



MINISTÈRE
DE LA SANTÉ PUBLIQUE,
HYGIÈNE ET PRÉVENTION



STRATEGIE DE COMMUNICATION

PARENT-ENFANT

EN MATIÈRE D'ÉDUCATION SEXUELLE ET
REPRODUCTIVE

Réalisée avec l'appui de l'UNESCO

PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ DE L'ADOLESCENT

DECEMBRE 2023



TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION	5
II. ANALYSE DE LA SITUATION	6
2.1. Contexte et justification	6
2.2. Analyse de la réponse et des ressources de communication disponibles	7
2.3. Utilisation du paysage médiatique congolais dans le cadre de la promotion de la stratégie dialogue parent-enfant sur la sexualité	9
2.4. Modèle théorique	9
Modèle socio-écologique	9
III. IDENTIFICATION DES GROUPES CIBLES	12
3.1. Caractéristiques et segmentation des groupes cibles et leurs profils	12
3.2. Identification des comportements à problème et souhaités, ainsi que les bénéfiques par cibles	15
3.3. Identification des messages clés par cibles, description des supports/matériel éducatif et canaux de communication	18
IV. CADRE STRATEGIQUE	23
4.1. Vision	23
4.2. Objectif	23
4.2.1. Objectifs spécifiques	23
4.3. Stratégies de communication	23
4.4. Stratégies dialogue parent-enfant	24
4.4.1. Définition et importance de la stratégie	24
4.4.2. Caractéristiques	25
4.4.3. Comment un parent peut-il dialoguer avec son (ses) enfant(s) sur la sexualité ?	26
4.4.4. Les obstacles et attitudes non favorables au dialogue parent-enfant, adolescents et jeunes	28
4.5. Principales activités types par stratégie de communication	31
V. MISE EN OEUVRE DE LA STRATEGIE	33
5.1. Structures de mise en oeuvre	33
5.2. Roles et responsabilités des parties prenantes	33
VI. CONCLUSION	35

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

BCZS	Bureau Central de la Zone de Santé
CAC	Cotation Assistée en Continu
CCSC	Communication pour le Changement Social et de Comportement
CODESA/ CODEV	Comité de Développement de l'Aire de Santé
CSAC	Conseil Supérieur de l'Audiovisuel et de la Communication
CTMP	Comité Technique Multisectoriel de la Planification
DPS	Directions provinciales de la santé
EDS	Enquête Démographique et de Santé
IST	Infection Sexuelle Transmissible
IT	Infirmier Titulaire
IVR	Interactive Voice Response
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PF	Planification Familiale
PNSA	Programme Nationale de Santé de l'Adolescent
PNCPS	Programme National de Communication pour la Promotion de la Santé
PND5	Plan National de Développement Sanitaire
PSN	Plan Stratégique National
PTF	Partenaire Technique et Financier
RDC	République Démocratique du Congo
RECO	Relais Communautaire
SDSR	Santé de Droit Sexuelle et Reproductive
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquis
SMS	Short Message Service
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive
SSRAJ	Santé sexuelle et Reproductive des Adolescents et des Jeunes
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture
VAD	Visites à domicile
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine
ZS	Zone de Santé

I. INTRODUCTION

L'amélioration de la communication autour de la santé et du bien-être des adolescents et jeunes est un axe stratégique de la politique nationale de la santé des adolescents et jeunes. De ce fait, le cadre de la mise en œuvre du « Plan stratégique de la santé et du bien-être des adolescents et jeunes PNSA 2021-2025 » met un accent sur la communication et sur les différentes actions essentielles dans la réalisation de cet objectif.

Il convient toutefois de rappeler que le rôle régalien de la coordination des interventions de communication pour la promotion de la Santé est confié au Programme National de Communication pour la Promotion de la Santé en tant qu'organe technique du Ministère de la Santé. Il a été créé depuis 2002, et est chargé de l'intégration, orientation, suivi et coordination des interventions du CCSC dans les programmes spécialisés et les directions centrales du Ministère de la santé. Il a également la charge d'accompagner et de soutenir les capacités des Directions provinciales de la santé (DPS) et des ZS à mettre en œuvre toutes les interventions du CCSC en vue de promouvoir l'adoption des pratiques clés et les comportements favorables à la santé, mais aussi des actions essentielles des services des soins de santé primaires. Celui-ci travaille en collaboration avec les différents programmes spécialisés. Et dans le cadre de la santé des adolescents et des jeunes, le PNCPS travaille en étroite collaboration avec le Programme National de Santé de l'Adolescent (PNSA).

De manière plus concrète, le PNSA envisage que les prestataires de soins, les prestataires non soignants, les prestataires communautaires soient renforcés en techniques de communication, supports de communication appropriés et que les formations sanitaires aménagent et équipent les espaces d'information et de communication pour adolescents et jeunes. En plus de ces aspects structurels, le PNSA considère que la famille se constitue en un cadre propice et sécurisant pour l'adolescent de communiquer de ces problèmes et besoins en rapport avec son bien-être et sa SSR. Les parents se placent comme des partenaires pour le changement d'attitudes et de comportement favorable à la SSR.

Dans le PSN Santé et bien-être des adolescents et jeunes pour l'exercice 2021-2025, les parents sont mentionnés parmi les acteurs-clés dans l'amélioration des connaissances des adolescents et dans la transmission des informations relatives à la santé des adolescents. Cependant, peu de parents se trouvent outillés pour mener à bien une telle mission. Pour ce faire, le PNSA en collaboration avec l'UNESCO a entrepris d'élaborer une stratégie de communication visant à initier, améliorer ou encourager la communication parent-enfant.

II. ANALYSE DE LA SITUATION

1.1. Contexte et justification.

En République démocratique du Congo, les adolescents et jeunes (10-24 ans) représentent environ 32,8% de la population totale. Une part importante des adolescents et jeunes adoptent des pratiques néfastes pour leur santé et bien-être y compris des comportements sexuels à risque. Ils se lancent dans la prise des substances psychoactives et commencent les rapports sexuels très tôt sans toujours utiliser le préservatif ou une autre méthode contraceptive. Près de 2 adolescents sur 10 (19%) ont eu les rapports sexuels avant l'âge de 15 ans [EDS-RDC-2013-14] et seulement 26 % des filles et 35% des garçons (15-19 ans) qui ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire ont utilisé un préservatif [MICS-2018]. En adoptant ces comportements, les jeunes ignorent souvent le risque qu'ils courent dont celui de contracter une infection sexuellement transmissible (IST), le VIH et/ou une grossesse non désirée.

Si les adolescents et jeunes adoptent les comportements à risque en matière de sexualité, c'est aussi parce qu'ils ne disposent pas assez d'informations correctes sur la sexualité et n'ont souvent pas accès aux services de santé adaptés à leurs besoins, particulièrement aux services de contraception moderne [PSN 2021-25].

En effet, beaucoup de jeunes congolais ont encore des connaissances limitées sur le VIH, IST et grossesses non désirées, malgré leur accès à l'information à travers l'école (cours d'éducation à la vie familiale), les médias, les services de santé, les pairs éducateurs et les familles (EDS-13-14]. Les adolescents ont parfois honte ou n'osent pas avoir recours aux services de contraception ; les jeunes filles ne sont pas toujours en mesure de refuser des rapports sexuels non désirés ou de résister à la contrainte. La majorité parmi eux vivent dans un environnement qui les expose à des multiples connaissances erronées qui ont pour conséquences des multiples problèmes de SSRAJ. L'ignorance, le mélange des cultures et l'influence négative des médias entravent la connaissance des adolescents et jeunes et renforcent leur vulnérabilité en matière de santé sexuelle et reproductive. Alors que l'avènement du numérique a révolutionné le monde avec des nouvelles techniques de l'information et de communication (médias, réseaux sociaux numériques, les applications mobiles) qui ne cessent d'attirer la jeunesse, les adolescents et les jeunes qui y consacrent beaucoup plus de temps. Le constat est que ces canaux sont peu utilisés comme nouvelles orientations sur la stratégie communautaire de sensibilisation au niveau des adolescents et jeunes.

La part des familles dans les sources d'information en matière de sexualité est toujours très faible en RDC où le dialogue entre parents et enfants (sur la sexualité) reste encore un sujet tabou [7] . Beaucoup de parents congolais communiquent très peu ou pas avec leurs enfants sur la sexualité, non seulement parce que cette dernière constitue un tabou mais aussi parce qu'ils ne disposent pas souvent des compétences (connaissances, attitudes et aptitudes) nécessaires

pour le faire. Pourtant tout porte à croire que la famille devrait être au centre de l'action pour réduire les comportements à risques chez les adolescents et jeunes en matière de sexualité. La communication (dialogue) entre parent-enfant serait une porte d'entrée importante dans la stratégie de la prévention des risques chez les jeunes [8].

Conscient de ce problème le PNSA se trouve actuellement assez avancé dans la mise en œuvre du plan stratégique. Les différents efforts entrepris ont permis de répondre aux problèmes de santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes en matière de communication et en besoin d'informations et de conseils. Cependant très peu d'avancées sont enregistrés dans la communication parents-enfants. Et c'est dans ce cadre que se justifie cet effort d'élaboration de la stratégie de communication parents enfants.

Quelques insuffisances de communications constatées

Plusieurs obstacles se dressent actuellement pour la mise en place d'une communication efficiente dans la santé des adolescents. Parmi les plus importants, on peut citer :

1. Une très faible mobilisation communautaire pour la promotion de la santé des adolescents et Jeunes. Cela s'explique surtout par la faible implication de la société civile (ONG/associations des jeunes) dans la mobilisation communautaire pour la SSRAJ ainsi que des médias sur les questions des jeunes, et aussi par le faible financement de la société civile pour la mobilisation communautaire en faveur de la SSRAJ.
2. Les adolescents et jeunes ne sont pas informés qu'ils ont un rôle à jouer dans la résolution de leur problème de SSR. Ils ne sont pas formés en SSR. En outre, les jeunes ne s'intéressent pas aux activités de SSR, sont stigmatisés par les adultes et ignorent l'importance de la SSR. Cette carence est également marquée par la quasi-indifférence des parents qui restent impuissants en face de ces adolescents et jeunes.
3. Le PNSA ne dispose actuellement que de peu de moyens pour assurer et coordonner la bonne mise en œuvre des trois stratégies de communication, notamment le plaidoyer- la mobilisation sociale –la communication pour le changement social et de comportement.

1.1.Analyse de la réponse et des ressources de communication disponibles

1.1.1.Services de communication de la stratégie dialogue parent-enfant sur la sexualité.

Le rôle régalien de la coordination des interventions de communication pour la promotion de la Santé a été confié au Programme National de Communication pour la Promotion de la Santé en tant qu'organe technique du Ministère de la Santé. Il a été créé depuis 2002, et est chargé de l'intégration, orientation, suivi et coordination des interventions du CCSC dans les programmes spécialisés et les directions centrales du Ministère de la santé. Il a également la charge d'accompagner et de soutenir les capacités des Directions provinciales de la santé

et des ZS à mettre en œuvre toutes les interventions du CCSC en vue de promouvoir l'adoption des pratiques clés et les comportements favorables à la santé, mais aussi des actions essentielles des services des soins de santé primaires.

Celui-ci travaille en collaboration avec les différents programmes spécialisés, à l'instar du Programme National de Santé de l'Adolescent (PNNSA) qui dispose d'une Division de communication. Cependant, cette division est peu financée et appuyée pour jouer correctement son rôle. Pourtant, dans ses activités, cette division utilise les approches de communication pour le changement social et de comportement (CCSC).

Il y a lieu de signaler que l'ensemble de la promotion des interventions à haut impact par paquets et par groupes cibles tout au long du cycle de vie de l'individu est coordonné par la Direction en charge de la Santé de la famille et des groupes spécifiques.

Pour accompagner le travail de CCSC sur l'ensemble de la pyramide sanitaire, les structures et organes suivants sont mis à contribution :

(i) Task-Force Nationale de Communication regroupant les différents intervenants et acteurs du CCSC dans le secteur de la santé,

(ii) Les coordinations provinciales du PNCPS dans certaines Divisions Provinciales de la Santé (DPS). Néanmoins, chaque DPS a au moins un Bureau d'information, de recherche et communication qui assure, avec les moyens de bord, les activités du CCSC ;

(iii) Au niveau des ZS, les interventions du CCSC sont sous la responsabilité de l'Animateur Communautaire qui est membre de l'équipe cadre de la ZS et qui est chargé de la planification et gestion courante des interventions du CCSC dans la ZS. A ce titre, il encadre aussi les activités de communication à travers toutes les structures de la ZS. Cet encadrement se limite souvent à fournir aux établissements des soins et autres acteurs de terrain des messages éducatifs sur plusieurs supports, lesquels proviennent des différents programmes de santé et qui parviennent à la ZS. Les animateurs communautaires accompagnent également toutes les activités ou événements du CCSC organisés par des partenaires dans leurs ZS ;

(iv) Au niveau de l'Aire de santé, les activités du CCSC sont réalisées par les structures communautaires notamment le CODESA/CODEV et les CAC sous la supervision de l'Infirmier Titulaire (IT) de l'AS et de l'Animateur Communautaire de la ZS.

Cependant, il est à noter que le PNCPS ne dispose pas encore de tous les outils stratégiques nécessaires à la coordination et opérationnalisation des interventions de la CCSC, surtout par manque d'appui financier adéquat pour son fonctionnement. Toutefois, les efforts se limitent souvent à la production des matériels ou supports éducatifs, et il y a très peu d'investissements destinés à mieux équiper les structures de communication des programmes de santé. De même, peu de financements sont destinés à l'utilisation des media audiovisuels dont les coûts sont très élevés, notamment à cause

de leur caractère d'entreprises privées à but lucratif, malgré leurs capacités à atteindre un plus grand nombre de personnes ciblées.

Par ailleurs, le PNDS recadré 2019-2022 a recommandé la redynamisation de la CCSC, d'une part comme une approche de promotion des services de santé, d'autre part comme prestations qui doivent susciter la demande et l'offre des soins des services de santé.

En outre, dans le cadre de la coordination des interventions et intervenants, il est important que le PNSA puisse mettre en place un groupe de travail sur la stratégie dialogue parent-enfant sur la sexualité qui devra traiter des différents aspects de communication liés à cette stratégie.

1.1.1. Recours aux Partenaires Techniques et Financiers

Il existe des partenaires techniques et financiers qui appuient l'ensemble des interventions de la Santé Sexuelle et Reproductive, à l'instar de la stratégie de communication sur le dialogue parent-enfant.

Actuellement, il y a peu de partenaires qui appuient cette stratégie. Sa mise en œuvre et sa pérennisation nécessite la mobilisation des ressources tant matérielles, financières et humaines importantes pour l'intégration du paquet au niveau des familles y compris le renforcement des capacités des parents à travers le pays. Il va falloir donc la mise en place de plusieurs projets en cette matière.

1.1.2. Utilisation du paysage médiatique congolais dans le cadre de la promotion de la stratégie dialogue parent-enfant sur la sexualité

Les données disponibles sur le dénombrement des organes de presse rendus disponibles en 2020 par la commission de contrôle de conformité des organes de presse du Ministère de la Communication et des Médias, indiquent que la RDC compte plus de 625 stations de radiodiffusion avec au moins 82 chaînes de Radio dans la ville de Kinshasa, 387 chaînes de télévision et 571 Journaux dont la plupart sont irréguliers sur le marché (Rapport CSAC, 2020). Il faut aussi compter les sociétés de télédiffusions des bouquets satellitaires qui favorisent les audiences de maisons de presse. Le pluralisme médiatique congolais est devenu une réalité grâce à une prolifération de journaux, radios et télévisions de toutes les tendances et dont les plus populaires sont les radios communautaires réparties dans des grandes villes et dans les régions reculées du pays.

L'étude d'audience des médias réalisés et publiés par « Target sarl » en 2018 indique une hausse d'audience de la radio qui se hisse à 72% contre 48% pour la télévision, et 9% pour les chaînes câblées. L'utilisation de l'internet, surtout chez les jeunes, est à 24% avec en plus la prolifération des réseaux sociaux qui relayent les médias en ligne et en format « You Tube ».

Cette situation montre bien que les médias représentent une grande opportunité pour les activités de communication en faveur de la stratégie dialogue parent-enfant en matière de sexualité. Cependant, il s'avère que l'utilisation des médias demeure encore très coûteuse et cette réalité est aussi valable pour la promotion des activités de cette stratégie, quand on sait qu'il faut payer pour accéder aux

médias tant publics que privés.

Dans l'ensemble, les canaux de communication généralement utilisés pour la stratégie de dialogue parent-enfant sur la sexualité peuvent être regroupés selon les quatre principales stratégies de communication :

- Les canaux de communication interpersonnelles : les parents et tuteurs, les Agents communautaires (Relais communautaires, Pairs éducateurs et animateurs locaux), les prestataires des services de santé, et autres ;
- Les canaux utilisés pour la mobilisation sociale et communautaire : les organes délibérants à tous les niveaux ; les groupes sociaux organisés ; les associations des jeunes, des femmes, des églises et autres ; les établissements d'enseignement secondaire, supérieur et universitaire ; les confessions religieuses ; et autres ;
- Les canaux de communication utilisés pour faire le plaidoyer comprenant le dossier de plaidoyer, les réunions de plaidoyer, les visites ou rencontres individuelles, la production des matériels audiovisuels spécifiques, et autres ;
- Les canaux de communication de masses et les petits médias : les médias traditionnels (Radio, TV), les affiches et autres imprimés et productions audiovisuelles à large diffusion. A cette série s'ajoutent les canaux électroniques et le digital : les réseaux sociaux, la téléphonie mobile en santé (mHealth) et autres.

Ces canaux se servent d'une gamme variée de supports et matériels de communication tels que les dépliants, affiches, boîtes à images, cartes conseil et autres pour faciliter la transmission des messages.

1.1.1. Modèle théorique

Modèle socio-écologique

La stratégie se réfère au modèle socio-écologique qui explique des interactions à plusieurs niveaux. Le modèle socio-écologique examine les nombreux niveaux d'influence afin de trouver le « point critique » pour le changement. L'information, la motivation, la capacité d'agir et les normes sociales sont examinés. Ce modèle socio-écologique du changement permet à la stratégie de combiner les changements individuels afin d'influencer sur le contexte social dans lequel évolue des différentes cibles. Le comportement est influencé à plusieurs niveaux, y compris l'individu, ainsi que la société au sens large, et que les notions de santé et le bien-être ne peut pas être conceptualisé comme phénomène au niveau individuel.

La théorie qui sous-tend la communication est le modèle socio-écologique du changement. Dans celui-ci, il est montré que la pression sociale de la famille et de la communauté s'exerce sur tous les individus qui la composent. De même que les structures politico-administratives de l'Etat influencent également les comportements de la communauté. C'est pourquoi, les changements souhaités sont à observer à quatre niveaux, à savoir :

- Au niveau de l'individu avec une approche psychologique qui vise les comportements individuels ;
- Au niveau de la famille en utilisant une approche psychosociale pour favoriser l'interaction d'une personne avec sa famille et son réseau social ;

- Au niveau de l'individu avec une approche psychologique qui vise les comportements individuels ;
- Au niveau de la famille en utilisant une approche psychosociale pour favoriser l'interaction d'une personne avec sa famille et son réseau social ;

Le modèle Socio-Ecologique est donc celui qui va guider la programmation des activités de communication pour le changement social et des comportements en faveur de la promotion de communication parent-enfant, dans la mesure où il sera clairement question des interventions combinées qui viseront l'individu, la famille, la communauté, les institutions, les réseaux des pairs ainsi que les décideurs politiques et les leaders d'opinion.



III. IDENTIFICATION DES GROUPES CIBLES

3.1. Caractéristiques et segmentation des groupes cibles et leurs profils

Niveau	Cibles (Audience)	Cibles (Audience)
Primaire	Parents (père et mère)	Toute personne ayant un lien direct (1er degré) avec les enfants. Ils peuvent être en union ou non. Cette cible considère la sexualité comme un sujet tabou et n'a pas des connaissances suffisantes sur la santé et droit sexuel reproductive des adolescents et jeunes.
	Enfants (adolescents et jeunes)	Tranche d'âge de la population de 10 à 24 ans, vivant dans la communauté. Certains vont à l'école, université, l'église, et d'autres sont membre des ONG ou association des jeunes. Cette cible n'a pas des connaissances suffisantes sur leur santé et droit sexuel reproductive alors que leur âge l'exige. En famille, ces enfants ne dialoguent pas avec leurs parents sur la sexualité, ce qui les rend vulnérables et accroît les comportements à risque.
Secondaire	Famille (belle-mère, beau-père, frère, sœur, oncle, tante...)	Ce sont les membres de la famille élargie qui font partie de l'entourage des enfants et qui exercent une certaine influence sur eux. Certains considèrent la sexualité comme un sujet tabou et d'autres disposent des informations erronées sur la SSR. Cette cible ne possède pas suffisamment des connaissances sur la SDR.

	Communauté	les prestataires de services du Ministère de la santé publique, hygiène et prévention. Y compris les relais communautaires.
	Prestataires communautaires (enseignants, encadreurs des jeunes)	Ce sont les personnes n'ayant pas de lien direct avec les enfants mais ces derniers exercent une influence sur eux œuvrant dans les structures publiques ou privé, cette cible n'a pas des connaissances suffisantes sur la santé et le droit sexuel reproductif des adolescents et jeunes.
Secondaire	Famille (belle-mère, beau-père, frère, sœur, oncle, tante...)	Ce sont les membres de la famille élargie qui font partie de l'entourage des enfants et qui exercent une certaine influence sur eux. Certains considèrent la sexualité comme un sujet tabou et d'autres disposent des informations erronées sur la SSR. Cette cible ne possède pas suffisamment des connaissances sur la SDR.
	Leaders religieux	Responsables d'églises, cette cible est gardienne de croyances, des valeurs morales et spirituelles. Ils sont leaders d'opinion, parce qu'ils sont très écoutés et peuvent aussi influencer négativement ou positivement. Si certains refusent d'admettre que les enfants ont des besoins, d'autres vont jusqu'à leur priver des informations sur la santé et droit sexuel par conviction religieuse.

	<p>leaders traditionnels</p>	<p>Cette cible est gardienne de la tradition, des croyances ancestrales, et des valeurs morales. Ils sont leaders d'opinion, parce qu'ils sont très écoutés et peuvent aussi influencer négativement ou positivement, ils n'ont pas de connaissances suffisantes sur la SDR. Les enfants sont considérés comment des êtres faibles et qui n'ont pas de droit de décision</p>
<p>Secondaire</p>	<p>Influenceurs de masse (les influenceurs locaux, artistes, comédiens, musiciens, blogueurs, les célébrités, ...)</p>	<p>Ce sont les personnes n'ayant pas de lien direct avec les enfants mais ces derniers exercent une influence sur eux œuvrant dans les structures publiques ou privé, cette cible n'a pas des connaissances suffisantes sur la santé et le droit sexuel reproductif des adolescents et jeunes.</p>
	<p>Famille (belle-mère, beau-père, frère, sœur, oncle, tante...)</p>	<p>Ce sont les membres de la famille élargie qui font partie de l'entourage des enfants et qui exercent une certaine influence sur eux. Certains considèrent la sexualité comme un sujet tabou et d'autres disposent des informations erronées sur la SSR. Cette cible ne possède pas suffisamment des connaissances sur la SDR.</p>

Tertiaire	Décideurs (Chefs des rues et quartiers, magistrats, bourgmestres, Gouverneurs, députés, sénateurs, Gouvernement	Les leaders politiques sont des mobilisateurs de masses, détenteurs du pouvoir constitutionnel certains n'ont pas suffisamment des connaissances sur les différents problèmes de santé sexuel et reproductives auxquels font face les enfants (adolescents et jeunes) et, moins encore sur la SDR. Les responsables administratifs n'appuient pas les actions de promotion de la SDR.
-----------	---	---

3.2. Identification des comportements à problèmes et souhaités, ainsi que les bénéfices par cibles

Cibles (Audience)	Comportement actuel	Comportement souhaité	Bénéfice du changement de comportement
Mères	Les mères ne dialoguent pas suffisamment avec leurs enfants sur la sexualité. Elles considèrent cette thématique comme un sujet tabou. Elles recourent souvent aux conseils des autres parents	Les mères dialoguent plus souvent avec leurs enfants sur leur sexualité. Elles ne considèrent plus la sexualité comme un sujet tabou.	Environnement favorable pour la santé et bien-être des parents et enfants dans la famille.

	<p>pour aborder ce sujet avec leurs enfants quand le besoin se fait sentir. Elles ne s'estiment pas capables de le faire parce qu'elles ne disposent pas des compétences nécessaires pour cela.</p>	<p>Elles se sentent capables d'aborder avec leurs enfants le sujet de sexualité parce qu'elles disposent des compétences nécessaires pour le faire.</p>	
<p>Pères</p>	<p>Les pères pensent que l'éducation sexuelle des enfants est une affaire des femmes ou des mères. Devant des situations de crise, ils recourent aux conseils des autres pour les aider à aborder cette question de sexualité avec leurs enfants. Les pères ne dialoguent pas avec leurs enfants sur la sexualité. Ils sont limités à le faire parce qu'ils n'ont pas des connaissances suffisantes sur la santé et droit sexuel et reproductif des adolescents et jeunes.</p>	<p>Les pères s'approprient de l'éducation sexuelle de leurs enfants. Ils sont capables de dialoguer avec leurs enfants sur leur sexualité. Ils disposent des connaissances suffisantes sur la santé et droit sexuel et reproductif des adolescents et jeunes pour échanger régulièrement de ce sujet avec leurs enfants.</p>	<p>Environnement favorable pour la santé et bien-être des parents et enfants dans la famille.</p>

Enfants (Adolescents et jeunes)	Ils ont peur d'aborder le sujet de sexualité avec leurs parents.	Les enfants n'ont plus peur de parler de leur sexualité avec leurs parents.	Environnement favorable pour la santé et bien-être des parents et enfants dans la famille.
Famille (Grandes sœurs, grands frères, tantes, oncles, grands-mères et grands pères)	Les membres de la famille ne s'approprient pas l'éducation sexuelle des enfants. Ils n'ont pas des connaissances suffisantes sur la santé et droit sexuel et reproductif des adolescents et jeunes.	Les membres de la famille s'approprient l'éducation sexuelle des enfants. Ils disposent des connaissances suffisantes sur la santé et droit sexuel et reproductif des adolescents et jeunes.	Environnement favorable pour la santé et bien-être des parents et enfants dans la famille.
Leaders religieux	Les leaders religieux n'encouragent pas suffisamment les parents à dialoguer avec leurs enfants sur la sexualité.	Exhortations au dialogue des parents avec leurs enfants sur la sexualité.	Accompagnement des parents par les leaders religieux.
Influenceurs (les influenceurs locaux,	Cette catégorie ne dispose pas des informations appropriées	Ce groupe dispose des informations appropriées sur la santé	Accompagnement des parents par cette catégorie

artistes, comédiens, musiciens, blogueurs, les célébrités, ...)	sur la santé et droit sexuel et reproductif des adolescents et jeunes. Elle n'est pas une bonne source d'information pour le dialogue entre Parents et enfants.	et droit sexuel et reproductif des adolescents et jeunes. Cette catégorie est une bonne source d'information pour le dialogue entre Parents et enfants.	
Gouverneurs, députés, sénateurs, Gouvernement	Ces décideurs ne soutiennent pas des projets de renforcement des capacités et de sensibilisation en matière de dialogue entre parents et enfants sur la sexualité.	Les décideurs appuient le plan de renforcement des capacités et de sensibilisation en matière de dialogue entre parents et enfants sur la sexualité.	Accompagnement des décideurs

3.3. Identification des messages clés par cibles, description des supports/matériel éducatifs et canaux de communication

Cibles	Contenu du message	Supports et matériels éducatifs	Canaux de communication
Mères	Chère mère, dialoguer ou aborder les questions sur la sexualité avec vos	Affiches intégrées, boîte à images,	La radio, les pairs, RECO, télé, église, internet

	<p>enfants est très important. Pour éviter les comportements sexuels à risque ; lorsque votre enfant atteint l'âge de la puberté, les bonnes informations sont celles que vous mettez à leurs dispositions. Je suis mère, je m'engage à dialoguer avec mes enfants sur la sexualité afin de les mettre à l'abri des mauvaises informations.</p>	<p>dépliants, document audio et vidéo, spot</p>	<p>(médias en lignes, médias sociaux, blogs), presse écrites, théâtre, saynète, témoignages vidéo</p>
<p>Pères</p>	<p>Cher père, parlez sans gêne de la sexualité à vos enfants afin de les mettre à l'abri des mauvaises informations. Je suis papa, je parle de la sexualité avec mes enfants afin de les mettre à l'abri des mauvaises informations sur la SDSR.</p>	<p>Affiches, boite à images, dépliants, document audio et vidéo, spot</p>	<p>La radio, les pairs, RECO, télé, église, internet (médias en lignes, médias sociaux, blogs), presse écrites, théâtre, saynète, témoignages vidéo</p>

<p>Enfants (Adolescentes et jeunes)</p>	<p>Chers enfants parler/aborder les sujets concernant la sexualité avec les parents sans peur afin de recevoir les bonnes informations. Je suis enfant, je pose des questions sur la sexualité à mes parents sans avoir peur afin d'avoir les bonnes informations sur la SDRR.</p>	<p>Affiches, dépliants, boite à images, microprogramme, document audio et vidéo, spot</p>	<p>La radio, les pairs, RECO, télé, église, internet (médias en lignes, médias sociaux, blogs), presse écrite, théâtre, saynète, témoignages vidéo</p>
<p>Famille (Grandes sœurs, grands frères, tantes, oncles, grands-mères et grands-pères)</p>	<p>Cher membre de famille, partage ton expérience sur la SDRR avec tes (frères, sœurs, petits-enfants, etc.) afin de les mettre à l'abri des mauvaises informations. Je suis membre de famille, je partage mon expérience sur la SDRR avec mes (frères, sœurs, petits-enfants, etc.) afin de mettre à leur disposition les bonnes informations.</p>	<p>Affiches, dépliants, microprogramme, banderole document audio et vidéo, spot</p>	<p>Affiches, dépliants, microprogramme, banderole document audio et vidéo, spot</p>

<p>Leaders religieux</p>	<p>Chers leaders religieux, exhorter les parents (fidèles) à dialoguer avec leurs enfants sur la sexualité.</p> <p>Je suis leaders Religieux, j'informe et encourage mes fidèles sur l'importance du dialogue en famille autour de la SDRS afin de mettre les enfants à l'abri des mauvaises informations.</p>	<p>Affiches, dépliants, banderole ...</p>	<p>Radio, télé, internet (médias en lignes, médias sociaux, blogs), presse écrites...</p>
<p>Influenceurs (les influenceurs locaux, artistes, comédiens, musiciens, blogueurs, les célébrités, ...)</p>	<p>Chers influenceurs, sensibiliser les fans sur les bénéfices du dialogue parents-enfants autour de la SDRS à la population.</p> <p>Je suis influenceurs (artiste musicien, comédien et blogueur), je donne l'information à mes fans sur les bénéfices du dialogue parents-enfants sur la SDRS pour lutter contre les comportements sexuels à risques.</p>	<p>Affiches, banderole, panneaux publicitaires</p>	<p>Radio, télé, internet (médias en lignes, médias sociaux, blogs), presse écrites...</p>

<p>Décideurs (Gouverneurs, députés, sénateurs, Gouvernement)</p>	<p>Chers décideurs, veuillez appuyer la vulgarisation de la stratégie de communication parents-enfants dans l'étendue du pays (RDC) afin d'encourager les parents et les enfants à échanger sur la SDSR.</p> <p>Je suis décideur, j'accompagne la vulgarisation de la stratégie de communication parents-enfants afin d'encourager le dialogue familiale autour de la SDSR.</p>	<p>Dépliants, affiches, banderole, panneaux publicitaires</p>	<p>Radio, télé, internet (médias en lignes, médias sociaux, blogs), presses écrites...</p>
---	---	---	--

IV. Cadre stratégique

4.1. Vision

A l'horizon 2030, la République Démocratique du Congo dispose des adolescents et jeunes en bonne santé grâce à une information correcte, accessible à chaque jeune, par les canaux les plus utilisés, adoptent et maintiennent des comportements sains dans un environnement favorable grâce à la promotion de la communication parent-enfant.

4.2.Objectifs

4.2.1. Objectif général

L'objectif général est de contribuer à créer un environnement favorable à l'accès des adolescents et jeunes aux informations correctes à travers la communication parent-enfant d'ici 2030.

4.2.2. Objectifs spécifiques

Pour cette stratégie de communication, trois objectifs spécifiques ont été définis afin de refléter les changements attendus d'ici fin 2030 :

1. Accroître le niveau de connaissances des adolescents et les jeunes y compris les parents sur les informations essentielles en communication parent-enfant, afin qu'ils adoptent les attitudes et comportements favorables vis-à-vis aux services y relatifs ;
2. Renforcer les capacités des acteurs en communication y compris les parents à amener les adolescents et jeunes à adopter les attitudes/comportements favorables à la santé ;
3. Accroître l'engagement politique et financier des décideurs politiques à tous les niveaux, des bailleurs de fonds et des leaders d'opinion et communautaires en faveur de la promotion de la communication parent-enfant.

4.3. Stratégies de communication

Pour atteindre les objectifs de communication, il est nécessaire de combiner plusieurs stratégies. Outre le plaidoyer pour créer un environnement favorable à la prévention, la mobilisation sociale et la communication pour le changement de comportement seront utilisées pour contribuer aux changements au niveau des adolescents et jeunes, et des communautés.

La stratégie de communication repose sur des approches de communication essentielles.

- Communication pour le changement social et de comportement pour l'adolescent et jeune, et la communauté sous une approche multi médiatique et participative (communication interpersonnelle, conseils, causerie, discussion de groupes, VAD ou visite à domicile, groupe de soutien, éducation par les pairs, utilisation des réseaux sociaux et médias digitaux sans oublier les médias traditionnels ou locaux etc.)

- Mobilisation sociale pour la communauté (dialogues communautaires, forum communautaires, ateliers de production culturelle comme les chansons à thème, contes, théâtre traditionnel, évènements des journées mondiales en relation avec la santé etc.)
- Plaidoyer pour un engagement politique et social à travers les activités médiatiques avec des événements réguliers pour les journalistes de la presse écrite, radio et télévision et même les bloggeurs. Utilisation des médias traditionnels et la technologie digitale auront un impact important non seulement sur l'adolescent et jeune, la communauté et bien sûr les personnes leaders avec des pouvoirs de décisions incluant les chefs traditionnels. Le plaidoyer devra mettre un accent particulier sur les actions concrètes en vue d'obtenir leur engagement en faveur de la promotion parent-enfant.
- Renforcement des capacités : les capacités des acteurs impliqués dans la promotion de communication parent-enfant seront renforcées pour la conduite des activités de communication.
- Suivi et revue : les mécanismes de suivi et la revue des activités de communication parent-enfant seront renforcés.
- Coordination : La coordination des activités de communication comprendra les réunions régulières, la collecte, l'analyse et l'interprétation des données, les feedbacks, l'archivage et la documentation.

4.4. Stratégie dialogue parent-enfant

La curiosité au sujet de la sexualité est une étape naturelle de l'apprentissage du corps. L'éducation sexuelle aide les enfants à comprendre leur corps et à se sentir bien au sujet de leur propre corps. Parler de la sexualité à son enfant qui est encore adolescent lui permet d'avoir une vie sexuelle plus sécurisée. Il est important que les parents entament dès le départ un dialogue franc et honnête avec leurs enfants, surtout lorsqu'ils passent à l'adolescence. Si une franche communication est la norme, les enfants n'hésiteront pas à discuter avec leurs parents de questions liées à la sexualité, ainsi que de toute autre épreuve propre à l'adolescence, comme la dépression, les relations amoureuses, la toxicomanie et l'alcoolisme.

En matière d'éducation sexuelle, la meilleure stratégie consiste à entamer tôt un dialogue sur la sexualité et à maintenir ce dialogue au fur et à mesure que votre enfant grandit. Ainsi, les parents n'ont pas à donner leur enfant à un long, et souvent pénible, discours alors qu'il a déjà atteint l'adolescence (et qu'il a déjà obtenu les informations, bonnes et mauvaises, de ses amis).

4.4.1. Définition et l'importance de la stratégie.

Le dialogue parents enfants est un entretien/échange entre un père ou une mère et son enfant sur les différentes thématiques liées à la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes.

Le dialogue entre parent et son enfant en matière de sexualité, permet de :

- Créer un climat de confiance entre les enfants et leurs parents.
- Briser le silence sur des matières considérées comme tabou,
- Renforcer des relations franches entre parents et enfants.

4.4.2. . Caractéristiques

Les caractéristiques de communication entre parents et enfants peuvent se résumer en des points suivant : l'intimité, l'expérience vécue, la différence des rôles et la dynamique du changement.

- **Intimité**

La relation parents-enfants-adolescent(e)s-jeunes est particulièrement intime. Il s'agit de personnes qui ont souvent des liens de sang et qui vivent ensemble tous les jours, donc elles se connaissent bien. Toutefois quelques constats se dégagent : **(i)** Les parents font plus attention aux paroles de leurs collègues de travail quand ils discutent avec qu'à celles de leurs enfants, adolescent(e)s et jeunes, **(ii)** les enfants, adolescent(e)s et jeunes font également plus attention à leurs amis qu'à leurs parents. Pour favoriser la communication parents-enfants-adolescent(e)s jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive, il faut inverser la situation c'est-à-dire les parents doivent discuter avec les adolescents et jeunes comme ils le font avec leurs collègues.

- **Expérience vécue**

La vie en famille est riche en événements qui peuvent servir dans le présent, certains de ces événements passés compliquent ou empêchent le dialogue entre parent et enfants.

- **La différence des rôles**

A chaque étape de la vie de l'enfant, le parent doit jouer un rôle de modèle, de leader, de coach, de guide, de police ou de superviseur. Ces rôles doivent profiter aux enfants, adolescent(e)s, jeunes, qui doivent accepter l'autorité qui est indissociable du leadership.

- **La dynamique de changement**

L'adolescence constitue une étape cruciale dans la vie d'un individu. C'est pendant cette étape que d'importants changements d'ordre physiologique, psychologique et social s'opèrent.

Les parents doivent accompagner les jeunes afin de leur transmettre les compétences nécessaires à chaque étape de la vie pour l'adoption de comportements responsables.

A ce niveau-là, le parent doit reconnaître que : **(i)** l'adolescent(e) (de 10 à 19 ans) a besoin de plus de liberté que l'enfant, et **(ii)** que le jeune (de 20 à 24 ans) aussi a besoin de plus de liberté que l'adolescent(e).

4.4.3. Comment un parent peut-il dialoguer avec ses enfants/son enfant sur la sexualité ?

■ Préalables

Pour bien dialoguer avec ses enfants, un parent devra tenir compte de certains éléments dont :

- Le choix d'un cadre adapté,
- Le choix du meilleur moment,
- L'usage d'un langage clair et adapté,
- Le contenu du message doit être clair et concis
- Le respect de l'autre et des émotions
- De l'âge de l'enfant.

■ Comment un parent peut-il aborder la sexualité avec ses enfants (adolescents et jeunes) ?

Pour discuter de la sexualité avec ses enfants un parent devra tenir compte de l'âge de ce dernier. Le présent document décrit les stratégies de communication selon l'âge des jeunes, à savoir : 3 à 6 ans, 7 à 9 ans, 10-19 ans, 20-24 ans.

Aborder la sexualité avec les enfants de 3 à 6 ans.

C'est le stade du complexe d'Œdipe, l'enfant est plus proche du parent du sexe opposé. La fille est plus proche de son père et le garçon de sa mère. À cet âge, les enfants sont très curieux et posent toutes sortes de questions. Le parent doit profiter de l'intimité ainsi créée par cette amitié de circonstance pour s'ouvrir à son enfant en répondant à toutes ses questions sans amalgame.

« Les proverbes sont la forme d'expression la plus utilisée en milieu rural pour aborder un sujet difficile : le sens imagé en est souvent difficile à comprendre et nécessite d'être socialisé dans le milieu. »

Les parents doivent créer ces occasions pour être toujours plus proches des enfants et transmettre des informations sur la SSR qu'ils pourront insérer dans les histoires et/ou contes. C'est à ce stade que les informations ayant trait au respect du sexe opposé, le respect des aînés, avoir des attitudes correctes dans la rue et en famille, doivent être enseignées aux enfants.

Aborder la sexualité avec les enfants de 7 à 9 ans.

À cet âge-là, la raison s'établit et l'enfant prend conscience qu'il ne pourra jamais prendre la place du parent. C'est le début de l'adolescence et de l'ouverture aux personnes de sexe opposé dans la société.

L'enfant prend de la distance vis-à-vis de ses parents et se rapproche de ses pairs. Néanmoins, les parents peuvent recourir à certaines astuces pour communiquer avec eux en matière de SSR. Ils peuvent amener et déposer dans le salon, près du kit vidéo, des brochures, des illustrations, des films vidéo sur :

- Le fonctionnement des organes génitaux ;
- Les conséquences des rapports sexuels précoces ;
- Les conséquences des grossesses précoces et non désirées ;
- Les IST, le VIH et le SIDA ;
- Les exemples de comportements responsables de certains adolescent(e)s.

Après un certain temps, les parents peuvent vérifier si ces documents ont été vus par leurs enfants à travers certaines questions comme :

- ✓ « Papou, la vidéo à côté du téléviseur semble renfermer beaucoup d'informations sur les Infections sexuellement transmissibles.»
- ✓ « J'ai eu la chance de voir ça il y a quelques temps, n'est-ce pas ? »
- ✓ « Peux-tu me rappeler la fin là ? »
- ✓ « Je pense que tu peux la visionner avec tes amis ! »
- ✓ ü « Je pense encore vous en apporter d'autres sur d'autres thèmes de la vie. »

Il est à noter que les parents doivent être ouverts aux enfants, ils doivent comprendre qu'à ce stade de l'adolescence, c'est à eux de s'armer de patience, de multiplier des occasions pour avoir les enfants dans leur objectif et de communiquer constamment avec eux.

Ils doivent créer des situations pour ça, comme par exemple, faire des courses, des petits travaux, du sport, des visites, etc. Au cours de ces occasions, le parent doit lancer les idées et débattre des questions de SSR.

Aborder la sexualité avec les adolescents(e)s de 10 à 19 ans.

À cet âge-là, on assiste à l'apparition des caractères sexuels secondaires (seins, poils du pubis en triangle inversé, grand bassin et survenue des règles ou menstrues chez la fille ; barbe, voix grave, poils du pubis en triangle normal, buste élargi, testicules et pénis développés chez le garçon ; rêves érotiques et intérêt pour les personnes du sexe opposé pour les deux).

Les adolescent(e)s ont l'esprit d'indépendance et le sentiment d'autosuffisance. Ils/elles s'opposent aux parents et aux règles établies dans la société. Les astuces sont identiques aux cas précédents.

Aborder la sexualité avec les jeunes de 20 à 24 ans.

À ce stade, les jeunes commencent à s'assumer, ils respectent les règles établies dans la société. Les parents peuvent initier des activités communes avec leurs jeunes. Ils peuvent leur confier certaines actions d'éducation de leurs petits frères et sœurs.

Comme précédemment, les parents doivent multiplier les opportunités de dialogue et d'échange. Ils peuvent faire des petits jeux éducatifs à la maison et échanger sur des thèmes de SSR. Les parents doivent amener des revues, des livres, des films et leur demander de les exploiter avec leurs frères et sœurs.

4.4.4. Les obstacles et attitudes non favorables au dialogue parent-enfant, adolescents et jeunes

Certains comportements des parents comme ceux des enfants peuvent constituer des obstacles majeurs au dialogue sur la sexualité.

DU COTE DES PARENTS (4 types)

Il existe quatre types des parents : gendarme, moralisateur, critique et parent cynique.

→ Le parent gendarme.

Le parent gendarme (i) donne des commandements à l'enfant « fais ceci, fais cela, etc. », (ii) rappelle incessamment à l'ordre « combien de fois dois-je te rappeler qu'il est interdit de... • profère des menaces « si tu ne fais pas ceci ou cela, tu sais que ça va te coûter cher... », ou « attends-toi à devoir... ».

(iii) Il est l'empêcheur à tourner en rond « ne fais pas ceci, ne fais pas cela. », « ferme ceci, ferme cela », « enlève moi ceci, enlève moi ça ... ».

Pour corriger cette attitude, il est conseillé aux parents :

- ✓ Évitez de faire des demandes (directives, ordres etc.) qui ne sont pas nécessaires ;
- ✓ Au lieu de donner un ordre, posez une question ;
- ✓ Multipliez les occasions d'avoir des échanges distrayants.

→ Le parent moralisateur

Le parent moralisateur est celui qui a une prédilection pour les sermons adressés aux enfants, adolescent(e)s et jeunes. Il fait toujours la morale. Ses interventions commencent par « tu sais ma fille dans la vie... » et elles durent longtemps, longtemps que le jeune perd l'attention et elles ont souvent l'effet contraire chez l'auditeur.

Le parent moralisateur pense qu'il est parfait : « Regarde comme je suis parfait, moi, je sais ce qu'il faut faire » ; « Je fais valoir ma cause et je m'efforce autant que possible de te ranger de mon côté » ; « Ce que les vieux voient assis, les jeunes ne le voient pas debout » (proverbe malien) ; « Quoi que tu en penses, je fais mon devoir de parent et si ça ne te t'intéresse pas, ça m'est égal pourvu que je sois satisfait de ce que je te dis, le tout puissant est mon témoin, il saura que j'ai fait mon devoir ».

Il doit être conseillé aux parents moralisateurs de mettre leurs talents de communication à contribution pour faire comprendre aux enfants, adolescent(e)s et jeunes le pourquoi d'une règle plutôt que d'imposer sans donner d'explications.

➔ Le parent critique

Le parent critique a pour devise : « Tu peux faire mieux et je vais t'apprendre à le faire. » Il dit toujours aux enfants, adolescent(e)s et jeunes, ce qui ne va pas, ce qui aurait pu être fait ou qui ne devrait pas l'être. C'est le type de parent qui sait tout.

Il est conseillé aux parents critiques

- ✓ Éviter de faire des commentaires désobligeants sur tous les faits et gestes des enfants.
- ✓ D'échanger avec les jeunes afin de trouver ensemble les pistes de solution sur le problème posé par le jeune.
- ✓ De retenir que, même dans certaines situations, un commentaire positif peut avoir un côté paternaliste. Dans ce cas, il vaudrait peut-être mieux ne rien dire et donner plutôt une poignée de main ou une tape amicale dans le dos en guise de félicitations.

➔ Le parent cynique

Le parent cynique affiche un très gros handicap dans la communication avec son enfant, adolescent(e) ou jeune: il lui manque de respect. Le parent cynique tourne son enfant en ridicule, il lui jette des mots dévalorisants ou méprisants pour toujours avoir le dessus sur lui.

Il dira souvent : « Tu ne trouves pas qu'il y a quelque chose de ridicule dans ta façon de te coiffer ? » Quand le jeune fait une erreur, il dira en riant, Félicitations ! Comme toujours, tu réussis à merveille ce que tu fais...» ou encore « Avec toi, j'ai l'impression d'avoir affaire à un bébé dans un corps d'adulte...de gros bras et un tout petit cerveau...

Il est conseillé aux parents cyniques de savoir garder la raison et de penser à sa propre enfance: comment il était, comment il faisait, ne dit-on pas souvent tel père tel fils.

DU COTE DES ENFANTS, ADOLESCENT(E) ET JEUNES

Il existe trois (3) types des adolescents ou jeunes : renfermé, hypersensible, n'écoute pas.

➔ L'adolescent(e) renfermé(e)

C'est celui ou celle qui ne communique pas avec ses parents, il/elle est toujours absent(e) ou renfermé(e). • « Où étais-tu ?...J'étais sorti(e) » • « Qu'as-tu fais ?...Rien. »

L'enfant, l'adolescent(e) ou le jeune peut ne pas être conscient(e) qu'il/elle est renfermé(e).

En général, les enfants jusqu'à 10 ans, sont ouverts aux parents. Plus l'adolescent(e) grandit, vers 15, 16, 17 et 18 ans, plus il/elle est tourné(e) vers ses pairs, et il/elle s'éloigne progressivement de ses parents. Il est important que les parents diagnostiquent cet état de fait et crée de multiples occasions pour communiquer avec leurs adolescent(e)s, en posant surtout des questions qui ne gênent pas.

Exemples :

- « *Tu peux me parler un peu de ta journée à l'école.* »
- « *J'aimerais bien savoir ce qui semble te tracasser depuis quelques temps...* »
- « *Tu as l'air débobiné, nous pourrions aller faire une promenade...* »
- « *Veux-tu aller au concert ce soir avec ton frère ?* »

Autres astuces, la mère peut se faire accompagner au marché par sa fille, le père peut faire un footing avec son garçon, etc. Ceci demande de la persévérance de la part du parent, car la réussite n'est pas pour demain.

➔ L'adolescent(e) hypersensible

L'adolescent(e) hypersensible est celui ou celle dont les réactions sont démesurées avec le parent. Ceci nuit considérablement à la communication entre parents, enfants, adolescent(e)s, jeunes, car il n'y a pas d'interaction positive. Cette hypersensibilité peut amener le parent à multiplier les tentatives pour asseoir son autorité. Ceci peut amener le jeune à se soustraire de l'emprise du parent en fuyant de la maison.

Pour améliorer une telle situation, le parent doit parler ou dire explicitement à son enfant que son attitude nuit à la communication entre eux, qu'il se comporte d'une façon inacceptable et la lui décrire. Il doit être persévérant et diplomate. Il ne doit jamais cesser de communiquer sinon il rendra son enfant plus farouche.

➔ L'adolescent(e) qui n'écoute pas

L'adolescent(e) qui n'écoute pas est celui/celle qui prétend avoir compris tout ce qu'on lui dit, mais qui, en fait n'en a pas saisi l'essentiel. Son attitude est souvent volontaire et peut résulter de plusieurs facteurs qui sont souvent présents dans l'apprentissage. Pour que s'améliore la communication avec un enfant, adolescent(e) ou jeune, on doit être plus efficace dans la façon de formuler les messages et les construire avec la participation de l'enfant. Il faut chercher à connaître le centre d'intérêt de l'enfant pour mieux introduire le dialogue. Une façon d'aider l'enfant à assimiler un message consiste à lui poser des questions l'amenant au débat. Même un jeune qui n'écoute pas les autres, est attentif à son propre discours.

Exemples :

- « *Dis-moi, comment trouves-tu la situation scolaire 2017* »
- « *Avec tes camarades, comment avez-vous préparé vos examens de fin d'année?* ».

Une façon d'aider votre enfant à assimiler un message consiste à lui poser des questions l'amenant au débat. Même un jeune qui n'écoute pas les autres, est attentif à son propre discours.

4.5. Principales activités types par stratégie de communication

La mise en œuvre de la stratégie de communication Parent-Enfants en matière de sexualité mettra un focus sur les activités reprises dans le tableau ci-dessous. La liste présentée n'est ni exhaustive ni obligatoire. Le choix des activités à réaliser dépendra des problèmes identifiés par les parties prenantes.

ACTIVITÉS TYPES PAR STRATÉGIE DE COMMUNICATION

N°	STRATEGIES DE COMMUNICATION	ACTIVITES TYPES
1	COMMUNICATION INTER PERSONNELLE (CIP)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Causerie éducative, 2. Causeries éducatives par les pairs 3. Education par l'écoute 4. Visites à domicile (VAD) 5. Counseling des parents et des enfants 6. Rencontres individuelles 7. Réunions de groupe 8. Discussions guidées de groupe 9. Counseling par téléphone (ligne verte) 10. Exploitation des espaces des jeunes Dialogue parent enfant
2	MOBILISATION SOCIALE ET COMMUNAUTAIRE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conférences débat 2. Sponsoring d'activités jeune 3. Dialogue communautaire 4. Séances de vidéo forums 5. Focus groupes intervention Théâtres
3	PLAIDOYER ET	<ol style="list-style-type: none"> 1. Visites de plaidoyer chez les décideurs 2. Séances de sensibilisation des cibles

PLAIDOYER
MEDIATIQUE

3. Réunions avec les partenaires cibles
 4. Réunions avec les chefs religieux et les leaders d'opinions
 5. Réunions de plaidoyer auprès des responsables de médias
 6. Couverture et productions médiatiques
 7. Diffusion des plateaux télé ou radio spéciaux
 8. Vulgarisation des supports et matériels de communication
-

4 MASSE MEDIAS ET LES
TIC

1. Campagne de masse médias
2. Formations des acteurs des médias communautaires
3. Carrefour d'Echanges à travers les médias
4. Emissions interactives radio télé
5. Exploitation des centres d'appel
6. Campagne de sensibilisation sur réseaux sociaux
7. Exploitation de la ligne verte
8. Exploitation des plates-formes numériques
9. Campagnes de messagerie par SMS, IVR et autres

V. MISE OEUVRE DE LA STRATEGIE

La mise en œuvre des stratégies de communication Parent - Enfant qui vise le changement de comportement des enfants réside dans la sensibilisation et la formation des parents ; des parents pairs et d'autres membres de la communauté sur la santé sexuelle et reproductive y compris la PF.

Le dialogue parent – Enfant permet de donner aux enfants, aux adolescents et jeunes des informations correctes et fiables dont ils ont besoin pour adopter des comportements sexuels responsables contrairement à la croyance négative selon laquelle l'éducation sexuelle inciterait à la débauche.

Si le dialogue Parent – Enfant est bien conduit ça pourrait permettre aux parents de transmettre des normes et des valeurs culturelles en matière de la sexualité à leurs enfants.

5.1. Structures de mise en oeuvre

La coordination de la mise en œuvre de la stratégie de communication, du dialogue Parent – Enfant sera assurée par le PNCPS en collaboration avec le PNSA, elle apportera l'assistance technique dans l'opérationnalisation et dans la production des outils de communication.

La mise en œuvre des activités sera assurée par les divisions de communication des programmes concernés du niveau central, niveau provincial et opérationnel en partenariat avec les autres parties prenantes (Min. Genre, Famille, femme et Enfant, les associations et ONGs locales, le Min. com. et médias, les PTFs ; la famille, la Communauté ; les Communautés religieuses et les Groupes sociaux – culturels).

5.2. Rôles et responsabilités des parties prenantes

La mise en œuvre de la stratégie de dialogue parent – enfant interviendra à trois niveaux :

a) Niveau National

Au niveau du gouvernement (ministère)

- Mobiliser les ressources requises à haut niveau pour la mise en œuvre de la stratégie ;

Au niveau du Secrétariat général à la santé

- Mobiliser les ressources requises pour la mise en œuvre de la stratégie ;
- Veiller à l'alignement des PTFs sur les activités de la stratégie ;

A la Direction de santé, de la famille et de groupes spécifiques

- Accompagner les programmes spécialisés concernés dans la mise en œuvre et le suivi évaluation de cette stratégie ;
- Appuyer les programmes spécialisés concernés dans la mobilisation des ressources requises pour la mise en œuvre de cette stratégie,

Au PNCPS

- Coordonner la mise en œuvre de la stratégie en collaboration avec les parties prenantes ;
- Assurer la mise en œuvre de la stratégie en collaboration avec les autres parties prenantes ;
- Renforcer les capacités des acteurs.

Au PNSA

- Assurer la mise en œuvre de la stratégie en collaboration avec les autres parties prenantes,
- Accompagner les DPS et les autres acteurs dans la mise en œuvre opérationnelle.

Aux ministères connexes et OSC / ONGs

- Accompagner le PNCPS et le PNSA dans la mise en œuvre de la stratégie ;
- Réaliser certaines activités de promotion sur le dialogue Parent – Enfant.

b) Niveau provincial

1. le ministre provincial de la santé

- Mobiliser les ressources requises pour la mise en œuvre de la stratégie ;
- Veiller à l'alignement des PTFs

2. DPS /coordinations PNCPS et PNSA

- Assurer la fonctionnalité des organes de participation communautaire et la mobilisation de la communauté en rendant la population responsable et active

c) Au niveau opérationnel

BCZS : planification, coordination, suivi, supervision de la stratégie au niveau opérationnel.

Mette en œuvre la stratégie au niveau de leurs entités respectives

Autres parties prenantes

PTF

- S'aligner sur les interventions de la stratégie ;
- Appui la planification des interventions et la mobilisation des ressources et assure le suivi de leur utilisation efficiente ;
- Apporte l'appui technique et financier ;
- Participe aux réunions des cadres de concertation (CTMP, Réunion de coordination, ...) pour suivre la réalisation du plan de mise en œuvre ;
- Participe au suivi et évaluation conjointe de la stratégie.

Secteur privé et société civile

- S'assure de la prise en compte des problèmes et besoins prioritaires de SSRAJ;

- Participe à la mobilisation communautaire et des ressources en faveur de dialogue Parent - Enfant
- Participe au suivi et évaluation de la stratégie, notamment la satisfaction de la population

VI. CONCLUSION

Le dialogue en famille sur la sexualité entre les parents congolais et leurs enfants qui devraient constituer l'une des meilleures stratégies de communication est malheureusement un vrai obstacle à l'accès de ces derniers à l'information sur la santé et leur bien-être. Non seulement parce qu'il constitue un tabou mais aussi parce que les parents ne disposent pas toujours des compétences nécessaires pour le faire. Et pourtant, la famille devrait être au centre de l'action pour réduire les comportements à risques chez les adolescents et jeunes en matière de sexualité.

La communication (dialogue) entre parents et leurs enfants sur la sexualité est une porte d'entrée importante dans la stratégie de la prévention des risques chez les jeunes, car elle permet d'accroître les connaissances, attitudes et pratiques des adolescents et jeunes en matière de santé et de bien-être.

Sa mise en œuvre nécessite la combinaison de plusieurs stratégies à la fois dont le plaidoyer pour créer un environnement favorable à la prévention, la mobilisation des ressources (humaines, matérielles et financières, etc.) pour le renforcement des compétences des parents, la mobilisation sociale et la communication pour le changement de comportement, etc.

