassemble des informations sur les relations adolescent(e)s et autres membres de la communauté (enseignant(e)s ou autres adultes, les pairs, le sexe opposé, etc.), le genre de problèmes pouvant les mettre en conflit avec autrui ainsi que des propositions de solutions.
- ❖ Les deux groupes se retrouvent ensuite en plénière pour rendre compte des résultats de leurs travaux.

👉 L'animateur/trice fait une synthèse globale en soulignant la nécessité:

- de la prévention des déséquilibres avant l'adolescence;
- de se démarquer de toute attitude exagérée de sur-protection pérennisant le statut de l'adolescent/enfant ou de rejet systématique, source de carences affectives;
- d'établir un climat de communication confiante, faite surtout d'écoute et d'attention ;

- de s'appuyer sur les éléments positifs de la personnalité des adolescent(e)s, notamment leur capacité créatrice et leur potentiel d'énergie pour les investir dans des valeurs positives.

**N.B. :** l'animateur/trice peut suivre la même démarche après la projection d'un film sur la crise pubertaire.

#### **4. Méthodologie**

##### a. Méthodes

- discussions en groupes
- exposé
- questions-réponses
- synthèse

##### b. Supports didactiques

- documents imprimés
- film

#### **5. Post-test**

Mesurer le degré d'atteinte de l'objectif de départ en posant aux participant(e)s les questions suivantes:

- Qu'est-ce qui explique la crise pubertaire des adolescent(e)s dans leurs relations familiales et en milieu scolaire ?
- Quelle devrait être l'attitude des parents et autres éducateurs dans la gestion de la crise pubertaire ?
- Quel est le rôle des parents et des autres éducateurs dans la gestion de ladite crise ?

#### **6. Durée: 2 heures**

## 7. Le contenu

### FICHE DE LECTURE N° 4.2.

#### LA GESTION DE LA CRISE PUBERTAIRE

La crise juvénile ou pubertaire est une crise transitoire. Elle est utile car ses développements ont un impact positif reconnu sur la formation de la personnalité et la richesse des aptitudes individuelles. Encore faut-il que les parents, les éducateurs, la société en général, sachent quelles attitudes tenir et quelles réponses donner face au défi d'un monde meilleur lancé par les jeunes, et à leurs aspirations polymorphes liées à la quête de leur identité.

Quelques points de repères pourraient être, ici, suggérés, pour aider au dépassement des conflits :

- Essayer de prévenir les déséquilibres avant l'adolescence, leur source se situant souvent à des étapes antérieures à l'enfance.
- Savoir que l'opposition de l'adolescent(e) ressentie comme négative par la société, toutes les attitudes et comportements souvent étranges dont il/elle fait preuve, ne doivent pas être pris à la lettre, mais reconnus comme une réponse à des difficultés relationnelles avec lui-même et avec autrui, sous-tendues par une angoisse plus ou moins latente.

Les tentatives de suicide des jeunes sont le plus souvent la traduction d'appels refoulés, déguisés, à l'existence, à l'être :

- Prendre en compte la complexité de notre société et de son évolution rapide, avec des rôles traditionnels qui s'effondrent alors que les nouveaux ne sont pas fermement établis. De nos jours, les parents sont désarmés et hésitent devant différents types d'éducation, ce qui aggrave la perplexité des jeunes.
- A la dysharmonie de l'adolescent(e) (maturité biologique et immaturité sociale, affective), répondre par l'amour et engager une relation non pas fusionnelle mais basée sur le libre échange, le respect de la différence, en bannissant toute attitude extrémiste de sur-protection pérennisant le statut de l'adolescent-enfant ou de rejet systématique porteuse de carences affectives.
- Dans la communication adultes-jeunes, laisser place, parfois, au silence, à l'écoute de l'autre. Il s'agit d'être attentifs aux désirs non formulés, souvent inconscients de l'adolescent(e), à ses difficultés à exprimer ce qu'il pense et ressent face à ses

transformations corporelles, de respecter sa pudeur qui traduit sa prise de conscience graduelle de n'être plus un enfant et de se transformer en un adulte dont la morphologie générale se rapproche de celle de ses parents.

- Essayer de s'appuyer sur les éléments positifs de la personnalité des adolescent(e)s, notamment leur capacité créatrice, ainsi que sur leur potentiel élevé d'énergie pour les canaliser vers une orientation, des choix, et un investissement positif aux antipodes des valeurs criminelles et de la délinquance.

Comme le fait remarquer Winnicot, les adolescent(e)s sont déraisonnables, irresponsables dans leur projet ou dans leur défi, mais cette immaturité même, le fait qu'ils n'ont pas encore trouvé leur place dans la société, permet l'innovation et, par là, le progrès.

Il s'agit vraiment de réaliser, ensemble, la cité, le monde de demain. Si le jeune sait pouvoir s'appuyer sur l'adulte, il saura protéger sa vie, préserver son intégrité physique et morale et acquérir ainsi cette confiance en soi, ce respect de soi tellement nécessaire pour réussir sa vie par la réalisation des projets qu'il en a.

C'est tout le sens de ce programme de conseil en orientation, qui, sans négliger les garçons, tente de répondre à l'ampleur du désarroi des jeunes filles d'âge scolaire (beaucoup plus "agressées" par les problèmes de cet ordre) afin qu'une assistance concrète leur permette non seulement d'améliorer leur santé génésique mais également de se développer harmonieusement pour leur bien-être et celui de leur entourage.

### Sous-Thème 3.IV.3:

## PISTES POUR UNE EDUCATION SEXUELLE SYSTEMATIQUE

Les raisons qui militent en faveur d'une éducation sexuelle systématique sont les mêmes que celles qui légitiment l'éducation en général. Les recommandations du *Séminaire Interafricain sur l'éducation sexuelle*, tenu à Bamako (Mali) du 16 au 25 Avril 1973 invitaient à ce propos les enseignant(e)s et éducateurs à situer l'éducation sexuelle dans le contexte global de l'éducation, car sa dignité et sa nécessité urgente la placent au même niveau que l'éducation physique et sanitaire, l'éducation civique et morale, l'éducation intellectuelle et scientifique.

### 1. Objectifs pédagogiques

- ➔ définir la nature de l'éducation sexuelle;
- ➔ dégager sa nécessité;
- ➔ déterminer le contenu d'une éducation sexuelle systématique.

### 2. Pré-test

Poser aux participant(e)s des questions visant à identifier la nature, la qualité et les sources traditionnelles de l'information sexuelle dans leurs communautés de vie.

### 3. Activités

#### Activité 3.1

Travail de groupe

- ❖ L'ensemble des participant(e)s est divisé en deux groupes suivant le sexe.
  - encadré par une animatrice, le groupe des filles discute sur les sources de l'information sexuelle en sa possession, de la nécessité d'une éducation sexuelle systématique ainsi que de son éventuel contenu.
  - encadré par un animateur, le groupe des garçons planche sur les mêmes sujets.
- ❖ Chaque groupe rapporte en plénière les conclusions des discussions menées en son sein.

NB. : Adapter les groupes selon le milieu socio-culturel.



☞ L'animateur/trice fait la synthèse des discussions en insistant sur les points suivants :

- l'éducation sexuelle ne doit pas être réduite à la seule information sexuelle, elle est surtout une éducation de la relation envers l'autre, une éducation aux valeurs de responsabilité, de maîtrise de soi et de lucidité;
- la nécessité d'une éducation sexuelle dans des sociétés africaines en profonde mutation;
- le rôle des parents, des enseignant(e)s, des pairs et de la communauté dans l'éducation sexuelle des jeunes.

#### **4. Méthodologie**

##### a. Méthodes

- discussions en groupes
- exposé
- synthèse

##### b. Supports didactiques

- documents imprimés

#### **5. Post-test**

Les participant(e)s répondront aux questions suivantes:

- Qu'entend-on par "éducation sexuelle" ?
- Est-il nécessaire d'assurer aux enfants et aux adolescent(e)s une éducation sexuelle systématique ?
- Quel serait le contenu de son enseignement ?
- Quelles sont les personnes susceptibles d'intervenir dans l'éducation sexuelle des enfants/adolescent(e)s ?

#### **6. Durée : 2 heures**

## 7. Contenu

### FICHE DE LECTURE N° 4.3

#### PISTES POUR UNE EDUCATION SEXUELLE SYSTEMATIQUE

##### A. Que doit-on comprendre par "éducation sexuelle"?

L'abondance de définitions jusque-là données à l'éducation sexuelle est révélatrice de la complexité même de sa nature et explique pourquoi bon nombre de chercheurs qui se penchent sur la question n'entrevoient que certains de ses aspects.

Pour P. Foulquié, l'éducation sexuelle est l'ensemble des actions des éducateurs: d'abord pour renseigner en temps opportun les enfants sur le mode de procréation, sur le phénomène de la puberté et sa signification, ensuite pour faciliter chez eux l'intégration de la sexualité dans une conception morale de la vie.

Cette définition de P. Foulquié a la faiblesse de faire déboucher l'éducation sexuelle sur une certaine morale sexuelle. Cet aspect ne retiendra pas notre attention. Elle a par contre le mérite de montrer que l'éducation sexuelle est l'affaire de tout éducateur mais surtout de souligner l'aspect " information-instruction" de l'éducation sexuelle.

Cependant, comme toute éducation qui se veut complète, l'éducation sexuelle ne doit pas se limiter à une simple information. Celle-ci est certes nécessaire, on ne peut prétendre à une éducation sexuelle en passant sous silence les données anatomiques et physiologiques, la conception et ses problèmes connexes, la vague des maladies sexuellement transmissibles, etc. Il faut reconnaître néanmoins qu'il serait naïf de penser que même objectivement et clairement transmise, une simple information peut suffire à répondre à toutes les questions que se pose l'individu sur sa sexualité et sur celle des autres. L'incapacité de la seule information sexuelle fait surface surtout quand elle doit, par exemple, aborder la question de la relation équilibrée entre les deux sexes.

Tout en considérant l'information sexuelle comme un préalable nécessaire à l'éducation sexuelle, nous partageons la conviction de Tavoillot, selon laquelle l'éducation sexuelle devrait, sous peine de devenir une source de conflits et d'incertitudes au lieu d'être une source d'équilibre et de sérénité, être une "*éducation à la responsabilité*" ou mieux encore une "*éducation de la relation*". Ainsi donc "tout ce qui peut aider le sujet à prendre conscience de l'ambiguïté d'une relation, sexuelle ou non, et du fait que cette relation peut utiliser et

asservir l'autre, ou au contraire l'associer à un progrès vers l'épanouissement, tout ce qui peut améliorer sa relation avec autrui favorise l'éducation sexuelle”.

La pensée de "l'autre" doit toujours être fondamentalement présente dans toute éducation sexuelle, sinon celle-ci est mal centrée". *Cette éducation de la relation ne peut aller sans une éducation de la lucidité et de connaissance de soi, sans une éducation de l'acceptation et de la limitation du réel, sans une éducation de la responsabilité de sa propre sexualité et de celle des autres.*

Cette façon d'appréhender l'éducation sexuelle présente l'avantage de ne pas réduire celle-ci à une simple information sexuelle, d'élargir son champ au niveau de la relation et surtout de faire état d'une attitude vraiment éducative qui vise à préparer l'individu à affronter ses problèmes futurs au lieu de ne s'occuper que de ses seules pulsions actuelles de l'adolescence.

## **B. Raisons légitimant une éducation sexuelle systématique**

Une information sexuelle systématique est nécessaire pour satisfaire la curiosité naturelle de l'enfant et de l'adolescent(e).

Nul besoin d'être fin psychologue pour constater que l'enfant est un être essentiellement curieux, qui a un besoin impérieux de découvrir, de savoir. Pour satisfaire ce besoin, il s'informe de tout ce qui se présente à sa connaissance. Le phénomène est naturel et général : les enfants du monde entier posent des questions sur des tas de choses. Il n'est donc pas surprenant qu'ils s'intéressent aussi à la sexualité. C'est ainsi qu'il ne tardera pas à s'apercevoir des différences anatomiques entre les sexes, à se demander le pourquoi de ces différences ainsi que la raison d'être des organes génitaux. Une nouvelle naissance dans la famille est pour lui une occasion de s'enquérir de la provenance du nouveau-venu. Ne pas répondre à ses questions constitue un manquement aux devoirs d'éducateur parce que la curiosité de l'enfant restera attisée et le manque de réponses adéquates le poussera à aller chercher les informations ailleurs sans que celles qu'il recueillera ne soient de nature à le rassurer ni entièrement exactes.

De la même façon, une information sexuelle préventive s'impose pour les adolescent(e)s. Informé(e)s en temps opportun de leur nature, les transformations physiques et physiologiques auxquelles ils/elles sont sujets les affecteront moins.

Laisser les adolescent(e)s dans l'ignorance et l'incompréhension totales des phénomènes qui bouleversent tout leur schéma corporel, ne pas leur fournir d'informations sur quelque chose d'aussi délicat à expliquer, n'est-ce pas manquer de réalisme et d'à-propos ?

Une autre raison rendant nécessaire une éducation sexuelle systématique réside sans doute aussi dans l'accroissement du nombre des sources de sollicitations "sexuelles" qui peuvent constituer des pièges pour les jeunes souvent non informés de leur nature. En effet, hier encore, le jeune Africain, la jeune Africaine, vivait "tranquillement" et seulement dans son village, parmi les siens. Même si certaines scènes de la vie étaient susceptibles d'éveiller sa sexualité, ces stimuli sexuels 'naturels' ne sont absolument pas comparables à ceux qui de nos jours s'étalent publiquement et nous sont assénés quotidiennement au point de faire partie intégrante de notre univers mental et visuel.

L'influence exercée par une littérature abondante sur la sexualité, des photos et films érotiques sinon pornographiques sur un enfant ou un adolescent qui ne les comprennent pas ne saurait être minimisée.

La marée toujours montante des maladies sexuellement transmissibles dont le SIDA, les grossesses précoces et/ou non désirées et des avortements en série ne peuvent-ils pas trouver origine dans le manque d'éducation sexuelle systématique? Confronté(e) à toutes ces situations nouvelles pour lui, quelle sera l'attitude du jeune Africain/de la jeune Africaine non informé(e) de leur nature et de la façon de les affronter? Ne va-t-il pas tomber dans le fleuve sans savoir nager?

Est-il permis aux éducateurs de rester bras croisés ? Non, bien sûr. Leur devoir est de dispenser aux enfants et adolescent(e)s une éducation sexuelle leur permettant de voir clairement le problème, de comprendre les "mystères" de la sexualité, de développer leur sens de la responsabilité, de l'effort et de la maîtrise de soi, autant de valeurs qui les amèneront à percevoir d'eux-mêmes cette "relation" entre deux êtres dont il a été question plus haut et qui doit constituer l'aboutissement de toute éducation sexuelle.

En résumé, on peut dire que la nécessité d'une éducation sexuelle systématique s'impose pour satisfaire la curiosité naturelle de l'enfant et pour amener l'adolescent (e) à la compréhension de son corps et de celui des autres, préalable à son épanouissement sexuel et partant, à l'épanouissement de la société. Par ailleurs, dans des sociétés africaines en proie à de profondes mutations dans tous les domaines de la vie, y compris celui de la sexualité, il est plus que nécessaire d'éclairer l'enfant et l'adolescent (e) sur la nature de ces changements pour éviter qu'ils n'en deviennent les victimes.

### C. Contenu d'une éducation sexuelle systématique

Il n'est pas du tout aisé de déterminer le contenu d'une véritable éducation sexuelle.

Cet embarras se justifie du reste par la complexité même du sujet. Cette difficulté ne nous empêchera pas cependant de tenter de dégager les grandes lignes de ce que nous appelons "éducation sexuelle systématique". La recherche d'une définition de l'éducation sexuelle ayant fait ressortir la nécessité d'une information préalable en matière de sexualité, toute éducation sexuelle devra d'abord s'employer à informer l'enfant/l'adolescent (e) sur :

- la constitution anatomique et la physiologie des sexes
- le processus de la procréation
- les transformations physiques, physiologiques et psychologiques de l'adolescence
- l'acte sexuel et ses conséquences possibles
- les comportements sexuels "anormaux", etc.

Ce descriptif qui n'a aucune ambition d'être exhaustif n'est donné là qu'à titre indicatif. Il n'a rien de limitatif car le contenu de l'information sexuelle ne pourra être déterminé qu'en fonction du contexte socioculturel et des besoins réels de l'enfant ou de l'adolescent (e).

L'éducation sexuelle ayant été définie comme étant une "éducation de la relation", son enseignement devra tendre à amener l'individu à percevoir la relation qui le lie à l'"autre" et à l'accepter dans la complexité de sa réalité. Il s'agit finalement d'une éducation à la lucidité, une éducation à la responsabilité (faisant entrevoir la portée de ses actes et leurs conséquences sur l'autre) et à la maîtrise de soi.

Bref, il s'agira de **fournir, à partir des données biologiques, physiologiques, psychologiques et culturelles des éléments de réflexion suffisamment précis pour permettre aux adolescent(e)s de se forger une opinion, une option personnelle en connaissance de cause et d'être de ce fait mieux préparés à prendre leurs responsabilités.**

Ce faisant, les parents et autres éducateurs doivent toujours garder à l'esprit que toute pédagogie de l'éducation sexuelle doit d'abord être une pédagogie de communication, c'est-à-dire une pédagogie d'information objective, prudente, claire et répondant à un besoin exprimé tout en tenant compte du niveau de compréhension de celui/celle à qui elle s'adresse.

## **D. Les personnes susceptibles d'intervenir dans l'éducation sexuelle**

### **1. Les parents**

On constate avec déception que tout en admettant sa nécessité, les parents africains jouent un rôle très effacé dans l'éducation sexuelle de leurs enfants. Pourtant, en raison même de la responsabilité qui leur revient en matière d'éducation générale, les parents devraient comprendre qu'ils sont également les premiers responsables de l'éducation sexuelle de leurs enfants. Il ne s'agit pas, comme le pensent certains parents, de laisser l'enfant dans l'ignorance totale de ce qu'est la sexualité s'il pose des questions et de donner plus tard à l'adolescent (e) une information à la sauvette. Bien des pères ou des mères s'imaginent en effet avoir rempli leur devoir quand, ayant pris à part leur fils ou fille à l'approche de la puberté, ils lui donnent des explications plus ou moins détaillées, plus ou moins claires, en réalité si confuses et si embarrassées que l'intéressé n'y comprend pas grand-chose. De toute façon, il ne s'agira dans le meilleur des cas que d'une information saisie sur le plan intellectuel mais non assimilée profondément. Or, ce n'est pas d'une information donnée à la sauvette et qui tombe dans une oreille plus ou moins bien préparée à la recevoir dont les jeunes ont besoin, mais d'une véritable éducation qui devrait commencer dès l'enfance et ne pas se borner à satisfaire la curiosité de l'enfant concernant les différences anatomiques entre les sexes.

### **2. Les autres éducateurs, notamment les maîtres d'école**

La vie de l'enfant africain ne se confine plus seulement à son cercle familial. A un certain âge, il doit quitter sa famille pendant une grande partie de la journée pour fréquenter l'école. Pendant ce moment, son éducation est confiée à la responsabilité des maîtres/maîtresses d'école. Ceux-ci/celles-ci doivent continuer, et surtout parfaire l'éducation déjà commencée par les parents. Et en matière de sexualité, les adolescent(e)s attendent beaucoup de leurs maîtres/maîtresses jugé(e)s moins moralisateurs/trices que les parents et suffisamment instruit(e)s pour aborder avec clarté et franchise les problèmes de la sexualité.

### **3. Les pairs**

L'apport de la société des semblables, des camarades et des aînés immédiats ne saurait être minimisé en éducation sexuelle. En effet, le langage est infiniment plus libre entre camarades. Aussi les jeunes s'expriment-ils entre eux sans gêne, sans complexe. Ce qui leur permet de partager, d'échanger leurs expériences en matière de sexualité. Il va sans dire que les informations émanant des pairs sont susceptibles d'être incomplètes et surtout fausses.

L'esprit trop imaginaire des adolescent(e)s peut les pousser à parer de motifs généreux et chevaleresques les informations saisies à la volée ou des expériences vécues mal comprises. La qualité de leurs échanges d'informations sera donc en fonction des éclaircissements préalablement reçus des parents ou autres éducateurs. C'est à cette condition que l'échange, entre camarades, d'expériences et d'informations en matière de sexualité pourrait leur être bénéfique.

## EVALUATION DU THEME IV

---

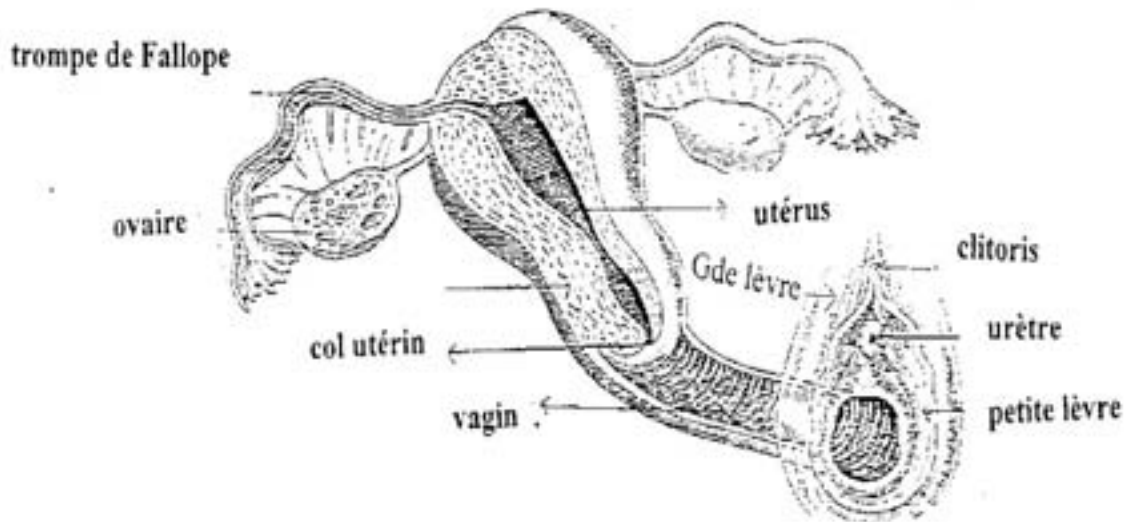
- Quelles mesures sont à prendre pour éviter que des jeunes filles ne tombent dans les situations où elles peuvent être victimes de viol ou d'abus sexuel ?
- Que doit faire une victime d'un viol ou d'un abus sexuel ?
- Quelles sont les répercussions du viol ou de l'abus sexuel sur les victimes et sur leurs familles ?
- Comment peut-on identifier et aider les victimes (et leurs familles) de viol, d'abus sexuel et d'excision ?
- Qu'est-ce qui explique la crise pubertaire des adolescent(e)s dans les relations familiales et sociales et en milieu scolaire ?
- Quelle devrait être l'attitude des parents et des autres éducateurs dans la gestion de la crise pubertaire ?
- Quel est le rôle des parents et des autres éducateurs dans la gestion de ladite crise ?
- Que doit-on entendre par "éducation sexuelle" ?
- Y a-t-il nécessité d'assurer aux enfants et aux adolescent(e)s une éducation sexuelle systématique ?
- Quel serait le contenu de cette éducation ?
- Quelles sont les personnes susceptibles d'intervenir dans l'éducation sexuelle des enfants/adolescent(e)s ?
- Comment un(e) enseignant(e), ayant appris la vie sexuelle débordante d'une fille, peut-il aborder avec elle cette question et quelle solution peut-il lui suggérer ?



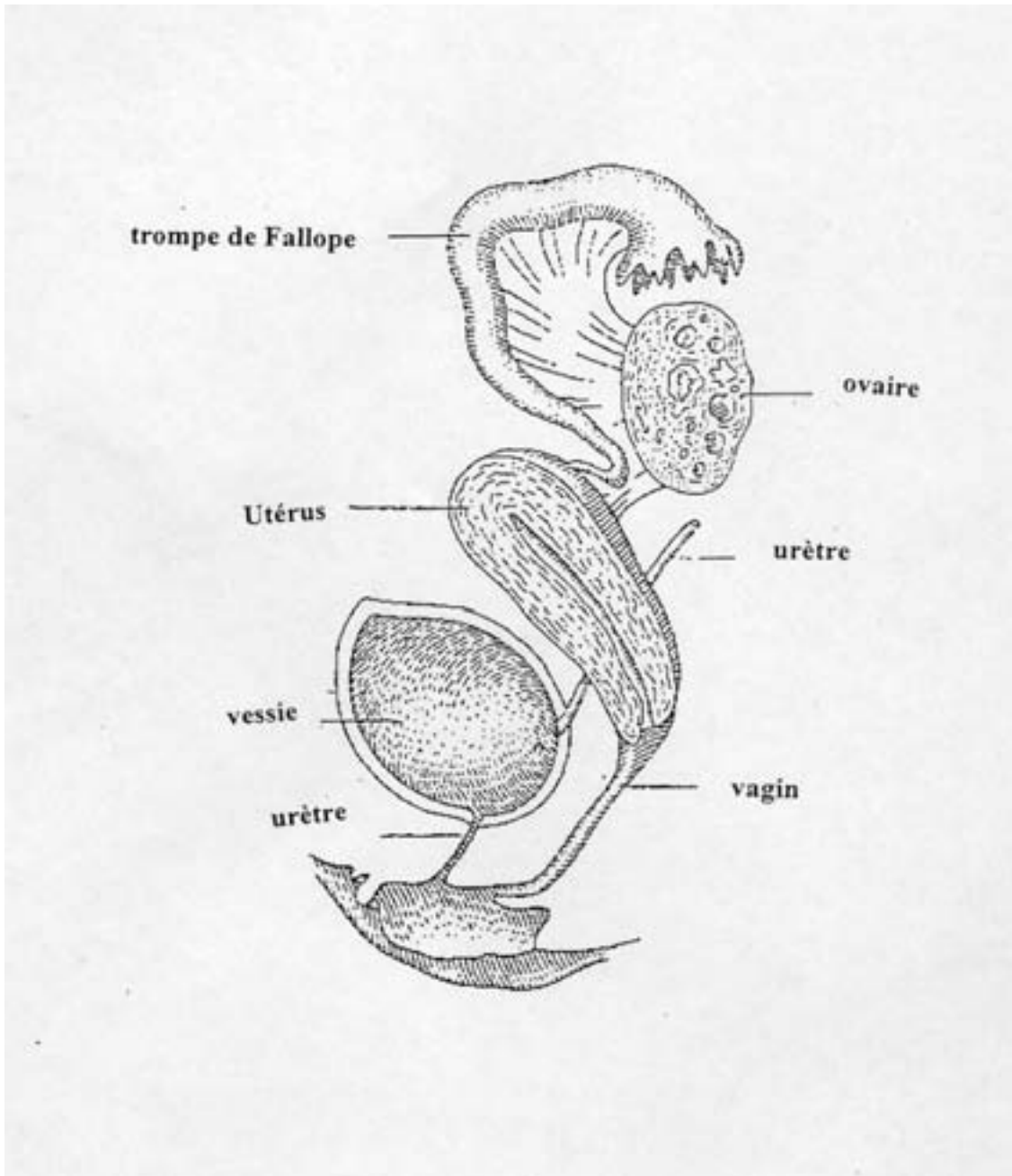
# ANNEXES

## ANNEXE 1 : LES ORGANES GENITAUX HUMAINS

Fig.1 Coupe schématique des organes génitaux de la femme



**Figure 2 : L'appareil reproducteur de la femme (vue latérale)**



**Figure 3 : Les organes génitaux de la femme (partie externe)**

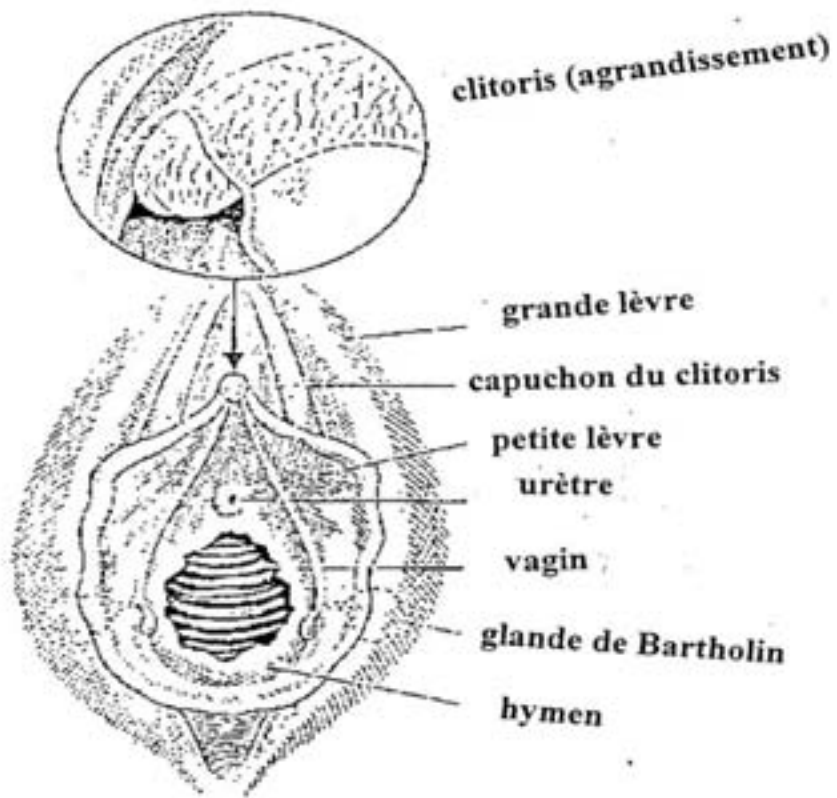
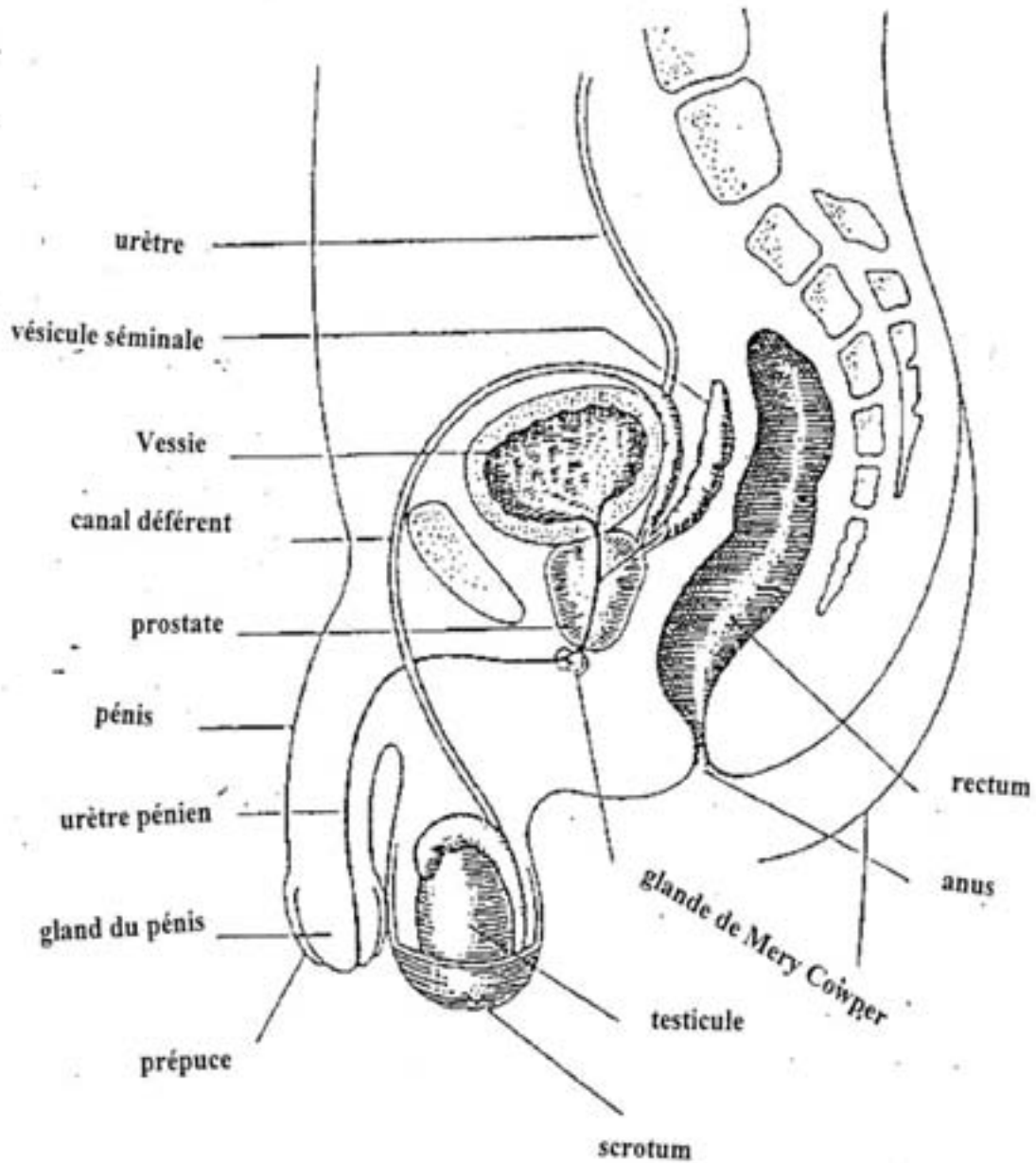


Figure 4 : Les organes génitaux de l'homme



## ANNEXE II

### LES FEMMES ET LE VIH/SIDA

Cette annexe reprend l' " Aide mémoire » N° 242 –juin 2000- de l'OMS disponible sur le site : <http://www.who.int/inf-fs/fr/am242.html>

Pour plus d'informations, prendre contact avec le Bureau du porte-parole, OMS, Genève. Tél. (41 22) 791 2599 ; télécopie: (41 22) 791 4858 ; adresse électronique : [inf@who.int](mailto:inf@who.int)

Tous les communiqués de presse, aide-mémoire OMS et d'autres informations sur le sujet peuvent être obtenus sur Internet à la page d'accueil de l'OMS : <http://www.who.int>

#### Faits et chiffres

- Sur les 33,6 millions de personnes vivant avec le VIH/SIDA, 14,8 millions sont des femmes
- Sur 5 millions d'adultes nouvellement infectés en 1999, 2,3 millions sont des femmes
- Sur 2,1 millions de personnes qui sont mortes du SIDA en 1999, 1,1 million étaient des femmes
- En Afrique, il y a actuellement 12 à 13 femmes infectées pour 10 hommes infectés
- On compte un demi-million d'infections chez les enfants de moins de 15 ans, dont la plupart résultent d'une transmission mère-enfant
- 55% des infections de l'adulte en Afrique subsaharienne, 30% en Asie du Sud-Est et 20% en Europe et aux Etats-Unis d'Amérique concernent des femmes.

#### Modes de transmission

L'épidémie de SIDA chez les femmes se propage très majoritairement par voie hétérosexuelle – presque intégralement en Afrique et en Asie du Sud et du Sud-Est.

Dans les autres régions, une partie des femmes sont infectées par :

- des rapports sexuels avec un partenaire bisexuel ou usager de drogues injectables
- une consommation personnelle de drogues injectables
- des rapports hétérosexuels sans ces facteurs
- transfusion sanguine (dans les pays en développement où le sang transfusé n'est pas systématiquement testé).

## **Pourquoi les femmes sont-elles plus vulnérables à l'infection par le VIH ?**

### **Biologiquement**

- Zones muqueuses plus étendues; les microlésions qui peuvent survenir pendant un rapport sexuel peuvent constituer une porte d'entrée pour le virus; les femmes très jeunes sont encore plus vulnérables à cet égard.
- Davantage de virus dans le sperme que dans les sécrétions vaginales
- Comme pour les infections sexuellement transmissibles (IST), les femmes sont au moins quatre fois plus vulnérables à l'infection virale; la présence d'IST non traitées est un facteur de risque pour toute infection à VIH
- Les rapports sexuels sous la contrainte augmentent les risques de microlésions.

### **Economiquement**

Du fait de leur dépendance financière ou matérielle vis-à-vis des hommes, les femmes ne peuvent exercer un contrôle sur leurs rapports sexuels – quand, avec qui et dans quelles circonstances.

De nombreuses femmes doivent offrir des rapports sexuels en échange de faveurs matérielles, pour leur survie quotidienne. Il existe un travail sexuel officiel, mais aussi ce type d'échange qui, dans de nombreux contextes de pauvreté, constitue le seul moyen pour bien des femmes de subvenir à leurs besoins et à ceux de leurs enfants.

### **Socialement et culturellement**

- Les femmes ne sont pas supposées discuter ou prendre des décisions au sujet de leur sexualité
- Elles ne peuvent demander, et encore moins insister sur l'utilisation du préservatif ou d'une autre forme de protection
- Si elles refusent l'acte sexuel ou exigent l'usage du préservatif, elles risquent dans bien des cas d'être maltraitées, car elles sont alors soupçonnées d'infidélité
- Les nombreuses formes de violence à l'encontre des femmes signifient qu'elles sont souvent contraintes à l'acte sexuel, condition qui est en elle-même un facteur de risque pour l'infection à VIH
- Pour les hommes mariés ou non, le fait d'avoir des partenaires multiples (y compris des travailleurs sexuels), est culturellement acceptable

- Les femmes sont supposées avoir des relations sexuelles avec, ou épouser, des hommes plus âgés, lesquels seront plus expérimentés et auront donc un plus grand risque d'être infectés. Les hommes recherchent des partenaires de plus en plus jeunes pour éviter l'infection tout en croyant que le fait d'avoir des rapports sexuels avec une jeune fille vierge guérit le SIDA et d'autres maladies.

### **Pourquoi la réponse doit-elle tenir compte des différences hommes-femmes ?**

Pour trois raisons principales :

1. Les relations hommes-femmes non équitables (sur le plan social, économique et du pouvoir) entretiennent l'épidémie
2. Les femmes sont touchées de façon disproportionnée par l'épidémie
  - elles sont fortement vulnérables à l'infection
  - elles portent le fardeau psychosocial et physique de la prise en charge du SIDA
  - elles souffrent d'une discrimination particulière; elles sont souvent accusées de propager l'infection
3. Les différences sexuelles au niveau de la pathologie. La prise en charge clinique, trop longtemps basée sur des recherches portant sur l'homme, doit être adaptée à la spécificité des manifestations chez la femme – symptomatologie, évolution de la maladie, affections liées au VIH, etc.

### **Qu'est-ce qui peut faire changer cette situation ?**

Une autonomie physique et matérielle ainsi que la sécurité pour les femmes, indépendante de la "protection" d'un homme ou des hommes en général

- Il faut donner suffisamment d'autonomie et de pouvoir aux femmes pour qu'elles puissent exercer un contrôle sur leur propre vie, en particulier sur leurs relations sexuelles

Cela implique une profonde modification des rapports de force sociaux et économiques entre hommes et femmes. Cela ne s'obtiendra pas du jour au lendemain mais il faut agir dès maintenant, par :

- Un accroissement des accès à l'enseignement et à la formation professionnelle pour les filles et les femmes
- des campagnes d'éducation du public sur les effets nocifs – voire mortels dans le cas du SIDA – des relations inéquitables entre hommes et femmes.



## **Les antimicrobiens : notre meilleur espoir**

La mise au point d'une méthode de prévention qui soit bon marché, sûre et efficace, et dont les femmes aient le contrôle, est indispensable.

- en l'absence de vaccin, il s'agit d'une méthode susceptible d'avoir un impact immédiat et significatif sur le taux alarmant de nouvelles infections chez la femme.
- un investissement massif dans la recherche et le développement d'un antimicrobien au niveau international est nécessaire.
- il faut également tenir compte du désir d'enfant. Un antimicrobien qui empêche à la fois la grossesse et les IST, dont le VIH (protection double), et qui ne soit pas en même temps un spermicide doit être mis au point.

## **Interventions d'efficacité démontrée**

Il existe un certain nombre d'interventions dont l'efficacité est avérée (voir les interventions clés) qui comprennent les stratégies clés propres à endiguer la propagation de l'épidémie. Elles sont particulièrement importantes pour les femmes.

## **Traitement et prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) :**

- les femmes sont plus vulnérables aux IST; les conséquences de celles-ci sont plus graves chez elles
- de nombreuses IST sont asymptomatiques chez la femme, et ne sont donc pas traitées
- la prise en charge syndromique des IST chez la femme est plus difficile que chez l'homme
- la stigmatisation liée aux IST est plus forte vis-à-vis des femmes (chez qui l'on soupçonnera une promiscuité sexuelle), de sorte qu'elles craignent ou refusent de consulter.

## **Sécurité du sang**

Les femmes et les enfants sont les principaux receveurs de transfusions – les femmes, pendant et après l'accouchement. Les mesures suivantes doivent être prises :

- Soins anténatals et nutrition appropriée, de façon à réduire certaines des indications de la transfusion
- Utilisation clinique appropriée du sang pour éviter les transfusions inutiles
- Dépistage à terme de tous les dons de sang.

## **Education à la prévention, y compris l'utilisation du préservatif**

Les préservatifs masculins et féminins constituent actuellement la seule méthode de protection disponible. Ils doivent être plus largement acceptés, disponibles et utilisés.

- éducation pour promouvoir leur utilisation
- facilitation de son accès grâce à la distribution gratuite, un subventionnement ou une campagne de vente à but social de façon à les rendre réellement accessibles.

Il a été démontré que même dans les conditions d'accès les plus favorables, le préservatif, masculin ou féminin, est peu utilisé. L'acceptation de cette méthode reste problématique. Le préservatif féminin est encore plus fastidieux à utiliser que le préservatif masculin et est beaucoup plus cher. De plus, les femmes ne peuvent en contrôler l'utilisation. L'impact de ces méthodes restera faible si l'on ne prend pas soigneusement en compte les préférences de la population et donc l'utilisation effective des méthodes.

## **Les femmes en tant que pourvoyeuses de soins**

- Les femmes sont responsables des soins de santé de tous les membres de la famille.
- Les soins ne représentent que l'une des multiples activités familiales des femmes – culture et élevage, préparation des aliments, ramassage du bois de feu, transport de l'eau, soins aux enfants, ménage, etc.
- Les soins prodigués par les femmes sont gratuits mais entrent pour une valeur non négligeable dans l'appréciation du bien-être et du confort de la famille. Lorsqu'elles sont malades, leurs activités sont réduites ; ce qui peut retentir dramatiquement sur le bien-être familial à plus ou moins long terme.
- Leurs soins ne s'arrêtent pas à la mort du mari, de l'enfant ou de la soeur. Les orphelins sont pris en charge par les grands-mères et les tantes.
- Les femmes qui prodiguent les soins sont souvent elles-mêmes séro-positives (c'est-à-dire que la recherche du VIH dans le sérum sanguin est positive).

## **Responsabiliser les hommes**

- On s'est encore peu intéressé à la participation des hommes aux efforts visant à protéger les femmes
- Les hommes sont difficiles à atteindre et à éduquer mais certains s'inquiètent quant à la santé sexuelle – la leur et celle de leur(s) partenaire(s)
- En faisant prendre conscience aux hommes de leurs propres risques, on a pu modifier certains comportements
- Les interventions doivent viser les hommes (aussi bien que les femmes), si l'on veut protéger les femmes.

## ANNEXE III

### FICHE D'EVALUATION DE LA FORMATION

#### I. QUESTIONS SIGNALÉTIQUES

Sexe: M  F

Fonction/Grade :

MPC	MSC	PROFESSEUR	AUTRE
-----	-----	------------	-------

Lieu actuel de service :

Nombre d'années de service :

#### II. DEGRE DE COMPREHENSION DES OBJECTIFS DU SEMINAIRE

1. La tenue de cet atelier répond-elle à vos besoins ?

Oui  Non

2. Si oui lesquels ?

---

---

---

3. Selon vous quels sont les objectifs visés par l'atelier ?

---

---

---

4. Ces objectifs sont-ils clairement fixés ?

Oui  Non

5. Parmi ces objectifs, lesquels sont atteints ?

---

---

---

6. Lesquels ne le sont pas ?

---

---

---

Pourquoi ?

---

---

---

7. Ces objectifs sont-ils congruents avec le contenu de l'atelier?

Oui  Non

8. Ces objectifs ont-ils été modifiés au cours de l'atelier ?

Oui  Non

9. Comment ?

---

---

---

10. Estimez-vous qu'il existe un écart entre les objectifs fixés et les résultats atteints ?

Oui  Non

11. Si oui, comment ?

---

---

---

12. Vous sentez-vous capable d'appliquer vos acquis du stage, de les mettre en pratique ?

Oui

Non

Justifiez.

---

---

---

### III. DE L'ORGANISATION DU SEMINAIRE

13. Les documents de l'atelier sont-ils en quantité : (choisissez une seule réponse)

Suffisante ?

Insuffisante ?

14. Ces documents sont-ils congruents avec les objectifs de l'atelier ?

Oui

Non

15. Avez-vous été informé à temps de la tenue de cet atelier ?

Oui

Non

16. Justifiez votre réponse.

---

---

---

### IV. DE L'ATMOSPHERE ET DES ASPECTS PEDAGOGIQUES DE L'ATELIER

17. Le niveau des débats était-il élevé ?

Oui

Non

18. Pourquoi ?

---

---

---

19. Selon vous la conduite des débats était-elle : (choisissez une réponse)  
Satisfaisante  peu satisfaisante  pas du tout satisfaisante

20. Le mode d'organisation (exposé en plénière, atelier, travaux pratiques, étude de cas...) a-t-il favorisé l'atteinte des objectifs de l'atelier ?  
Oui  Non

21. Justifiez votre réponse.

---

---

---

22. Le dosage entre ces différents types d'activités était-il équilibré ?  
Oui  Non

23. Pensez-vous que la méthodologie utilisée a permis de tenir compte de votre point de vue ?  
Oui  Non

24. Justifiez votre réponse.

---

---

---

25. Estimez-vous que l'atelier vous a permis de comprendre votre rôle dans l'action d'aide à la promotion des filles et des femmes ?  
Oui  Non

Quels sont les avantages de cette formation pour vous ?

---

---

---

26. Quelles sont, à votre avis, les difficultés que vous pourriez rencontrer lors de vos animations ?

---

---

---

27. Comment pourrait-on anticiper ou atténuer ces difficultés ?

---

---

---

## **V. DE LA QUALITE DES DOCUMENTS PRODUITS**

28. Etiez- vous suffisamment informé sur le sujet de l'atelier ?

Oui  Non

29. Les documents que vous avez reçus vous ont-ils permis de participer activement aux débats ?

Oui  Non

30. Ont-ils permis d'animer les différents ateliers ?

Oui  Non

31. Les documents que vous avez produits vous seront-ils utiles pour vos cours, vos animations ?

Oui  Non

32. Quels ont été pour vous les modules que vous avez le mieux compris ?

---

---

---

33. Quels ont été les thèmes ou parties que vous avez le moins bien compris ?

---

---

---

## VI. SUGGESTIONS

34. Que pensez-vous du déroulement du présent atelier ?

---

---

---

35. Que pensez-vous de l'organisation d'un tel atelier ?

---

---

---

36. Que suggérez-vous pour l'organisation d'un tel atelier ?

---

---

---

37. A votre retour quelles sont les activités que vous comptez entreprendre ? Décrivez.

---

---

---

**MERCI POUR VOTRE COLLABORATION**



# GLOSSAIRE

## SYSTEME DE PENSEE DE L'ADOLESCENT

- **Psychogénétique** : Étude des étapes du développement de l'intelligence chez l'enfant.
- **Pensée hypothético-déductive ou logico-formelle** : Forme de pensée caractéristique de l'adolescent(e) lui permettant de déduire des conclusions à partir de simples hypothèses et non pas seulement d'observations réelles.
- **Egocentrisme** : caractère individuel, centré sur soi, donc non social de la pensée enfantine qui traduit son sens immature de l'objectivité.

## AFFECTIVITE / SEXUALITE

- **Génésique** : liée à la genèse, à la création, donc à la procréation ; on retrouve la racine de ce mot dans 'l'appareil génital' et la 'génétique' par exemple.
- **Psycho-analyse** : Analyse de son psyché, introspection.
- **Psychanalyse** : Méthode d'investigation profonde des processus psychiques avec l'aide d'un spécialiste. Elle peut aider dans le traitement de certains troubles mentaux liés à des traumatismes subis dans l'enfance ou à l'adolescence. Ce terme s'applique aussi pour l'ensemble des théories de Freud et de ses disciples sur la vie psychique, consciente et inconsciente.
- **Puberté** : Ensemble de transformation psycho-organiques en rapport avec la maturation sexuelle, annonçant le passage de l'enfance à l'adolescence.
- **Ambivalence des attitudes et sentiments** : leur grande variabilité est liée à la situation ambiguë de l'adolescent (mi-enfant, mi-adulte) et sans statut précis dans le milieu familial ou social.

## SITUATION DEMOGRAPHIQUE DU SENEGAL

- L'indice synthétique de fécondité (ISF) est un concept utilisé par les démographes pour exprimer le nombre moyen d'enfants par femme.
- Déclaration de la politique de population, ministère de l'Économie, des Finances et du Plan (MEFP), Édition de 1994
- Rapport d'analyse du programme et d'élaboration de la stratégie du Sénégal (FNUAP)
- Enquête démographique et de santé au Sénégal, (EDS III) 1997, MEFP.

## **ABREVIATIONS**

<b>IEC</b>	Information et communication
<b>IST</b>	Infection sexuellement transmissible
<b>MST:</b>	Maladie sexuellement transmissible
<b>SGA :</b>	Santé génésique de l'adolescent/e
<b>SIDA :</b>	Syndrome d'immuno-déficience acquise
<b>VIH :</b>	Virus de l'immuno-déficience humaine

## BIBLIOGRAPHIE

- 'Les conflits de générations", P.U.F. 1963
- Bardos, A.: "La vie affective et sexuelle des adolescent(e)s"
- Bloch H., Nierderfer A. : " Les bandes d'adolescent(e)s," Payot, Paris, 1993
- Brabaut, Georges Philippe : " la Psychanalyse » 8<sup>e</sup> édition coll. " clefs » - SEGHERS
- Ch. Bühler : " Six études de psychologie » Piaget J.
- Pr. Debesse : Enfance – Numéro Spécial en date du 4-5 1958 sur " Adolescence »
- Drive-in (Jean): "L'Orientation scolaire et professionnelle, (OSP)" Paris PVF/SVF. 1970
- Enfance – Numéro spécial en date du 04-05-1958 sur " Adolescence ».
- Foulquié, P.: Dictionnaire de la langue pédagogique, Paris, PUF, 1971
- Freud, Sigmund " Trois essais sur la théorie de la sexualité » Paris – Gallimard, 1962
- Dr. Laudry : Revue " École des Parents », n°1, 1972
- Lévi-Strauss, Claude : " Les structures élémentaires de la parenté », Paris, P.U.F, 1<sup>ère</sup> édition 1949, Paris, la Haye, Mouton, 2<sup>ème</sup> édition.
- Méthodologie de l'Conseil d'orientation
- Reuchelin, M. : "L'Orientation scolaire et professionnelle" Paris P.U.F. 1978
- Piaget, Jean : "Six études de psychologie," Bibliothèque médiations
- Piéron, Henri : " L'orientation scolaire et Professionnelle », Paris, P.U.F 1978
- Reymond-Rivier, B.: 'Le développement social de l'enfant et de l'adolescent', Bruxelles, 1965
- Shakespeare : 'Hamlet'
- Tavoillot, H.: " Une expérience d'éducation sexuelle », Paris, 1969
- UNESCO: "La jeunesse contestataire", Juin 1971-Colloque
- Van Roy, F.: " L'initiation sexuelle de nos enfants », Casterman, 1966
- Winnicot : L'Adolescence (1962) dans " de la Pédiatrie à la Psychanalyse ».
- Winnicot et Bardos, A ; " La vie affective et sexuelle des adolescent(e)s »

## TABLE DES MATIERES DU MODULE 3

	<i>Page</i>
Sommaire	
Introduction	1
I. Buts	2
II. Objectifs globaux	3
III. Résultats attendus	3
IV. Groupes cibles	3
V. Méthodologie générale	3
VI. Contenu	4
VII. Evaluation	4
<b>Thème 3. I : Connaissance de soi et vie sexuelle des adolescent(e)s</b>	<b>5</b>
Objectif général	5
Résultats attendus	5
Contenu	5
<b>Sous-thème 3.I. 1 : Etude descriptive des appareils génitaux humains</b>	<b>6</b>
Fiche de lecture 1.1 : <i>Etude des organes génitaux humains</i>	8
I. Les organes génitaux féminins	8
II. Les organes génitaux masculins	9
<b>Sous-thème 3.I. 2 : Etude du fonctionnement des appareils génitaux humains</b>	<b>11</b>
Fiche de lecture 1.2 : <i>Etude du fonctionnement des appareils génitaux humains</i>	14
1. Les organes génitaux féminins	15
a. physiologie du cycle menstruel	14
b. définition du cycle menstruel	15
c. signification de l'écoulement	15
2. Les organes génitaux masculins	15
a. l'activité testiculaire	15
b. la sécrétion des hormones androgènes	15
c. la régulation de l'activité testiculaire au niveau du cerveau par le complexe hypothalamo-hypophysaire par l'intermédiaire d'hormones	16
<b>Sous-thème 3.I. 3 : Etude de la vie sexuelle des adolescent(e)s</b>	<b>17</b>
Fiche de lecture 1.3 : <i>Les transformations biologiques de l'adolescence : Aspects de la vie sexuelle, affective, et sociale de l'adolescent</i>	21
1. Vie affective et sexuelle	21
2. La crise pubertaire	21

3.Approche psychanalytique	21
4.Vie sociale des adolescent(e)s	21
<u>Evaluation du thème 3. I</u>	26
<b>Thème 3. II : Introduction aux valeurs familiales et à la démographie - Maîtrise de la fécondité</b>	<b>27</b>
Objectif général	27
Résultats attendus	27
Contenu	28
<b>Sous-thème 3.II. 1 : Croissance démographique</b>	<b>29</b>
Fiche de lecture 2.1 : <i>Croissance démographique</i> Exemple : le cas du Sénégal	31
<b>Sous-thème 3.II. 2 : Les grossesses précoces et/ou non-désirées</b>	<b>33</b>
Fiche de lecture 2.1 : <i>Grossesse non-désirée : inconvénients et moyens de protection</i> (à élaborer suivant les pays)	35
<b>Sous-thème 3.II. 3 : Pourquoi et comment éviter les relations sexuelles précoces ?</b>	<b>36</b>
Fiche de lecture 2.3 : <i>Comment et pourquoi éviter les relations sexuelles précoces ?</i> (à élaborer suivant les pays)	
<u>Evaluation du thème 3. II</u>	39
<b>Thème 3. III : Les problèmes de santé génésique et les MST/sida</b>	<b>40</b>
Objectif général	40
Résultats attendus	40
Contenu	40
<b>Sous-thème 3.III. 1 : Etude des pathologies courantes des appareils génitaux de l'être humain</b>	<b>42</b>
Fiche de lecture 3.1 : <i>La pathologie génitale chez l'homme et la femme</i> Chez la femme	45
Chez l'homme	46
<b>Sous-thème 3.III. 2 : les MST/sida comme conséquence d'une relation sexuelle non-protégée</b>	<b>47</b>
Fiche de lecture 3.2 : <i>Les MST/sida et les moyens de prévention</i> 1/les jeunes et les maladies sexuellement transmissibles	49
a. La réalité	49

b. Les jeunes et le VIH/sida	50
c. Davantage de risques de MST chez les adolescent(e)s	51
2/ Les maladies sexuellement transmissibles (MST)	51
a. La syphilis	52
b. La gonococcie	52
c. La chlamydie	53
d. La trichomonose	53
e. Le chancre mou	54
3/L'épidémie de VIH/sida	54
a. Nature et caractéristiques du VIH/sida	54
Schéma 1. Evolution du VIH/sida	55
b. Les moyens de se prémunir du VIH/sida	56
<u>Evaluation du thème 3. III</u>	57
<b>Thème 3. IV: Problèmes liés à la sexualité des adolescent(e)s</b>	<b>59</b>
Objectif général	60
Résultats attendus	60
Contenu	60
<b>Sous-thème 3.IV. 1 : La protection des adolescent(e)s contre les violences sexuelles</b>	<b>61</b>
Fiche de lecture 4.1 : <i>Le viol, l'abus sexuel, l'excision</i>	66
<b>Sous-thème 3.IV. 2 : Gestion de la crise pubertaire</b>	<b>68</b>
Fiche de lecture 4.2 : <i>La gestion de la crise pubertaire</i>	70
<b>Sous-thème 3.IV. 3 : Pistes pour une éducation sexuelle systématique</b>	<b>72</b>
Fiche de lecture 4.3 : <i>Pistes pour une éducation sexuelle systématique</i>	74
a. Que doit-on comprendre par " éducation sexuelle » ?	74
b. Raisons légitimant une éducation sexuelle systématique	75
c. Contenu d'une éducation sexuelle systématique	77
d. Les personnes susceptibles d'intervenir dans l'éducation sexuelle	76
1. Les parents	78
2. Les autres éducateurs, notamment, les maîtres d'école	78
3. Les pairs	79
<u>Evaluation du thème 3. IV</u>	80
<b>Annexes</b>	<b>81</b>
<b>Annexe I : Les organes génitaux humains</b>	<b>83</b>
Figure 1 : Coupe schématique des organes génitaux de la femme	83
Figure 2 : L'appareil reproducteur de la femme	84
Figure 3 : Les organes génitaux de la femme	85
Figure 4 : Les organes génitaux de l'homme	86

<b>Annexe II Les femmes et le VIH/sida</b>	<b>87</b>
Faits et chiffres	87
Modes de transmission	87
Pourquoi les femmes sont plus vulnérables à l'infection par le VIH	88
. biologiquement	88
. économiquement	88
. socialement et culturellement	88
Pourquoi la réponse doit-elle tenir compte des différences hommes-femmes ?	89
Qu'est-ce qui peut faire changer cette situation ?	89
Les antimicrobiens : notre meilleur espoir	90
Interventions d'efficacité démontrée	90
Traitement et prévention des infections sexuellement transmissibles	90
Sécurité du sang	90
Education à la prévention, y compris l'utilisation du préservatif	91
Les femmes en tant que pourvoyeurs de soins	91
Responsabiliser les hommes	91
<b>Annexe III : Fiche d'évaluation de la formation</b>	<b>93</b>
<b>Glossaire</b>	<b>99</b>
<b>Abréviations</b>	<b>100</b>
<b>Bibliographie</b>	<b>101</b>