



**Organisation
mondiale de la Santé**

Programme d'Orientation

sur la Santé des Adolescents
destiné aux Prestataires de
Soins de santé

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Organisation mondiale de la Santé.

Programme d'orientation sur la santé des adolescents destiné aux prestataires de soins de santé /
Organisation mondiale de la Santé.

1. Service santé adolescent. 2. Comportement adolescent. 3. Personnel sanitaire - enseignement.
4. Matériel enseignement. I. Titre.

ISBN 92 4 259126 2

(Classification NLM : WA 330)

© **Organisation mondiale de la Santé 2005**

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 2476 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci-dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Remerciements

Le Programme d'Orientation sur la santé des adolescents destiné aux prestataires de soins de santé a été élaboré par le Département Santé et Développement de l'Enfant et de l'Adolescent de l'Organisation mondiale de la Santé, en collaboration avec le Commonwealth Medical Trust ainsi que le siège de l'UNICEF et son Bureau régional pour l'Europe centrale et orientale et la Communauté des Etats indépendants et les Etats baltes.

Le Programme d'Orientation a été conçu et développé avec l'active participation des futurs utilisateurs - professionnels de la santé des gouvernements, les secteurs privé et bénévole - les adolescents eux-mêmes, au travers d'ateliers organisés dans les six régions de l'OMS.

Notre gratitude va à toutes les personnes et les organisations qui ont contribué à son élaboration, que ce soit à la préparation du matériel ou, indirectement, en participant aux ateliers organisés dans et avec les pays suivants : le Cambodge, la Chine, l'Egypte, l'Inde, l'Indonésie, la Malaisie, la Mongolie, le Nicaragua, l'Ouganda, les Pays-Bas, les Philippines, Sainte-Lucie, le Sénégal, le Royaume Uni, le Viet Nam et la Zambie.

Il est difficile pour nous de nommer toutes les personnes et les organisations qui ont apporté leur contribution à la rédaction de cet ouvrage et l'OMS leur est reconnaissante de leur précieux concours. Nous aimerions cependant mentionner la contribution spéciale des personnes et institution suivantes :

Mar yanne Haslegrave et le Commonwealth Medical Trust pour leur soutien moral et financier;
Alexei Mikhailov pour la conception et la mise en page du document.

Préface

Notre avenir et notre prospérité reposent sur plus d'un milliard d'adolescents répartis sur les six continents. Ces jeunes filles et jeunes hommes d'aujourd'hui ont un énorme défi à relever pour devenir des adultes actifs et productifs. Un grand nombre d'individus et d'institutions ont un rôle important à jouer afin de promouvoir un développement sain des adolescents, de prévenir les problèmes de santé et d'y faire face lorsqu'ils se présentent. Le personnel de santé a là une importante contribution à apporter dans chacun de ces domaines.

Les analyses de la situation et l'évaluation des besoins effectuées dans différentes parties du monde démontrent la nécessité d'améliorer les compétences professionnelles et relationnelles des professionnels de la santé, de façon à ce qu'ils puissent communiquer avec l'adolescent d'une façon efficace et avec tact.

Ce Programme d'Orientation donne aux prestataires de soins de santé des informations sur les caractéristiques des adolescents et sur la façon de répondre à certains de leurs besoins en matière de santé.

Table des matières

A. INTRODUCTION

B. SIGNIFICATION DE L'ADOLESCENCE ET DE SES IMPLICATIONS EN
MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE

C. SANTÉ SEXUELLE ET DE LA REPRODUCTION DES ADOLESCENTS

D. SERVICES DE SANTÉ ADAPTÉS AUX ADOLESCENTS

J. PRÉVENTION DE LA GROSSESSE CHEZ LES ADOLESCENTS

F. C ONCLUSION



Polycopié du
Module A.
Introduction

Les informations contenues dans ce polycopié visent à compléter les données du module Introduction au Programme d'Orientation sur la santé des adolescents. L'animateur peut se référer au texte de ce polycopié durant les sessions et il vous sera peut être demandé de lire certains extraits.

Des références bibliographiques sont indiquées à la fin de ce document.

CE POLYCOPIE ABORDE LES THÈMES SUIVANTS :

- | | |
|---|-----|
| 1. Objectif général du Programme d'Orientation | A-5 |
| 2. Objectifs fixes dans le cadre du Programme d'Orientation | A-5 |
| 3. Participants prévus | A-5 |
| 4. Modules du Programme d'Orientation | A-6 |
| 5. Méthodologie | A-7 |
| 6. Références bibliographiques | A-8 |



1. OBJECTIF GÉNÉRAL DU PROGRAMME D'ORIENTATION

Orienter les prestataires de soins de santé et leur présenter les caractéristiques spécifiques de l'adolescence ainsi que les approches adaptées au traitement des besoins et problèmes de santé des adolescents prioritaires sélectionnés.

Pour cela, vous disposerez d'un ensemble de modules communs et de modules facultatifs. Les organisations, institutions et les autres entités qui souhaitent mettre en place le Programme d'Orientation doivent nécessairement conduire tous les modules communs. Les modules facultatifs seront quant à eux sélectionnés en fonction des priorités et besoins locaux.

2. OBJECTIFS FIXES DANS LE CADRE DU PROGRAMME D'ORIENTATION

On s'attend à ce qu'à la fin du programme, les participants :

- connaissent mieux les caractéristiques de l'adolescence et du développement des adolescents
- soient plus sensibles aux besoins des adolescents
- disposent de davantage d'informations et de ressources
- soient plus en mesure de fournir des services de santé adaptés aux adolescents
- aient préparé un plan personnel indiquant les changements qu'ils mettront en oeuvre dans leur travail.

DOMAINE DANS LEQUEL LE PROGRAMME D'ORIENTATION N'INTERVIENT PAS

Le Programme d'Orientation n'est pas destiné à améliorer les compétences médicales ou de conseil dans la prestation de services de santé pour les adolescents.

3. PARTICIPANTS PRÉVUS

Le Programme d'Orientation a été conçu pour prendre en charge les besoins des prestataires de soins de santé dans leur travail avec les adolescents. Les adolescents peuvent bien évidemment participer au Programme d'Orientation. Leur participation garantira que leur point de vue sera entendu. Des représentants d'autres groupes de professionnels concernés (notamment les éducateurs, les travailleurs sociaux, les psychologues, les nutritionnistes et les enseignants) sont également invités à participer au programme afin de lui donner une portée multisectorielle.



4. MODULES DU PROGRAMME D'ORIENTATION

La Figure 1 présente les modules communs et facultatifs qui ont été préparés pour le Programme. Tous les participants au Programme d'Orientation doivent suivre les modules communs. Les organisateurs du programme choisiront les modules facultatifs utilisés selon les ressources et les besoins locaux.

FIGURE 1

MODULE DU PROGRAMME D'ORIENTATION

MODULE COMMUN

- A. Introduction
- B. Signification de l'adolescence et de ses implications en matière de santé publique
- C. Santé sexuelle et de la reproduction des adolescents
- D. Services de santé adaptés aux adolescents
- F. Conclusion

MODULE FACULTATIF

- J. Prévention de la grossesse chez les adolescents

5. MÉTHODOLOGIE

Le Programme d'Orientation utilise des méthodes d'enseignement et d'apprentissage participatives. Elles sont tout à fait adaptées au travail avec des adultes qui associent leurs expériences personnelles au processus d'apprentissage. Il est reconnu que la majorité des participants prévus disposent déjà d'importantes expériences médicales et/ou d'autres expériences professionnelles avec les adolescents et sur des questions de santé qui les concernent.

L'approche participative permet à chacun de se servir de sa propre expérience et d'apprendre de manière active. Elle est également à l'origine de rapports plus équilibrés entre participants et animateurs de l'atelier que dans les méthodes plus conventionnelles entre formateurs – stagiaires ou enseignants – étudiants.

Le Programme utilise toute une série de méthodes et d'approches, allant de la communication directe de données sous forme de mini-lectures à des sessions de résolution de problèmes en petits groupes et des jeux de rôles.

Règles de base de l'apprentissage participatif

L'expérience nous a enseigné qu'il était parfois nécessaire d'établir des règles lorsque l'on a recours à des approches participatives. En voici quelques exemples :

- Efforcez-vous de toujours traiter les autres avec respect, quels que soient leur culture, leur âge ou leur sexe ;
- Veillez au strict respect de la confidentialité de manière à permettre aux animateurs et aux participants de débattre de sujets sensibles (tels que ceux liés à la santé sexuelle et de la reproduction, la santé mentale et la consommation de substances toxiques) sans crainte de conséquences négatives ;
- Acceptez de respecter et d'observer les temps impartis et de commencer et finir les sessions à l'heure ;
- Assurez-vous que chacun a l'opportunité d'être entendu ;
- Acceptez les critiques et faites-part de vos propres impressions ;
- Inspirez-vous de l'expérience des autres animateurs et des participants dans des situations difficiles.

Le respect de ces règles aidera à garantir un environnement d'apprentissage efficace et amusant.

Méthodes VIPP (Visualisation pour Programmes participatifs)

Le Programme d'Orientation utilise également des méthodes VIPP (1, 2). L'approche VIPP est une approche d'organisation et de formation centrée sur la personne. Elle est également utilisée pour d'autres types d'événements de groupe. Cette méthode combine des techniques de visualisation et des méthodes d'apprentissage interactif. Elle repose sur l'utilisation d'un grand nombre de cartes en papier multicolores de différentes formes et tailles sur lesquelles les participants expriment leurs principales idées en grosses lettres ou sous forme de schémas pour que l'ensemble du groupe puisse les voir. Par ailleurs, elle permet à chaque participant de prendre part au processus d'apprentissage ; même les participants timides ou hésitants peuvent s'exprimer. Ceux qui ont habituellement tendance à monopoliser le débat doivent laisser la parole aux autres.

Certaines règles de rédaction des cartes VIPP contribuent particulièrement à la réussite de cette méthode :

- Notez une seule idée par carte
- Ecrivez trois lignes au maximum sur chaque carte
- Utilisez des mots clés
- Ecrivez en grosses lettres à la fois en minuscules et majuscules
- Ecrivez lisiblement
- Utilisez des cartes de différentes tailles, formes et couleurs pour structurer de façon créative les résultats des discussions
- Suivez le code de couleurs établi par l'animateur pour les différentes catégories d'idées

Les cartes VIPP peuvent être utilisées lors des séances plénières ou en petits groupes. L'utilisation de cartes permet d'organiser les réponses logiquement et de mettre en évidence les domaines de consensus et de désaccord.

6. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. *VIPP (Visualization in Participatory Programmes): A manual for facilitators and trainers involved in participatory group events.* UNICEF, Bangladesh, 1993.
2. *Games and exercises. A manual for facilitators and trainers involved in participatory group events.* Visualization in Participatory Programmes (VIPP). UNICEF Eastern and Southern African regional office, Nairobi and UNICEF headquarters, New York, 1998.



Polycopié du

Module B

Signification de l'adolescence et de ses implications en matière de santé publique

Les informations contenues dans ce Polycopié visent à compléter les données du module B. *Signification de l'adolescence et de ses implications en matière de santé publique*. Le facilitateur peut se référer au texte de ce Polycopié durant les sessions et il vous sera peut être demandé de lire certains extraits.

CE POLYCOPIÉ ABORDE LES THÈMES SUIVANTS :

1. Définition de l'adolescence et des groupes d'âge « jeunes », « adolescents » et « jeunes gens »	
B-5	
2. Données démographiques et socio-économiques mondiales sur les adolescents	B-6
3. Nature et enchaînement des changements survenant au cours de l'adolescence	B-8
4. Ampleur mondiale de certains problèmes de santé prioritaires affectant les adolescents	B-10
5. Pourquoi investir dans la santé et le développement des adolescents ?	B-16
6. Principes directeurs et cadre conceptuel pour la promotion et la protection de la santé et du développement des adolescents	B-17
7. Références bibliographiques	B-20
Annexe 1. Contrôle des connaissances. Session 1 – Activité 1-2	B-23
Annexe 2. Exercice de groupe. Session 3 – Activité 3-2	B-27
Annexe 3. Exercice de groupe. Session 4 – Activité 4-2	B-31
Annexe 4. Exemples de lettres. Session 5 – Activité 5-1	B-35

1. DÉFINITION DE L'ADOLESCENCE ET DES GROUPES D'ÂGE « JEUNES », « ADOLESCENTS » ET « JEUNES GENS »

Adolescence

L'adolescence a été définie comme la période de la vie pendant laquelle une personne n'est plus un enfant, mais n'est pas encore un adulte. Pendant cette période la personne subit de profonds changements physiques, biologiques et psychologiques. Les attentes et les perceptions sociales des adolescents évoluent également. La croissance et le développement physiques s'accompagnent d'une maturation sexuelle, qui aboutit souvent à des relations intimes. La pensée conceptuelle et l'esprit critique se développent également, tout comme la conscience de soi lorsque les perspectives sociales requièrent une certaine maturité émotionnelle. Il est important de garder ces informations à l'esprit lors de la lecture de [ce Polycopié](#) afin de mieux comprendre les comportements des adolescents.

Groupes d'âges

L'OMS définit les « adolescents » comme des personnes appartenant au groupe d'âge des 10–19 ans, tandis que les « jeunes gens » sont définis comme ceux appartenant au groupe d'âge des 15–24 ans. Ces deux groupes d'âges qui se recoupent forment le groupe des « jeunes », qui rassemble les personnes appartenant à la tranche d'âge des 10–24 ans (1).

L'OMS définit clairement l'« adolescence » comme une étape plutôt que comme une période définie de la vie d'une personne. Comme indiqué précédemment, il s'agit d'un stade de développement à bien des niveaux : apparition des caractères sexuels secondaires (puberté) puis maturité sexuelle et de la reproduction; développement des processus mentaux et de l'identité adulte et passage d'une dépendance socio-économique et émotionnelle totale à une indépendance relative.

Il convient de souligner que les adolescents ne forment pas un groupe homogène. Leurs besoins sont fonction de leur sexe, du stade de développement, du contexte dans lequel ils vivent et de la situation socio-économique de leur environnement.

2. DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES ET SOCIO-ÉCONOMIQUES MONDIALES SUR LES ADOLESCENTS

Population

La planète compte aujourd'hui plus de 1,1 milliard d'adolescents, ce qui signifie qu'une personne sur cinq dans le monde a entre 10 et 19 ans. Environ 1,5 milliard de personnes dans le monde sont actuellement des jeunes âgés de 10 à 24 ans, dont 85 % vivent dans des pays en développement (2, 3). Le Tableau 1 montre la répartition mondiale et régionale de la population adolescente.

TABLERAU 1			
Répartition de la population adolescente mondiale en 2000			
Région	Population Totale ('000)	Population adolescente	Population adolescente (%)
Monde entier	6 055 049	1 153 822	19
Régions plus développées	1 187 980	159 849	13
Régions moins développées	4 867 069	993 973	20
Régions les moins développées	644 678	152 562	24
Afrique	784 445	184 611	24
Amérique latine et Caraïbes	519 143	105 821	20
Amérique du Nord	309 631	43 751	14
Asie	3 682 550	715 862	19
Europe	728 887	98 866	14
Pacifique occidental	30 393	4 907	16
Côte d'Ivoire	X	X	X

Source : Référence (2)

➤ **Mettre à jour les données du tableau 1**

➤ **Insérer les données nationales (Voir INS)**

Éducation

L'enseignement scolaire joue un rôle crucial dans le développement des adolescents. Les institutions scolaires offrent un cadre propice à l'acquisition des connaissances et à l'enseignement des aptitudes à la lecture et à l'écriture, au calcul et à la réflexion. L'éducation est un outil essentiel au développement socio-économique (les personnes ayant reçu une éducation, disposent de meilleures perspectives économiques), ainsi qu'aux retombées positives qui en découlent en termes de santé. Les institutions scolaires constituent une source majeure d'éducation et d'orientation concernant des problèmes de santé spécifiques. Elles constituent en outre, un cadre propice au dépistage et à la prestation de services de santé. Les politiques nationales et la disponibilité des ressources, déterminent le caractère obligatoire et accessible de la scolarité pour les adolescents. Les opportunités des adolescents des pays en développement en matière d'éducation sont plus limitées que celles des adolescents des pays développés. Par ailleurs, les perspectives de scolarisation des

filles sont inférieures à celles des garçons. Dans les pays les moins développés, seulement 13 % des filles et 22 % des garçons sont inscrits au lycée (4).

En Côte d'Ivoire, le taux net de scolarisation pour l'année scolaire 2012-2013 au cycle primaire était de 72,90 % (76,40 % pour les garçons et 69,30 % chez les filles). Seulement 43 % des garçons et 29,7 % des filles ont atteint le cycle secondaire pour cette même année scolaire. (Source DELC)

Emploi

Beaucoup d'adolescents n'achèvent pas leurs études secondaires. Une part importante trouve du travail dans l'économie parallèle. Dans le monde, on estime à 73 millions, le nombre d'adolescents âgés de 10 à 14 ans qui travaillent dans des conditions nuisibles à leur santé (5). En outre, partout dans le monde, plusieurs millions d'adolescents vivent et travaillent dans la rue, où ils encourent de graves risques d'être victime d'atteintes sexuelles et/ou de consommer des substances toxiques (6) et d'être blessés.

Selon une estimation, la population adolescente urbaine des pays en développement va augmenter de 600 % entre 1970 et 2025 (7). La prévision de croissance rapide du nombre d'adolescents vivant dans les zones urbaines défavorisées, constitue un défi très lourd pour les gouvernements et la société civile.

Le travail des enfants est l'un des phénomènes sociaux que les autorités politiques et administratives du pays (Côte d'Ivoire) tentent d'éradiquer. Il est difficile d'établir avec exactitude le nombre d'enfants concernés, car bien de cas restent discrets et inconnus. Toutefois, des études réalisées sur le phénomène donnent un aperçu de la situation.

La dernière étude d'envergure nationale est l'Enquête Nationale sur le Travail des Enfants (ENTE) de 2005. Cette enquête réalisée par l'Institut National de la Statistique (INS) en collaboration avec le BIT a donné les résultats suivants :

- 395 990 des enfants économiquement actifs exercent dans le secteur de l'agriculture, et 160 103 exercent dans le secteur des commerces ;
- Environ 115 694 enfants travailleurs exercent des travaux dangereux interdits aux enfants par la réglementation en vigueur en Côte-d'Ivoire.

Outre ces études, l'Enquête Nationale sur le Niveau de Vie des Ménages 2008 (ENVM 2008) a établi que 1 570 103 enfants économiquement actifs exercent dans le secteur de l'agriculture et 517 520 exercent dans le secteur des services.

Cette enquête établit également que 1 202 404 enfants sont impliqués dans un travail dangereux et 3 364 sont victimes de traite. En sus, elle révèle qu'il s'agit principalement d'une traite interne, c'est-à-dire d'un transfert des enfants d'une région à une autre du pays aux fins d'exploitation économique.

Sources : Plan d'Action National 2012-2014 de Lutte contre la Traite, l'Exploitation et le Travail des Enfants, Première partie, II. (Etat des lieux), II.1. (La situation du travail des enfants en Côte-d'Ivoire).

Pauvreté

Malgré les nombreux progrès réalisés en matière de développement au siècle dernier, la pauvreté, qu'elle soit absolue ou relative, continue d'augmenter dans nombre de régions du monde. Si la pauvreté touche tous les groupes d'âge, elle menace particulièrement la santé et le développement des adolescents. Ainsi, le fait de devoir travailler jeunes peut les obliger à quitter l'école et nuire à leur bonne éducation; cela peut également les amener à être exploités et abusés par des adultes peu scrupuleux.

3. NATURE ET ENCHAÎNEMENT DES CHANGEMENTS SURVENANT AU COURS DE L'ADOLESCENCE

L'adolescence se caractérise par une croissance et un développement rapide. Au cours de cette période, la taille, la force et les capacités reproductrices du corps se développent et l'esprit acquiert des facultés de conceptualisation. Les relations sociales jusqu'alors centrées sur la famille s'élargissent ; les pairs et les autres adultes commencent à jouer un rôle important dans la vie de l'adolescent. C'est aussi pendant cette période que l'adolescent acquiert de nouvelles compétences et connaissances et qu'il adopte de nouveaux comportements.

La tranche d'âge des 10-19 ans constitue une définition temporelle de l'adolescence, mais il est important de souligner que les modifications qui interviennent au cours de cette période peuvent ne pas correspondre exactement à ces âges. En effet, l'apparition et la durée des changements varient en fonction des personnes.

De plus, cette période de transition est perçue différemment selon les cultures ; cette perception repose largement sur des facteurs sociaux, économiques et culturels. En conséquence, dans toute société donnée, l'expérience de l'adolescence diffère selon la personne et le sexe ; elle est également fonction de divers facteurs, tels que le handicap, la maladie, la situation socio-économique et la pauvreté (8).

Les taux records de croissance et de développement au cours de l'adolescence ne sont dépassés que par ceux de la vie fœtale et de la petite enfance. Toutefois, comme indiqué précédemment, les différences entre les personnes dans les grandes étapes du développement et dans l'ampleur des changements liés à la croissance sont beaucoup plus importantes que chez les nourrissons et chez les jeunes enfants (9).

L'adolescence est parfois divisée en trois périodes (début, milieu et fin), qui correspondent respectivement aux groupes d'âge suivants : 10-14 ans, 15-17 ans et 18-19 ans. Ces périodes correspondent approximativement aux stades de développement physique, social et psychologique qui composent le passage de l'enfance à l'âge adulte (Tableau 2). Bien que ces étapes ne soient pas reconnues par tous et qu'elles varient, comme nous venons de l'expliquer, elles constituent une base pour la compréhension du développement des adolescents.

TABLEAU 2

Etapes de l'adolescence

Catégorie de changement	DEBUT 10-13 à 14-15 ans	MILIEU 14-15 à 17 ans	FIN 17-21 ans (variable)
Croissance	Apparition des caractères sexuels secondaires La croissance s'accélère et atteint son maximum	Caractères sexuels secondaires développés Ralentissement de la croissance; environ 95 % de la taille adulte est atteinte	Maturité physique
Connaissances	Pensée concrète Conscience de soi Conséquences à long terme des actes non comprises	Conceptualisation de la pensée Capacité de réflexion à long terme Retour à la pensée concrète en cas de stress	Pensée abstraite développée Tourné vers l'avenir Perception d'options à long terme
Psychosocial	Préoccupations liées : à la croissance physique rapide, à l'image corporelle et aux bouleversements provoqués par les changements	Réhabilitation de l'image corporelle Obsession de l'imaginaire et de l'idéalisme Sentiment de toute-puissance	Identité intellectuelle et fonctionnelle développée
Famille	Définition de la frontière entre indépendance et dépendance	Conflits liés à l'autorité	Passage de la relation enfant/parent aux relations entre adultes
Groupe de pairs	Recherche d'appartenance pour compenser l'instabilité	Besoin d'identification pour affirmer sa propre image Code de conduite défini par les pairs	Le groupe de pairs s'efface au profit d'une amitié exclusive*
Sexualité	Découverte et évaluation de soi Sentimentalisme	Établissement de relations stables Mise à l'épreuve de la capacité à séduire le sexe opposé	Réciprocité Élaboration de projets
Source: Référence (10).			

4. AMPLEUR MONDIALE DE CERTAINS PROBLÈMES DE SANTÉ PRIORITAIRES AFFECTANT LES ADOLESCENTS

La plupart des adolescents sont en bonne santé, c'est-à-dire que leurs taux de mortalité et de morbidité sont inférieurs à ceux des enfants et des adultes. En outre, la plupart des adolescents pensent être en bonne santé. Par exemple, une étude menée sur près de 16 000 adolescents dans neuf pays des Caraïbes révèle que 80 % des adolescents interrogés se considèrent en bonne santé et que 88 % d'entre eux aiment leur apparence. Les deux tiers d'entre eux n'ont pas eu de rapports sexuels et 89 % ne consomment pas d'alcool ni d'autres substances psychotropes. La majorité des adolescents aiment les études (94 %), ont de bonnes relations avec les enseignants (96 %) et ont l'impression que les parents et les autres membres de la famille sont suffisamment attentifs (11).

Toutefois, on constate de plus en plus que certains adolescents développent en fait des problèmes de santé et qu'ils sont en outre beaucoup plus nombreux à adopter des comportements à risque à l'origine de problèmes de santé à l'âge adulte. L'OMS a classé les problèmes de santé et les comportements à risque qui affectent les jeunes dans les pays en développement (Tableau 3).

TABLEAU 3				
Classification des maladies et des comportements relatifs à la santé des jeunes dans les pays en développement				
Maladies spécifiques aux jeunes	Maladies et comportements à risque qui touchent les jeunes de façon disproportionnée	Maladies qui se manifestent essentiellement chez les jeunes, mais qui remontent à l'enfance	Maladies et comportements à risque des jeunes aux conséquences sur la santé actuelle et future	Maladies qui touchent moins les jeunes que les enfants, mais plus les jeunes que les adultes
Maladies	Maladies	Maladies	Maladies	Maladies
Troubles du développement des caractères sexuels secondaires Difficultés de développement psychosocial Poussée de croissance insuffisante chez les adolescents	Mortalité et morbidité maternelle IST (VIH inclus) Tuberculose Bilharziose Vers intestinaux Troubles mentaux	Maladie de Chagas Cardiopathie Rhumatismale Poliomyélite	IST (VIH inclus) Lèpre Problèmes dentaires	Malnutrition Paludisme Gastroentérite Infections respiratoires aiguës
	Comportements		Comportements	
	Consommation d'alcool Consommation excessive d'autres substances toxiques Blessures		Consommation de tabac Consommation d'alcool et de drogue Mauvaise alimentation Manque d'exercices Pratiques sexuelles à risque	
Les jeunes sont particulièrement concernés car ils représentent une large part de la population dans la majorité des pays en développement				

Selon des études, les taux de morbidité et de mortalité des adolescents varient de façon significative en fonction du sexe. Partout dans le monde, les taux de morbidité et de mortalité liés aux blessures consécutives à la violence interpersonnelle, aux accidents et au suicide sont plus élevés chez les garçons, alors que les taux de morbidité et de mortalité liés au comportement sexuel sont plus élevés chez les filles (12).

On a tenté d'évaluer la charge de la morbidité et de la mortalité chez les adolescents à l'aide de la mesure des années de vie corrigées du facteur d'incapacité (AVCI). L'Encadré 1 contient une brève explication du terme ainsi que des estimations de la charge de morbidité chez les jeunes.

ENCADRE 1

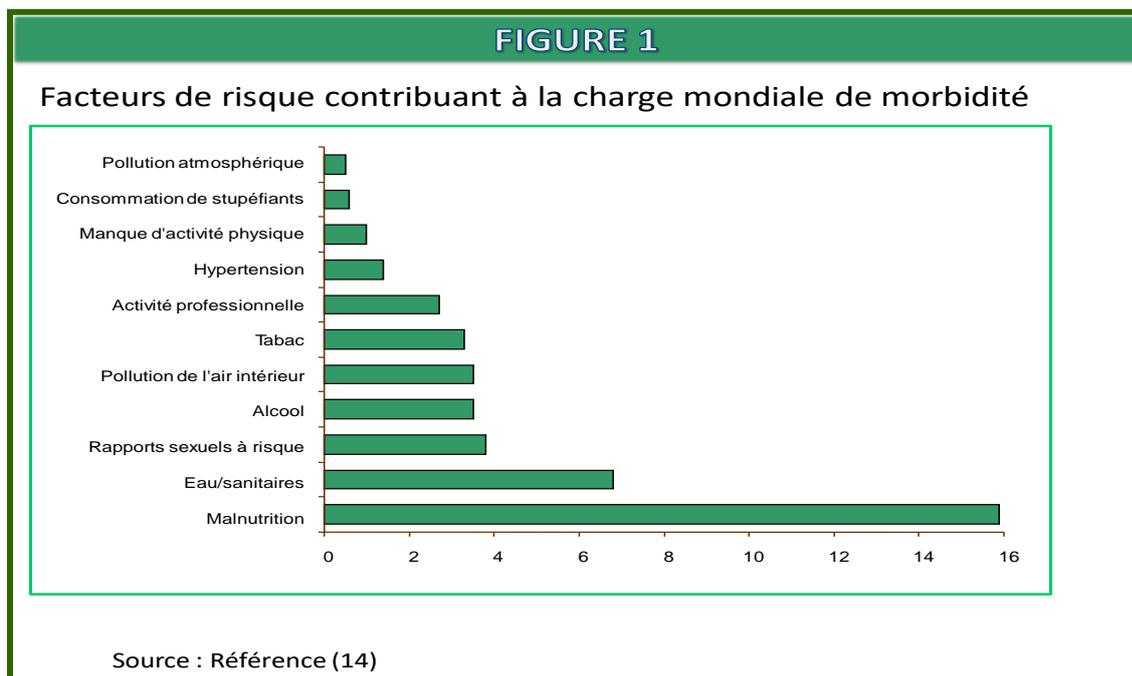
Estimations de la charge de morbidité chez les jeunes

Les années de vie corrigées du facteur d'incapacité (AVCI) constituent une mesure de la charge : il s'agit d'une mesure temporelle qui identifie l'impact de la mort prématurée (en nombre d'années) et du temps (en nombre d'années) passé avec un handicap. Une AVCI correspond à une année de vie en bonne santé perdue. Un nouveau calcul des estimations de la charge mondiale de morbidité chez les adolescents, les jeunes gens et les jeunes a donné les résultats suivants :

- La charge de la morbidité et des blessures entre 10 et 24 ans représente 15 % de la charge totale dans le monde entier.
- 90 % d'AVCI sont perdues dans les pays en développement.
- 42 % des AVCI sont la conséquence de maladies non transmissibles, 29 % de blessures et 29 % de pathologies transmissibles, maternelles, périnatales et alimentaires.
- La répartition des AVCI chez les adolescents et les jeunes est très différente de celle observée chez les enfants ou les adultes : les IST, le VIH, les affections maternelles, la dépression, la consommation d'alcool et de drogue, les blessures et les accidents de la route sont prédominants chez les adolescents.
- Les caractéristiques de la charge sont très variables selon le genre : Les AVCI dues aux blessures (et au suicide) chez les garçons sont pratiquement deux fois plus élevées que chez les filles, à l'exception des taux de suicide des filles en Chine et en Inde qui sont plus élevés que ceux constatés chez les garçons.

Source: Référence (13).

On s'est également employé à évaluer la part de certains facteurs de risque dans la charge mondiale de morbidité. La Figure 1 évalue l'incidence des rapports sexuels à risque, de la consommation d'alcool, de tabac et d'autres substances toxiques, ainsi que du manque d'activité physique, autant de comportements à risque adoptés au cours de l'adolescence, sur les maladies, le handicap et les décès survenant pendant et après l'adolescence



Une liste de problèmes de santé prioritaires touchant les adolescents a été élaborée à partir de données recueillies dans le monde entier (Encadré 2). Chaque problème mentionné repose sur les trois critères suivants : tout d'abord, ils sont à l'origine de maladies ou de décès pendant l'adolescence ou ultérieurement en raison de comportements adoptés lors de cette période. Ensuite ils engendrent des taux de mortalité et de morbidité significatifs. Enfin, un grand nombre de ces problèmes de santé et de ces comportements à risque sont interdépendants. Ainsi, la consommation de substances toxiques est associée aux états dépressifs et la consommation d'alcool est à l'origine d'accidents de la route.

ENCADRE 2

Problèmes de santé apparaissant au cours de l'adolescence

- Blessures intentionnelles et non intentionnelles
- Problèmes de santé sexuelle et de la reproduction (y compris VIH/SIDA)
- Consommation et abus de substances toxiques (tabac, alcool et autres substances)
- Problèmes de santé mentale. Troubles alimentaires.
- Maladies endémiques et chroniques
- Chacun de ces problèmes est décrit brièvement ci-après

Blessures intentionnelles et non intentionnelles

Les blessures non intentionnelles, notamment les accidents de la route, constituent la première cause de mortalité chez les jeunes. Sur 195 000 adolescents tués chaque année dans des accidents de la route, plus de 60 % sont des garçons (OMS GPE 2000). Nombre de ces accidents sont dus à une consommation d'alcool ou d'autres substances psychotropes. Pour chaque jeune tué dans un accident de la route, environ 10 autres sont grièvement blessés ou mutilés à vie.

La violence interpersonnelle est une forme de blessure intentionnelle, dont le nombre augmente chez les jeunes, notamment chez les filles (15). Bien que les garçons soient beaucoup plus souvent les auteurs de violences que les filles, des études prouvent désormais qu'ils en sont également les victimes.

On dispose de peu de données sur l'incidence des violences sexuelles et des viols. Une étude datant de 1994 confirme que le viol n'est pas un fait rare. Les données issues des statistiques officielles et des centres d'accueil des victimes de viols indiquent que, dans beaucoup de pays en développement, un grand nombre de victimes de viol sont âgées de moins de 15 ans et que la majorité des victimes connaît son agresseur (16). Les atteintes sexuelles envers les filles et les garçons constituent un problème encore plus répandu, qui concerne trois fois plus de filles que de garçons.

➤ **Enrichir avec des données nationales (Voir Direction de la Violence Basée sur le Genre, UNICEF, UNFPA, ONUFEMMES, MSLS, MSFFE)**

Santé sexuelle et de la reproduction – conséquences des pratiques sexuelles à risque

L'adolescence est une période d'initiation et d'expression sexuelles. Beaucoup d'adolescents ont leurs premiers rapports sexuels à cette période, au cours ou en dehors du mariage. Les rapports sexuels non protégés chez les adolescents sont notamment à l'origine de grossesses prématurées et non désirées ainsi que d'infections sexuellement transmissibles, y compris à VIH.

Les adolescentes qui contractent une grossesse, surtout au début de l'adolescence, présentent des risques de complications pendant la grossesse et au moment de l'accouchement. De plus, le risque de mortalité et de morbidité est plus élevé chez les nourrissons nés de mères adolescentes que chez ceux nés de mères plus âgées.

Le manque de connaissances et de compétences, l'accès insuffisant aux méthodes contraceptives, y compris les préservatifs et la vulnérabilité face aux rapports sexuels forcés exposent les **adolescentes** à un risque accru de grossesses non désirées et d'infections. Par ailleurs, une série d'obstacles à l'utilisation des services de santé peut rendre difficile l'obtention des conseils et des services de santé dont elles ont besoin (17).

Les grossesses non désirées sont souvent perçues comme un problème spécifique aux adolescentes, mais des études récentes prouvent que les pères adolescents peuvent être confrontés aux mêmes problèmes que les jeunes mères : passage prématuré du rôle d'adolescent à celui de parent, isolement social, relations instables et opposition sociale et familiale à leur implication en tant que pères.

Dans les pays en développement, la mortalité maternelle des filles âgées de moins de 18 ans est deux à cinq fois plus élevée que celle des femmes de 18 à 25 ans (18, 19). Plus de 13 % de l'ensemble des naissances dans le monde proviennent de femmes âgées de 15 à 19 ans. Toutefois, on note des différences considérables entre les pays et au sein même des pays (20). Les mères adolescentes sont confrontées à de nombreux problèmes sanitaires et sociaux dans bien des pays en développement.

On estime à 2,5 millions le nombre d'avortements pratiqués chaque année chez les adolescentes, soit 14 % de l'ensemble des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses. En outre, 4,8 millions (soit 26 %) d'avortements sont pratiqués chez des jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans dans des conditions dangereuses (OMS, RHR, 2002).

Chaque année, plus d'une adolescente sur 20 contracte une infection sexuellement transmissible (IST) guérissable, sans compter les infections virales (22). Par ailleurs, chaque année, un tiers des 333 millions de nouveaux cas d'IST concerne des jeunes de moins de 25 ans (23).

VIH/SIDA

La pandémie du VIH/SIDA constitue l'un des problèmes de santé publique les plus importants et les plus urgents auxquels doivent faire face les gouvernements et les sociétés civiles du monde entier. Les adolescents sont au cœur de la pandémie, non seulement en termes de propagation, mais aussi en termes de potentiel de changement des attitudes et des comportements à l'origine de la maladie.

Selon des estimations, 30 % des 40 millions de personnes vivant avec le VIH/SIDA (soit 10,3 millions) sont des jeunes âgés de 15 à 24 ans. En outre, la moitié des nouvelles infections, soit plus de 7 000 par jour, affecte les jeunes (17). La grande majorité des jeunes VIH positifs ne sait pas qu'elle est contaminée et peu de jeunes ayant des rapports sexuels ont connaissance de la séropositivité de leurs partenaires.

En Côte d'Ivoire, la prévalence du VIH parmi les jeunes de 15-24 ans est de 1,3 %. Elle est de 2,2 % chez les femmes et de 0,3 % chez les hommes. (EDS 2012 ; P 290)

Les jeunes sont vulnérables au VIH en raison de leur comportement sexuel à risque, de la consommation de substances toxiques, de l'accès insuffisant aux informations sur le VIH et aux services de prévention.

Beaucoup de jeunes ne considèrent pas le VIH comme une menace et beaucoup d'autres ne savent pas comment se protéger contre le virus.

Consommation de substances toxiques

La consommation de substances nocives (tabac, alcool et stupéfiants) accroît le risque ultérieur de cancers, de pathologies cardiovasculaires et de maladies respiratoires (15).

Une personne commence à fumer généralement à l'adolescence. Rares sont les personnes qui se mettent à fumer régulièrement après l'âge de 18 ans (3). **Le rapport de l'enquête mondiale chez les élèves âgés de 13 à 15 ans (GYTS), réalisée en Côte d'Ivoire, en 2009, révélait que respectivement 20,9% et 5,7% des garçons et des filles consommaient de la cigarette.**

Parmi les substances toxiques, la consommation de l'alcool est l'élément le plus souvent responsable des décès de jeunes. Plus une personne commence à boire jeune, plus elle risque de développer plus tard un trouble clinique lié à l'alcool (24). Fait plus important encore, on constate, une concentration croissante des comportements présentant un risque pour la santé. **En Côte d'Ivoire, selon l'enquête sur l'alcoolisme en milieu scolaire réalisée en 2009, chez environ 5000 élèves, par le PNLTA, 36% des garçons et 26,9% des filles avaient fait leur première expérience avec l'alcool avant 12 ans.** Une étude mondiale récemment menée par l'OMS montre que les adolescents qui consomment des substances toxiques ont généralement des premiers rapports sexuels plus précoces (26).

Santé mentale

Les jeunes sont souvent vulnérables aux différentes catégories de stress (dont les difficultés liées à la croissance et l'exposition à des comportements à risque), qui favorisent les troubles mentaux. Certains troubles de la santé mentale apparaissent à l'adolescence. Les troubles de l'humeur, tels que la dépression et les troubles psychotiques comme la schizophrénie, sont deux types de maladies mentales qui nécessitent un diagnostic et une intervention précoces indispensables à une guérison efficace sur le long terme (27).

Le suicide est l'une des trois premières causes de décès chez les jeunes. Les taux de suicides chez les adolescents augmentent plus rapidement que dans les autres groupes d'âge. Quatre-vingt-dix mille adolescents se suicident chaque année. On compte au moins 40 tentatives de suicide manquées pour un suicide réussi (27).

La façon dont les jeunes réagissent aux événements stressants et traumatisants de la vie semble dépendre étroitement du genre (11). Plusieurs études montrent qu'en périodes de stress ou de traumatisme, les garçons sont plus enclins que les filles à réagir par l'agressivité (envers autrui ou envers eux-mêmes), à trouver un exutoire dans l'activité physique et à refouler ou ignorer le stress et leurs problèmes. Les adolescentes, en revanche, se tournent plus facilement vers des amis et se soucient plus des besoins de santé liés au stress. Ces caractéristiques sont également valables pour le suicide.

Sur 5853 consultants au Dispensaire d'Hygiène Mentale de l'Institut National de Santé Publique d'Abidjan 21,1 % sont âgés de 15 à 25 ans.

Nutrition

Au cours de l'adolescence, il est possible de corriger les troubles alimentaires apparus pendant l'enfance, ainsi que de résoudre d'autres problèmes survenant au cours de cette période. Selon des estimations, la malnutrition représente 16 % de l'ensemble des années de vie corrigées du facteur d'incapacité dans la population générale et constitue le facteur principal de mauvaise santé. Chez les adolescents, la malnutrition n'est pas l'une des premières causes de mauvaise santé, comme c'est notamment le cas chez les enfants de moins de cinq ans. Cependant, la sous-alimentation et la suralimentation, l'anémie et les carences en micronutriments (surtout pendant la grossesse) sont des troubles de plus en plus courants, aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement (28). Le paludisme, l'ankylostomiase et la bilharziose, qui touchent les jeunes de façon disproportionnée, entraînent des carences en fer chez les adolescents, dont les besoins sont accrus par la croissance, le développement et les menstruations (28).

Maladies chroniques et endémiques

Des données indiquent que le paludisme et la tuberculose (TB) font partie des 10 premières causes

Au niveau de la colonne « personnes chargées de la planification »

➤ Ajouter (post traumatiques) à la droite du mot « blessure »

de décès chez les adolescents (125 000 décès liés au paludisme par an et 75 000 décès dus à la TB) (3). **Insérer des données chiffrées après la 1^{ère} phrase du paragraphe 1 (Voir Programme National de Lutte contre le Paludisme et Programme National de Lutte contre la Tuberculose)**

~~Il est important de consacrer des programmes aux adolescents afin de lutter contre ces pathologies, ainsi que contre d'autres troubles tels que la bilharziose et l'helminthiase.~~

Il est important que les programmes de santé s'occupant de ses pathologies consacrent des actions en faveur des adolescents afin de lutter contre ces pathologies ainsi que d'autres troubles tels que la bilharziose et l'helminthiase.

Les troubles chroniques incluent des maladies non transmissibles telles que l'asthme, l'épilepsie, la mucoviscidose, le diabète de type I et les hémoglobinopathies comme la drépanocytose. En général, l'importance accordée à la lutte contre les affections chroniques a été supérieure dans les pays développés. Toutefois, les pays en développement prennent à leur tour peu à peu conscience des efforts à mener en la matière.

Les affections chroniques peuvent affecter le développement des adolescents. Certains facteurs, tels que la prise d'autonomie et la sensibilité accrue à l'influence des pairs, caractéristiques d'une nouvelle identité propre à l'adolescence, peuvent entraver l'observance des régimes et des schémas thérapeutiques chez les personnes atteintes de maladies chroniques. Il peut donc s'avérer difficile de prendre en charge ces pathologies chez les adolescents, étant donné tous les autres changements qu'ils subissent. Leur prise en charge nécessite des soins complets et un soutien intégrant en permanence les questions biomédicales et psycho-sociales, plutôt que la mise en œuvre d'une approche limitée au diagnostic et au traitement.

Différences de points de vue

Les données ci-dessus fournissent des informations relatives aux problèmes majeurs auxquels sont confrontés les adolescents, tels qu'ils sont perçus par les personnes chargées de la planification dans le domaine de la santé et par les dirigeants. Cependant, les adolescents eux-mêmes perçoivent souvent très différemment leurs besoins et leurs problèmes en matière de santé. Leurs préoccupations sont souvent liées à des sujets tels que la taille, l'acné, les relations avec leurs pairs et avec les personnes du sexe opposé. L'Encadré 3 présente les différentes priorités accordées à la santé des jeunes par deux parties prenantes : les personnes chargées de la planification dans le domaine de la santé et les jeunes gens eux-mêmes.

ENCADRE 3

Priorités en matière de santé des jeunes : deux points de vue

Personnes chargées de la planification dans le domaine de la santé

• IST/SIDA
sexuelles)

Jeunes

• Relations (parentales, familiales,

- Blessures
- Problèmes psychiatriques
- Grossesses prématurées

→ ~~Bilharziose~~

Paludisme

Tabagisme, alcoolisme, toxicomanie

- Apparence **physique**
- ~~Brimades~~ **violences physiques**
- Stress (notamment lié à l'école, aux examens, au chômage, **chagrin d'amour**)
- Accès à la contraception
- Grossesse

Source: Référence (3).

Pour être valables, les programmes visant les adolescents, doivent s'attacher au maximum à comprendre et à tenir compte de leurs points de vue et de leurs attentes. En outre, les adultes qui communiquent avec les adolescents (parents et autres membres de la famille, professeurs, animateurs de groupe de jeunes et chefs religieux, par exemple) constituent des groupes importants qui doivent être consultés et pris en compte (29). Ainsi, toutes les parties prenantes pourront apporter leur propre contribution à la santé et au développement des adolescents.

5. POURQUOI INVESTIR DANS LA SANTÉ ET LE DÉVELOPPEMENT DES ADOLESCENTS ?

Les comportements et les modes de vie acquis ou adoptés au cours de l'adolescence ont une influence présente et future sur la santé. La consommation de tabac illustre bien la façon dont un comportement, presque toujours adopté à l'adolescence, se solde par la maladie, puis par la mort. De plus, les bénéfices liés à la santé et au développement des adolescents profitent non seulement aux adultes tout juste sortis de l'adolescence, mais aussi aux générations futures.

L'Encadré 4 présente les trois principales raisons d'investir dans la santé et dans le bien-être des adolescents.

ENCADRE 4

Trois principales raisons d'investir dans la santé des adolescents

Bénéfices sur la santé de chaque adolescent, en termes de santé actuelle et future, ainsi qu'en termes d'effets sur les différentes générations

On estime qu'environ 1,4 million d'adolescents meurent chaque année, le plus souvent d'accidents, d'actes de violence, de problèmes liés à la grossesse et de maladies pouvant être évitées ou soignées. Beaucoup d'autres adolescents

Avantages économiques : amélioration de la productivité, des retours sur investissements, économies et sur les dépenses de santé futures

Droits de l'homme : les adolescents (comme tous les autres groupes d'âge) ont le droit d'atteindre le meilleur niveau de santé possible

Source: Référence (13, 30).

adoptent des comportements susceptibles de détruire leurs chances d'épanouissement personnel et leurs capacités d'intégration sociale (27). Investir dans la santé et le développement des adolescents permettra de réduire la morbidité et la mortalité dans ce groupe d'âge. Les jeunes auront ainsi plus de chances de s'accomplir pleinement et de s'intégrer au mieux à la société.

Investir dans la santé et le développement des adolescents permettra aussi de réduire la charge de morbidité et de mortalité après l'adolescence, car les comportements et les pratiques saines adoptés à l'adolescence perdurent généralement toute la vie. Les adolescents d'aujourd'hui sont les parents, les enseignants et les dirigeants de demain. Ce qu'ils apprennent aujourd'hui, ils l'enseigneront demain à leurs propres enfants et à d'autres enfants.

Investir dans la santé et le développement des adolescents se justifie sur le plan économique : des adolescents mieux préparés et en bonne santé seront plus productifs lorsqu'ils entreront dans la vie active. Le retour sur les investissements effectués en matière de santé et de développement de la petite enfance est préservé par l'attention permanente portée à la santé et au développement des adolescents.

Lorsque les adolescents présentent un développement anormal ou meurent prématurément, les investissements réalisés préalablement sont perdus. Investir dans la prévention et dans la promotion au cours de l'adolescence, permet aussi de réaliser des économies sur les dépenses de santé futures : la prévention contre le tabagisme réduit les dépenses de santé ultérieures.

Le fait de promouvoir et de protéger la santé des adolescents ne doit pas seulement être perçu comme un investissement, mais aussi comme un droit humain fondamental. La Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant, ratifiée par presque tous les gouvernements du monde, déclare que les jeunes disposent d'un droit à la vie, au développement, au (article 24) « *meilleur état de santé possible et aux services médicaux et de rééducation* » (33). La Convention accorde aussi aux jeunes le droit aux soins de santé préventifs et à une protection spécifique pour les personnes vivant dans des conditions particulièrement difficiles ou avec des handicaps. Cela signifie que les gouvernements ont la responsabilité de garantir la fourniture de services de santé et d'autres services fondamentaux nécessaires à la santé.

6. PRINCIPES DIRECTEURS ET CADRE CONCEPTUEL POUR LA PROMOTION ET LA PROTECTION DE LA SANTÉ ET DU DÉVELOPPEMENT DES ADOLESCENTS

En collaboration avec l'UNFPA et l'UNICEF, l'OMS a défini un cadre de programmation nationale en matière de santé des adolescents (29). Le cadre définit le double objectif de la programmation : d'une part, promouvoir un développement favorable à la santé des adolescents et, d'autre part, prévenir et traiter, le cas échéant, les problèmes de santé dès leur apparition. Il énumère une série d'interventions à mettre en œuvre afin d'atteindre ces objectifs : créer un environnement sûr et favorable, fournir des informations, renforcer les compétences et offrir des services de santé et de conseil. Il présente également les structures au sein desquelles ces actions peuvent être menées ainsi que les acteurs potentiels (dont les adultes et les adolescents eux-mêmes).

Il s'agit d'un cadre de portée générale et la concrétisation de ces objectifs ambitieux constitue un défi majeur. Ce cadre énumère les principales difficultés : obtenir l'engagement des

ENCADRE 5

Concepts directeurs de la programmation en matière de santé et de développement des adolescents

- L'adolescence est une période pleine d'opportunités et de risques

gouvernements, identifier les actions prioritaires, faire perdurer la mise en œuvre des programmes, les contrôler et les évaluer. Inspiré d'expériences du monde entier, ce cadre présente les concepts directeurs (Encadré 5) qui doivent orienter notre travail avec les adolescents, ainsi que les éléments essentiels à la réussite du projet.

- Les adolescents ne sont pas vulnérables de la même manière
- Le développement des adolescents est à la base de la prévention des problèmes de santé
- Les problèmes ont des origines communes et sont liés entre eux
- L'environnement social influence sur le comportement des adolescents
- Il est essentiel de tenir compte du genre

Source: Référence (29).

L'adolescence est une période d'opportunités et de risques. En règle générale, l'adolescence est une période au cours de laquelle les personnes sont en bonne santé. Toutefois, certains adolescents perdent la vie et beaucoup d'autres développent des problèmes de santé ou des comportements à risque qui peuvent donner lieu à des maladies et à une mort prématurée à l'âge adulte. En ce sens, l'adolescence est en fait une période dangereuse. Cependant, elle permet aussi à une personne de grandir et de s'accomplir pleinement (physiquement, psychologiquement et socialement) et de se préparer à l'âge adulte.

Tous les adolescents inégalement vulnérables. Les adolescents ne constituent pas un groupe homogène. Leurs besoins en matière d'informations et de services de santé dépendent de leur âge, de leur stade de développement et des circonstances. En effet, la vulnérabilité des adolescents face aux problèmes sanitaires et sociaux dépend de leur situation.

Le développement des adolescents est à la base de la prévention des problèmes de santé. Parce qu'ils sont étroitement liés, les deux objectifs suivants, qui se recoupent – promouvoir le développement d'adolescents en bonne santé, d'une part, prévenir et traiter les problèmes de santé, d'autre part – ne peuvent pas être appréhendés séparément. Il est important de fournir des services de santé préventive et curative en réponse à des problèmes de santé spécifiques. Cependant, il est encore plus essentiel de prévenir les problèmes de santé (et les comportements à risque) par des actions visant à renforcer les facteurs de protection (relations positives avec les parents et les enseignants et environnement scolaire positif, par exemple) et à réduire les facteurs de risque (premiers rapports sexuels non protégés précoces et consommation de tabac, d'alcool et d'autres drogues, par exemple).

Les problèmes ont des origines communes liés entre eux. Des recherches montrent que les problèmes de santé des adolescents sont interdépendants. La raison en est que les causes comportementales sous-jacentes de beaucoup de ces problèmes de santé sont identiques. Par exemple, des études conduites dans le monde entier, compilées et analysées par l'OMS, indiquent que les adolescents qui adoptent des comportements à risque, tels que la consommation d'alcool et d'autres substances toxiques, ont davantage tendance à avoir leurs premiers rapports sexuels précocement (26) (Figure 2).

FIGURE 2					
Premiers rapports sexuels précoces					
Facteurs de risque ou de protection pour les adolescents	Afrique	Asie	Caraïbes	Amérique du Sud	Amérique du Nord
Relation positive avec les parents	+	+	+	+	?
Relation positive avec les enseignants	+	+	?	+	Non significatif
Amis sexuellement actifs	–	?	–	–	?
Adoption d'autres comportements à risque	–	?	–	?	?

Vie spirituelle	?	+	+	?	+
Légende : + facteur de protection ; - facteur de risque; ? non évalué. Source: Référence (25).					

L'environnement social influe sur le comportement des adolescents. Un environnement sûr (sans risque de maladies et de blessures) et favorable (protecteur) est essentiel pour qu'une personne puisse s'accomplir pleinement et être en bonne santé. Ainsi, d'après l'étude de l'OMS mentionnée ci-dessus, les adolescents qui ont des relations positives avec leurs parents et avec d'autres adultes de leur communauté sont moins enclins à la dépression (29). Malheureusement, à l'heure actuelle, beaucoup d'adolescents vivent, étudient et travaillent dans des environnements peu sûrs et peu favorables, ce qui a des effets néfastes sur leur santé et sur leur développement (Figure 3).

FIGURE 3

Dépression					
Facteurs de risque ou de protection pour les adolescents	Afrique	Asie	Caraïbes	Amérique du Sud	Amérique du Nord
Relation positive avec les parents	+	+	+	+	+
Parents encourageant la libre expression	+	+	+	+	+
Conflit familiaux	-	Non significatif	-	-	-
Attitudes positives vis-à-vis de l'école	Non significatif	+	+	Non significatif	+
Relation positive avec les adultes de la communauté	+	+	+	Non significatif	Non significatif
Vie spirituelle	+	+	+	Non significatif	Non significatif
Légende : + facteur de protection ; - facteur de risque ; non évalué. Source: Référence (25).					

Il est essentiel de tenir compte du genre. Il est important de bien comprendre les différences biologiques intervenant dans la croissance et dans le développement des garçons et des filles (au cours de l'adolescence) ainsi que les différentes manières dont les problèmes de santé les affectent. De même, il convient de bien comprendre quelles sont les différentes influences sociales et culturelles agissant sur les garçons et sur les filles et comment elles affectent la perception que les adolescents/adolescentes ont d'eux-mêmes et leur comportement envers autrui.

Que doivent faire les prestataires de soins de santé lorsqu'ils travaillent avec et pour des adolescents ?

Un principe fondamental à connaître lorsqu'on travaille avec et pour des adolescents, consiste à les «placer au centre», c'est-à-dire à mettre leurs besoins, problèmes, pensées, sentiments, points de vue et perspectives au cœur de vos activités. L'Encadré 6 présente quelques points essentiels sur ce thème.

ENCADRE 6

Placer les adolescents au cœur des activités

- Considérer l'adolescent comme une personne à part entière et non pas simplement comme un cas présentant tel ou tel problème de santé. S'efforcer de comprendre les besoins spécifiques de chaque adolescent,
- Reconnaître les points de vue et les perspectives de l'adolescent correspondant à sa capacité d'évolution et en tenir compte,

- Toujours privilégier l'intérêt de l'adolescent au moment de prendre des décisions ou de mener des actions le concernant,
- Respecter les droits de l'adolescent (tels qu'ils sont décrits dans la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant), tout en tenant compte des droits et des responsabilités des Parents,
- Faire en sorte que les croyances personnelles et les attitudes, les préférences et les préjugés n'influencent pas les jugements et la pratique professionnelle.

Toutes ces questions seront abordées et étudiées plus en détails dans tous les modules du Programme d'Orientation. Le personnel médical dispose d'une méthode concrète pouvant l'aider à comprendre les adolescents avec lesquels il travaille (31) (Encadré 7). Cette méthode est constituée d'une liste de questions visant à mener une évaluation rapide et à obtenir des informations sur les aspects psychologiques et sociaux de la vie de l'adolescent. Elle peut être utilisée conjointement à l'examen des antécédents médicaux afin d'obtenir les informations décrites dans l'Encadré 7

ENCADRE 7

Domaines abordés dans le cadre de la méthode visant à évaluer l'état psychologique et la situation sociale des adolescents

- Foyer : la famille
- Éducation/**Formation** : leur intérêt et leurs résultats
- Alimentation : leurs habitudes
- Exercice physique : leurs habitudes
- Ambition : leurs attentes
- Activités : leurs activités sociales et leurs loisirs
- **Addictions : est-ce qu'ils consomment du tabac, de l'alcool, des drogues illicites ?**
- Sexualité : leur avis et leurs sentiments concernant leur activité sexuelle
- Suicide : ce qu'ils ressentent et s'ils ont déjà pensé à se faire du mal ?

Source: Référence (31).

Enfin, il convient de signaler qu'étant donné leur interdépendance, le secteur de la santé ne peut pas prendre en charge à lui seul les nombreux facteurs qui influent sur la santé et le développement des adolescents. Toutefois, les prestataires de soins de santé peuvent collaborer avec d'autres secteurs tels que ceux de l'éducation et de la protection sociale pour tenter de résoudre en plénière les problèmes de santé des adolescents. Le personnel médical peut également chercher à connaître le rôle et les responsabilités des autres secteurs et obtenir davantage d'informations sur les services mis à la disposition des adolescents en dehors du domaine de la santé. Comme vous pourrez le voir dans les modules suivants, les prestataires de soins de santé peuvent aussi faire beaucoup dans leur domaine pour adapter les services aux adolescents.

7. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. *The health of youth*. WHO. Geneva, 1989 (document A42/Technical Discussions/2).
2. *World Population Prospects, 1998 Revision*. UN. New York, 1999.
3. *A picture of health. A review and annotated bibliography of the health of young people in developing countries*. WHO. Geneva, 1995 (document WHO/FHE/ADH/95.14).
4. *Statistical Yearbook 1995*. UNESCO. Paris, 1995 (data refer to 1993).
5. *UNICEF and ILO in joint fight against child labour*. ILO. ILO Press Release, 8 October 1996.
6. *Substance use among street children and other children and youth in especially difficult circumstances*. WHO. Geneva, WHO Fact Sheet No 151, March 1997.
7. *World Urbanization Prospects, 1994 revision*. UN. New York, 1995.
8. Berer M. By and for young women and men. *Reproductive Health Matters*, 2001, 9(17):6-9.
9. Tanner JM. Foetus into man: Physical growth from conception to maturity. *Wells, Open Books Publishing Ltd*, 1978 .
10. Adapted from Hofmann AD, Greydanus DE, eds. Adolescent medicine. 2nd edition. *Appleton and Lange*, 1989.
11. *A portrait of adolescent health in the Caribbean*. WHO Collaborating Centre on Adolescent Health,

University of Minneapolis, USA, 2000.

12. *What about boys? A literature review on the health and development of adolescent boys*. WHO. Geneva, 2000 (document WHO/FCH/CAH/00.7).

13. *Programming for adolescent health and development* (WHO Technical Report Series No. 886). WHO. Geneva, 1999.

14. *World Health Statistics 1994*. WHO. Geneva, 1995.

15. *The World Health Report 1995: Bridging the gaps*. WHO. Geneva, 1995 (estimates based on data from *World Health Statistics 1990-1995*).

16. Heise L et al. *Violence against women: the hidden health burden*. New York, 1994 (*World Bank Discussion Papers No 225*).

17. *Force for change. World AIDS campaign with young people*. UNAIDS. Geneva, 1998.

18. Chen et al. *Maternal mortality in rural Bangladesh*. *Studies in Family Planning*, 1974, 3: 334-341.

19. Harrison KA. *Child-bearing, health and social priorities. A survey of 22774 consecutive hospital births in Zaria, Northern Nigeria*. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1985, Supplement 5: 1-119.

20. *Marriage and entry into Parenthood*. DHS, Macro International, Maryland, 1994 (Comparative Studies 10).

21. *Facts at a glance*. Population Reference Bureau and Center for Population Options. New York, 1994.

22. *Venereal Diseases and Treponematoses* (WHO Technical Report Series No. 736). WHO. Geneva, 1986: 7-40.

23. WHO Press Release WHO/64. WHO, Geneva, 1995.

24. *Age of drinking onset predicts future alcohol abuse and dependence*. NIH Press Release. Washington, D.C., January 1998.

25. *Broadening the horizon*

: *Balancing protection and risk for adolescents*. WHO. Geneva, 2002.

26. *The second decade: Improving adolescent health and development*. WHO. Geneva, 1998.

Polycopié du module B

27. Senderowitz J. *Adolescent health: reassessing the passage to adulthood*. Washington, DC, World Bank, 1995 (*World Bank Discussion Paper N272*).

28. *Coming of age: From facts to action for adolescent sexual and reproductive health*. WHO. Geneva, 1997 (document WHO/FRH/ADH/97.18).

29. *Action for adolescent health: Towards a common agenda. Recommendations from a Joint Study Group*. WHO/UNFPA/UNICEF. Geneva, 1997 (document WHO/FRH/ADH/97.9).

30. *Convention on the Rights of the Child*. UN. New York, 1992: Articles 5, 12, 17, 19, 24 and 29.

31. Cohen E et al. HEADS, a psychosocial risk assessment instrument – implications for designing effective intervention programmes for runaway youth. *Journal of Adolescent Health*, 1991, 112: 539-545.

➤ **Insérer les nouvelles références des informations ou des données à ajouter**

Annexe 1
Contrôle des connaissances
Session 1 : ACTIVITE 1-2

CONTROLE DES CONNAISSANCES 1

Quels changements importants l'individu subit-il au cours de l'adolescence ?

Donnez trois réponses

Three horizontal input boxes for answers, connected by a vertical line on the left.

CONTROLE DES CONNAISSANCES 2

Quelles sont les actions les plus importantes à mener dans le cadre d'un travail avec et pour les adolescents?

Donnez trois réponses

Three horizontal input boxes for answers, connected by a vertical line on the left.

CONTROLE DES CONNAISSANCES 3

Quels sont les quatre problèmes de santé les plus importants auxquels sont confrontés les adolescents dans votre région ?

Donnez quatre réponses

Four horizontal input boxes for answers, connected by a vertical line on the left.

CONTROLE DES CONNAISSANCES 4

Nous devons investir dans les adolescents car ...

Donnez quatre réponses

Four empty text input boxes are arranged vertically, connected to a vertical line on the left by horizontal lines, indicating a list of four responses to be provided.

CONTROLE DES CONNAISSANCES 5

Pensez-vous que les adolescents devraient jouer un rôle majeur dans le développement, la planification et l'évaluation des programmes de santé qui leur sont destinés ?

Faites croix à l'endroit correspondant

A horizontal line with three vertical tick marks extending downwards. Below the line, the words 'Oui', 'Peut-être', and 'Non' are positioned under their respective tick marks.

Annexe 2

Exercice de groupe

Session 3 : ACTIVITE 3-2

Événements / changements se produisant	Début de l'adolescence (10-13 ans)	Milieu de l'adolescence (14-16 ans)	<i>Fin de l'adolescence (17-19 ans)</i>
Physique			
Psychologique : Cognitif Émotionnel			
<i>Social</i>			

Annexe 3
Exercice de groupe
Session 4 : ACTIVITE 4-2

Annexe 4

Exemples de lettres

Session 5 : ACTIVITE 5-1

Voici des exemples types de lettres écrites par des adolescents à un courrier du coeur, ou à une rubrique personnelle, ou santé d'un journal, ou d'un magazine. Ces lettres illustrent les difficultés des adolescents en matière de santé ainsi que leurs demandes. Sélectionnez trois ou quatre lettres illustrant les problèmes, qui, selon vous, concernent les adolescents de votre pays afin d'en discuter au cours de la session.

LETTRE 1

Cher/Chère (inscrivez un nom local),

Je suis une étudiante de 19 ans. J'ai une relation stable avec mon petit ami qui a aussi 19 ans. Nous nous aimons beaucoup, mais nous n'avons jamais eu de rapports sexuels. Récemment, il m'a proposé de faire l'amour avec lui. J'ai refusé parce que ma religion m'interdit d'avoir des relations sexuelles avant le mariage. Il me dit qu'étant donné que nous finirons par nous marier, nous pouvons avoir des relations sexuelles. Je l'aime énormément et je ne veux pas le perdre.

Que dois-je faire pour qu'il ne me quitte pas, sans que nous ayons des rapports sexuels ?

LETTRE 2

Cher/Chère (inscrivez un nom local),

Je suis une fille de 18 ans et je sors avec un homme beaucoup plus âgé que moi. Il a environ 37 ou 39 ans et il est très gentil avec moi. Il m'aide toujours à acheter des livres, des habits et d'autres choses dont j'ai besoin pour mes études. Nous avons eu des relations sexuelles une fois et je crains d'être enceinte. J'ai peur qu'il me quitte parce qu'il est déjà marié.

Comment puis-je savoir avec certitude si je suis enceinte ou non ? Dois-je lui dire ? Et s'il me quitte ? Que dois-je faire ?

LETTRE 3

Cher/Chère (inscrivez un nom local),

J'ai 17 ans et j'ai des relations sexuelles très régulières avec mon petit ami. J'ai lu récemment que si on n'utilisait pas de préservatifs, on pouvait attraper des IST ou le SIDA. Je lui ai proposé de mettre des préservatifs. Il m'a menacée de me quitter et de retourner chez son ex-petite amie si j'abordais encore ce sujet. Je ne veux pas le perdre en lui demandant de nouveau d'utiliser des préservatifs. Mon amie m'a dit que si je me lavais immédiatement après un rapport, je n'attraperais pas d'IST ni le SIDA. C'est ce que je fais actuellement.

Est-ce la bonne chose à faire ? Est-ce efficace ?

LETTRE 4

Cher/Chère (inscrivez un nom local),

Je suis un garçon de 16 ans et je suis très heureux d'avoir rencontré un ami que j'aime beaucoup. Nous jouons au football et nous allons au cinéma ensemble. Il y a quelques jours, j'ai découvert qu'il fumait une drogue appelée cannabis. Cela m'a effrayé car j'ai entendu dire que cette drogue pouvait avoir des conséquences graves sur la santé. Je ne suis pas facilement influençable. Je sais très bien que je ne prendrai jamais de drogue. Ce qui m'inquiète, c'est que mes parents apprennent cela au sujet de mon ami et qu'ils m'interdisent de le voir.

Comment faire pour que personne ne soit au courant et comment puis-je l'aider à arrêter de prendre cette drogue ? Je ne veux vraiment pas perdre son amitié.

LETTRE 5

Cher/Chère (inscrivez un nom local),

Je suis une fille de 18 ans et je suis très malheureuse. J'ai eu une relation avec un garçon de mon âge il y a un an. Nous étions si amoureux que nous avons même fait l'amour à plusieurs reprises. Quand il a appris que j'étais enceinte, il m'a quittée. Avec l'aide d'une amie, j'ai mis un terme à ma grossesse. À part mon ex-petit copain et mon amie, personne ne sait ce que j'ai fait.

Pourtant, je me sens très coupable à ce sujet. Je n'arrive apparemment pas à oublier ce qui s'est passé. Cela affecte mon comportement envers autrui. Je préfère rester seule car j'ai l'impression que les autres lisent dans mes pensées.

Que dois-je faire pour continuer à vivre normalement sans avoir à porter ce lourd fardeau ?

LETTRE 6

Cher/Chère (inscrivez un nom local),

Nous sommes deux frères et nous avons besoin de votre aide au sujet d'un grave problème familial. Notre père est alcoolique et boit tous les jours. Chaque fois qu'il rentre ivre à la maison, il provoque une dispute avec notre mère et la bat violemment. Cette situation dure depuis longtemps. Nous ne supportons plus de voir notre mère souffrir ainsi. Nous avons aussi peur qu'il finisse par la tuer.

Nous avons pensé quitter la maison, mais nous avons peur qu'il ne nous arrive quelque chose car nous ne savons pas où aller pour être tranquille. Nos parents nous tueraient s'ils apprenaient que nous vous avons écrit au sujet de nos problèmes.

Où pouvons-nous aller sans que nos parents ne puissent nous trouver ?

LETTRE 7

Cher/Chère (inscrivez un nom local),

C'est en pleurs que j'écris cette lettre. Mon père veut m'obliger à arrêter mes études et à me marier avec son riche cousin, qui a 40 ans et qui a déjà deux femmes et des enfants plus vieux que moi. J'ai l'habitude de l'appeler tonton : comment pourrais-je l'épouser ? Mon père dit qu'il est riche et qu'il prendra bien soin de moi.

J'aime les études et mes professeurs, sont contents de moi. Je veux aller à l'université pour devenir enseignante. Personne chez moi, pas même ma mère, ne veut entendre mes supplications et mes pleurs. Je suis encore jeune ; je ne veux pas me marier tout de suite. Le suicide est peut-être la meilleure issue.

Pouvez-vous m'aider ?

LETTRE 8

Cher/Chère (inscrivez un nom local),

J'ai tellement peur que j'ai décidé de vous écrire pour vous demander de l'aide. La semaine dernière, notre voisin m'a proposé de me ramener chez moi après les cours. Vous qui avez aussi fréquenté cet établissement, vous savez comme c'est loin. Je l'ai remercié et je suis montée dans sa voiture. Il a été très gentil avec moi, m'a donné des gâteaux et m'a dit que j'étais devenue une jolie jeune femme. En cours de route, il m'a amené dans un endroit désert. Là, il a commencé à m'embrasser et il a déchiré mes habits. Je l'ai supplié d'arrêter et j'ai

essayé de m'enfuir, mais il était trop fort. Il m'a fait mal et m'a violée. Il m'a dit qu'il me tuerait et qu'il ferait du mal à mon petit frère si j'en parlais à qui que ce soit. Il veut qu'on se revoie. Le mois dernier, en cours, nous avons eu un exposé sur le SIDA et je crains d'avoir attrapé cette maladie. Ma pauvre mère travaille tellement, j'ai peur de lui dire. Je me sens tellement coupable et je souffre.

Je ne sais pas quoi faire. Pouvez-vous m'aider ?

Polycopié du

Module C

Santé sexuelle et de la reproduction
des adolescent(e)s

CE MANUEL ABORDE LES THÈMES SUIVANTS :

1. Définitions de la santé sexuelle et de la reproduction	C-5
2. Puberté	C-6
3. Premières relations sexuelles chez les adolescents	C-7
4. Facteurs de risque et de protection ayant une incidence sur le comportement sexuel des Adolescents	C-8
5. Abus sexuel et exploitation sexuelle à des fins commerciales	C-9
6. Conséquences des relations sexuelles non protégées	C-10
7. Promouvoir la santé sexuelle et de la reproduction des adolescents	C-12
8. Comment les prestataires de soins de santé peuvent-ils améliorer l'accès des adolescents aux informations et aux services de santé sexuelle et de la reproduction ?	C-13
9. Références bibliographiques	C-14
Annexe 1. Contrôle des connaissances. Session 1– Activité 1-2	C-15
Annexe 2. Etudes de cas. Session 5 – Activité 5-1	C-19

1. DEFINITIONS DE SANTE SEXUELLE ET DE LA REPRODUCTION

Santé sexuelle

Le terme « santé sexuelle » désigne l'absence de maladies et de blessures associées à une activité sexuelle ainsi qu'un état d'épanouissement sexuel. Ce terme a été défini comme suit : « ... association positive des aspects physiques, émotionnels, intellectuels et sociaux de la sexualité. La sexualité influence les pensées, les sentiments, les rapports et les actions des individus ; elle incite également les personnes à rechercher l'amour, le contact, la chaleur et l'intimité. Elle s'exprime sous des formes nombreuses et variées et dépend étroitement de l'environnement dans lequel vivent les personnes » (1).

Santé de la reproduction

L'OMS définit la santé de la reproduction comme «... un état de bien-être physique, mental et social total, et non la simple absence de maladie ou d'infirmité, pour tout ce qui a trait au système de la reproduction, à ses fonctions et à son fonctionnement. La santé de la reproduction suppose par conséquent que les individus aient une vie sexuelle satisfaisante et sûre, ainsi que la capacité de se reproduire et la liberté de décider quand et à quelle fréquence le faire. Cette dernière condition repose implicitement sur les droits des hommes et des femmes à être informés et à accéder à des méthodes de planification familiale sûres, efficaces, abordables et acceptables qu'ils auront choisies eux-mêmes, ainsi qu'à d'autres méthodes de leur choix de régulation de la fécondité qui soient conformes à la législation ; elle se fonde également sur le droit à l'accès, à des services de soins de santé appropriés qui garantiront aux femmes une grossesse et un accouchement sûrs, et qui offriront aux couples la meilleure chance d'avoir un enfant en bonne santé. Conformément à la définition de la santé de la reproduction présentée ci-dessus, les soins de santé de la reproduction sont définis comme l'ensemble des méthodes, des techniques et des services qui contribuent à la santé de la reproduction et au bien-être en prévenant et en traitant les problèmes de santé de la reproduction. Ils englobent également les soins relatifs à la santé sexuelle, qui visent à améliorer la vie et les relations personnelles, et ne se limitent pas aux conseils et aux soins en matière de reproduction et de maladies sexuellement transmissibles » (2).

2. PUBERTÉ

L'adolescence est une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte qui se caractérise par d'importants changements physiques, psychologiques et sociaux. Le début de la puberté marque une étape importante du chemin à parcourir jusqu'à l'âge adulte. La puberté fait référence aux changements physiologiques qui se produisent au début de l'adolescence (parfois amorcés à la fin de l'enfance) et qui aboutissent au développement des capacités sexuelles et de la reproduction.

La croissance et le développement physiques se manifestent par une croissance rapide accompagnée de changements importants de la taille et de la forme du corps. Les différences entre les garçons et les filles s'accroissent. Ainsi, les seins apparaissent et la hanche s'élargit chez les filles, tandis que la musculature se développe chez les garçons.

Ces changements s'accompagnent d'autres transformations telles que l'apparition de poils axillaires et pubiens chez les garçons et les filles, et la mue de la voix et l'apparition de poils sur le visage chez les garçons.

Les organes sexuels se développent rapidement. Les premières menstruations et le déclenchement de la production de sperme sont des étapes décisives de cette période.

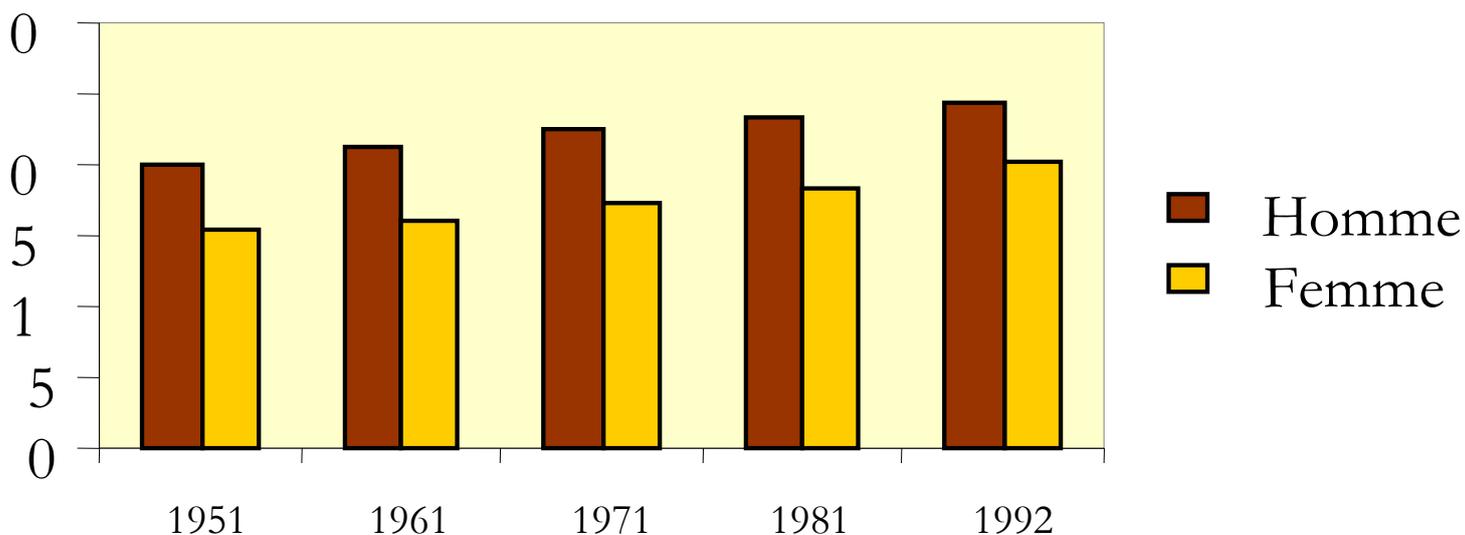
Dans de nombreuses sociétés traditionnelles, des rituels ont été instaurés afin de commémorer le début de la puberté, d'« annoncer » la maturité sexuelle et de célébrer l'« arrivée » d'un adulte au sein de la communauté. A notre époque encore, le début de la puberté reste un moment décisif dans la vie d'un individu et détermine la façon dont sa place et son rôle au sein de la famille et de la communauté sont perçus.

Dans les pays développés comme dans ceux en développement, la puberté a lieu plus tôt que pour les générations précédentes. Cela s'explique par une amélioration de l'état nutritionnel et sanitaire (3). Les changements interviennent généralement sur une période de cinq ans, mais cette durée peut s'étendre de 18 mois à six ans. En général, la puberté démarre environ 18 mois plus tôt chez les filles que chez les garçons. Aujourd'hui, la puberté démarre entre 8 et 13 ans chez les filles et entre 9 et 14 ans chez les garçons (4).

Dans de nombreuses régions du monde, que ce soit dans les pays développés ou dans ceux en développement, la puberté est plus précoce chez les filles. La plupart de ces changements s'expliquent par une amélioration de l'état nutritionnel et sanitaire. La baisse généralisée de l'âge du début de la puberté s'accompagne dans de nombreux pays d'un recul de l'âge du mariage (Figure 1), ce qui a une grande incidence sur la santé sexuelle et de la reproduction des adolescents.

FIGURE 1
Age moyen du mariage en Inde, 1951-1992

REVOIR LA GRADUATION



En Côte d'Ivoire : Age moyen du mariage selon la situation matrimoniale

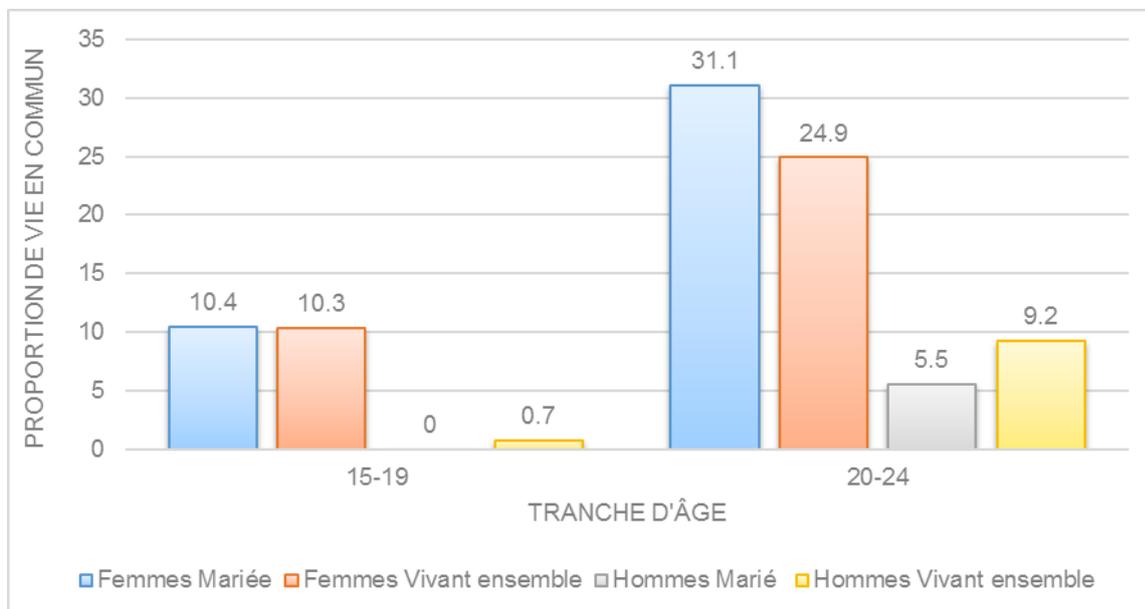


Figure 1: Proportion des adolescents selon l'état matrimonial en Côte d'Ivoire (EDS 2012)

3. PREMIÈRES RELATIONS SEXUELLES CHEZ LES ADOLESCENTS

Alors que leurs corps changent et se développent, de nombreux adolescents commencent à s'intéresser au sexe. Une synthèse récente de différents cas d'études comportementales dans 20 pays en développement, en Afrique, en Asie et en Amérique latine, révèle que l'adolescence est la période au cours de laquelle l'activité sexuelle démarre chez une grande proportion d'individus (6). L'étude ajoute que « cette activité est généralement risquée, que l'utilisation de la contraception et des préservatifs est souvent irrégulière, et que les grossesses non désirées et les avortements à risque sont observés dans de nombreux contextes.

Les relations sexuelles ne sont pas toujours consentantes : la force et la contrainte sont loin d'être des pratiques rares. Bien que, dans l'ensemble, les jeunes tendent à être bien informés, ils ont une connaissance très inégale des thèmes liés à la sexualité. De plus, les normes énoncées vont souvent à l'encontre du comportement. Enfin, il existe de grandes différences entre les genres concernant le comportement sexuel et l'aptitude à influencer sur l'activité sexuelle et à imposer l'utilisation d'un contraceptif » (6).

Des études du monde entier confirment qu'un plus grand pourcentage de garçons que de filles du même âge se déclare sexuellement actifs. Par ailleurs, selon les déclarations des garçons, leur activité sexuelle démarre plus tôt (Tableau 1). En Côte d'Ivoire, l'âge médian au premier rapport sexuel varie de 15,8 ans en 1994 (EDS I) et 16,1 ans en 1998-1999 (EDS II) à 17,0 ans en 2011-2012 (EDS III).

TABLEAU 1

Rapports sexuels avant le mariage en Amérique latine, dans les Caraïbes et en Afrique (rechercher les données sur la Côte d'ivoire) (Voir OMS pour actualiser le tableau avec les données de 2012 pour les différents pays)

Pays et année de l'enquête	Femmes		Hommes	
	Personnes déclarant avoir eu des rapports entre 15 et 19 ans (%)	Âge moyen lors du premier rapport	Personnes déclarant avoir eu des rapports entre 15 et 19 ans (%)	Âge moyen lors du premier rapport
Brésil, 1989	16	16,8	69	15,1
Chili, 1988	19	17,9	48	16,0
Costa Rica, 1991	19	17,9	48	16,0
Guatemala, 1986	12	16,7	65	14,8
Jamaïque, 1993	59	15,9	75	13,9
Mexique, 1985	13	17,0	44	15,7
Mali 2006	23,5	16,1	16,3	21,5
Côte d'Ivoire	19	17	12	18,6

Source : EDS 2012 ;P 66

En Côte d'Ivoire, l'âge d'entrée en première union des femmes est relativement précoce. Alors que la loi prévoit qu'une femme peut se marier à partir de 18 ans, 12% des femmes de 25-49 ans ont déclaré avoir eu leur première union avant l'âge de 15 ans et 36% étaient déjà en union avant 18 ans. Par ailleurs plus de la moitié des femmes de 25-49 ans (52%) étaient en union avant d'atteindre 20 ans (EDS 2012, page 90).

Expression de la sexualité

On pense souvent que le terme « relations sexuelles » ne désigne que les rapports avec pénétration. Il existe pourtant de nombreuses autres façons d'exprimer les sentiments sexuels sans pénétration et sans risque de grossesse, d'IST et d'infection à VIH. Ces comportements incluent le fait de se tenir la main, l'étreinte, les baisers, le massage, la masturbation et la masturbation mutuelle.

De même, les relations sexuelles entre partenaires du même sexe sont souvent négligées lors des discussions sur les relations sexuelles. Les prestataires de services de soins de santé sexuelle et de la reproduction partent souvent du principe que tous les patients sont hétérosexuels. Pourtant, des recherches ont montré que les expériences entre

adolescents du même sexe étaient probablement plus courantes qu'on ne pense, notamment chez les garçons (6).

4. FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION AYANT UNE INCIDENCE SUR LE COMPORTEMENT SEXUEL DES ADOLESCENTS

Un ensemble des facteurs influence certains aspects du comportement sexuel des adolescents (tels que la première expérience sexuelle, le type et le nombre de partenaires sexuels, et l'utilisation d'une forme de contraception). Ces facteurs comprennent les caractéristiques des adolescents eux-mêmes, celles de leur famille, amis et communauté, ainsi que les rapports que les adolescents entretiennent avec ces différents groupes. Si certains de ces facteurs protègent le comportement sexuel des adolescents, d'autres constituent un risque.

La Figure 2 présente les résultats d'études menées dans le monde entier sur les facteurs à l'origine d'une activité sexuelle précoce (8). Ces données suggèrent que les facteurs de protection et de risque peuvent justifier des différences dans le comportement des adolescents que les caractéristiques telles que l'âge, le sexe, l'appartenance ethnique et le statut socio-économique ne suffisent pas à expliquer

FIGURE 2 : Premiers rapports sexuels précoces

Facteurs de risque ou de protection pour les adolescents	Afrique	Asie	Caraïbes	Amérique du Sud	Amérique du Nord
Relation positive avec les parents	+	+	+	+	?
Relation positive avec les enseignants	+	+	?	+	Non significatif
Amis sexuellement actifs	-	?	-	-	?
Adoption d'autres comportements à risque	-	?	-	?	?
Vie spirituelle	?	+	+	?	+

Légende: + facteur de protection ; - facteur de risque ; ? Non évalué

Source : [Référence \(8\)](#)

Le tableau nous permet de tirer les conclusions suivantes :

- **Famille** : les adolescents ayant une relation positive avec leurs parents ont généralement des rapports sexuels moins précoces.
- **Scolarité** : les adolescents ayant une relation positive avec leurs professeurs ont généralement des rapports sexuels moins précoces.
- **Amitié** : les adolescents qui pensent que leurs amis sont sexuellement actifs ont généralement des rapports sexuels plus précoces.
- **Croyances** : les adolescents avec une vie spirituelle ont généralement des rapports sexuels moins précoces.
- **Les comportements à risque sont liés** : les adolescents qui adoptent d'autres comportements à risque, tels que la consommation d'alcool et de drogues, ont généralement des rapports sexuels plus précoces.

De toute évidence, l'expérience d'un individu en matière de relations sexuelles dépend de facteurs biologiques (tels que l'âge de la puberté), de normes culturelles (telles que l'âge du mariage) et de facteurs sociaux (tels que le rapport de force entre l'homme et la femme). La principale influence de la société sur la sexualité d'un individu provient peut-être des rôles qu'elle attribue à chaque sexe. En effet, les normes sociales définissent l'autorité, les responsabilités et le comportement relatifs des femmes et des hommes (9).

Les jeunes hommes pensent souvent que la première expérience sexuelle leur permet d'affirmer leur identité d'homme et leur confère un statut au sein du groupe des pairs masculins. Pour de nombreux adolescents du monde entier, l'expérience sexuelle est perçue comme un rite de passage vers l'âge adulte et un accomplissement ou un exploit. Dans certaines sociétés, les " conquêtes " sexuelles sont souvent vantées auprès du groupe des pairs masculins, contrairement aux doutes et au manque d'expérience, qui sont généralement passés sous silence (10). En revanche, le rôle attribué aux filles et aux femmes dans les relations sexuelles est souvent passif. Elles ne sont pas encouragées, ou aidées, à prendre des décisions concernant le choix de leurs partenaires sexuels, à discuter avec les partenaires de la fréquence et de la nature de l'activité sexuelle, à se prémunir contre les grossesses non désirées et les maladies, et enfin, à affirmer leur propre désir sexuel (9).

5. Abus sexuel et exploitation sexuelle à des fins commerciales

Les adolescentes n'ont généralement pas le pouvoir, la confiance en elles ni les capacités nécessaires pour refuser des rapports sexuels ou pour imposer l'utilisation de préservatifs. Les normes en matière de genre les exposent parfois à un risque élevé de violence sexuelle, y compris les rapports sexuels contraints ou forcés (11).

Toutes les formes de violences sexuelles (Abus sexuel, rapports sexuels forcés et le viol) sont des réalités tragiques qui affectent les jeunes, que ce soit dans les pays en développement ou dans les pays développés

Outre des conséquences psychologiques durables, ils peuvent entraîner, et entraînent parfois, des problèmes tels que des grossesses non désirées et des infections sexuellement transmissibles, y compris à VIH. Il est difficile d'évaluer le nombre de jeunes victimes de rapports sexuels non consentis et forcés dans le monde, car les enquêtes reposent sur des définitions très différentes de ce type de rapports.

Les difficultés économiques peuvent contraindre les filles comme les garçons à partir de chez eux pour tenter de gagner leur vie ailleurs. Ce genre de situation se solde parfois par l'exploitation sexuelle et la prostitution. Dans d'autres cas, les adolescents peuvent partir de chez eux parce qu'ils sont victimes de violences sexuelles de la part d'un membre de leur famille et finissent par vivre dans la rue ou par être exploité sexuellement.

6. CONSÉQUENCES DES RELATIONS SEXUELLES NON PROTÉGÉES

Qu'ils soient mariés ou non, qu'ils aient des rapports hétérosexuels ou homosexuels, les adolescents peuvent être confrontés à de graves conséquences physiques, sociales et économiques liées à une activité sexuelle non protégée. Voici certaines de ces conséquences (12, 13).

6.1 Risques pour la santé des adolescents, garçons et filles

Infections sexuellement transmissibles

Lors du premier contact sexuel, les adolescents manquent souvent de connaissances sur la sexualité et la reproduction. En effet, le premier rapport sexuel est souvent une expérience que les adolescents ne préparent pas. Ils ne se procurent pas et n'utilisent pas de préservatifs ou de moyen de contraception, même s'ils savent où et comment les obtenir. Les adolescentes n'ont parfois pas le pouvoir, la confiance en elles et les capacités nécessaires pour refuser un rapport sexuel. Les rôles bien définis de la femme soumise et du mâle dominant font qu'il est encore plus difficile pour la fille de refuser. Dans certains pays, les normes liées au genre tolèrent que les garçons aient des premiers rapports sexuels précoces (avec des femmes plus âgées, y compris des professionnelles du sexe) et encouragent les rapports sexuels avec plusieurs partenaires. Certains adolescents sont victimes d'atteintes sexuelles à des degrés divers, y compris l'inceste ou le viol.

Si aucun contraceptif, en particulier les préservatifs, n'est disponible, ou n'est utilisé, les adolescents des deux sexes risquent d'attraper des infections sexuellement transmissibles et les filles risquent d'avoir une grossesse non désirée. Beaucoup de jeunes femmes ne savent même pas qu'elles ont contracté une infection sexuellement transmissible parce qu'elles ne présentent aucun symptôme ou parce qu'elles ne savent pas les reconnaître. Si elle n'est ni diagnostiquée, ni traitée, la maladie les poursuit jusqu'à l'âge adulte et peut entraîner une maladie pelvienne inflammatoire, une grossesse extra-utérine et par la suite une stérilité. Elle peut aussi affecter la vie et la santé des enfants qu'elles pourraient avoir.

Le cancer du col de l'utérus est une autre maladie féminine qui se manifeste plus tardivement ; toutefois, certaines recherches indiquent que le risque de développer cette maladie est multiplié par deux si les premiers rapports sexuels ont eu lieu en début d'adolescence.

6.2 Risques pour la santé de la mère adolescente

Grossesse précoce

De nombreuses adolescentes ont des grossesses normales et des bébés en bonne santé. Elles accouchent sans complications et jouissent de leur rôle de mère. Beaucoup d'autres n'ont malheureusement pas cette chance. Bien que leur corps soit suffisamment mature pour qu'elles puissent être enceintes, certaines adolescentes ne sont pas suffisamment développées sur le plan physique pour porter une grossesse et un accouchement sans risque.

Les adolescentes enceintes souffrent plus fréquemment d'éclampsie et de dystocie mécanique que les femmes qui tombent enceintes peu après l'âge de vingt ans. En début d'adolescence, une fille continue de grandir et son bassin n'a pas entièrement atteint sa taille adulte. La grossesse accroît les besoins nutritionnels du corps et ralentit la croissance de la fille. Les dystocies mécaniques sont beaucoup plus probables si le bassin de la fille n'a pas atteint sa taille adulte au moment de l'accouchement.

Les fistules obstétricales (une communication entre le vagin et la vessie ou le rectum) constituent une complication particulièrement grave de la dystocie mécanique. La

femme souffre constamment de pertes urinaires ou fécales et dégage une odeur nauséabonde. La conséquence qui en découle souvent est la mise à l'écart de la femme par sa famille et la communauté.

Des études menées en Asie et en Afrique révèlent que des femmes qui ont leur premier bébé à l'adolescence encourent un risque plus élevé de fistules obstétricales que les femmes plus âgées qui accouchent pour la première fois (12).

Les filles qui tombent enceintes à l'adolescence ont moins souvent recours aux soins prénatals que les femmes plus âgées. Pourtant, les adolescentes enceintes souffrent plus fréquemment de problèmes de santé que les femmes de plus de 20 ans. Des études réalisées dans plusieurs pays révèlent que le risque de décès lors de l'accouchement est plus élevé chez les adolescentes que chez les femmes plus âgées (14).

Même si une adolescente enceinte a achevé son développement physique, sa maturité sociale et émotionnelle est parfois insuffisante pour faire face à l'expérience de la maternité et pour affronter les changements que cela entraîne dans sa vie. Son partenaire masculin, s'il est adolescent, n'est probablement pas prêt non plus à endosser les responsabilités de la paternité.

Avortement à risque

Dans les sociétés où le mariage précoce est courant, la grossesse des adolescentes est généralement bien acceptée par la famille, si ce n'est par l'adolescente. Si la grossesse a lieu hors mariage, les sanctions sociales peuvent être sévères et l'avortement provoqué semble souvent le seul moyen d'éviter l'humiliation publique et le rejet. Les adolescentes représentent une très forte proportion des complications liées à l'avortement, principalement parce qu'elles ont plus souvent recours à des avortements illégaux et clandestins, ou que l'intervention a lieu plus tard pendant la grossesse.

6.3 Risques pour la santé du bébé

La santé des bébés nés de jeunes adolescentes est également plus exposée aux risques que celle des bébés de femmes plus âgées. Ils sont notamment plus nombreux à avoir un faible poids de naissance, à naître prématurés et ils présentent un taux de mortalité périnatale supérieur.

Lorsque « des enfants ont des enfants », la situation peut se révéler très problématique. Une jeune adolescente qui devient mère alors qu'elle sort elle-même tout juste de l'enfance et qu'elle est loin d'être adulte ne possède pas forcément les compétences parentales nécessaires pour élever un enfant.

6.4 Coûts sociaux de la grossesse pour la mère adolescente

Les jeunes femmes enceintes qui ne sont pas mariées risquent d'être rejetées par leur famille et par la communauté. Un problème en entraîne souvent un autre. Parmi les adolescentes qui ont un enfant certaines sont obligés d'interrompre leur scolarité. Une jeune femme qui a un enfant a souvent moins de chance de trouver un emploi et le fait qu'elle n'ait pas terminé sa scolarité constitue un obstacle supplémentaire.

Ses revenus risquent d'être inférieurs à ceux de la plupart des autres femmes. La pauvreté et la mauvaise santé vont souvent de pair, ce qui constitue une difficulté supplémentaire pour la mère et affecte le développement de l'enfant.

6.5 Coût pour la communauté

Les grossesses précoces ont des conséquences négatives pour la mère et le bébé, mais aussi pour la communauté. Une mère pauvre, non mariée et peu éduquée n'est pas en mesure de contribuer au développement de la communauté. Elle et sa famille peuvent devenir un fardeau pour cette même communauté. Il en va de l'intérêt de la communauté que toutes les familles, monoparentales ou non, soient économiquement viables, ce que les grossesses précoces ne facilitent pas.

7. PROMOTION DE LA SANTÉ SEXUELLE ET DE LA REPRODUCTION DES ADOLESCENTS

Le programme commun de l'UNFPA, de l'UNICEF et de l'OMS pour une action en matière de santé et de développement des adolescents (15) préconise l'application d'un ensemble de mesures adaptées aux besoins et aux problèmes des adolescents. Il prévoit notamment la fourniture d'informations et de compétences, de services de santé et de conseil, ainsi que la création d'un environnement sain et favorable (15). La promotion de la santé sexuelle et de la reproduction des adolescents suppose la mise en œuvre d'un éventail de mesures :

- Les informations permettent aux adolescents de comprendre comment leur corps fonctionne et quelles peuvent être les conséquences de leurs actes. Elles corrigent les idées erronées et les inexactitudes.
- Les adolescents ont besoin de compétences sociales qui leur permettront de refuser avec détermination un rapport sexuel non désiré et d'imposer l'utilisation du préservatif s'ils le souhaitent. Lorsqu'ils sont sexuellement actifs, ils nécessitent également des compétences, comme le fait de savoir utiliser des préservatifs.
- Les conseils peuvent permettre aux adolescents de faire des choix avisés, ce qui renforce leur confiance en eux et leur donne l'impression de mieux maîtriser leur vie.
- Grâce aux services de santé, les adolescents en bonne santé peuvent le rester et ceux qui sont malades peuvent recouvrer la santé.
- Les adolescents, qui subissent des changements physiques, psychologiques et sociaux, ont besoin d'un environnement sain et favorable au niveau de leur famille et de leur communauté afin que cette évolution se déroule dans la sécurité et la confiance, et que le jeune ait les meilleures chances de devenir un adulte sain et productif.

Il est important de souligner que les adolescents constituent un groupe hétérogène. Par exemple, le stade de développement personnel d'un garçon de 12 ans est très différent de celui d'un garçon de 18 ans. Outre les différences physiques évidentes, il diffère de celui d'une fille de 12 ans sur le plan psychologique et social. La situation sociale peut influencer le développement personnel. Ainsi, la santé et le développement d'un garçon de 12 ans qui appartient à une famille bienveillante et aisée seront probablement très différents de ceux d'un garçon du même âge qui tente de survivre dans la rue. Enfin, deux garçons du même âge, qui grandissent dans des circonstances presque identiques, peuvent traverser l'adolescence de façon très différente et à des rythmes distincts. Les besoins des adolescents en matière de services de santé sexuelle et de la reproduction sont tout aussi hétérogènes. Les adolescents qui ne sont pas sexuellement actifs ont des besoins différents de ceux qui le sont. Les adolescents sexuellement actifs qui ont une relation stable avec un seul partenaire peuvent avoir des besoins différents de ceux ayant des relations plus irrégulières.

Les adolescentes qui subissent une grossesse non désirée, celles qui souffrent d'une infection, ou encore celles qui ont eu des rapports sexuels forcés, ont des besoins tout autre. Il est par conséquent important d'être conscient de la diversité des besoins des adolescents en matière de santé sexuelle et de la reproduction et d'adapter les actions à leurs besoins spécifiques.

8. COMMENT LES PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ PEUVENT-ILS AMÉLIORER L'ACCÈS DES ADOLESCENTS AUX INFORMATIONS ET AUX SERVICES DE SANTÉ SEXUELLE ET DE LA REPRODUCTION ?

Les adolescents recherchent des informations et des clés leur permettant de comprendre la sexualité parmi diverses sources, dont les parents, les frères et sœurs, les pairs, les magazines, les livres, ou encore les médias. S'ils reçoivent une grande quantité d'informations issues de sources diverses, toutes ne sont pas correctes et complètes. Beaucoup d'adolescents manquent d'informations sur les changements physiques qui interviennent à l'adolescence, leurs implications et la façon de prendre soin d'eux. Ces lacunes s'expliquent souvent par le fait que la sexualité est un sujet sensible (sujet tabou) dans de nombreuses sociétés.

En tant que prestataire de soins de santé, vous représentez une source précieuse d'informations fiables et d'aide pour les adolescents que vous traitez. Vous pouvez leur présenter des faits, répondre à leurs questions et les rassurer. Avec vos collègues, vous pouvez également faire en sorte que les services soient plus à l'écoute des adolescents et répondent mieux à leurs besoins. Pour plus d'informations sur ce sujet, reportez-vous au module D. *Services de santé adaptés aux adolescents.*

Dans de nombreuses sociétés, les parents et d'autres membres de la communauté craignent que la fourniture d'informations sur la sexualité soit plus nuisible que bénéfique. En tant que prestataire de soins de santé, il est important que vous soyez persuadé du contraire. L'analyse d'études scientifiques du monde entier, réalisée par l'ONUSIDA en 1997, évalue l'impact des programmes d'éducation sexuelle sur la connaissance et le comportement des adolescents. Ce travail révèle que la moitié des études portant sur les initiatives en matière d'éducation à la santé sexuelle et au VIH/SIDA n'entraînait ni hausse, ni baisse de l'activité sexuelle et des taux de grossesses et d'IST qui en découlent. De plus, 41 % des études indiquent que l'éducation à la santé sexuelle et/ou au VIH/SIDA retarde le début de l'activité sexuelle, réduit le nombre de partenaires sexuels ou limite les taux de grossesses non planifiées et d'IST. Peu de données ont conforté l'affirmation selon laquelle l'éducation à la santé sexuelle et au VIH favorise l'activité sexuelle.

Les effets observés, le cas échéant, révèlent presque sans exception un recul de l'âge du premier rapport sexuel et/ou une utilisation plus efficace de la contraception. Le fait de ne pas fournir aux adolescents d'informations appropriées, au moment où ils en ont besoin, réduit les chances de limiter l'incidence des grossesses non désirées, des IST, du VIH et de toutes les conséquences négatives que cela implique (16).

En conclusion, voici une citation du Dr Gro Harlem Brundtland, ancienne Directrice générale de l'OMS, énoncée lors d'une conférence ministérielle sur la population et le développement (La Haye, Pays-Bas, 1999) : « *Les jeunes ont besoin de l'aide des adultes pour appréhender les pensées, les sentiments et les expériences associés à la maturité physique. En apportant cette aide, nous encourageons des modes de vie responsables. Les données en provenance du monde entier ont clairement montré que les informations et les compétences en matière de sexualité et*

de relations humaines permettaient d'éviter les problèmes de santé, et entraînaient des attitudes plus mûres et responsables ». Elle précise ensuite que les prestataires de soins de santé ainsi que d'autres adultes ont un rôle majeur à jouer dans la promotion de la santé sexuelle et de la reproduction des adolescents: « Songez à ce qu'il en coûte de priver les jeunes - notre avenir à tous - des connaissances, aptitudes et services dont ils ont besoin pour faire des choix sains en matière de sexualité et de procréation ».

9. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. *Working with street children, Module 4 – Understanding sexual and reproductive health including HIV/AIDS and STDs among street children*. WHO, 2001. (Document WHO/MSD/MDP/001.4).
2. McCauley AP, Salter C et al (editors) (1995). Meeting the needs of young adults. *Population Reports*, Series J, 41: 1-39.
3. *Sexual relations among young people in developing countries: Evidence from WHO case studies*. WHO. Geneva, 2001. (Document WHO/RHR/01.8).
4. Green C. Young men, the forgotten factor in reproductive health. Washington, DC. *Focus on Young Adults*. 1997.
5. *Broadening the horizon: Balancing protection and risk for adolescents*. WHO. Geneva, 2002.
6. Zeidenstein S, Moore K (editors). Learning about sexuality: A practical beginning. *The Population Council and International Women's Health Coalition*. New York, 1996.
7. *What about boys? A literature review on the health and development of adolescent boys*. WHO. Geneva, 2000. (Document WHO/FCH/CAH/00.7).
8. *Into a new world: Young women's sexual and reproductive lives*. The Alan Guttmacher Institute. New York, 1998.
9. *Early sex – early motherhood: facing the challenge*. Safe motherhood newsletter. Issue 22, 1996(3), 4-9.
10. *Adolescent reproductive health*. Family Health International. Network. 1997, Vol. 17, No. 3.
11. *A picture of health? A review and annotated bibliography of the health of young people in developing countries*. WHO. Geneva, 1995. (Document WHO/FHE/ADH/95.14).
12. *Action for adolescent health: Towards and common agenda*. Recommendations from a Joint Study Group. WHO/UNFPA/UNICEF. Geneva, 1997 (document WHO/FRH/ADH/97.9).
13. *Impact of HIV and sexual health education in the sexual behaviour of young people: A review update*. UNAIDS. Geneva, 1997.

Annexe 1 : Contrôles des connaissances

Session 1 : ACTIVITE 1-2

CONTRÔLE DES CONNAISSANCES 1

Selon vous, parmi vos patients, combien d'adolescents (%) sont sexuellement actifs à l'âge de ... ans ?

Indiquez votre réponse par une croix à l'endroit souhaité selon votre constat

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

CONTRÔLE DES CONNAISSANCES 2

Selon vous, parmi vos patients combien d'adolescentes (%) sont sexuellement actives à l'âge de... ?

Indiquez votre réponse par une croix à l'endroit souhaité selon votre constat

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

CONTRÔLE DES CONNAISSANCES 3

Notez vos réponses dans les cases ci-dessous

Les adolescents ont leur premier rapport sexuel parce que...

....Les films qu'ils regardent les y incitent

CONTRÔLE DES CONNAISSANCES 4

Cochez la case appropriée et donnez une raison pour justifier votre réponse

Les adolescents ont accès aux informations et aux services de santé dont ils ont besoin

- Oui, parce que.....
- Non, parce que.....
- Je ne sais pas.....
- Je ne suis pas sur.....
-

CONTRÔLE DES CONNAISSANCES 5

Notez vos réponses dans les cases ci dessous

Les problèmes que peuvent entraîner une activité sexuelle prématurée sont:

-
-
-
-
-

Annexe 2 : Etudes de cas

Session 5: ACTIVITE 5-1

Programme d'Orientation sur la Santé des Adolescents destiné aux Prestataires de Soins de santé

ETUDE DE CAS 1

Binta, adolescente de 14 ans vivant à Fria chez une tante veuve, où elle fréquentait un établissement scolaire ; elle était la meilleure élève de sa classe. Sa meilleure amie, Aissata, était dans la même classe qu'elle et elles étaient les deux élèves les plus brillantes. Binta venait d'un village rural de la région de Boké. Aissata était la fille d'un homme d'affaires prospère de Conakry.

Les deux jeunes filles partageaient beaucoup de secrets. Toutes deux étaient vierges. En classe de 9^{ème} année, lors d'un week-end dans un camp de jeunesse à Dubréka, elles se sont liées amitié avec deux garçons. Elles ont fini par avoir leurs premiers rapports sexuels. C'était un mois avant les vacances scolaires.

Le mois suivant, aucune d'elles n'a eu ses règles. Elles étaient en vacances et n'ont pas partagé ce secret avant la reprise des cours. Étaient-elles enceintes ?

Fria étant près de Conakry, ce qui permettait à la mère de Aissata de venir la voir tous les mois. Lors de sa visite suivante, Aissata a tout raconté à sa mère. La mère a immédiatement compris ce qui se passait. Elle a demandé à ce que Aissata puisse s'absenter en prétextant une urgence familiale, l'a ramenée chez elle et a pris rendez vous chez son gynécologue pour qu'il interrompe immédiatement la grossesse. Le lundi suivant, Aissata était de retour à l'établissement.

Elle était souvent malade et irritable, ses résultats scolaires se dégradaient ; l'infirmière scolaire a reçu l'ordre de l'examiner. Binta a dû manquer des cours pour se rendre à l'infirmerie pendant les heures de classe. La grossesse a été confirmée et les autorités scolaires ont informé sa tante, qui l'a immédiatement renvoyée chez ses parents avec une lettre. Binta était désespérée. Elle n'avait pas d'argent pour rentrer chez elle. Ses parents étaient membres actifs d'une association islamique et ils la tueraient s'ils apprenaient ce qui s'était passé.

Terrifiée, elle s'est rendue au centre de santé de la localité pour obtenir de l'aide. Elle était la seule jeune femme dans la pièce et tous les adultes, patients et employés, n'arrêtaient pas de la regarder, ce qui l'a rendue mal à l'aise. Elle a été confrontée à un long processus d'admission qui nécessitait la signature de ses parents. Les prestataires de soins de santé lui ont reproché son comportement immoral et lui ont dit qu'elle ne recevrait pas de soins sans le consentement de ses parents. Elle a dû partir.

Aissata lui a donné de l'argent ; Binta a quitté Fria et s'est rendue à Boké chez son oncle, ouvrier de bâtiment qui vivait dans l'un des quartiers les plus pauvres de la localité. Lorsque son oncle est rentré du travail dans la soirée, Binta a fait semblant d'être malade et lui a dit qu'elle avait été renvoyée à cause des frais de scolarité. L'oncle a eu pitié d'elle mais il ne pouvait pas lui donner d'argent. Par conséquent, il a envoyé une lettre aux parents de Binta, leur demandant d'envoyer l'argent.

Binta était alors enceinte de quatre mois et elle avait de plus en plus de mal à le cacher. A six mois, la femme de son oncle s'est rendu compte de la grossesse. Son oncle était furieux et l'a chassée de chez lui. Seule, sans argent et sans endroit où aller, Binta a accepté de loger chez un jeune homme du voisinage.

Deux mois plus tard, Binta a mis au monde un garçon prématuré dans un Centre de Santé situé à proximité. L'enfant a été référé au service de néonatalogie du CHU Donka et dû y rester deux semaines. Quand Binta est sortie de l'hôpital, elle a découvert que le jeune homme qui l'avait logée avait déménagé.

Elle était alors au désespoir : une jeune fille de 15 ans avec un nouveau-né prématuré, sans argent, ni domicile. Binta s'est réfugiée dans le seul endroit qu'elle a pu trouver. Une gargotière d'une gare routière l'a engagée pour l'aider à servir les clients. Telle était devenue la vie de Binta.

ETUDE DE CAS 2

Mabinty, une fille de 12 ans, vivait avec ses deux jeunes frères et ses parents à Forécariah, une ville à l'Ouest du pays. Sa famille appartenait à la classe moyenne et ses parents prenaient grand soin de leurs enfants qu'ils aimaient beaucoup. Mabinty était une fille heureuse. C'était une élève appréciée de ses professeurs et de ses camarades de classe.

Un jour, alors que Mabinty était en classe, elle s'est rendue compte que son slip était mouillé et elle s'est sentie mal à l'aise. Lorsqu'elle a regardé sa robe, elle a remarqué une tâche de sang. Sa camarade de table s'en est aussi aperçue et est allée le raconter au professeur. Ce dernier a interrompu la classe, a accompagné Mabinty à la salle des professeurs et lui a demandé de se nettoyer et de mettre une serviette hygiénique. Mabinty ne savait pas ce qui lui était arrivé ni quoi faire. Elle était bouleversée.

Le professeur a expliqué la situation aux autres enseignants présents, lui a dit de s'asseoir dans un coin de la salle puis est retournée dans sa classe. Les autres professeurs n'ont pas fait attention à elle. Mabinty est restée assise en silence pendant deux heures jusqu'à la fin de la journée de cours. Elle ne savait pas ce qui lui arrivait et a prié Dieu de n'avoir rien de grave. Une fois que tous les professeurs avaient quitté la salle, elle est sortie sur la pointe des pieds pour voir si la voie était libre, et s'est rendue dans sa classe, a pris ses affaires puis est rentrée chez elle à pied en cachant la tâche sur sa robe.

Une fois chez elle, elle a éclaté en sanglots et a raconté à sa mère ce qui s'était passé. Sa mère lui a demandé de se taire, a fait sortir ses frères de la pièce et l'a emmenée dans la salle de bain. Sa mère lui a dit que cela voulait dire qu'elle est devenue une femme. Elle lui a expliqué quoi faire et que le saignement durerait quelques jours. Elle lui a aussi dit que cela arriverait désormais tous les mois.

Mabinty est allée se coucher, l'esprit confus. Elle se posait beaucoup de questions et a décidé de parler à Souadou, une fille d'une classe supérieure qu'elle connaissait.

Polycopié du

Module D

Services de santé adaptés aux adolescents

D-2



Les informations contenues dans ce polycopié visent à compléter les données du module D. Services de santé adaptés aux adolescents. L'animateur peut se référer au texte de ce polycopié durant les sessions et il vous sera peut être demandé de lire certains extraits.

CE POLYCOPIE ABORDE LES THÈMES SUIVANTS :

- | | |
|--|------|
| 1. Un ordre du jour axé sur le changement | D-5 |
| 2. De quels services les adolescents ont-ils besoin ? | D-7 |
| 3. Les services existants répondent-ils aux besoins des adolescents ? | D-10 |
| 4. En quoi un service de santé est-il adapté aux adolescents ? | D-12 |
| 5. Quel est le meilleur moyen de fournir des services de santé aux adolescents ? | D-17 |
| Annexe 1. Contrôles des connaissances. Session 1 – Activité 1-2 | D-21 |

1. UN ORDRE DU JOUR AXÉ SUR LE CHANGEMENT

Les adolescents effectuent leur passage physique, émotionnel et psychologique à l'âge adulte dans un monde changeant, rempli d'opportunités et de dangers.

Néanmoins, les adolescents sont exposés à des risques et à des pressions auxquels leurs parents n'étaient pas confrontés. La mondialisation a accéléré le changement et les structures qui ont protégé les jeunes générations précédentes disparaissent peu à peu au profit des structures communautaires et étatiques. Les adolescents reçoivent des messages contradictoires sur la façon de faire face à des choix quotidiens ayant un impact sur le développement de leur santé tout au long de leur vie.

Des millions d'entre eux ne reçoivent pas le minimum d'aide dont ils ont besoin pour devenir des adultes bien informés, confiants et compétents. Ils ne sont pas scolarisés pour des raisons économiques ou parce leur communauté est déplacée ou perturbée en raison d'une guerre ou d'un conflit.

Tandis que la plupart des jeunes ont des familles aimantes qui les protègent et prennent soin d'eux, beaucoup grandissent sans qu'un adulte ne se soucie de leur bien-être ou avec des adultes bienveillants qui ne sont plus en mesure de les aider. En Côte d'Ivoire, le taux de pauvreté est estimé à (49 % EDS 2012 ; P 3).

Les adolescents sont exposés au risque de grossesse précoce et non désirée. En Côte d'Ivoire les adolescentes de 15 à 19 ans qui constituent au moins 20 % des femmes en âge de procréation, contribuent pour près de 13 % la fécondité totale des femmes (EDS 2012 ; P. 72).

La prévalence des infections sexuellement transmissibles (IST) chez les 15-24 ans est de 9,3 % chez les filles et 6,5 % chez les garçons. Pour le VIH-SIDA, elle est de 1,3 %. Ils sont vulnérables face aux dangers liés à la consommation de tabac, d'alcool et d'autres drogues. La prévalence tabagique globale est de 14 % pour l'ensemble des jeunes de 8-22 ans. Cette proportion augmente à 36 % chez les enfants de 13-15ans.

Beaucoup sont confrontés quotidiennement à la violence et à la peur. Certaines pressions que subissent les adolescents ou les choix qu'ils font peuvent changer le cours de leur jeune vie, voire y mettre un terme. Ces conséquences sont de véritables tragédies personnelles pour ces jeunes et pour leur famille. Elles entraînent en outre des pertes inacceptables, qui fragilisent la santé et la prospérité de la société.

Répondre aux besoins des adolescents est un défi qui dépasse largement le rôle des seuls services de santé. Le cadre légal, la politique sociale, la sécurité des communautés et les opportunités en matière d'éducation, d'emploi et de loisirs ne sont que quelques-uns des facteurs de la société civile qui déterminent le développement des adolescents.

Toutefois, dans le cadre d'une approche globale, les services de santé peuvent jouer un rôle important en aidant les adolescents à rester en bonne santé et à effectuer leur passage à l'âge adulte ; ils peuvent aussi apporter leur soutien aux jeunes qui cherchent à être en bonne santé, en traitant ceux qui sont malades, blessés ou préoccupés et en intervenant auprès des personnes à risque.

Pour être efficace, un service de santé doit être accessible, aussi bien aux adolescents qui grandissent dans un environnement difficile, qu'à ceux qui sont bien protégés par leur communauté. Les services de santé doivent s'associer à d'autres services clés pour adolescents afin de créer une structure d'aide qui protège les jeunes contre des dangers et de leur permettre d'acquérir connaissances, compétences et confiance.



La plupart des adolescents sont pleins d'optimisme et constituent une force positive de la société, un atout présent et à venir, lorsqu'ils auront grandi et seront devenus des adultes. Lorsqu'ils sont soutenus, ils peuvent supporter les échecs et surmonter les difficultés.

C'est loin d'être le cas dans de nombreux pays dont la Côte d'Ivoire. Les services de santé considèrent souvent les adolescents comme un groupe en bonne santé qui ne requiert pas d'action prioritaire ; ils leur fournissent donc un minimum de services pour adultes ou pour enfants sans les adapter à leurs besoins propres.

Selon des données probantes, de nombreux jeunes jugent ces services de santé inadaptés à leurs besoins et s'en méfient. Ils n'utilisent pas du tout ces services ou ne vont y chercher de l'aide qu'en dernier recours.

Les services de santé adaptés aux adolescents répondent aux besoins des jeunes de façon appropriée et efficace et s'adressent à tous les adolescents. De tels services respectent les droits des jeunes et reposent sur une utilisation efficace de ressources sanitaires à préserver. Leurs caractéristiques sont détaillées dans ce polycopié.

RÉSUMÉ

Les adolescents constituent une force positive présente et à venir de la société;
Ils sont confrontés à des dangers plus complexes que les générations précédentes et sont souvent moins bien soutenus;
Les besoins liés au développement des adolescents concernent l'ensemble de la société civile;
Les services de santé jouent un rôle spécifique dans la prévention et dans la résolution des problèmes de santé;
De nombreux changements sont nécessaires pour adapter les services de santé aux adolescents.



2. DE QUELS SERVICES LES ADOLESCENTS ONT-ILS BESOIN ?

Dans de nombreuses enquêtes, les adolescents ont fait part de leurs attentes en matière de services de santé. Ils veulent une structure accueillante où ils peuvent aller à tout moment et être pris en charge rapidement. Ils tiennent à l'anonymat et à la confidentialité et ne veulent pas être obligés de demander l'accord parental pour s'y rendre. Ils veulent un service disponible dans un lieu accessible et à des horaires pratiques, qui soit gratuit ou tout du moins abordable. Ils veulent que le personnel les traite avec respect, sans les juger. Ils veulent bénéficier d'une gamme complète de services qui leur éviterait de revenir ou d'être orientés vers un autre établissement. Bien sûr, ceux qui élaborent et fournissent les services ne peuvent pas se focaliser que sur les souhaits des adolescents: les services doivent aussi être appropriés, efficaces, abordables et acceptables pour toute la communauté.

Cependant, les services destinés à ce groupe d'âge doivent s'avérer adaptés aux besoins et aux attentes des jeunes. Pour jouer un rôle crucial dans le développement des adolescents, les services de santé doivent :

- traiter les troubles qui affectent la santé ou qui inquiètent les adolescents;
- prévenir et traiter les problèmes de santé qui peuvent mettre fin prématurément à des vies ou entraîner des troubles chroniques ou un handicap;
- aider les jeunes qui souhaitent être en bonne santé en surveillant l'évolution de leur état et en répondant à leurs préoccupations;
- communiquer avec les adolescents dans les moments d'inquiétude ou de crise, lorsqu'ils cherchent une solution à leurs problèmes;
- établir des liens avec d'autres services tels que les services de conseil qui peuvent aider les adolescents.

En plus du support apporté par les services de santé, les jeunes en crise ont besoin de conseils et du soutien de leur communauté. Il s'agit du soutien des parents, des familles, des enseignants, des travailleurs sociaux, des chefs religieux ou des animateurs de groupe de jeunes ainsi que de celui de leurs propres pairs. Toutefois, quand ces liens se brisent, des signes avant-coureurs de crise peuvent se manifester lors du contact avec les services de santé.

Le personnel médical doit pouvoir reconnaître les signes d'anxiété, savoir gérer les crises des jeunes ou connaître les établissements vers lesquels les orienter. Ces services doivent en outre proposer des informations

et un enseignement qui permettront aux adolescents de devenir les acteurs de leur propre santé. Des programmes de contrôle de la croissance et du développement devraient être, pour les adolescents, une occasion de demander de l'aide et permettre au personnel médical d'informer les jeunes. Cependant, de tels programmes sont rarement proposés à l'école et les visites médicales parfois instaurées n'offrent pas souvent ce genre d'opportunités aux jeunes.

Services fondamentaux

Est-il possible de définir les services de santé fondamentaux pour adolescents ? Une consultation régionale réalisée par l'Organisation panaméricaine de la santé suggère que pour améliorer la santé et le développement des adolescents, les services de santé fondamentaux doivent :

- contrôler la croissance et le développement;
- identifier et évaluer les problèmes et les comportements à risque, les prendre en charge si possible ou, dans le cas contraire, orienter les jeunes vers des structures spécialisées;
- proposer des informations et des conseils sur les changements liés au développement, sur les soins personnels et sur les moyens d'obtenir de l'aide;

délivrer des vaccins. (Les programmes de vaccination sont destinés aux jeunes enfants et non à leurs frères et sœurs aînés. Les adolescentes doivent être vaccinées contre la rubéole avant de tomber enceinte. Les vaccins contre la méningite, l'hépatite et le tétanos sont également disponibles.)

Une consultation de l'OMS, réalisée en Afrique en octobre 2000, reconnaît que « les adolescents ont un droit d'accès aux services de santé susceptibles de les protéger contre le VIH/SIDA et contre les autres menaces à leur santé et à leur bien-être et que ces services doivent être adaptés aux adolescents ». Si cette consultation admet que les besoins en matière de santé et de développement ne peuvent être entièrement satisfaits par les services de santé, elle présente néanmoins une liste de services cliniques fondamentaux:

des services de santé généraux pour traiter: la tuberculose, le paludisme, les maladies endémiques, les blessures, les accidents, les problèmes dentaires, la santé de la reproduction (qui inclut la contraception, le traitement des IST, la prise en charge de la grossesse et le suivi post-avortement), des conseils et un dépistage volontaire et confidentiel du VIH, une prise en charge de la violence sexuelle;

des services de santé mentale pour à la fois lutter contre la consommation de tabac, d'alcool et de drogues et en même temps distribuer des informations et des conseils sur le développement pendant l'adolescence, notamment sur la santé de la reproduction, la nutrition, l'hygiène, la sexualité et la consommation de substances toxiques.

Cependant, chaque pays doit définir une gamme adaptée de services en s'appuyant sur l'évaluation des besoins nationaux ainsi que sur les ressources disponibles.

La Consultation mondiale sur les services de santé adaptés aux adolescents, effectuée par l'OMS à Genève, en mars 2001, conclut qu'il est impossible de proposer un ensemble unique de services fondamentaux. Elle affirme au contraire que chaque pays doit instaurer ses propres services en fonction des contraintes économiques, épidémiologiques et sociales, y compris les particularités culturelles.

D'après

ce document : « Il faut instaurer un processus permettant aux ministres des gouvernements de prendre les décisions les plus adaptées à leur situation, en tenant compte des priorités en matière de coût, de facteurs épidémiologiques et de développement des adolescents ».

Prenons un exemple : l'Afrique du Sud a mis au point un ensemble de services de soins de santé primaires fondamentaux pour adolescents; ces services portent essentiellement sur la santé de la reproduction (VIH, IST, grossesse) ainsi que sur la violence qui est souvent de nature sexuelle. En plus des conseils qui sont prodigués aux adolescents, ces services s'occupent à la fois de la distribution de contraceptifs ainsi que de la réalisation de tests de grossesse et le dépistage du VIH dans des établissements de premier niveau impliquant que l'avortement reste légal. Cet ensemble de services choisi en Afrique du Sud repose sur des éléments prioritaires pour les jeunes et offre une solution culturellement acceptable par la majorité. Un autre pays peut définir d'autres priorités ou une méthode de travail différente.



RÉSUMÉ

Les services de santé ne peuvent répondre aux besoins des adolescents que dans le cadre d'un programme global. Les adolescents nécessitent :

- un environnement sûr et favorable qui offre une protection et permette le développement;
- des informations et les aptitudes indispensables pour comprendre le monde dans lequel ils vivent et pour communiquer;
- des services de santé et des conseils visant à traiter leurs problèmes de santé et à résoudre leurs difficultés personnelles,

Les prestataires de soins de santé ne peuvent pas, à eux seuls, répondre à tous ces besoins. Ils peuvent intégrer ou créer des réseaux pour agir collectivement et maximiser les ressources;

Un ensemble de services de santé fondamentaux doit être adapté aux besoins locaux, y compris le contrôle de la croissance et du développement ainsi que la vaccination;

Les services de santé de la reproduction, le conseil et le dépistage volontaire du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles, sont le plus souvent prioritaires;

Les services de santé mentale et le conseil sont des éléments importants du soutien aux adolescents.

Il n'existe pas de solution unique qui convienne à tous les pays. Chaque pays doit définir son propre ensemble de services en fonction de la situation économique, épidémiologique et sociale.

3. LES SERVICES EXISTANTS RÉPONDENT-ILS AUX BESOINS DES ADOLESCENTS ?

Des enquêtes menées dans de nombreux pays suggèrent que lorsque les jeunes souhaitent être traités en urgence pour un problème qu'ils jugent délicat, les services de santé sont souvent leur dernier recours. Les prestataires de soins de santé sont souvent consternés par ces résultats car ils souhaitent aider les jeunes mais ne savent pas comment. Pourtant, les adolescents peuvent être tenus à l'écart en raison de lacunes dans la prestation de services, de leur propre ignorance ou d'un ensemble d'obstacles légaux, physiques, économiques et psychologiques.

Manque de connaissances de la part des adolescents

La plupart des jeunes n'ont pas les connaissances ou l'expérience nécessaires pour distinguer les maladies qui guérissent seules de celles qui nécessitent un traitement. Ils n'évaluent pas leurs symptômes ou le degré de risques qu'ils peuvent prendre. Ils ne connaissent pas les services de santé susceptibles de les aider ou ne savent pas comment y accéder.

Contraintes légales ou culturelles

Les services de santé de la reproduction tels que les centres de planification familiale ou les services d'avortement sont souvent soumis à des contraintes. **L'avortement est interdit par l'article 366 du code pénal ivoirien**, même si le système de santé doit alors subir les conséquences des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses. Il arrive que le personnel médical refuse de distribuer les préservatifs dont il dispose aux adolescents. Les jeunes ont besoin du consentement de leurs parents pour recevoir un traitement médical.

Contraintes physiques ou logistiques

Les services de santé peuvent être très éloignés du lieu où le jeune vit, étudie ou travaille et leurs horaires d'ouverture sont parfois peu pratiques. Certains services peuvent être inaccessibles au grand public: par exemple, il n'est parfois possible d'accéder à un programme de soins aux toxicomanes que par le biais du système judiciaire pénal.

Mauvaise qualité des services cliniques

Les services de santé peuvent être de mauvaise qualité en raison d'un manque de qualification ou de motivation des prestataires de soins de santé ou parce qu'un établissement de santé n'a plus suffisamment de médicaments ou de fournitures.

Services peu accueillants

La façon dont les services sont délivrés est particulièrement importante. Les jeunes tiennent beaucoup à l'anonymat et à la confidentialité et ne souhaitent pas voir leur dignité entachée. Les adolescents sont plus facilement découragés que les adultes par de longues heures d'attentes et par les procédures administratives, surtout si on leur fait sentir qu'ils ne sont pas les bienvenus. Les prestataires de soins de santé qui sont peu accueillants, inattentifs ou qui portent un jugement, n'incitent pas les jeunes à dévoiler leurs problèmes. Ces derniers ne reviennent parfois pas pour leurs visites de suivi.

Coût élevé

Les jeunes n'ont généralement pas les moyens de payer des services de santé et doivent demander à un adulte de les aider. En dernier recours, les jeunes demandent, empruntent ou volent de



l'argent, pour financer un traitement mais malgré cela, ils cherchent souvent de l'aide dans le secteur privé afin de préserver leur anonymat, même si le traitement est plus cher et moins efficace.

Obstacles culturels

Dans de nombreux pays, une culture de la honte dissuade les adultes et les enfants de parler de leur corps ou de leur activité sexuelle, ce qui peut dissuader les parents d'aborder des sujets délicats avec leurs enfants et rendre les jeunes peu enclins à utiliser des services de santé sexuelle ou de la reproduction. Il peut aussi être difficile de demander de l'aide à la suite de violences et d'atteintes sexuelles. Bien que les adolescents n'aient pas tous les mêmes préoccupations et que les différentes structures offrent des services inégaux, ces facteurs sont largement applicables à toutes les cultures, aux personnes des deux sexes et surtout aux adolescents ayant une mauvaise estime d'eux-mêmes ou se sentant vulnérables.

Obstacles liés au genre

Certains obstacles sont particulièrement associés au sexe du jeune. Les adolescentes sont peu enclines à se faire examiner par des hommes et les jeunes hommes peuvent avoir du mal à parler de symptômes intimes avec un prestataire de soins de santé de sexe féminin. Ces appréhensions constituent parfois un frein culturel très puissant à l'utilisation des services de santé par les filles. De nombreux obstacles culturels sont associés au genre. Il faut être deux pour faire un enfant mais ce sont les filles qui tombent enceintes. Il est très difficile pour une fille de 16 ans de se rendre dans une structure de santé locale pour faire un test de grossesse ou pour demander un moyen de contraception si elle sait qu'elle sera vue par un proche ou par un voisin. Les filles qui sortent peu de chez elles peuvent avoir un accès plus limité à l'information et dans certaines sociétés, elles doivent demander le consentement d'un parent ou de leur mari avant d'être traitées.

Influence des pairs

Les adolescents demandent souvent à leurs amis où obtenir un traitement; l'expérience d'une personne devient alors le critère sur lequel repose les décisions prises par un groupe de jeunes en matière de soins de santé. Certains peuvent rechercher de l'aide auprès des personnes appropriées telles que des pharmaciens qualifiés alors que d'autres ont recours aux vendeurs de rue ou à des praticiens non diplômés. Beaucoup ne se font pas du tout aider, ceci pouvant alors aboutir à des conséquences dramatiques. Cette attitude ne se limite pas aux problèmes de santé de la reproduction et de la santé sexuelle. Les enfants de rue se manifestent tardivement et suivent rarement leur traitement. Ils représentent pourtant une source significative de maladies et d'infections latentes. Les jeunes dans les internats ou dans les universités se présentent aussi tardivement parce qu'ils veulent cacher le diagnostic à leurs pairs, aux autorités scolaires et à leur famille. Dans les deux cas, les adolescents font passer l'anonymat avant leur besoin en soins médicaux, ce qui réduit l'efficacité du traitement, favorise l'absentéisme scolaire et ne permet pas aux hôpitaux de suivre efficacement leur trace. Les jeunes qui pensent que les hôpitaux et les structures de santé respectent la confidentialité demandent plus rapidement de l'aide.

RÉSUMÉ

Les adolescents ne connaissent pas les services existants et ne savent pas comment y avoir accès. Des contraintes légales peuvent limiter l'utilisation des services ou les jeunes peuvent préférer ne pas y être vus pour des raisons culturelles;
 Les adolescents sont particulièrement attachés au respect de la confidentialité;
 La distance ou le coût élevé des services les découragent;
 Ils refusent d'utiliser des services peu accueillants ou ceux dont le personnel est peu qualifié.

4. EN QUOI UN SERVICE DE SANTÉ EST-IL ADAPTÉ AUX ADOLESCENTS ?

Les services de santé adaptés aux adolescents reposent sur une approche qui associe les qualités demandées par les jeunes au niveau de l'exigence élevée imposée dans les meilleurs services publics. De tels services sont accessibles et adaptés aux adolescents et les satisfont. Ils sont disponibles au bon endroit, au bon moment, à un bon prix (gratuité si nécessaire) et délivrés d'une manière appropriée pour être acceptables par les jeunes. Ils sont équitables car ils s'adressent à tous et n'opèrent aucune discrimination contre une partie de ces jeunes patients, que ce soit pour des motifs liés au genre, à l'appartenance ethnique, à la religion, à un handicap, au statut social ou pour toute autre raison. En effet, ils sont accessibles par les plus vulnérables et par ceux qui ne disposent pas de ces services. Les services de santé sont complets en ce sens qu'ils proposent un ensemble de services fondamentaux à toutes les personnes du groupe ciblé. Ils sont efficaces car ils sont délivrés par des prestataires de soins de santé qui sont qualifiés et motivés, qui ont des compétences techniques et qui savent communiquer avec les jeunes sans faire la morale ou porter de jugement. Ces prestataires sont secondés par un personnel d'appui spécialisé et disposent de matériel, de fournitures et de services de base. Les services reposent également sur un système d'optimisation de la qualité destiné à soutenir et à motiver le personnel et à maintenir un niveau de prestations élevé. Enfin, leur efficacité dépend d'une bonne gestion financière et d'un relevé d'informations approprié destiné à surveiller et à renforcer les performances. Le service de santé adapté aux adolescents idéal doit être efficace, sûr et abordable. Il doit répondre aux besoins de chaque jeune qui y retourne si nécessaire et le recommande à ses amis. Même s'il est difficile d'atteindre un tel modèle dans l'immédiat, le fait de faire le maximum pour s'approcher de cet idéal s'avère bénéfique.

Adapter ces services aux adolescents ne consiste pas seulement à offrir des services spécifiques et distincts, même si la structure de certains établissements peut être amenée à changer. Pour un résultat optimal, il convient d'améliorer les services de santé génériques des communautés locales et d'apprendre aux prestataires de soins de santé à s'occuper efficacement des adolescents. Les caractéristiques des services de santé adaptés aux adolescents ont été débattues lors de la Consultation mondiale de l'OMS en 2000 et lors de discussions prolongées par un groupe d'experts convoqué par l'OMS à Genève en 2001.

Ces caractéristiques sont destinées à être appliquées dans chaque pays de façon appropriée en tenant compte des contextes culturel, social, économique et politique, ainsi que de la nécessité d'aider les prestataires de soins de santé à fournir les meilleurs services possibles aux adolescents.

Compétences techniques

Les médecins, les infirmiers, les sages femmes et les travailleurs sociaux doivent avoir une connaissance approfondie du développement normal des adolescents ainsi que les compétences nécessaires pour diagnostiquer et traiter les maladies courantes telles que l'anémie ou les problèmes de menstruation chez les adolescentes. Ils doivent aussi savoir reconnaître les signes de violences sexuelles ou de violences physiques et gérer les aspects médico-légaux. Ils doivent avoir accès aux médicaments et aux fournitures nécessaires au traitement des maladies courantes et à la prévention des problèmes de santé. Ils doivent savoir où envoyer les adolescents lorsque ceux-ci nécessitent un traitement physique ou psychologique spécifique. Ils peuvent les orienter vers des personnes ou des services en dehors du système de santé pour des conseils ou un soutien social.



Privilégier l'aspect humain à l'aspect médical

Les compétences techniques doivent être doublées de respect et de tact pour que le jeune se dévoile et révèle des problèmes sous-jacents qui ne sont pas toujours la cause immédiate d'une visite. En plus d'être les seuls à pouvoir déceler certains troubles tels qu'une poussée de croissance insuffisante à l'adolescence, un médecin, un responsable de structure de santé ou une infirmière, doit être capable de reconnaître la confusion ou la peur chez un jeune. Les adolescents manquent souvent de confiance et peuvent se présenter avec un symptôme bénin afin de tester le service avant de révéler leurs véritables préoccupations. En s'intéressant plus à la personne qu'au symptôme, les prestataires peuvent déceler des problèmes sous-jacents. Les compétences techniques et une démarche professionnelle attentive doivent être associées à une approche objective. Les prestataires de soins de santé ne doivent pas renoncer à leur propre système de croyance ou à leurs valeurs mais ils doivent être en mesure de comprendre une situation à travers les yeux d'un adolescent, sans laisser leurs propres opinions dominer l'échange.

Formation et personnel d'appui

Pour être compétent sur le plan technique et rester attentif, le personnel doit bénéficier d'un système de soutien permanent. Une approche adaptée aux adolescents doit comprendre des séances régulières de formation visant à mettre à jour les compétences du personnel actuel ainsi qu'à former de nouveaux membres. Les sessions de formation et d'évaluation par les pairs doivent concerner le personnel, les médecins (dont beaucoup pensent ne pas avoir besoin de formation complémentaire) mais aussi la réceptionniste ou le personnel d'entretien qui pourraient être surpris d'être inclus dans l'équipe. Cette catégorie de personnel est parfois la première qu'un adolescent croise dans un établissement de santé. Si ces personnes sont peu accueillantes ou indiscrètes, l'adolescent peut ne jamais revenir. La gestion et le contrôle doivent avoir pour objectif de créer un environnement favorable et d'instaurer des systèmes visant à préserver et à renforcer la qualité des prestations. Les prestataires de soins de santé doivent participer à l'élaboration de protocoles et de principes directeurs portant sur les principaux aspects de la qualité. Ils doivent aussi mettre au point des mécanismes d'auto évaluation et d'examen par les pairs afin d'instaurer une culture fondée sur la transparence. Les systèmes d'évaluation doivent encourager les adolescents à donner leur avis sur les services.

Rendre les services physiquement accessibles

Les services doivent être proposés dans des lieux accessibles aux adolescents, à des horaires qui leur conviennent. Cela peut impliquer l'ouverture de structures de santé spécialisées dans les centres de jeunes ou dans d'autres endroits accessibles aux adolescents. Les membres du personnel clinique peuvent organiser des tours de garde pour qu'une structure de santé puisse être ouverte le soir ou le week-end, lorsque les jeunes ne sont pas à l'école, à l'université ou au travail.

L'environnement physique est important. De nombreux endroits ne bénéficient pas de centre spécifique pour les adolescents mais disposent d'un établissement de santé accueillant. Il est possible de prêter une attention particulière aux peintures, aux affiches sur les murs, à la propreté et de faire en sorte qu'il y ait suffisamment de chaises dans la salle d'attente. Une structure de santé chargée de la santé générale des adolescents peut indiquer son nom à l'entrée alors qu'une structure de santé spécialisée dans les IST peut préférer une entrée discrète. Les adolescents peuvent eux-mêmes participer au choix d'un nom original qui soit accueillant sans être stigmatisant. L'hôpital urbain de grande affluence, qui dispose de moyens insuffisants pour réaliser d'importants travaux, peut créer un espace consacré à la santé des adolescents en installant une séparation afin que les jeunes puissent être reçus en toute confidentialité. Il peut aussi utiliser une porte située à l'arrière du bâtiment par laquelle les jeunes peuvent entrer sans être stigmatisés. Certaines structures de santé attribuent des numéros aux jeunes à leur arrivée afin qu'ils soient appelés pour voir le médecin ou l'infirmière sans devoir "s'afficher" dans une file d'attente, ni être appelés par leur nom. Lors de l'attente, ils devraient avoir accès à des documents de promotion de la santé ou même pouvoir regarder une vidéo.

Confidentialité et anonymat

Les adolescents ~~doivent avoir la garantie de l'anonymat lors de la consultation et de la confidentialité~~ après la consultation. Les jeunes ne devraient pas être obligés de se déshabiller ou être examinés à la vue d'autres personnes.

Les personnes qui attendent à l'extérieur ne doivent pas être en mesure d'entendre le diagnostic d'un médecin. Les patients doivent être sûrs que les dossiers médicaux resteront à l'abri des regards et que les réceptionnistes seront discrets. Dans la plupart des pays, la loi impose aux médecins de signaler une agression sexuelle, un accident de la route ou des blessures par balle. Certaines dispositions légales interdisent aussi de traiter les jeunes en dessous d'un certain âge sans le consentement des parents. Ces dispositions, ainsi que d'autres contraintes légales, doivent être présentées comme étant les seules exceptions à des mesures rigoureuses de confidentialité. Ces mesures peuvent être définies conjointement entre les adolescents et les prestataires de soins de santé afin que tous comprennent et acceptent les règles de base. Les mesures de confidentialité, y compris les exceptions, doivent être expliquées à tous les adolescents qui ont recours aux services ainsi qu'à leurs parents ou à leurs tuteurs. Elles doivent aussi être bien comprises par les centres d'orientation.

Services acceptables par la communauté locale

Le simple fait d'adapter les services de santé aux adolescents ne va pas en accroître l'utilisation, à moins que les jeunes n'acceptent d'y être vus. Il est aussi important que la communauté adhère aux services. Il faut que la communauté ait l'occasion de comprendre pourquoi ces services sont importants pour les adolescents et pourquoi ils doivent inclure des services de santé sexuelle et de la reproduction ainsi que des conseils confidentiels. Il peut être utile d'organiser des rassemblements locaux pour les parents. Il est en outre important d'obtenir le soutien des responsables communautaires et des chefs religieux. Les services de santé peuvent même être situés au sein de structures communautaires. Il existe de nombreux exemples de services proposés dans les écoles, les centres communautaires ou dans la rue. Lorsqu'il est difficile d'obtenir l'adhésion du public (comme c'est souvent le cas des services de santé destinés aux professionnels du sexe ou aux consommateurs de drogues injectables), les services peuvent fonctionner discrètement ou grâce à des agents de services de soins fournis hors des établissements de santé.

Impliquer les adolescents

Pour atteindre un niveau élevé de qualité, les adolescents doivent participer activement à la planification et à l'évaluation des services de santé. Grâce à l'implication des jeunes, les prestataires de soins de santé sont sûrs de pouvoir fournir des services dans des endroits adaptés, à des horaires convenables et de façon appropriée. La participation des adolescents à la planification et à l'évaluation leur permet de faire entendre leur voix. Cela renforce en outre la confiance des autres jeunes envers ces services.



RÉSUMÉ

Caractéristiques des services adaptés aux adolescents

Les services adaptés aux adolescents doivent être accessibles, justes, acceptables, adaptés, complets, efficaces et performants. Ces caractéristiques reposent sur la Consultation mondiale effectuée par l'OMS en 2001, ainsi que sur les discussions menées lors de la réunion d'un groupe consultatif de l'OMS à Genève, en 2002. Les services de santé nécessitent :

1. Des mesures adaptées aux adolescents qui

- respectent les droits des adolescents conformément à la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant et à d'autres textes et déclarations;
- tiennent compte des besoins spécifiques des différents groupes de population, y compris ceux qui sont vulnérables et défavorisés;
- ne limitent pas la prestation des services de santé en raison du genre, d'un handicap, de l'origine ethnique, de la religion ou (sauf dans certains cas précis) de l'âge;
- accordent une attention particulière aux facteurs liés au genre;
- respectent l'anonymat et la confidentialité et encouragent l'autonomie de sorte que les adolescents puissent accepter leur propre traitement et leurs propres soins;
- garantissent des services gratuits ou abordables pour les adolescents.

2. Des procédures adaptées aux adolescents visant à

- garantir la simplicité et la confidentialité lors de l'inscription des patients ainsi que du retrait et du stockage des dossiers;
- limiter la durée de l'attente et (le cas échéant) accélérer le processus d'orientation des patients vers un autre établissement;
- obtenir une consultation avec ou sans rendez-vous.

3. Des prestataires de soins de santé spécialisés qui

- soient techniquement compétents dans les domaines liés à l'adolescence et qui proposent une promotion, une prévention, des traitements et des soins en matière de santé en respectant la maturité et les conditions sociales de chaque patient;
- possèdent des qualités d'échange et de communication;
- soient motivés et soutenus;
- ne portent pas de jugement, soient attentifs, fiables et dignes de confiance et accordent suffisamment de temps aux clients ou aux patients;
- agissent dans l'intérêt de leurs patients;
- traitent tous les clients avec autant de soin et de respect;
- fournissent des informations et un soutien pour que chaque adolescent prenne seul les décisions adaptées à ses propres besoins.

4. Un personnel d'appui spécialisé qui soit

- compréhensif et prévenant et qui traite chaque adolescent avec autant de soin et de respect;
- compétent, motivé et bien soutenu.

5. Des structures médicales adaptées aux adolescents qui

- offrent un environnement sécurisant dans un lieu accessible ainsi qu'une ambiance agréable;
- proposent des horaires d'ouverture pratiques;
- garantissent le respect de l'anonymat et évitent la stigmatisation;
- fournissent des informations et des documents pédagogiques.

6. L'implication des adolescents, de sorte qu'ils soient

- bien informés sur les services et sur leurs droits;
- encouragés à respecter les droits d'autrui;
- impliqués dans l'évaluation et la prestation des services.

RÉSUMÉ

Caractéristiques des services adaptés aux adolescents

7. L'implication de la communauté et le dialogue afin de

promouvoir la qualité des services de santé;
d'encourager le soutien des parents et de la communauté.

8. Des services fournis hors des établissements de soins au niveau de la communauté et entre pairs afin d'en accroître la portée et l'accessibilité

9. Des services adaptés et complets qui

répondent à tous les besoins liés à la santé et au développement physique, social et psychologique des adolescents;
offrent une gamme complète de soins de santé et orientent les patients vers d'autres services appropriés;
n'engagent pas de procédures injustifiées.

10. Des services de santé pour adolescents efficaces

qui reposent sur des protocoles et des principes directeurs fondés sur des données probantes;
qui disposent de matériel, d'équipement et de services de base nécessaires à la fourniture d'une gamme complète de soins;
qui bénéficient d'un processus d'optimisation de la qualité visant à instaurer et à préserver une culture d'entraide au sein du personnel.

11. Des services performants qui reposent sur

un système de données en matière de gestion qui comprend des informations sur le coût des ressources;
un système permettant l'exploitation de ces informations.

2/2



5. QUEL EST LE MEILLEUR MOYEN DE FOURNIR DES SERVICES DE SANTÉ AUX ADOLESCENTS ?

Les services de santé pour adolescents peuvent être délivrés dans les hôpitaux, dans les centres médicaux, dans les écoles ou dans des structures communautaires. Ils peuvent être planifiés par des instances supérieures ou lancés par des groupes ou des professionnels des soins de santé spécialisés qui constatent que les besoins des adolescents ne sont pas satisfaits et qui pensent que l'efficacité des services peut être améliorée. Cette partie propose une série d'exemples dans différents contextes.

Services fournis dans les centres médicaux ou dans les hôpitaux

Les services de santé de base sont habituellement délivrés dans des centres médicaux traditionnels au sein des collectivités locales. Ces centres sont aussi censés pouvoir répondre aux besoins de nombreux adolescents. Il est important d'y former et d'y encadrer le personnel, afin de renforcer les compétences et d'instaurer une approche fondée sur la compréhension pour que les jeunes aient envie de s'y rendre. Ces compétences peuvent être entretenues par une formation continue, par un système de protocoles et de principes directeurs cliniques, par l'évaluation par les pairs ainsi que par le contrôle et la gestion de qualité. Le respect de l'anonymat peut être amélioré grâce à l'organisation de sessions spéciales en dehors des heures d'ouverture habituelles, à la création d'une entrée spéciale pour les jeunes ou au renforcement de la confidentialité une fois à l'intérieur. Plusieurs hôpitaux ont mis en place des services ou des structures de santé spécialement conçues pour les adolescents dans des bâtiments à part ou à l'intérieur du bâtiment principal. Les services délivrés dans les hôpitaux bénéficient sur place d'un personnel qualifié et spécialisé et permettent d'offrir une gamme complète de services médicaux. Cependant, ils sont limités aux centres de population et ne bénéficient pas toujours des fonds nécessaires.

Certains centres de santé spécialisés fournissent une gamme complète de services spécifiques aux adolescents.

De tels centres sont souvent situés dans les grandes villes où ils sont assez rentables. Ils peuvent être également gérés par des ONG en tant que services phares pour servir d'exemple. De tels services peuvent former et inspirer d'autres prestataires de soins de santé mais leur portée reste localisée et il est impossible de les intégrer à des services classiques pour des raisons de coût.

Services délivrés dans d'autres centres

Parce que certains adolescents sont peu enclins à se rendre dans les établissements de santé, les services de santé peuvent aussi être transférés dans des lieux fréquentés par les jeunes. Dans les centres de jeunes ou dans les centres communautaires, une infirmière ou un médecin peut tenir une structure de santé spécialisée et des pairs éducateurs peuvent mettre les jeunes en contact avec les services de santé ou d'aide sociale appropriés. Le fait que les adolescents fréquentent déjà ces centres et qu'ils n'aient pas à faire un effort supplémentaire pour s'y rendre constitue l'un des principaux avantages. En revanche, il est possible qu'un centre en particulier n'attire qu'une partie des adolescents s'il est essentiellement fréquenté par des garçons, par des filles ou par un certain groupe d'âge.

Services fournis hors des établissements de soins

Dans les villes comme dans les campagnes, des services de santé doivent être fournis loin des hôpitaux et des centres médicaux pour atteindre les jeunes peu enclins à s'y rendre. Dans les villes, des services de santé sont de plus en plus souvent délivrés dans les centres commerciaux ainsi que dans les centres communautaires ou les centres de jeunes.

Certains pays en font la promotion sur Internet pour attirer l'attention des jeunes qui ont accès à des ordinateurs. Les adolescents, qui vivent dans des zones rurales reculées, sont souvent tenus à l'écart des services de santé habituels. ~~Le personnel médical des centres locaux peut instaurer des services mobiles~~ afin de se rendre dans les villages et d'intervenir auprès des adolescents dans un secteur étendu. Les services fournis dans les communes rurales peuvent comprendre le dépistage et la vaccination ainsi qu'un service discret de consultation visant à suivre ceux qui nécessitent un traitement ou des conseils complémentaires. Les prestataires de soins de santé sur le terrain peuvent aussi proposer aux jeunes des exposés de sensibilisation ainsi que des supports pédagogiques en matière de santé.

Les services fournis hors des établissements de soins sont aussi utiles aux adolescents qui naviguent sur Internet, même s'ils vivent à proximité d'un établissement de santé existant. Les jeunes, qui vivent dans la rue, ont du mal à accéder aux services de soins généraux mais sont sensibles aux services ciblés sur ce groupe de patients vulnérables. De tels services peuvent être gérés par les structures de santé ou proposés par des ONG. Une fois le contact établi avec les jeunes marginalisés, il est important de trouver un moyen de créer des liens entre l'équipe mobile et les services de soins généraux.

Services de santé dans les écoles

L'école constitue un cadre propice pour fournir un enseignement et des services de santé aux jeunes. De 1991 à 1996, le nombre d'enfants inscrits à l'école primaire aurait augmenté d'environ 50 millions. La hausse aurait été plus rapide chez les filles. Les effectifs de l'enseignement secondaire sont également en augmentation.

En Côte d'Ivoire, le taux net de scolarisation au cycle primaire est de 72,90 % et de 36,5 % au secondaire selon le rapport de la Direction des Ecoles, Lycées et Collèges

Les écoles sont des lieux idéaux pour déceler ou traiter toute une série de maladies courantes, pour délivrer des vaccins tels que le vaccin antitétanique de rappel et pour fournir un enseignement en matière de santé et d'hygiène. Pourtant, ces mesures sont rarement mises en œuvre. Les écoles manquent de ressources et les enseignants n'ont ni la formation, ni l'équipement nécessaire, pour dispenser un enseignement en matière de santé en plus de leur charge de travail habituelle. Une formation efficace destinée à renforcer la motivation et les compétences du personnel ainsi qu'une aide extérieure pour les cours d'éducation sexuelle pourraient permettre d'inverser la tendance. Certains programmes forment avec succès les jeunes à devenir pairs éducateurs dans les écoles. Comme pour le travail de terrain, il est important de mettre en contact les services de santé dans les écoles et les services de santé locaux afin que les élèves qui requièrent un suivi médical puissent le recevoir et que les efforts soient optimisés. Il est également important de faire en sorte que les services fournis à l'école bénéficient du soutien de la communauté. De nombreux chefs d'établissements scolaires craignent de s'exposer aux critiques en délivrant des services aux jeunes. Des efforts doivent être accomplis au sein des écoles et des communautés pour que de telles actions soient acceptées. Les parents apprécient bien évidemment que d'autres adultes responsables parlent à leurs enfants de sujets sensibles car ils se sentent généralement incapables de le faire à la maison.

Services de santé sur les lieux de travail

Les employeurs et les syndicats ont tout intérêt à accepter des services permettant de préserver la santé de la main d'œuvre. Par ailleurs, une grande partie des employés travaillant dans les ateliers et dans les usines sont des adolescents. En Côte d'Ivoire, une éducation par les pairs sur le VIH/SIDA a été délivrée sur les lieux de travail. Dans d'autres pays, les ministères du Travail proposent des programmes hors des établissements de soins dans les pensions ainsi que des sessions de sensibilisation dans les usines afin de répondre aux besoins d'enseignement des jeunes femmes qui y travaillent en matière de santé de la reproduction. Les ministères organisent également un cours de compétences générales destiné au grand nombre d'ouvrières. **Ces actions sont aussi menées en Côte d'Ivoire surtout dans le domaine de la lutte contre le VIH.**



D-20



Programme d'Orientation sur la Santé des Adolescents destiné aux Prestataires de Soins de santé

Annexe 1

Contrôles des connaissances

Session 1 : ACTIVITE 1-2

D-22



CONTRÔLE DES CONNAISSANCES 1

Les structures médicales doivent établir un contact avec les adolescents et être adaptées aux adolescents parce que...

notez votre réponse dans les cases ci-dessous

..les adolescents ignorent souvent les problèmes de santé qui les menacent

CONTRÔLE DES CONNAISSANCES 2

En général, les adolescents fréquentent peu les services de santé existants parce que...

cochez les trois réponses que vous jugez les plus importantes

...ils préfèrent parler à leurs amis qu'à des membres du personnel médical

- ...ils ne savent pas où aller
- ...ils ne veulent pas attirer l'attention sur eux
- ...ils n'aiment pas la façon dont le personnel médical les traite
- ...ils veulent dépenser leur argent autrement
- ...ils ne reconnaissent pas les maladies
- ...ils ne sont pas intéressés
- ...ils n'aiment pas attendre ou remplir des formulaires
- ...ils pensent que le personnel va prévenir leurs parents

D-23

CONTRÔLE DES CONNAISSANCES 3

Quelles sont les principales caractéristiques des services de santé adaptés aux adolescents ?

notez votre réponse dans les cases ci-dessous

Membres du personnel attentifs et compétents

CONTRÔLE DES CONNAISSANCES 4

D'après vous, dans quelle mesure l'établissement de santé dans lequel vous travaillez est-il adapté aux adolescents ?

faites une croix à l'endroit correspondant

pas du tout

un peu

très

--	--	--



Polycopié du

Module J

Prévention de la grossesse
chez les
Adolescent(e)s

Ce manuel présente des informations de base visant à compléter les données du module J intitulé. *Prévention de la grossesse chez les adolescentes*. L'animateur peut se référer au texte de ce manuel durant les sessions et il vous sera peut être demandé de lire certains extraits.

CE MANUEL ABORDE LES THÈMES SUIVANTS :

1. Pourquoi les adolescentes ont-elles besoin de méthodes préventives ? J-5
2. Informer et sensibiliser les adolescentes en matière de sexualité et de contraception J-6
3. Fournir des services de contraception aux adolescentes J-7
4. Références bibliographiques J-15

Annexe 1. Contrôle des connaissances. Session 1 – Activité 1-2 J-17

Annexe 2. Jeux de rôles. Session 6 – Activité 6-2 J-21

POURQUOI LES ADOLESCENTES ONT-ELLES BESOIN DE MÉTHODES PRÉVENTIVES ?

Utilisation de contraceptifs chez les adolescentes

Pour des millions de personnes dans le monde, l'activité sexuelle démarre à l'adolescence, souvent en l'absence de connaissances appropriées sur la sexualité et d'utilisation de contraceptifs modernes ou de protection contre les IST, y compris l'infection à VIH. Par exemple, les données issues d'enquêtes démographiques et sanitaires réalisées en Afrique subsaharienne révèlent que, dans plusieurs pays, 80 % des femmes ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 20 ans (1). Si ces femmes connaissent parfois une ou plusieurs méthodes contraceptives, dans beaucoup de pays d'Afrique subsaharienne, moins de 30 % des femmes sexuellement actives en ont déjà utilisé une (1).

Parmi les adolescentes non mariées¹, peu utilisent un moyen de contraception lors de leur première expérience sexuelle. Ainsi, en Equateur, seulement 4 % des femmes sexuellement actives âgées de 15 à 24 ans ont déclaré avoir utilisé des contraceptifs ; ce chiffre n'est que de 6 % en Ouganda. Dans les pays en développement, à quelques exceptions près, telle que l'Amérique latine, peu de femmes utilisent un moyen de contraception entre le mariage et la première grossesse. La plupart des femmes qui se marient jeune ont au moins un enfant avant l'âge de 20 ans (1). Les jeunes sexuellement actives ont plus rarement recours à la contraception que les adultes, même lorsqu'elles sont mariées. Les adolescentes non mariées, qui rencontrent des obstacles supplémentaires pour obtenir des contraceptifs, ont encore moins souvent recours à la contraception que les adolescentes mariées.

Des études menées aux Etats-Unis suggèrent qu'il y a généralement un délai moyen d'un an entre la première expérience sexuelle et la première utilisation de contraceptifs modernes (1). Ainsi, l'activité sexuelle avant le mariage se solde souvent par une grossesse non prévue. A Mexico, près des deux tiers des femmes âgées de 18 à 19 ans avec une expérience sexuelle avant le mariage déclarent avoir été enceintes au moins une fois. Au Zimbabwe, 46 % des femmes âgées de 11 à 19 ans qui ont été sexuellement actives avant le mariage sont tombées enceintes (1). De nombreuses grossesses non prévues se produisent durant l'année qui suit le premier rapport sexuel.

Qu'elles soient mariées ou non, les adolescentes peuvent subir des conséquences physiques, psychologiques et sociales parfois graves liées à des relations sexuelles non protégées. Ces conséquences comprennent la grossesse et l'accouchement précoces et non désirés, l'avortement à risque et les IST, dont le VIH/SIDA.

Ces événements peuvent également réduire les perspectives d'éducation et d'emploi, et affecter le développement social et culturel, surtout chez les adolescentes (2).

Cas particulier de la Côte d'Ivoire

En Côte d'Ivoire, les rapports sexuels sont précoces. En effet, 19 % des femmes de 25-49 ans et 12 % des hommes de la même tranche d'âge ont déclaré avoir eu leurs premiers rapports sexuels avant d'atteindre l'âge exact de 15 ans

En ci les femmes en union utilisant la contraception moderne est de 11,9% chez les 15 a 19ans et de 16,4% chez les 20 à 24 ans

Selon les bilans annuels des services de santé scolaire et universitaire, la grossesse précoce est de plus en plus fréquente (2288 cas en 2008 contre 2819 cas en 2012). Pour l'année scolaire 2012-2013 en cours 377 cas ont été rapportés avec 82 cas pour les DREN de Bouaké et 14 cas au niveau du Primaire à Bongouanou.

Selon les données statistiques 2012 du MENET, 110 cas de grossesses, au primaire (4 au CE2, 16 au CM1 et 90 au CM2) ont été enregistrés dans la DRENET de Bondoukou, 117 dans la DRENET de Yamoussoukro dont 20 au primaire et 97 au secondaire.

Le taux de fécondité des adolescents (15-19 ans) est de 129 naissances pour 1000 adolescentes ; traduisant ainsi une fécondité précoce élevée.

Trois adolescentes (15-19 ans) sur dix (30 %) ont déjà commencé leur vie féconde : 23 % ont déjà eu au moins un enfant et 7 % sont enceintes pour la première fois

Les adolescents qui constituent au moins le cinquième des femmes en âge de procréer contribue pour près de 13% à la fécondité totale des femmes (3).

Obstacles à l'utilisation des contraceptifs chez les adolescentes

L'ensemble des adolescentes, et plus particulièrement celles qui ne sont pas mariées, ont souvent du mal à obtenir les contraceptifs dont elles ont besoin. Les principales raisons que les adolescentes d'horizons divers évoquent pour justifier l'absence d'utilisation de méthodes contraceptives malgré une activité sexuelle sont (4) :

- le caractère inattendu et non planifié de l'activité sexuelle
- le manque d'informations et de connaissances sur les contraceptifs et sur les endroits où se les procurer,
- l'insuffisance de l'offre de services de Planification Familiale (En Côte d'Ivoire, les besoins non satisfaits pour les adolescentes de 20 à 24 ans sont estimés à 33%) (3).
- la gêne et la crainte du non respect de la confidentialité
- la peur des procédures médicales
- la peur d'être jugées et de se heurter à l'opposition des prestataires
- l'incapacité de payer les services et le transport
- le déplacement (réfugiées ou victimes d'un conflit politique)
- la peur d'une réaction violente de la part du partenaire ou des parents
- la pression pour avoir des enfants.

Beaucoup peut et doit être fait pour surmonter, entre autres, ces obstacles. Dans de nombreuses régions du monde, la législation et les mesures politiques interdisent la fourniture aux adolescents d'informations et de services en matière de contraception. Des normes sociétales restrictives s'ajoutent à cette interdiction et limitent aussi bien leur fourniture aux adolescents que leur utilisation par ces derniers.

Œuvrer dans le but de réformer ces lois et ces politiques restrictives et surmonter la résistance sociétale va permettre d'améliorer la disponibilité et l'accessibilité des services de contraception aux adolescentes.

Dans de nombreux pays, les adolescents sont mal informés sur la sexualité, notamment sur la contraception.

En plus est, les prestataires de soins de santé ignorent souvent les besoins spécifiques des adolescentes et les services de contraception ne sont pas prévus pour répondre à ces besoins. Il existe un besoin urgent de fournir aux adolescents les informations qu'ils demandent. Parallèlement, il faut concentrer les efforts afin de permettre aux prestataires de soins de santé de comprendre et de répondre aux besoins spécifiques des adolescents et d'adapter les services de santé à ces besoins et à ces préférences. Outre les aspects biomédicaux, il est important que les prestataires de soins de santé aient connaissance des questions sociales plus générales, tel que l'inégalité entre les sexes qui affecte la possibilité, pour les adolescents, d'accéder et d'utiliser des services de contraception. Des éléments plus généraux (tels que les normes en matière de genre et la violence) influent souvent sur la possibilité, pour les adolescents, d'accéder et d'utiliser efficacement ces services. De plus, la violence, qu'elle ait lieu dans le cadre du

foyer ou d'un conflit politique, peut affecter démesurément la possibilité, pour les femmes, d'accéder et d'utiliser des services de contraception. En plus de son rôle de prestataires de services, le personnel médical devrait, lorsqu'il le peut, contribuer, en tant qu'acteur du changement, aux initiatives à mettre en œuvre au niveau communautaire et sociétal afin de résoudre ces problèmes. Ces initiatives vont permettre d'éviter les conséquences d'une activité sexuelle prématurée et non protégée dans ce large groupe de population.

2. INFORMER ET SENSIBILISER LES ADOLESCENTS EN MATIÈRE DE SEXUALITÉ ET DE CONTRACEPTION

Depuis des décennies, l'éducation des adolescents à la sexualité et à la santé de la reproduction a été un sujet controversé dans les pays développés, comme dans ceux en développement, sous prétexte que cela entraînerait une activité sexuelle plus précoce ou plus importante chez les adolescents non mariés.

Cependant, des études effectuées dans le monde entier concernant l'impact des programmes d'éducation sexuelle sur les connaissances et le comportement des adolescentes ne confirment en rien cette affirmation (5).

Les effets observés, le cas échéant, révèlent presque sans exception un recul de l'âge du premier rapport sexuel et/ou une utilisation plus efficace de la contraception. Selon ces enquêtes, le fait de ne pas fournir aux adolescentes des informations appropriées, au moment où ils en ont besoin, réduit les chances de limiter l'incidence des grossesses non désirées, des IST et de toutes les conséquences négatives que cela implique (4).

Les campagnes de sensibilisation à la santé sexuelle et de la reproduction doivent adapter leurs messages aux besoins des adolescents qui n'ont pas encore eu de rapports sexuels et de ceux qui sont sexuellement actifs. Des programmes scolaires d'éducation sexuelle doivent être proposés dès le début de l'adolescence, car certains adolescents ont leurs premiers rapports sexuels à cette période (5).

En Côte d'Ivoire particulièrement des modules de formation en santé de la reproduction ont été introduits dans les curricula de formation au niveau du Ministère de l'Education Nationale et de l'Enseignement Technique. C'est le cas du module relatif à l'Education au Droits Humains et à la Citoyenneté (EDHC).

Des recherches sur la santé sexuelle et de la reproduction des jeunes démontrent clairement que l'information et la sensibilisation ne permettent pas toujours, à elles seules, d'entraîner des changements de comportement. Renforcer les connaissances et la compréhension ne constitue qu'une première étape dans la prévention des grossesses non désirées, des IST et du VIH. Par ailleurs, les adolescents doivent savoir où se procurer les services et pouvoir les utiliser sans difficulté. Cet aspect fondamental est dans la suite de ce module.

3. FOURNIR DES SERVICES DE CONTRACEPTION AUX ADOLESCENTS

Double protection des méthodes contraceptives disponibles

Certains adolescents peuvent avoir des relations sexuelles passagères et plusieurs partenaires, ce qui les expose à un risque élevé d'IST et d'infection à VIH. Les adolescentes sexuellement actives doivent savoir qu'il est aussi important de prévenir une grossesse que de se protéger contre les IST et l'infection à VIH. A condition de les utiliser correctement et régulièrement, les préservatifs masculins constituent la méthode de prévention des IST, et du VIH/SIDA la plus efficace ; ils peuvent aussi s'avérer très efficaces

pour prévenir les grossesses. La double protection est une autre approche qui permet de prévenir à la fois la grossesse et les IST. Elle consiste à utiliser des préservatifs en association avec une autre méthode qui présente des taux d'échec plus importants, telle que les contraceptifs oraux combinés ou injectables.

Le Tableau 1 suivant évalue l'efficacité des méthodes contraceptives disponibles en matière de prévention de la grossesse et de protection contre les IST, y compris l'infection à VIH (6).

Éligibilité médicale aux méthodes contraceptives disponibles

Pour l'OMS, garantir l'accès des adolescents et des jeunes du monde entier à des services de santé de la reproduction et de planification familiale sûrs et de qualité constitue une priorité absolue. La publication intitulée *Improving access to quality care in family planning: Medical eligibility criteria for contraceptive use* (7), fournit les recommandations d'un groupe de travail composé d'experts scientifiques visant à garantir une utilisation appropriée des contraceptifs, quelles que soient les conditions médicales. Elle propose des informations essentielles pour fournir, en toute sécurité, des contraceptifs aux adolescents, tout en faisant en sorte que l'accès à la contraception ne leur soit pas refusé en raison de contre-indications non fondées.

Le Tableau 2 ci-dessous propose un bref rappel des considérations médicales et des aspects liés aux services et aux conseils pour les adolescents. Ce tableau aborde les points les plus importants à prendre en compte lors de la fourniture des méthodes contraceptives aux adolescents. Pour une discussion plus approfondie sur les critères d'éligibilité médicale, reportez-vous au document intitulé *Improving access to quality care in family planning: Medical eligibility criteria for contraceptive use*. Pour de plus amples informations sur les méthodes, telles que le mécanisme d'action, l'utilisation correcte, la prise en charge des problèmes et des effets secondaires, ainsi que les avantages de la contraception, reportez-vous au document intitulé : *The essentials of contraceptive technology: A handbook for clinic staff* (8).

Les adolescents en bonne santé sont médicalement éligibles à l'utilisation de toutes les méthodes de contraception actuellement disponibles. L'âge ne constitue pas un motif médical suffisant pour interdire la fourniture d'une méthode contraceptive aux adolescentes. Cependant, l'âge est un facteur social important à prendre en compte lorsque des méthodes contraceptives irréversibles sont envisagées, telle que la stérilisation masculine ou féminine. Il existe également certaines craintes concernant l'utilisation d'autres méthodes par les adolescentes (par exemple, les pilules progestatives pures), mais l'avantage de pouvoir prévenir une grossesse doit permettre de contrebalancer ces préoccupations. Un grand nombre de critères d'éligibilité à la méthode utilisée pour les patientes plus âgées s'appliquent aussi aux jeunes.

Certains troubles (système circulatoire notamment), qui peuvent limiter l'utilisation de certaines méthodes chez les femmes plus âgées, ne concernent généralement pas les jeunes, car ces pathologies sont rares dans ce groupe d'âge.

1 La double protection n'est aujourd'hui possible qu'avec les préservatifs. Il est prouvé que les préservatifs masculins sont beaucoup plus efficaces en matière de prévention des IST et du VIH que les préservatifs féminins.

2 Les spermicides contenant du nonoxonyl-2 ne semblent pas protéger contre la chlamydie ou la gonorrhée.

TABLEAU 1**Double protection des méthodes contraceptives disponibles**

Méthode	Efficacité contre la grossesse		Protection contre les IST/VIH	Commentaires
	Utilisation courante et régulière	Utilisation correcte		
Abstinence et activité sexuelle sans pénétration	Inefficace	Très efficace	Protège contre les IST/VIH	Méthode la plus efficace en matière de double protection ne garantit une double protection que dans le cadre d'une utilisation correcte et régulière.
Préservatif1	Plutôt efficace	Efficace	Protège contre les IST/VIH	Ne garantit une double protection que dans le cadre d'une utilisation correcte et régulière.
Condom féminin	Plutôt efficace	Efficace	Protège contre les IST/VIH, malgré des données limitées	Ne garantit une double protection que dans le cadre d'une utilisation correcte et régulière.
Spermicide	Plutôt efficace	Efficace	Peut assurer une protection contre la gonorrhée et la chlamydie, Aucune protection contre le VIH	N'assure qu'une double protection limitée dans le cadre d'une utilisation correcte et régulière. À ne pas utiliser seul. À utiliser modérément (peut causer des lésions génitales).
Diaphragme avec spermicide	Plutôt efficace	Efficace	Peut assurer une protection contre la gonorrhée et la chlamydie, Aucune protection contre le VIH	On ignore dans quelle mesure le diaphragme, en association avec un spermicide protège contre les IST. N'assure qu'une double protection limitée dans le cadre d'une utilisation correcte et régulière. Le spermicide doit être

				utilisé avec modération (peut causer des lésions génitales).
Contraceptifs oraux combinés(COC)	Efficace	Très efficace	Ne protège pas	Ne prévient que la grossesse dans le cadre d'une utilisation correcte et régulière. En cas de risque d'IST/VIH, préférer les préservatifs ou utiliser des préservatifs en association avec cette méthode.
Pilules progestatives pures(PPP)	Très efficace (en période d'allaitement)		Ne protège pas	
Hormones à action prolongée : Contraceptifs injectables ou implants	Très efficace		Ne protège pas	En cas de risque d'IST/VIH, préférer les préservatifs ou utiliser des préservatifs en association avec cette méthode.
Dispositif intra-utérin (DIU) en cuivre	Très efficace		Ne protège pas L'insertion d'un DIU chez une femme atteinte d'une IST accroît le risque de Maladies Inflammatoires Pelviennes (MIP)	L'utilisation d'un DIU chez les femmes exposées aux IST/VIH est généralement déconseillée (sauf en l'absence de méthodes plus appropriées). Si une femme qui utilise un DIU s'expose à un risque d'IST/VIH, il est conseillé de préférer les préservatifs ou d'utiliser des préservatifs en association avec cette méthode.
Méthodes naturelles de planification familiale	Plutôt efficace	Efficace	Ne protège pas	Ne prévient que la grossesse dans le cadre d'une utilisation correcte et régulière. En cas de risque d'IST/VIH, il est recommandé de préférer les préservatifs ou d'utiliser des préservatifs en
Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) au cours des six mois suivant l'accouchement	Efficace	Très efficace	Ne protège pas	

				association avec cette méthode.
Coït interrompu	Plutôt efficace	Efficace	Ne protège pas	En cas de risque d'IST/VIH, il est recommandé d'utiliser des préservatifs en association avec cette méthode.
Stérilisation masculine et féminine	Très efficace		Ne protège pas	

TABLEAU 2

Considérations médicales et aspects liés aux services et aux conseils pour les adolescentes

Méthode	Double protection	Restriction d'âge	Disponibilité/accessibilité	Effets secondaires	Autres conseils importants pour les adolescentes	commentaires
Abstinence et activité sexuelle sans pénétration	Oui	Pas de restriction d'âge	Disponible à tout moment et à tous	Aucun	Peut être utilisé même par ceux qui ont déjà eu des rapports sexuels. Pour prévenir une grossesse, éviter les rapports vaginaux. Pour prévenir les IST/VIH, éviter aussi les rapports anaux et oraux. Exemples d'activités sexuelles sûres : se tenir la main, étreinte, massage, baisers, masturbation mutuelle. Insister sur la nécessité d'utiliser des préservatifs ou une autre méthode en cas de rapports sexuels avec pénétration	Méthode la plus efficace en matière de double protection. Nécessite une forte motivation et un grand contrôle de soi. Des conseils peuvent permettre de faire face à un manque de motivation et à la pression des pairs
Préservatif	Oui	Pas de restriction d'âge	Facilement disponible dans la plupart des endroits	Généralement pas d'effets secondaires (irritation locale possible)	Expliquer et montrer le mode d'emploi. Nécessite une communication/négociation entre partenaires. Nécessite d'avoir des fournitures chez soi (la peur que d'autres tombent dessus peut être un problème)	Méthode importante car elle garantit une double protection
Condom féminin	(données limitées)	Pas de restriction	Disponibilité limitée à de	Généralement pas d'effets	Expliquer et montrer le	Méthode importante car

		d'âge	nombreux endroits. Le coût élevé peut constituer un obstacle	secondaires (irritation locale possible)	mode d'emploi. L'utilisation peut être contrôlée par la femme. Nécessite d'avoir des fournitures chez soi (la peur que d'autres tombent dessus peut être un problème)	elle garantit une double protection
Spermicides	Oui (protège contre certaines IST, pas contre le VIH)	Pas de restriction d'âge	Facilement disponible à de nombreux endroits	Généralement pas d'effets secondaires (irritation locale possible)	Expliquer et montrer le mode d'emploi. Recommander l'utilisation concomitante d'un préservatif ou d'un diaphragme Nécessite d'avoir des fournitures chez soi (la peur que d'autres tombent dessus peut être un problème)	Il est déconseillé d'utiliser exclusivement cette méthode. A utiliser modérément (lésions génitales possibles)
Diaphragme avec spermicide	Oui (protège contre certaines IST, pas contre le VIH)	Pas de restriction d'âge	Nécessite une consultation clinique pour l'insertion. Disponibilité limitée à de nombreux endroits	Généralement pas d'effets secondaires (irritation locale possible)	Expliquer et montrer le mode d'emploi. Nécessite d'avoir des fournitures chez soi (la peur que d'autres tombent dessus peut être un problème)	On ignore le degré de protection exact du diaphragme utilisé en association avec un spermicide contre les IST

TABLEAU 2						
Considérations médicales et aspects liés aux services et aux conseils pour les adolescentes						
Méthode	Double protection	Restriction d'âge	Disponibilité/accessibilité	Effets secondaires	Autres conseils importants pour les adolescentes	commentaires
Contraceptifs oraux combinés (COC) minidosés	Non	Pas de restriction d'âge	Nécessite une consultation clinique à de nombreux endroits. Distribution communautaire possible	Nausées et céphalées possibles	Expliquer et montrer le mode d'emploi. Recommander aussi l'utilisation d'un préservatif en cas de risque d'IST/VIH. Nécessite une prise quotidienne. Nécessite d'avoir des fournitures chez soi (la peur que d'autres tombent dessus peut être un problème)	Méthode très répandue chez les adolescentes, même s'il peut être difficile de l'utiliser correctement et régulièrement
Pilules progestatives pures (PPP)	Non	Pas de restriction d'âge	Nécessite une consultation clinique à de nombreux endroits. Distribution communautaire possible	Moins d'effets secondaires que les COC ou les hormones à action prolongée (contraceptifs injectables et implants)	Expliquer et montrer le mode d'emploi. Recommander aussi l'utilisation d'un préservatif en cas de risque d'IST/VIH. Nécessite une prise quotidienne. Nécessite d'avoir des fournitures chez soi (la peur que d'autres tombent dessus peut être un problème)	Posologie plus contraignante que les COC. Méthode conseillée pour les femmes qui allaitent toujours six semaines après l'accouchement
Pilules contraceptives d'urgence (PPP ou COC)	Non	Pas de restriction d'âge	Nécessite une consultation clinique à de nombreux endroits. Peut être disponible en vente libre et par le biais d'une distribution communautaire	Nausées et vomissements possibles (beaucoup moins probables qu'avec les PPP)	Méthode non destinée à un usage répété. Proposer une méthode régulière	Méthode importante en cas de rapport non prévu ou non protégé
Contraceptifs injectables : acétate de médroxyprogestérone retard (AMPR) et énanthate de noréthystérone (NET-EN)	Non	Méthode déconseillée aux moins de 18 ans en raison d'un trouble possible du développement osseux	Nécessite une consultation clinique tous les 2 ou 3 mois. Distribution communautaire possible	Saignements irréguliers, aménorrhée ou prise de poids possibles	Recommander aussi l'utilisation d'un préservatif en cas de risque d'IST/VIH. Retarde souvent le retour de la fécondité. Ne nécessite pas de prise quotidienne. Ne	Solution possible pour les femmes désirant une méthode hormonale sans prise quotidienne. L'apparition d'effets secondaires constitue la raison principale d'une interruption qui doit être, le cas échéant,

					nécessite pas d'avoir des fournitures chez soi (peut rester secret)	progressive
--	--	--	--	--	---	-------------

TABLEAU 2						
Considérations médicales et aspects liés aux services et aux conseils pour les adolescentes						
Méthode	Double protection	Restriction d'âge	Disponibilité/accessibilité	Effets secondaires	Autres conseils importants pour les adolescentes	commentaires
Contraceptifs injectables combinés Cyclofem et Mesigyna	Non	Pas de restriction	Nécessite une consultation clinique mensuelle Distribution communautaire possible	Nausées ou céphalées possibles	Recommander aussi l'utilisation d'un préservatif en cas de risque d'IST/VIH. Ne nécessite pas de prise quotidienne. Ne nécessite pas d'avoir des fournitures chez soi (peut rester secret)	Solution possible pour les femmes désirant une méthode hormonale sans prise quotidienne
Implants Norplant	Non	Pas de restriction	Nécessite une consultation clinique pour l'insertion et le retrait	Saignements irréguliers ou aménorrhées possibles Prise de poids parfois	Recommander aussi l'utilisation d'un préservatif en cas de risque d'IST/VIH. Pas de délai de retour de la fécondité. Ne nécessite pas de prise quotidienne. Ne nécessite pas d'avoir des fournitures chez soi (peut rester secret)	Solution possible pour les femmes désirant une méthode hormonale sans prise quotidienne ou mensuelle
Dispositif intra-utérin (DIU) en cuivre	Non	Méthode déconseillée aux moins de 20 ans en raison d'un grand risque d'expulsion chez les plus jeunes femmes nullipares	Nécessite une consultation clinique pour l'insertion et le retrait	Saignements excessifs ou douleurs pendant les règles possibles pendant les 3 premiers mois	Recommander aussi l'utilisation d'un préservatif en cas de risque d'IST/VIH. Pas de délai de retour de la fécondité. Ne nécessite pas de prise quotidienne. Ne nécessite pas d'avoir des fournitures chez soi (peut rester secret)	Méthode déconseillée aux personnes à risque d'IST/VIH (qui ont plus d'un partenaire sexuel ou dont le partenaire peut avoir plusieurs partenaires). Les femmes nullipares peuvent présenter un risque accru d'expulsion
Méthodes naturelles de planification	Non	Pas de restriction d'âge	Disponible à tout moment, à tous	Pas d'effets secondaires	Expliquer et montrer le mode d'emploi.	Il est important que les adolescentes connaissent

familiale					Recommander aussi l'utilisation d'un préservatif en cas de risque d'IST/VIH. Suppose une communication/négociation entre partenaires	leurs périodes de fécondation. Peut être moins efficace chez les plus jeunes dont les cycles menstruels sont irréguliers. Méthodes pouvant être compliquées pour les couples qui ont des rapports sexuels peu fréquents
-----------	--	--	--	--	--	---

TABLEAU 2						
Considérations médicales et aspects liés aux services et aux conseils pour les adolescentes						
Méthode	Double protection	Restriction d'âge	Disponibilité/accessibilité	Effets secondaires	Autres conseils importants pour les adolescents	commentaires
Aménorrhée lactationnelle	Non	Pas de restriction d'âge	Méthode pouvant être utilisée au cours des six mois suivant l'accouchement, uniquement en cas d'allaitement et d'aménorrhée	Pas d'effets secondaires	Expliquer et montrer le mode d'emploi. Recommander aussi l'utilisation d'un préservatif en cas de risque d'IST/VIH	Méthode importante pour les femmes enceintes
Coït interrompu	Non	Pas de restriction d'âge	Disponible à tout moment, à tous	Pas d'effets secondaires	Expliquer et montrer le mode d'emploi. Suppose une communication/négociation entre partenaires	Méthode importante à proposer car elle est souvent la seule disponibles à de nombreux endroits
Stérilisation féminine et masculine	Non	Pas de restriction d'âge. L'âge de la stérilisation est un facteur de risque de regret pour les femmes comme pour les hommes	Consultation clinique nécessaire pour pratiquer l'intervention	Minimum d'effets secondaires, infection locale possible	Recommander aussi l'utilisation d'un préservatif en cas de risque d'IST/VIH. Méthode permanente. Ne nécessite pas de prise quotidienne. Ne nécessite pas d'avoir des fournitures chez soi (peut rester secret)	A n'envisager que dans des situations particulières et après s'être bien renseigné

Conseils en matière de sexualité

L'adolescence est une période au cours de laquelle les individus testent parfois les limites que leur imposent les adultes, expérimentent de nouveaux comportements et sont tourmentés par les problèmes d'indépendance, d'acceptation de soi et de pression des pairs. Ainsi, pour conseiller des adolescents, il est nécessaire d'instaurer un environnement fondé sur les principes suivants :

- soutien,
- absence de jugements et
- respect de la confidentialité,

Ces trois points sont nécessaires lorsqu'il s'agit de conseiller les adolescents.

Les prestataires de soins de santé et les autres prestataires peuvent bénéficier de formations spéciales en matière de sexualité et de conseils qui leur permettront de répondre aux besoins, aux inquiétudes et aux problèmes des adolescentes.

Établir un bon contact avec les adolescents est important, tout comme l'utilisation d'un langage qu'ils peuvent comprendre et qui les mette à l'aise. Les adolescents, qui sont inexpérimentés et parfois gênés, peuvent hésiter à exprimer leurs besoins. Les prestataires doivent être patients et leur consacrer autant de temps que nécessaire.

Les adolescents ont parfois des besoins spécifiques d'informations, comme le désir de comprendre les changements que subit leur corps lorsqu'ils mûrissent, de savoir s'ils sont « normaux » ou pas, ainsi que d'autres informations concernant la sexualité et la fonction sexuelle. Les prestataires de services qui sont mal à l'aise pour parler de ces questions avec les adolescents doivent les orienter vers d'autres personnes plus aptes à le faire. Les parents doivent aussi être encouragés à communiquer avec leur enfant/adolescent sur la sexualité ; ils doivent pour cela recevoir un soutien approprié.

Les conseils doivent permettre d'inculquer un comportement sexuel responsable et s'adresser aux hommes aussi bien qu'aux femmes. Les adolescents de sexe masculin doivent être encouragés à partager la responsabilité de la contraception et de la prévention des IST et du VIH avec leurs partenaires féminines.

Conseils pour choisir une méthode contraceptive

Si les adolescents ont la possibilité de choisir parmi toutes les méthodes contraceptives qui leur sont proposées, certaines méthodes peuvent leur être plus appropriées pour différentes raisons sociales et comportementales. Une grande partie des besoins et des problèmes qui affectent le choix des adolescents en matière de méthode contraceptive sont identiques à ceux des adultes. Par exemple, l'utilisation d'une méthode qui ne requiert pas de prise quotidienne, comme c'est le cas pour la pilule contraceptive, peut être un choix plus approprié pour certains.

Lorsqu'ils aident les adolescents à choisir une méthode, les prestataires de soins santé doivent leur fournir des informations sur les différentes options en leur présentant les avantages et les inconvénients. Ainsi, ils peuvent aider leurs patients adolescents à choisir de façon avisée et délibérée la méthode qui répond le mieux à leurs besoins et à leur situation (en tenant compte de l'éligibilité ainsi que de l'aspect pratique et légal. Les informations fournies doivent traiter des points suivants :

- efficacité de la méthode
- information sur la protection contre les IST, y compris l'infection à VIH
- effets secondaires fréquemment associés à la méthode
- risques et bénéfices éventuels de la méthode sur la santé
- informations sur le retour de la fécondité après l'interruption de la méthode
- lieux où il est possible de se procurer la méthode et coûts.

Une fois la méthode choisie, il est également important d'expliquer son mode d'utilisation et de préciser les éléments à surveiller, tels que les signes et les symptômes qui nécessitent une consultation.

Une sensibilisation et des conseils appropriés lors du choix de la méthode peuvent permettre aux adolescents de résoudre leurs problèmes spécifiques et de prendre des décisions avisées et délibérées.

Par ailleurs, le fait d'accroître l'offre de méthodes peut permettre aux adolescentes d'en être plus satisfaites, de mieux les accepter et de renforcer la prévalence de la contraception.

Considérations particulières

Adolescentes mariées

Il est important de ne pas oublier que de nombreuses adolescentes qui recherchent des services de contraception sont mariées. Si leurs besoins de contraception sont identiques à ceux des adultes mariées, elles peuvent avoir d'autres besoins particuliers en matière d'information.

En termes de conseils, les adolescentes mariées sont parfois particulièrement préoccupées par le retour de la fécondité après l'arrêt de la méthode. Celles qui souhaitent un retour rapide de la fécondité peuvent préférer éviter les contraceptifs injectables, tel que l'acétate de médroxyprogestérone retard (AMPR), qui peuvent retarder le retour de la fécondité. Les jeunes femmes mariées peuvent, dans certains cas, subir une pression pour avoir des enfants et peuvent dans ce cas préférer que leur mari et leur belle-famille ne sachent pas qu'elles utilisent un contraceptif. Sciemment ou non, elles sont peut-être exposées, dans le cadre de leur relation, à un risque d'IST, y compris le VIH/SIDA. C'est un point important, quoique souvent délicat, qui doit être abordé avec tact.

Adolescentes non mariées

Les adolescentes non mariées ont moins souvent recours aux services de contraception dans les établissements de santé à cause de la gêne associée au besoin ou à la recherche de services de santé de la reproduction et parce qu'elles ont peur que le personnel soit hostile ou les juge, ou que leurs parents apprennent qu'elles ont consulté. Les adolescentes ont besoin de se sentir respectées ; elles doivent être sûres que leurs besoins sont pris au sérieux et qu'elles sont en droit d'utiliser une contraception si elles le souhaitent.

Il est important de mentionner aux adolescentes non mariées qui recherchent des services de contraception des solutions telles que l'abstinence ou l'activité sexuelle sans pénétration, même à celles qui ont déjà eu des rapports sexuels. Avec de l'aide, certaines personnes peuvent reculer l'âge de leurs premiers rapports sexuels et être ainsi mieux préparées à faire face aux implications sociales, psychologiques et physiques.

Cela nécessite un engagement, une forte motivation et un grand contrôle de soi. Les adolescentes ont besoin de soutien et d'encouragements pour s'abstenir de toute activité sexuelle et/ou retarder le moment du premier ou du prochain rapport.

Pour les adolescentes non mariées qui souhaitent avoir des rapports sexuels, les préservatifs, ou les préservatifs en association avec une autre méthode, restent la meilleure solution. L'activité sexuelle des adolescentes ayant plusieurs partenaires est parfois irrégulière et imprévue. Dans ce cas, les préservatifs, facilement disponibles et utilisables dès que nécessaire, constituent une bonne solution. Les adolescentes, surtout celles qui ont une relation exclusive, peuvent également souhaiter utiliser d'autres méthodes plus durables. Les prestataires de services de contraception doivent soutenir cette décision. Le risque d'IST, y compris le VIH/SIDA, doit également être communiqué à ces adolescentes. Certaines d'entre elles peuvent, sans le savoir, être exposées à un risque d'IST et d'infection à VIH si leur partenaire a d'autres partenaires sexuels.

Adolescentes ayant eu des rapports sexuels forcés

Lors de la conception et de la prestation des services, il est essentiel de supposer que les patientes ont des relations sexuelles consentantes. Les adolescentes qui ont été victimes de rapports sexuels forcés et d'atteintes sexuelles nécessitent une prise en charge et un soutien spécifiques. La contraception d'urgence fait partie d'un ensemble de services qui devraient être offerts dans ce genre de situation. Les prestataires de soins de santé doivent être sensibilisés à ces problèmes. Ils doivent également être bien informés sur la façon d'accéder aux services sanitaires et sociaux dont ont besoin ces adolescentes.

RESUME

- Dans de nombreuses régions du monde, les adolescentes commencent leur vie sexuelle et de la reproduction en étant mal préparées à protéger et à préserver leur santé sexuelle et de la reproduction.
- Pour toutes les adolescentes, en particulier celles qui sont sexuellement actives hors mariage, l'accès à des informations et à des services appropriés ainsi que la garantie de la confidentialité sont des éléments particulièrement importants.
- Afin de garantir l'utilisation de contraceptifs chez les adolescentes sexuellement actives, des informations et des services en matière de contraception doivent être mis à disposition à plusieurs endroits, y compris dans les lieux communautaires et dans le cadre des services fournis hors des établissements de soins.
- En proposant des services de qualité qui respectent les droits des adolescentes et répondent à leurs besoins, les programmes de santé de la reproduction vont contribuer à la santé et au bien-être général des patients adolescentes, ainsi qu'à leurs communautés et à leur société.

4. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. McCauley AP, Salter C. Meeting the needs of young people. Population Reports. 1995, Series J, No. 41. Population Reference Bureau. *The world's youth*. Population Reference Bureau, Washington, D.C., 1996.
2. *Communicating family planning in reproductive health: Key messages for communicators*. WHO, Geneva, 1997.
3. EDS 2012
4. *Reproductive health of young adults: Contraception, pregnancy and sexually transmitted diseases. Contraceptive technology update series*. Family Health International, North Carolina, 1997.
5. Grunseit AC, Kippax S. Effects of sex education on young people's sexual behaviour. Geneva, WHO. 1993.
6. Rivera R, Cabral de Mello M, Johnson SL, Chandra-Mouli V. Contraception for adolescents: social, clinical and service-delivery considerations. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 2001; 75: 149-163.
7. *Improving access to quality care in family planning: Medical eligibility criteria for initiating and continuing use of contraceptive methods*. WHO. Geneva, 1996 (document WHO/FRH/FPP/96.9).
8. Hatcher RA, Rinehart W, Blackburn R et al. The essentials of contraceptive technology: A handbook for clinic staff. *Johns Hopkins School of Public Health*, Baltimore, 1997.
9. *Contraceptive method mix. Guidelines for policy and service delivery*. WHO, Geneva, 1994.
10. *Progress in human reproduction research. Sexual behaviour of young people*. No. 41. WHO, Geneva, 1997.

Annexe 1
Contrôle des
connaissances
Session 1 : ACTIVITE 1-2

CONTROLE DES CONNAISSANCES 1

**Quelles sont les méthodes contraceptives déconseillées
aux adolescentes ?**

Cochez toutes les méthodes qui ne devraient pas être utilisées

Abstinence

Préservatif

Condom féminin

Spermicide

Diaphragme avec spermicide

Pilule orale combinée

Pilule progestative pure

Contraceptif injectable combiné

Progestatif pur injectable

Implant de pro

Dispositif intra-utérin

Méthodes naturelles de planification familiale

Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée

Coït interrompu

Stérilisation

CONTROLE DES CONNAISSANCES 2

Quelles méthodes contraceptives permettent d'assurer une protection contre le VIH et les IST ?

Donnez deux exemples pour chaque méthode

protège

ne protège pas

CONTROLE DES CONNAISSANCES 3

Quelles méthodes contraceptives sont disponibles dans votre structure de santé locale ?

notez deux exemples

CONTROLE DES CONNAISSANCES 4

Quelles sont les méthodes contraceptives qui ne requièrent pas la coopération du partenaire masculin ?

notez trois exemples

Annexe 2

Jeux de rôles

Session 6 : ACTIVITE 6-2

JEU DE ROLES 1

Vous êtes sage-femme dans un hôpital de district. Avec les autres membres de votre petite équipe de gynécologie et d'obstétrique, vous vous occupez d'un service prénatal de consultation externe deux matinées par semaine. Un vendredi matin, alors que vous entrez dans le service, vous voyez deux jeunes femmes proches de la vingtaine, serrées l'une contre l'autre dans un coin de la salle d'attente. L'une d'elle est manifestement en train de pleurer et l'autre semble essayer de la consoler. Vous vous dites que vous avez déjà vu cette scène plusieurs fois auparavant : sans doute une nouvelle grossesse non prévue et non désirée... Lorsque c'est au tour des jeunes filles, votre hypothèse se confirme. Les deux jeunes filles sont âgées de 15 et 16 ans. Elles sont élèves d'un lycée voisin. Celle qui pleure vous dit qu'elle a un retard de règles de quatre semaines et qu'elle pense être enceinte. En l'interrogeant calmement, elle vous dit qu'elle n'a eu qu'un seul rapport non protégé avec un jeune homme, son voisin. Vous l'examinez et demandez un test urinaire de grossesse. Vous leur demandez d'attendre les résultats. Une heure et demie plus tard, un laborantin vous apporte le résultat : le test urinaire de grossesse s'avère négatif. Vous appelez les deux jeunes femmes dans la pièce pour leur annoncer.

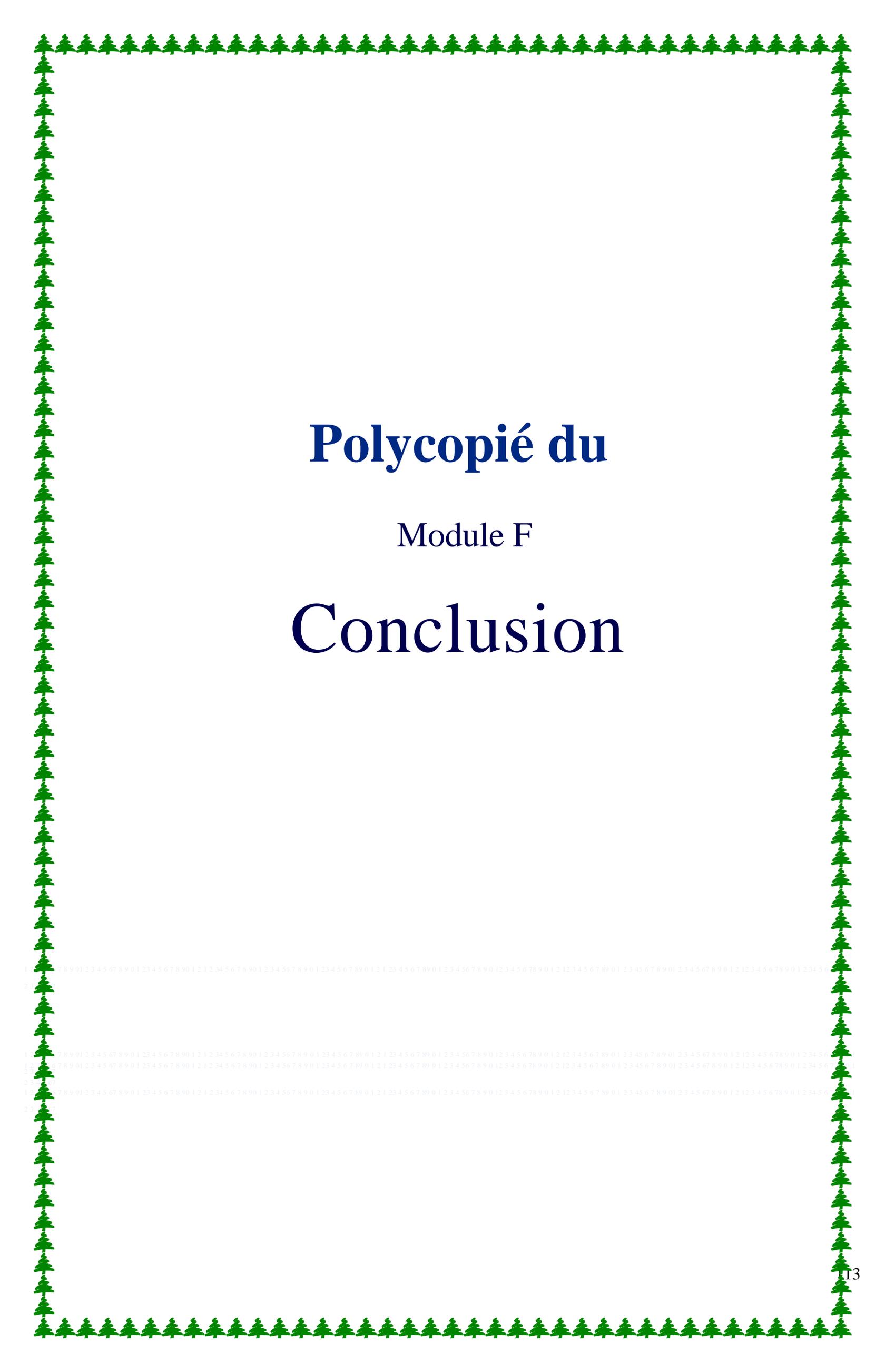
Toutes les deux, se mettent à pleurer de soulagement.

Rôles: sage-femme, deux adolescentes de 15 et 16 ans.

JEU DE ROLES 2

Vous êtes une femme médecin de près de 50 ans. Avec votre époux, médecin lui aussi, vous possédez un cabinet privé dans un quartier aisé d'une grande ville. Votre cabinet est ouvert depuis près de 15 ans ; il est à présent bien établi. Les habitants du quartier vous connaissent bien, vous et votre mari, et vous vivez d'ailleurs tout près. Un soir, votre infirmière introduit une jeune femme que vous n'avez jamais vue auparavant. La jeune femme attend que la porte soit bien refermée puis se penche vers vous pour vous parler à voix basse, presque en murmurant. Elle dit qu'elle a 19 ans, qu'elle vient de se marier et d'emménager dans le quartier pour vivre avec son mari et sa grande famille. Elle sourit lorsque vous la félicitez et déclare qu'elle est heureuse avec son mari, mais que sa belle-famille exerce une forte pression sur elle pour qu'elle ait un bébé le plus rapidement possible. Elle souhaite attendre un peu et vous demande conseil. Apparemment, son mari est d'accord, mais ne se sent pas capable de résister à la pression de ses parents...

Rôles : médecin, jeune femme de 19 ans.

A decorative border of small green tree icons surrounds the entire page.

Polycopié du

Module F

Conclusion

Les informations contenues dans ce manuel visent à compléter les données du module F Conclusion.
L'animateur peut se référer au texte de ce polycopié durant les sessions.

CE MANUEL ABORDE LES THÈMES SUIVANTS :

1. Placer les adolescents au cœur des activités	F-5
2. Prestataires de soins de santé et besoins des adolescents	F-6
Annexe 1. Feuille d'activités du module. Session 3 : Activité 3-1	F-7
Annexe 2. Scénarios. Session 5 : Activité 5-1	F-17

1. PLACER LES ADOLESCENTS AU CŒUR DES ACTIVITÉS

Il est nécessaire qu'un grand nombre d'acteurs contribuent à la santé et au développement des adolescents y compris les adolescents eux-mêmes.

Il est utile de les imaginer dans des cercles concentriques de contact et d'influence. Au centre se trouve l'adolescent lui-même. Les parents, les frères et sœurs et certains membres de la famille proche qui sont en contact direct et quotidien avec l'adolescent forment le premier cercle. Le deuxième cercle comprend les personnes qui sont régulièrement en contact avec eux, telles que leurs propres amis, les amis de la famille, les professeurs et les chefs religieux. Le troisième cercle regroupe les chanteurs, les acteurs et les sportifs qui ont une influence indirecte considérable sur les adolescents. Enfin, dans le quatrième cercle se trouvent les responsables politiques, les journalistes et les bureaucrates (du secteur public et du secteur privé), dont les paroles et les actes influent de façon plus ou moins importante sur leur vie. Les prestataires de soins de santé doivent être inclus dans le deuxième cercle de ce schéma. Leur rôle doit consister à aider les adolescents malades à recouvrer la santé (en diagnostiquant les problèmes de santé, en détectant les comportements à risque et en les prenant en charge, ou en orientant les jeunes vers des structures spécialisées) et les adolescents non malades à conserver leur santé. Ils doivent également veiller à ce que les adolescents restent en bonne santé et

deviennent des adultes sains, en leur fournissant des informations, des conseils et des services de prévention (ou des produits). Malheureusement, dans beaucoup d'endroits, les prestataires de soins de santé ne contribuent pas autant qu'ils le pourraient parce qu'ils manquent de compétences techniques ou, souvent, parce qu'ils ne savent pas ou ne veulent pas s'intéresser aux adolescents, ni travailler avec eux.

2. PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ ET BESOINS DES ADOLESCENTS

Ce Programme d'Orientation a été élaboré pour des prestataires de soins de santé tels que vous : infirmiers, responsables de structures de santé, médecins et autres personnes fournissant des services de santé préventive, curative et promotionnelle aux adolescents (ainsi qu'à d'autres groupes de population).

Il a

pour but de vous aider à répondre à vos patients adolescents avec plus d'efficacité et de tact.

Autrement dit, il est conçu pour vous apporter des idées et des conseils pratiques concernant les

deux questions essentielles suivantes :

Qu'est-ce qu'en ma qualité de prestataire de soins de santé, j'ai besoin de savoir et de faire

différemment si la personne qui se présente à ma structure de santé a 16 ans plutôt que 6 ou 36 ans ?

Comment puis-je être utile ? dans la structure de santé ? en dehors de la structure de santé ? Y a-t'il

d'autres personnes influentes dans ma communauté qui comprennent et répondent mieux aux besoins et problèmes des adolescents ?

Les prestataires de soins de santé qui ont, comme vous, participé aux ateliers du Programme d'Orientation organisés dans diverses régions du monde ont indiqué avoir acquis de nouvelles connaissances et, surtout, appris à voir les choses sous un angle différent. Nous espérons que vous avez trouvé l'atelier du Programme d'Orientation utile et intéressant. Nous espérons que les informations, les chiffres, les concepts et les études de cas présentés par les animateurs, ainsi que les observations et les expériences partagées par les autres participants et, surtout, que votre propre réflexion sur vos expériences professionnelles et personnelles vous auront permis d'acquérir de nouvelles connaissances et une meilleure compréhension de la santé des adolescents.

Mettre en pratique ce que nous avons appris pour changer la façon dont nous procédons, que ce soit au niveau professionnel ou personnel, n'est pas une tâche facile. Le Programme d'Orientation a été structuré de façon méthodique afin de vous aider à définir précisément les changements que vous souhaitez opérer et les soutiens dont vous avez besoin y parvenir. Si vous avez des responsabilités en tant qu'infirmière en chef ou chef du service pédiatrique d'un grand hôpital, par exemple, vous pouvez peut-être opérer toute une série de changements. Même si vous êtes un jeune médecin ou une jeune infirmière en début de carrière dans un petit établissement de santé de campagne, vous pouvez opérer des changements utiles, en commençant par modifier vos propres actions, puis en intervenant auprès de vos collègues, puis de la communauté, hors du cadre du centre médical. Nous vous conseillons d'identifier les compétences dont vous avez besoin pour votre activité (par exemple, pour donner des conseils aux jeunes atteints d'une infection à VIH ou pour prendre en charge de jeunes victimes de surdose de substances psychotropes) et de réfléchir aux moyens de les développer.

Par moment, vous serez sans doute amené à vous demander : « Pourquoi devrais-je m'occuper de cela alors que j'ai déjà beaucoup trop à faire » ? Pensez alors aux adolescents qui auraient pu avoir des vies différentes s'ils avaient eu l'occasion de vous écouter pendant quelques minutes ou aux adolescents que vous avez sauvés grâce à une intervention médicale rapide. Vous pouvez également repenser à la phrase prononcée en 1999 par le Dr Gro Harlem Brundtland, ancienne Directrice générale de l'Organisation mondiale de la Santé, lors d'une conférence sur la population et le développement : « Songez à ce qu'il en coûte de priver les jeunes - notre avenir à tous - des connaissances, aptitudes et services dont ils ont besoin pour faire des choix sains en matière de sexualité et de procréation... ».

Annexe 1

Feuille d'Activités du Module

Session 3 : Activité 3-1

LES AMÉLIORATIONS PROPOSÉES DANS VOTRE TRAVAIL PAR ET POUR LES ADOLESCENTS

Objectif

L'objectif de cet exercice est de vous aider à préparer les grandes lignes d'un plan personnel visant à améliorer votre travail pour et avec les adolescents. Dans ce plan, vous allez définir les changements que vous souhaitez opérer dans votre façon de travailler. Le plan comporte notamment les éléments suivants :

- les changements que vous proposez d'opérer ;
- l'importance des changements proposés ;
- la façon dont vous pourrez évaluer si vos changements sont bénéfiques ou non ;
- Identifier les difficultés et les problèmes personnels et professionnels auxquels pourront être confrontés les participants lorsqu'ils procéderont à ces changements ;
- les moyens que vous utiliserez vraisemblablement pour faire face à ces difficultés et à ces problèmes et le soutien dont vous aurez besoin.

Instructions générales

Utilisez les tableaux intitulés «Plan de mise en œuvre individuel» qui se trouvent sur les pages suivantes pour noter cinq changements que vous avez l'intention d'opérer dans votre manière de travailler avec et pour les adolescents.

Examinez l'exemple de la page F-20.

Attribuez une feuille à chaque changement que vous avez l'intention d'opérer, vous aurez ainsi plus de place pour noter vos remarques.

Pour chaque changement proposé dans la colonne 1, remplissez les colonnes 2, 3, 4 et 5 correspondantes.

Pour contrôler vos propres changements et l'application de ce plan, il peut être utile de vous fixer des échéances pour faire le bilan sur les progrès réalisés et pour revoir vos objectifs.

Nous vous souhaitons beaucoup de succès à tous dans vos efforts d'amélioration de votre travail avec et pour les adolescents.

Exemple de plan de mise en œuvre individuel							
Colonne 1	Colonne 2		Colonne 3		Colonne 4	Colonne 5	
Changements que j'ai l'intention d'opérer au quotidien dans mon travail avec ou pour les adolescents.	Pourquoi j'estime que ce changement est important : quelles sont les personnes ou les éléments qui en bénéficieront et en quoi ?		Comment pourrai-je savoir si mes changements ont été bénéfiques et quand pourrai-je le savoir ?		Difficultés ou problèmes qui, selon moi, risquent d'entraver les changements.	De quel type d'aide pourrai-je avoir besoin et qui serait susceptible de m'apporter cette aide ?	
	Quels sont les personnes/éléments qui en bénéficieront ?	Pourquoi ?	Comment ?	Quand ?		Aide nécessaire	Source
Exemple							
Contacteur les établissements scolaires locaux pour leur donner des informations sur les nouveaux services de santé adaptés aux adolescents que propose notre structure de santé	Les élèves des établissements scolaires locaux. Amis des élèves et membres des familles du personnel scolaire qui ne font pas partie des établissements locaux	Ils pourront obtenir plus facilement les services dont ils ont besoin. -''-	Une augmentation constante du nombre d'élèves qui viennent à la structure de santé pour obtenir des services de santé.	Six mois après avoir contacté les établissements scolaires.	L'absence d'intérêt dont fait preuve l'administration scolaire. Résistance opposée par les professeurs.	Soutien des autorités chargées de l'éducation au niveau du district. Un séminaire visant à les convaincre de l'intérêt de cette initiative.	Le directeur de l'hôpital local pourrait demander cela. Responsable des syndicats de parents et d'enseignants.

Exemple de plan de mise en œuvre individuel							
Colonne 1	Colonne 2		Colonne 3		Colonne 4	Colonne 5	
Changements que j'ai l'intention d'opérer au quotidien dans mon travail avec ou pour les adolescents.	Pourquoi j'estime que ce changement est important : quelles sont les personnes ou les éléments qui en bénéficieront et en quoi ?		Comment pourrai-je savoir si mes changements ont été bénéfiques et quand pourrai-je le savoir ?		Difficultés ou problèmes qui, selon moi, risquent d'entraver les changements.	De quel type d'aide pourrai-je avoir besoin et qui serait susceptible de m'apporter cette aide ?	
	Quels sont les personnes/éléments qui en bénéficieront ?	Pourquoi ?	Comment ?	Quand ?		Aide nécessaire	Source

Exemple de plan de mise en œuvre individuel							
Colonne 1	Colonne 2		Colonne 3		Colonne 4	Colonne 5	
Changements que j'ai l'intention d'opérer au quotidien dans mon travail avec ou pour les adolescents.	Pourquoi j'estime que ce changement est important : quelles sont les personnes ou les éléments qui en bénéficieront et en quoi ?		Comment pourrai-je savoir si mes changements ont été bénéfiques et quand pourrai-je le savoir ?		Difficultés ou problèmes qui, selon moi, risquent d'entraver les changements.	De quel type d'aide pourrai-je avoir besoin et qui serait susceptible de m'apporter cette aide ?	
	Quels sont les personnes/éléments qui en bénéficieront ?	Pourquoi ?	Comment ?	Quand ?		Aide nécessaire	Source

Exemple de plan de mise en œuvre individuel							
Colonne 1	Colonne 2		Colonne 3		Colonne 4	Colonne 5	
Changements que j'ai l'intention d'opérer au quotidien dans mon travail avec ou pour les adolescents.	Pourquoi j'estime que ce changement est important : quelles sont les personnes ou les éléments qui en bénéficieront et en quoi ?		Comment pourrai-je savoir si mes changements ont été bénéfiques et quand pourrai-je le savoir ?		Difficultés ou problèmes qui, selon moi, risquent d'entraver les changements.	De quel type d'aide pourrai-je avoir besoin et qui serait susceptible de m'apporter cette aide ?	
	Quels sont les personnes/éléments qui en bénéficieront ?	Pourquoi ?	Comment ?	Quand ?		Aide nécessaire	Source

Exemple de plan de mise en œuvre individuel							
Colonne 1	Colonne 2		Colonne 3		Colonne 4	Colonne 5	
Changements que j'ai l'intention d'opérer au quotidien dans mon travail avec ou pour les adolescents.	Pourquoi j'estime que ce changement est important : quelles sont les personnes ou les éléments qui en bénéficieront et en quoi ?		Comment pourrai-je savoir si mes changements ont été bénéfiques et quand pourrai-je le savoir ?		Difficultés ou problèmes qui, selon moi, risquent d'entraver les changements.	De quel type d'aide pourrai-je avoir besoin et qui serait susceptible de m'apporter cette aide ?	
	Quels sont les personnes/éléments qui en bénéficieront ?	Pourquoi ?	Comment ?	Quand ?		Aide nécessaire	Source

Exemple de plan de mise en œuvre individuel							
Colonne 1	Colonne 2		Colonne 3		Colonne 4	Colonne 5	
Changements que j'ai l'intention d'opérer au quotidien dans mon travail avec ou pour les adolescents.	Pourquoi j'estime que ce changement est important : quelles sont les personnes ou les éléments qui en bénéficieront et en quoi ?		Comment pourrai-je savoir si mes changements ont été bénéfiques et quand pourrai-je le savoir ?		Difficultés ou problèmes qui, selon moi, risquent d'entraver les changements.	De quel type d'aide pourrai-je avoir besoin et qui serait susceptible de m'apporter cette aide ?	
	Quels sont les personnes/éléments qui en bénéficieront ?	Pourquoi ?	Comment ?	Quand ?		Aide nécessaire	Source

Exemple de plan de mise en œuvre individuel							
Colonne 1	Colonne 2		Colonne 3		Colonne 4	Colonne 5	
Changements que j'ai l'intention d'opérer au quotidien dans mon travail avec ou pour les adolescents.	Pourquoi j'estime que ce changement est important : quelles sont les personnes ou les éléments qui en bénéficieront et en quoi ?		Comment pourrai-je savoir si mes changements ont été bénéfiques et quand pourrai-je le savoir ?		Difficultés ou problèmes qui, selon moi, risquent d'entraver les changements.	De quel type d'aide pourrai-je avoir besoin et qui serait susceptible de m'apporter cette aide ?	
	Quels sont les personnes/éléments qui en bénéficieront ?	Pourquoi ?	Comment ?	Quand ?		Aide nécessaire	Source

Exemple de plan de mise en œuvre individuel							
Colonne 1	Colonne 2		Colonne 3		Colonne 4	Colonne 5	
Changements que j'ai l'intention d'opérer au quotidien dans mon travail avec ou pour les adolescents.	Pourquoi j'estime que ce changement est important : quelles sont les personnes ou les éléments qui en bénéficieront et en quoi ?		Comment pourrai-je savoir si mes changements ont été bénéfiques et quand pourrai-je le savoir ?		Difficultés ou problèmes qui, selon moi, risquent d'entraver les changements.	De quel type d'aide pourrai-je avoir besoin et qui serait susceptible de m'apporter cette aide ?	
	Quels sont les personnes/éléments qui en bénéficieront ?	Pourquoi ?	Comment ?	Quand ?		Aide nécessaire	Source

Annexe 2

Scénarios

Session 5 : Activité 5-1

Etudiez le scénario qui vous a été attribué et réfléchissez aux questions suivantes :

D'après vous, comment les prestataires de soins de santé réagiraient-ils s'ils étaient confrontés à cette situation ?
Pourquoi ?

SCENARIO 1

Un jeune homme entre dans votre structure de santé et dit qu'il n'a pas de problèmes. Il veut simplement des préservatifs pour se protéger. Lorsque vous commencez à l'interroger, il vous dit qu'il a 18 ans, qu'il sait ce qu'est le SIDA et qu'il n'a pas envie de se faire sermonner. Comment réagiriez-vous dans cette situation ?

SCENARIO 2

Une jeune femme de 16 ans se rend dans votre structure de santé pour obtenir de l'aide. Vous la connaissez depuis qu'elle est enfant et vous connaissez également très bien ses parents et ses frères et sœurs. Elle dit qu'elle pense être enceinte et veut que vous lui donniez ou prescriviez des pilules contraceptives d'urgence. Elle insiste sur le fait qu'elle ne veut pas que ses parents soient au courant. Comment réagiriez-vous dans cette situation ?

SCENARIO 3

Une mère amène sa fille de 14 ans dans votre structure de santé. La mère dit que sa fille se plaint de douleurs abdominales et dorsales depuis deux semaines et qu'elle pense qu'il s'agit d'un problème lié aux menstruations. En posant des questions, vous remarquez que la fille est silencieuse, timide même, et qu'elle laisse sa mère parler pour elle. Vous demandez avec gentillesse à la mère d'attendre dans la salle de consultation pendant que vous vous rendez dans la salle d'examen avec la fille. Peu après avoir fermé la porte, la fille vous dévoile le problème : son père la force à avoir des rapports sexuels avec lui dès qu'ils sont seuls à la maison. Les larmes aux yeux, elle vous demande de promettre de ne pas le dire à sa mère parce que ça lui briserait le cœur. Que feriez-vous dans cette situation ?

SCENARIO 4

Un jeune homme de 18 ans entre en trombe dans la pièce où vous vous trouvez, claque la porte et s'avance vers vous. Il marche jusqu'à la table et reste debout. Comme vous pouvez le constater, il est très en colère ; il en tremble littéralement et il est au bord des larmes. Il donne un grand coup de poing sur la table et crie : «quand je vous ai vu la semaine dernière, vous m'avez promis que personne ne serait au courant de mon problème. Hier, ma mère m'a dit qu'elle savait tout ! Elle m'a dit qu'une des infirmières de la structure de santé, qui est son amie, lui avait raconté. Je ne ferai plus jamais confiance à des personnes en blouse blanche...».

