

Protéger la prochaine génération en Afrique subsaharienne

**APPRENDRE DES
ADOLESCENTS POUR
PRÉVENIR LE VIH/SIDA ET LES
GROSSESSES NON DÉSIRÉES**



Protéger la prochaine génération en Afrique subsaharienne :

Apprendre des adolescents pour prévenir le VIH/sida et les grossesses non désirées

Ann Biddlecom

Laura Hessburg

Susheela Singh

Akinrinola Bankole

Leila Darabi



Remerciements

« Protéger la prochaine génération en Afrique subsaharienne : apprendre des adolescents pour prévenir le VIH/sida et les grossesses non désirées » a été écrit, dans sa version anglaise, par Ann Biddlecom, Susheela Singh, Akinrinola Bankole et Leila Darabi, tous de l'Institut Guttmacher, auxquels s'est jointe Laura Hessburg, consultante indépendante.

Le travail éditorial a été assuré par Peter Doskoch, assisté par Dore Hollander. Kathleen Randall a supervisé la mise en page et l'impression.

L'adaptation en français a été réalisée par Aurélie Gal-Régniez et Serge Rabier de l'ONG Equilibres & Populations.

Les auteurs tiennent à remercier les collègues suivants pour leurs commentaires et leur aide tout au long de la rédaction de ce rapport : Humera Ahmed, Heather Boonstra, Sharon Camp, Melanie Croce-Galis, Jacqueline Darroch, Patricia Donovan, Ann Moore, Jennifer Nadeau, Kate Patterson, Cory Richards et Gustavo Suarez, tous travaillant ou ayant travaillé à l'Institut Guttmacher ; Kofi Awusabo-Asare, de l'Institut de Cape Coast ; Georges Guiella de l'Institut Supérieur des Sciences de la Population de l'Université de Ouagadougou ; Paul Banoba, de l'Institut Panos (Afrique de l'Est) et Victoria Ebin, consultante indépendante.

Par ailleurs, les auteurs sont reconnaissants aux collègues qui ont accepté de participer au comité d'experts du projet et/ou qui ont relu ce rapport apportant suggestions et conseils précieux. Merci donc à Sohail Agha, Université Tulane ; Joseph Amon, Human Rights Watch ; Jane Bertrand, Université Johns Hopkins ; Ann Blanc, MacArthur Foundation ; Virgile Capochichi, Laboratoire d'Études Appliquées aux Dynamiques de Développement ; Sarah Castle et John Cleland, les deux de l'École d'hygiène publique et de médecine tropicale de Londres ; Ugo Daniels, Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) ; Francis Doodoo, Université d'Etat de Pennsylvanie ; Parfait Eloundou-Enyegue, Université Cornell ; Audrey Elster, consultante indépendante ; Cynthia Eyakuze-Di Domenico, Family Care International ; Beth Fredrick, Coalition Internationale pour la Santé des Femmes ; Anastasia Gage, Université Tulane ; Cynthia Gomez, Université d'Etat de San Francisco ; Denise Gray-Felder, Consortium de la Communication pour le Changement Social ; Fatima Juárez, El Colegio de México ; Ivan Juzang, MEE Productions ; Musimbi Kanyoro, Packard Foundation ; Evert Ketting, Ecole néerlandaise de santé publique et de santé du travail ; Tom Legrand, Université de Montréal ; Cynthia Lloyd, Population Council ; Mahesh Mahalingam, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; Mark Montgomery, Population Council ; Jotham Musunguzi, secrétariat d'Etat ougandais à la Population ; Laura Nyblade, Centre international pour la

recherche sur les Femmes ; Christine Panchaud, Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) ; Suzanne Prysor-Jones, Académie pour le développement de l'Éducation ; Serge Rabier, Equilibres & Populations ; Sara Seims, Hewlett Foundation ; Sharon Stash, National Peace Corps Association ; Cindy Waszak Geary, Family Health International et Dorinda Welle, Ford Foundation.

Les auteurs remercient également les organisations suivantes pour le rôle essentiel qu'elles ont joué dans la conduite des études nationales sur les adolescents en 2004, principales sources de données nouvelles présentées dans ce rapport : Macro International, États Unis ; Institut National de la Statistique et de la Démographie, Burkina Faso ; Institut de recherche statistique, sociale et économique (ISSER), Ghana ; Bureau national des statistiques, Malawi et Bureau national des statistiques, Ouganda.

Ce rapport fait partie d'un projet plus large conduit au Burkina Faso, au Ghana, au Malawi et en Ouganda, intitulé « Protéger la Prochaine Génération : Comprendre les risques liés au VIH parmi les jeunes ». Le projet a été conçu pour contribuer à la lutte mondiale contre l'épidémie de VIH/sida qui touche de plus en plus d'adolescents. Il s'agit de documenter et d'analyser les besoins des jeunes en matière de santé sexuelle et de la procréation, de communiquer les résultats de ces recherches à un large public et d'encourager le développement de politiques et de programmes mieux adaptés aux jeunes.

Ce projet et les recherches sur lesquelles il s'appuie ont été rendu possibles grâce aux financements de la Bill & Melinda Gates Foundation, de la Rockefeller Foundation et du U.S. National Institute of Child Health and Human Development (grant 5 R24 HD043610).

Sommaire

RESUME	4
CHAPITRE 1 : PROTEGER LA PROCHAINE GENERATION DEVRAIT FAIRE PARTIE DES PLUS HAUTES PRIORITES	6
CHAPITRE 2 : LES ADOLESCENTS ONT D'IMPORTANTES BESOINS EN SANTE SEXUELLE ET DE LA PROCREATION.	12
CHAPITRE 3 : L'ECOLE PEUT AIDER LES ADOLESCENTS A PRENDRE DES DECISIONS RESPONSABLES	24
CHAPITRE 4 : RENFORCER LES SYSTEMES DE SANTE PERMETTRA DE MIEUX SERVIR LES ADOLESCENTS	29
CHAPITRE 5 : LES MEDIAS, LES FAMILLES ET LES COMMUNAUTES PEUVENT ETRE DES SOUTIENS EFFICACES	35
CHAPITRE 6 : OU FAIRE PORTER L'EFFORT POUR AMELIORER LA SANTE SEXUELLE ET DE LA PROCREATION DES ADOLESCENTS	41
REFERENCES	45
TABLEAUX ANNEXES	50

Résumé

Répondre aux besoins de santé sexuelle et de la procréation des adolescents d'Afrique subsaharienne est vital étant donné l'impact dévastateur du sida, les taux élevés de grossesses non désirées et le risque que ces grossesses conduisent à des avortements à risque. Protéger la santé des adolescents est clairement identifié comme important par les adolescents eux-mêmes. Par ailleurs, cela constitue une priorité de santé publique. Augmenter les investissements dans la santé sexuelle et de la procréation des adolescents peut contribuer à l'atteinte d'objectifs de développement plus larges en permettant aux adolescents d'être en bonne santé et de devenir des adultes productifs. Ce rapport présente des résultats clés tirés d'enquêtes représentatives au niveau national, conduites en 2004 auprès des adolescents de 12 à 19 ans dans quatre pays africains : Burkina Faso, Ghana, Malawi et Ouganda. L'objectif est d'enrichir les politiques, programmes et investissements visant l'amélioration de la santé sexuelle et de la procréation des adolescents.

Beaucoup d'adolescents sont sexuellement actifs et ont besoin d'aide pour adopter des comportements à moindre risque

Les adolescentes en Afrique subsaharienne ont tendance à avoir des relations sexuelles à un âge plus précoce que les adolescents et constituent, par conséquent, une population plus à risque face au IST/VIH et aux grossesses non désirées.

- Environ 60% des femmes ont eu des relations sexuelles avant 18 ans contre environ 40-45% des hommes. A l'âge de 20 ans, plus de 75% des femmes et plus de 60% des hommes ont eu des relations sexuelles.
- Dans pratiquement tous les pays d'Afrique subsaharienne, la prévalence du VIH est plus élevée chez les femmes que chez les hommes.
- Trente-cinq pourcent des grossesses chez les 15-19 ans sont non désirées ou non programmées ; 22% aboutissent à une naissance et 13% à un avortement. Ces avortements sont souvent risqués, en partie parce que le contexte juridique est toujours très restrictif dans la plupart des pays africains.
- Parmi les 15-19 ans sexuellement actifs, environ une femme

mariée sur cinq et près de la moitié des femmes célibataires ont des besoins non satisfaits en outils de contraception.

Les résultats de recherche nous donnent de nouvelles informations sur les menaces qui pèsent sur la santé sexuelle et de la procréation des adolescents

Les nouvelles données du Burkina Faso, du Ghana, du Malawi et de l'Ouganda révèlent que beaucoup d'adolescents n'utilisent pas de contraceptifs, ont déjà subi des relations sexuelles non souhaitées, ont des partenaires multiples ou beaucoup plus âgés et manquent de connaissances adaptées pour éviter les infections sexuellement transmissibles (IST) et les grossesses.

- Parmi les 15-19 ans qui ont eu des relations sexuelles au cours de l'année écoulée, seulement 29 à 47% des femmes et 42 à 55% des hommes ont utilisé un contraceptif lors de leurs dernières relations sexuelles. Le préservatif masculin est de loin la méthode la plus utilisée. Eviter une grossesse plutôt que de se protéger des IST est la raison la plus largement citée pour justifier l'utilisation du préservatif masculin pour les femmes des quatre pays et pour les hommes du Ghana et de l'Ouganda.
- Près d'une femme sur cinq au Ghana, au Malawi et en Ouganda affirme que sa première expérience sexuelle a eu lieu soit sous la contrainte physique soit parce que son partenaire a insisté.
- Parmi les 15-19 ans qui ont eu des relations sexuelles au cours de l'année écoulée, 17 à 26% des hommes et 6 à 7% des femmes ont eu deux partenaires ou plus. Dans trois des quatre pays, plus de 40% des adolescentes âgées de 15 à 19 et sexuellement actives ont eu dans l'année écoulée des partenaires qui étaient plus âgés qu'elles de cinq ans ou plus.
- Plus de 90% des 15-19 ans ont déjà entendu parler de VIH. Cependant, moins de 40% des adolescents de ce groupe d'âge peuvent identifier correctement à la fois des moyens de se protéger contre le VIH et les idées reçues concernant les voies de transmission. La proportion d'adolescents qui

connaissent d'autres IST que le VIH est faible au Burkina Faso et au Ghana (31-56%), mais beaucoup plus élevé au Malawi et en Ouganda (71-82%).

- Pas plus d'un adolescent de 15 à 19 ans sur trois connaît la période de fertilité d'une femme, est capable de rejeter plusieurs idées reçues sur la grossesse et connaît au moins une méthode contraceptive moderne.

Une éducation sexuelle intégrée dispensée à l'école constitue un moyen efficace d'éduquer les adolescents

Une éducation sexuelle intégrée dispensée à l'école améliore efficacement les connaissances et diminue les comportements sexuels à risque et, contrairement à une idée répandue, n'augmente pas l'activité sexuelle chez les adolescents. Dans les quatre pays, la moitié ou plus des 15-19 ans n'ont reçu aucune éducation sexuelle à l'école. Bien que renforcer les programmes d'éducation sexuelle peut être difficile dans des pays où les ressources et les infrastructures sont limitées, des aspects clés pour des programmes efficaces ont été identifiés et peuvent s'adapter à des contextes variés. Parmi les recommandations importantes, nous pouvons citer :

- *Adopter des curricula qui proposent des informations intégrées et précises sur la santé sexuelle et de la procréation.* Les programmes scolaires devraient éviter d'utiliser une approche orientée uniquement sur l'abstinence avant le mariage dans la mesure où de récentes évaluations montrent que cette approche seule ne suffit pas à promouvoir des comportements à moindre risque.
- *Soutenir la formation des professeurs.* Pour augmenter efficacement l'impact des programmes d'éducation sexuelle, il est indispensable que les professeurs bénéficient d'une formation adaptée sur les sujets liés à l'éducation sexuelle et sur les méthodes participatives d'apprentissage.
- *Cibler les très jeunes adolescents.* Beaucoup d'adolescents quittent l'école avant d'atteindre la classe à partir de laquelle l'éducation sexuelle est dispensée. Les programmes qui débutent avant la fin de l'école primaire augmentent les chances de toucher les jeunes avant qu'ils ne quittent l'école et qu'ils ne débutent leur vie sexuelle.
- *Aider les adolescents à rester à l'école.* Même s'ils ne reçoivent pas d'éducation sexuelle à l'école, les adolescents scolarisés sont moins sujets que leurs pairs à avoir des relations sexuelles.

Renforcer le système de santé peut favoriser l'utilisation des services par les adolescents

Bien qu'entre 35 à 65% des 15-19 ans qui ont déjà eu des relations sexuelles identifient les structures sanitaires comme leurs sources préférées d'approvisionnement en contraceptifs, de 24 à 44% ne connaissent pas d'endroits adéquats où se procurer des contraceptifs. Par ailleurs, même si de 32 à 58% des adolescents préfèrent se rendre dans une structure sanitaire pour le traitement des IST, beaucoup sont trop apeurés, intimidés ou embarrassés pour chercher ce type de services. Le manque d'infrastructures sanitaires adaptées constitue un frein à l'augmentation de l'utilisation des services par les adolescents. Cependant, améliorer l'offre de soins aux adolescents dans le cadre du système de santé existant est possible et les suggestions suivantes pourraient représenter des étapes utiles :

- *Assurer une large disponibilité d'une palette de méthodes contraceptives et plus spécialement du préservatif masculin.* Rendre les préservatifs disponibles non seulement dans les centres de santé mais aussi dans les boutiques, les pharmacies et les lieux où les jeunes travaillent ou

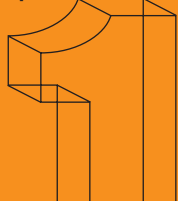
sociabilisent peut en améliorer l'accès. Améliorer la disponibilité des méthodes contrôlées par les femmes comme le préservatif féminin ou la contraception d'urgence est aussi nécessaire.

- *Informers les jeunes sur les services disponibles.* Une information de base est nécessaire pour informer les jeunes sur les services disponibles et les lieux où ils peuvent les obtenir. Les prestataires devraient utiliser chaque occasion de rencontre avec les adolescents pour aborder les questions liées à leurs besoins en matière de santé sexuelle et de la procréation.
- *Former les prestataires de santé de niveau intermédiaire.* Les prestataires de niveau intermédiaire, comme les sages-femmes et les infirmières, peuvent aider à combler le besoin en personnel de santé. Les formations en direction du personnel de santé devraient leur enseigner les aptitudes adéquates pour fournir informations et services aux adolescents sans stigmatiser les jeunes sexuellement actifs.

Les données de recherche suggèrent des mesures concrètes afin de mieux répondre aux besoins en santé sexuelle et de la procréation des adolescents

Les nouvelles données de recherche suggèrent un certain nombre de mesures que les décideurs et les responsables de programmes peuvent prendre pour aider les adolescents à éviter les grossesses, les infections sexuellement transmissibles et toute autre conséquence indésirable de rapports sexuels à risque.

- *Encourager l'usage de méthodes contraceptives modernes et rendre largement disponible le préservatif masculin.* L'usage du préservatif par les jeunes étant motivé plus par la peur des grossesses que par la peur des infections sexuellement transmissibles, les programmes de promotion du préservatif devraient insister sur la prévention des grossesses autant que sur la prévention des maladies.
- *S'assurer que les adolescents possèdent les informations et les aptitudes dont ils ont besoin.* Bien que conscients des problèmes liés à la santé sexuelle et de la procréation, les adolescents ne maîtrisent pas les informations et les aptitudes nécessaires pour se protéger du VIH, des grossesses et des rapports sexuels non désirés. Il est important de leur fournir les informations adéquates et de les aider à acquérir les aptitudes utiles pour retarder les premières relations sexuelles, résister à la pression et éviter les rapports non désirés et adopter les comportements les moins risqués possibles.
- *Débuter les interventions tôt avant que les adolescents n'aient leurs premières relations sexuelles.* Parmi les 12-14 ans, de 7 à 34% ont déjà eu des expériences sexuelles avec un partenaire (baiser, caresses ou relations sexuelles avec pénétration) ou ont déjà eu un petit ami ou une petite amie, et de 11 à 53% affirment avoir au moins un ami qui a déjà eu des relations sexuelles.
- *Mobiliser la communauté et les médias.* L'investissement de la communauté peut constituer un atout précieux pour la mise en oeuvre des programmes. Les médias de masse (et en particulier la radio) représentent une des sources d'information préférées des adolescents en matière de santé sexuelle et de la procréation. C'est également une des sources les plus utilisées. Utiliser plus largement la radio et les autres médias peut permettre d'atteindre les jeunes qui ont un accès limité à l'information et aux services.
- *Cibler les interventions pour répondre aux différents besoins des adolescents.* Tous les adolescents ont besoin d'informations et de services de santé sexuelle et de la procréation. Cependant, certains groupes, comme les adolescents non scolarisés ou les adolescentes mariées, sont plus exposés ou ont des besoins particuliers.



Protéger la prochaine génération devrait faire partie des plus hautes priorités

Les jeunes âgés entre 10 et 19 ans comptent pour 18% de la population mondiale et pour 23% de la population d'Afrique subsaharienne.¹ La pandémie du sida fait des ravages chez les jeunes. Dans presque tous les pays d'Afrique subsaharienne, la pandémie s'est généralisée (plus de 1% de la population adulte est porteuse du virus et la transmission s'effectue majoritairement à travers des rapports hétérosexuels) et la prévalence du VIH chez les jeunes* (en particulier chez les jeunes femmes) est plus haute dans cette région que partout ailleurs dans le monde.² L'attention accordée au VIH/sida en Afrique subsaharienne a révélé les nombreux besoins insatisfaits des jeunes en matière de prise en charge de leur santé sexuelle et de la procréation qui se traduisent par des taux élevés de grossesses non désirées et d'avortements à risque. Si ce n'était leur mauvaise santé sexuelle et de la procréation, y compris la prévalence élevée du VIH, les adolescents d'Afrique subsaharienne seraient un groupe en bien meilleure santé qu'il ne l'est aujourd'hui.³ (P.122)

Protéger la santé des jeunes est une priorité et pas seulement pour les jeunes eux-mêmes. Etant donné la part des adolescents dans la population totale de la région, augmenter et maintenir les investissements dans la santé sexuelle et de la procréation des adolescents constitue également une priorité de santé publique de long terme. Dans la mesure où 40% des nouvelles infections à VIH chez les adultes concernent les jeunes, prévenir la transmission dans cette population pourrait changer le cours de la pandémie.² En outre, prévenir le VIH et les grossesses non désirées chez les adolescents peut non seulement sauver des vies et améliorer la santé mais également aider la prochaine génération à échapper à la pauvreté.³

En d'autres termes, en prévenant les maladies et en promouvant des comportements sexuels à moindre risque, on permet aux jeunes de rester en bonne santé et de devenir des citoyens actifs et productifs. Pour cette raison, améliorer la santé sexuelle et de la procréation des adolescents a été progressivement reconnu comme un élément essentiel pour atteindre les objectifs de développement nationaux. Par exemple, plusieurs Objectifs du Millénaire pour le Développement⁴ comme la réduction de la mortalité infantile, l'amélioration de la santé maternelle et la lutte contre le

VIH/sida et les autres maladies transmissibles sont directement liés à la santé de la procréation. De plus, plusieurs autres objectifs de développement comme l'augmentation de la scolarisation et la réduction de la pauvreté sont inextricablement liés à la santé de la procréation. Ainsi, en maîtrisant la taille de leur famille et en évitant les infections sexuellement transmissibles (IST) invalidantes ou mortelles, les hommes et les femmes sont dans de bonnes conditions pour acquérir l'éducation et les aptitudes dont ils ont besoin pour devenir économiquement productifs.

Le prix de l'inaction sera élevé : le sida continuera à faucher la vie de jeunes hommes et de jeunes femmes et de dévaster des sociétés entières. Les grossesses non désirées continueront à diminuer la productivité des femmes et de leur pays en les obligeant souvent à quitter l'école plus tôt qu'elles ne l'auraient souhaité ou à avoir recours à l'avortement, ce qui peut avoir de graves conséquences sur leur santé, dans des contextes où les restrictions légales sont telles qu'une prise en charge officielle et sans risque est très rarement envisageable. L'adolescence est une période critique et ce qui survient à ce moment façonne la vie future de l'adulte. C'est essentiel de profiter de cette « fenêtre d'opportunité » pour aider les adolescents à entrer en bonne santé dans la vie adulte.

L'objet de ce rapport

Bien que répondre aux besoins de santé sexuelle et de la procréation des adolescents soit, aujourd'hui, reconnu comme une priorité aux niveaux communautaire, national et international, beaucoup reste à faire. Les gouvernements ont assumé leurs obligations dans ce domaine à travers diverses politiques, accords et appels à action et des initiatives innovantes ont été conduites mais ces mesures seules restent insuffisantes. Sans un soutien financier continu et un engagement solide pour une mise en œuvre au niveau national de la part des autorités les plus hautes du gouvernement, même des programmes réussis et des projets pilotes sont non pérennes et échouent à répondre aux besoins existants.

* Dans ce rapport, les termes "adolescents" et "jeunes" seront utilisés indifféremment.

Au cours des cinq dernières années, plusieurs publications remarquables nous ont permis d'avoir une bonne appréhension des nombreux défis auxquels sont confrontés les adolescents à travers le monde dont la prévention du VIH et des grossesses. Parmi ces publications figurent *Growing Up Global*, de l'U.S. National Research Council et de l'Institute of Médecine ;⁵ *World Development Report 2007* de la Banque Mondiale ;³ et *“Preventing HIV/AIDS in Young People : A Systematic Review of the Evidence from Developing Countries”*, de l'Organisation Mondiale de la Santé.⁶ Le présent rapport apporte sa contribution à cette réflexion en offrant un regard approfondi sur comment les adolescents au Ghana, au Malawi et en Ouganda envisagent leurs besoins en santé sexuelle et de la procréation et ce qu'ils disent des réponses à apporter à ces besoins. Son but est de guider les gouvernements nationaux, les organisations régionales et internationales et les bailleurs dans la création de programmes, la conception de politiques et le ciblage des investissements visant à améliorer la santé sexuelle et de la procréation des adolescents.

Les nouvelles conclusions obtenues dans le cadre du projet Protéger la prochaine génération (voir encadré) s'appuient sur des données détaillées provenant d'enquêtes nationales représentatives portant sur les 12-19 ans au Burkina Faso, au Ghana, au Malawi et en Ouganda, aussi bien que sur des données qualitatives qui enrichissent notre compréhension des comportements et des attitudes des adolescents. Dans les enquêtes nationales, presque 20 000 adolescents ont été interrogés sur leurs comportements et attitudes sexuelles,

leurs connaissances du VIH, des autres IST et de la prévention des grossesses ; leurs relations avec la famille et avec l'école ; et les barrières qu'ils rencontrent pour se protéger du VIH, des autres IST et des grossesses. Les données qualitatives dans chacun des pays ont été collectées à travers des entretiens de groupe avec les 14-19 ans, des entretiens individuels approfondis avec les 12-19 ans et des entretiens additionnels avec des adultes clés dans la vie des adolescents (par exemple, les parents ou les enseignants). Des détails sur chaque source de données peuvent être trouvés dans l'encadré page 11 et dans les Occasional Reports publiés.⁷⁻¹⁰ Les résultats concernant les très jeunes adolescents (ceux âgés entre 12 et 14 ans) sont particulièrement intéressants dans la mesure où ce groupe d'âge est rarement ciblé dans les recherches sur la santé sexuelle et de la procréation.

Le présent rapport combine des nouvelles données de recherche sur les adolescents avec des résultats d'évaluation de programmes et des données analytiques tirées d'autres études, ce qui permet d'identifier des pistes d'actions prometteuses et spécifiques.

Les quatre pays concernés par cette étude représentent différentes sous-régions (Est, Ouest, Sud) d'Afrique subsaharienne et incluent un pays francophone (Burkina Faso). D'autres aspects diffèrent d'un pays à l'autre comme la courbe d'évolution de la pandémie du sida ou encore certaines caractéristiques de l'environnement de vie des adolescents.* Ce rapport s'attache à mettre en lumière les besoins communs des adolescents de ces différents pays et plus largement de

A propos du projet « Protéger la prochaine génération »

Ce rapport s'appuie sur des recherches conduites dans le cadre d'un projet pluriannuel mené au Burkina Faso, au Ghana, au Malawi et en Ouganda et intitulé « Protéger la prochaine génération : Comprendre le risque du VIH chez les jeunes ». Le projet apporte une contribution à la riposte globale contre la pandémie du VIH chez les adolescents en documentant les besoins des jeunes en santé sexuelle et de la procréation concernant le VIH/sida, les autres IST et les grossesses non désirées. A travers ce projet, il s'agit aussi de communiquer de nouvelles connaissances à un large public (y compris les décideurs, les professionnels de santé et les médias) dans chaque pays, régionalement et internationalement, afin de stimuler le développement de politiques et de programmes qui répondent encore mieux aux besoins des jeunes.

Ce projet est le résultat d'une collaboration étroite entre le Guttmacher Institute et des collègues en charge de travaux de recherche et de communication de huit institutions dans les quatre pays concernés ainsi que dans une organisation régionale :

BURKINA FASO

Banza Baya, Georges Guiella, Christine Ouedraogo, Oussimane Ouedraogo et Guédalia Sondo de l'Institut Supérieur des Sciences de la Population de l'Université de Ouagadougou ; et Dieudonné Bassonon et Rigobert Sanon de l'Initiative Privée et Communautaire de Lutte Contre le VIH/sida au Burkina Faso.

MALAWI

Agnes Chimhiri, Sidon Konyani, Alister Munthali et Bernie Zakeyo, tous présentement ou anciennement du Centre en recherches sociales, University of Malawi ; et Felix Limbani et MacBain Mkandawire, Youth Net and Counseling.

GHANA

Albert Machistey, Abane, Kofi Awusabo-Asare, Akwasi Kumi-Kyereme et Augustine Tanle du département de géographie et de tourisme, University of Cape Coast ; et Joana O. Nerquaye-Tetteh, Abraham Nyako, Francis Yankey et Adjoo Nyanteng Yenyi, tous présentement ou anciennement de l'association Planned Parenthood au Ghana.

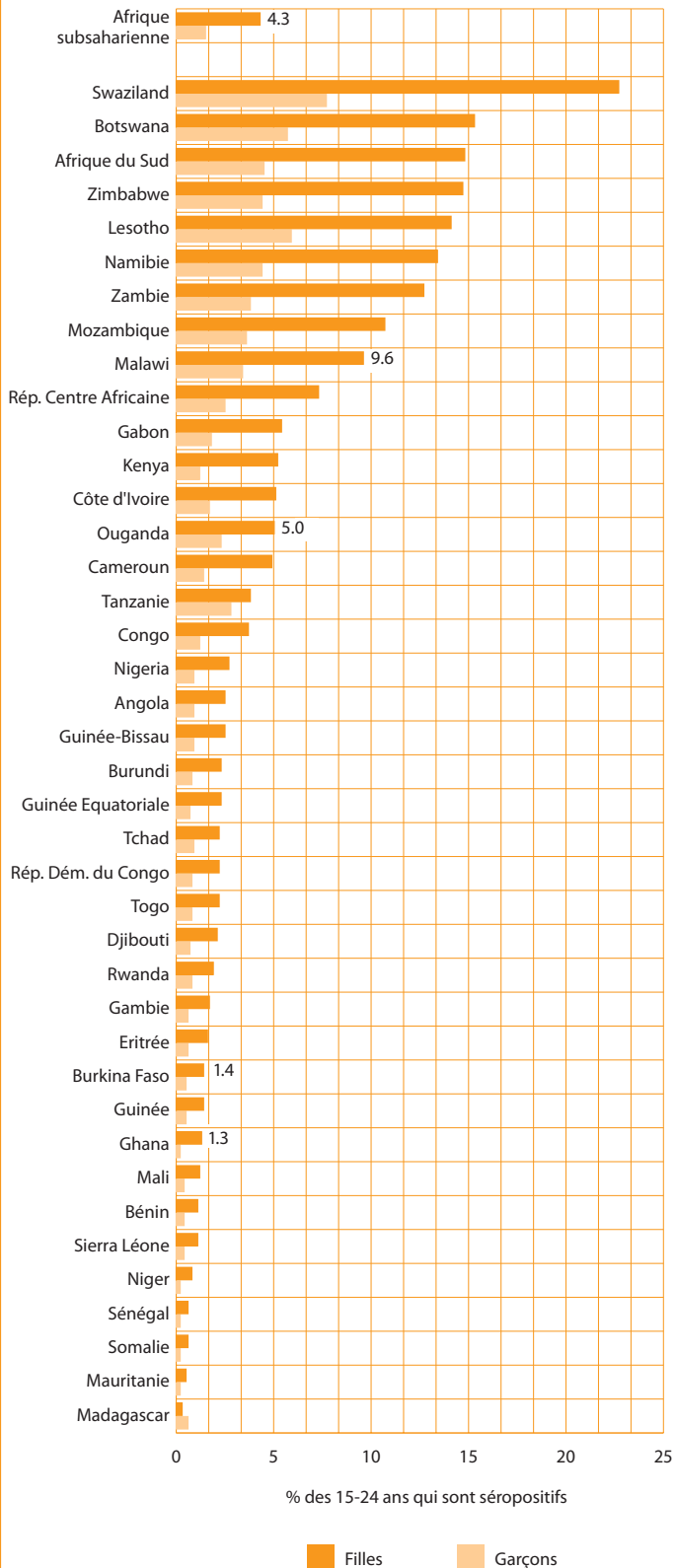
UGANDA

Richard Kibombo, Nakanyike Musisi et Stella Neema, Makerere de l'Institut en recherches sociales, Makerere University ; et Paul Banoba, Paul Kimumwe et Kalundi Robert Serumaga, tous présentement ou anciennement de Panos Eastern Africa.

Enfin, African Population and Health Research Center ont fourni l'assistance technique pour les activités de recherche et de communication. Les personnes directement impliquées dans le projet ont été : Mary Amuyunzu-Nyamongo, Alex Ezeh, Nyovani Madise, Frederick Mugisha, Rose Oronje et Eliya Zulu.

GRAPHIQUE 1.1

Les jeunes femmes en Afrique subsaharienne ont beaucoup plus de risques d'être séropositives que les jeunes hommes



Source Référence 12.

l'ensemble de la région. Des informations provenant d'autres sources viennent enrichir les résultats des enquêtes menées et illustrent les différences et similarités entre les quatre pays de l'étude et les autres pays d'Afrique subsaharienne.

Ce rapport identifie différents moyens pour améliorer le passage de l'adolescence à la vie d'adulte. Un accent particulier est mis sur le rôle des principales institutions sociales qui influencent les jeunes ou dont les jeunes souhaiteraient plus de soutien : l'école, le système de santé, les médias de masse, la famille et la communauté. Ce rapport identifie également certains sous-groupes d'adolescents qui sont hors d'atteinte de ces différentes institutions. Tous les jeunes ont besoin d'avoir accès à des informations et à des services de santé sexuelle et de la procréation. Cependant, certains groupes d'adolescents (comme les jeunes filles mariées ou les jeunes ruraux) font face à des risques élevés et ont des besoins importants. Les interventions utilisées pour répondre à ces besoins doivent être adaptées aux différents contextes de vie des adolescents.

Parmi les similarités clés qu'on retrouve dans les quatre pays et que les interventions doivent prendre en compte, la pauvreté est un déterminant lourd dans la vie de beaucoup de jeunes. Une proportion significative de la population globale vit avec moins de 1 \$ par jour (par exemple, 45% au Ghana et 42% au Malawi). Par ailleurs, la plupart des jeunes vivent en milieu rural et, mis à part au Burkina Faso, la majorité des très jeunes adolescents sont scolarisés.¹¹ La famille et la religion sont importantes pour les jeunes de cette région. Enfin, alors que la plupart des adolescents vivent avec un parent biologique, 19% des 12-14 ans ne vivent avec aucun des deux parents biologiques.

Il existe de bonnes raisons d'être préoccupé par la santé sexuelle et de la procréation des adolescents

Les estimations récentes montrent que la prévalence du VIH chez les 15-24 ans en Afrique subsaharienne est élevée et que les femmes de ce groupe d'âge courent beaucoup plus de risque d'être infectées que leurs homologues masculins – 4% contre 2% (Figure 1.1).¹³ Les quatre pays présentés dans ce rapport couvrent l'éventail des prévalences du sida en Afrique subsaharienne : le Malawi fait partie des pays dont le taux est le plus élevé, le Burkina Faso et le Ghana font partie de ceux dont le taux est relativement bas et l'Ouganda présente un taux médian. Environ 10% des femmes âgées entre 15 et 24 ans au Malawi sont séropositives, comparé à 5% en Ouganda et 1% au Ghana et au Burkina Faso.* Parmi les jeunes hommes du même groupe d'âge, les taux de prévalence estimée sont considérablement moins élevés : 3% au Malawi, 2% en Ouganda et moins de 1% au Burkina Faso et au Ghana.¹¹

A cause de l'impact dévastateur que le sida a eu en Afrique subsaharienne, le VIH est communément perçu au niveau régional comme le problème majeur de santé de la procréation, y compris dans les pays où la prévalence est faible. C'est pourquoi, le VIH peut parfois porter ombrage aux efforts pour faire face à d'autres enjeux cruciaux de santé de la procréation. Cependant, répondre à la menace que représente le VIH peut constituer un point de départ utile pour apporter une réponse plus large aux questions de santé de la procréation. Etant donné que les rapports hétérosexuels constituent le mode principal de transmission du VIH en Afrique subsaharienne,

* Des rapports spécifiques à chaque pays sont disponibles à l'adresse suivante : www.guttmacher.org/programs/PNG-Africa.php.

les programmes de prévention gagneraient en efficacité en intégrant la prévention des grossesses non désirées qui représentent un autre défi majeur en terme de santé de la procréation des jeunes. A travers le monde, les complications liées à la grossesse sont la première cause de mortalité des jeunes femmes de 15 à 19 ans.^{14(p.11)}

Ce sont les femmes qui évidemment portent en grande partie le fardeau des grossesses non désirées. Comme la prévalence du VIH, la proportion de naissances non désirées chez les adolescentes dans ces quatre pays varie largement, illustrant les différentes situations que l'on retrouve dans la région. Les données des Enquêtes Démographiques et de Santé conduites dans 29 pays africains montrent qu'une fraction substantielle de naissances chez les mères adolescentes sont non programmées, soit survenues trop tôt, soit non souhaitées du tout (Figure 1.2).¹¹ Par exemple, au Ghana, presque trois naissances sur cinq chez les adolescentes (59%) sont non programmées, et plus d'un tiers sont non programmées au Malawi (38%) et en Ouganda (36%). Même au Burkina Faso, où les opportunités d'aller à l'école sont beaucoup plus limitées et où les jeunes filles se marient fréquemment à un jeune âge, une adolescente sur cinq ayant donné naissance (20%) aurait souhaité que cette naissance soit plus tardive ou ne l'aurait pas souhaitée du tout.

En plus des naissances qui surviennent trop tôt ou trop fréquemment, beaucoup de grossesses non programmées se terminent en avortement, ce qui constitue une indication encore plus forte des besoins de prévention des grossesses chez les adolescents.

En Afrique subsaharienne, parmi toutes les grossesses chez les 15-19 ans, environ un tiers sont non programmées (Graphique 1.3, page 10), se terminant soit par une naissance (22%) soit par un avortement (13%).* Etant donné que la disponibilité des services d'avortement légal et sans risque est très limitée dans presque toute l'Afrique subsaharienne¹⁵, les adolescentes qui veulent avorter doivent recourir à des procédures à risques qui peuvent avoir des conséquences néfastes sur leur santé à l'âge adulte et affecter leur capacité à avoir des enfants dans le futur. De plus, environ 12% des décès maternels en Afrique sont imputables à des avortements à risque.¹⁶ Prises ensemble, ces statistiques illustrent le besoin urgent de prévention des grossesses non désirées chez les adolescents et de prise en charge de celles-ci quand elles surviennent.

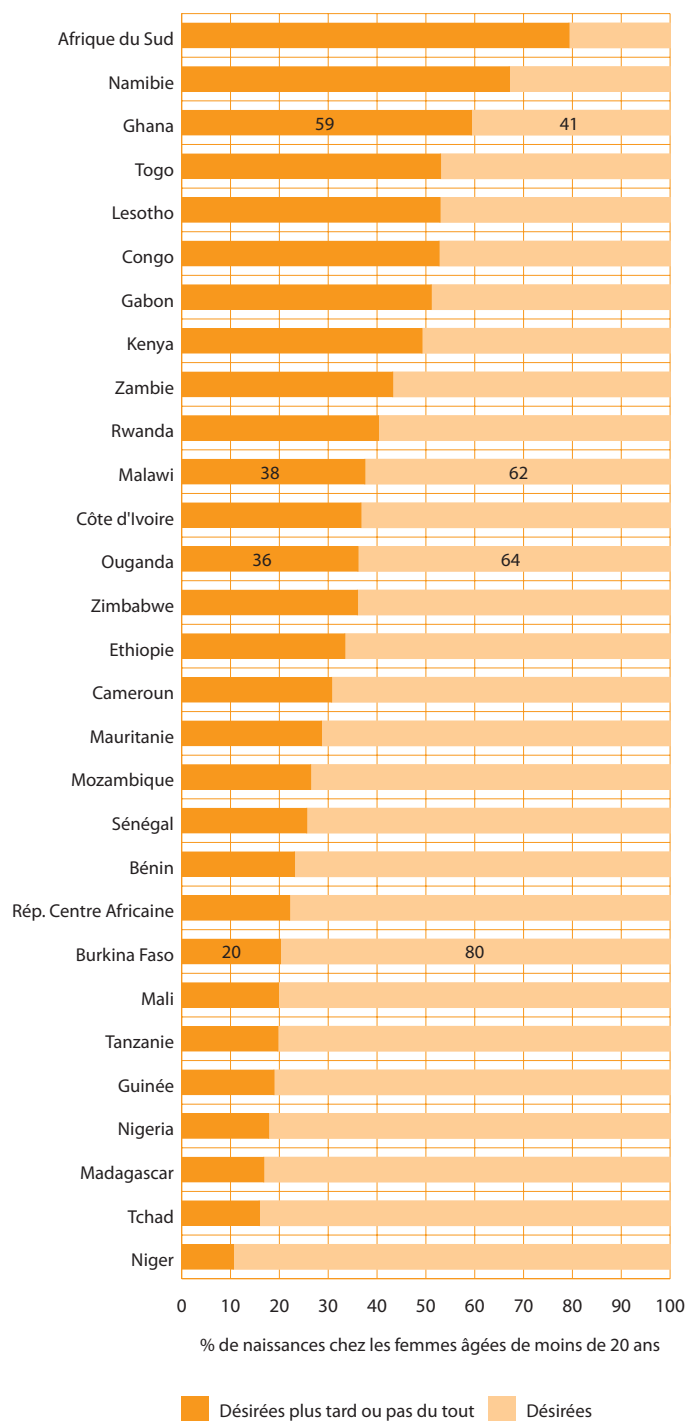
De nombreux facteurs sont réunis pour répondre avec succès aux besoins des adolescents

Malgré l'étendu des besoins qu'il reste à satisfaire en matière de prévention du VIH et des grossesses non désirées, beaucoup de facteurs permettent d'être optimistes. Comme ce rapport le montrera, les adolescents comprennent parfaitement l'importance d'avoir des informations précises et des services adaptés à leurs besoins. Par ailleurs, beaucoup expriment clairement leurs préférences et les difficultés qu'ils rencontrent, ont quelques connaissances sur les moyens d'éviter le VIH et les grossesses non désirées et bénéficient du

* Ces estimations sont tirées des données des sites de surveillance prénatale. Le dépistage du sida conduit sur la population globale peut fournir des estimations de la prévalence représentatives au niveau national, cependant, dans certains pays, les taux de non réponse ou l'exclusion des populations à haut risque des échantillons des ménages peuvent conduire à une sous-évaluation de la prévalence.

GRAPHIQUE 1.2

Chez les mères de moins de 20 ans, beaucoup de grossesses seraient désirées plus tard ou pas du tout



Note Les données prennent en compte les naissances survenues dans les trois ans précédents les Enquêtes Démographiques et de Santé.

Source Référence 11.

soutien de l'école, de leur famille et d'amis, autant d'éléments qui placent sous de bons auspices les efforts qui seront faits pour améliorer la santé sexuelle et de la procréation des adolescents. De plus l'arrivée des antirétroviraux a amélioré le regard porté sur la prévention et la prise en charge du sida (bien que des efforts restent à faire sur l'accès pour tous au traitement[†]). Enfin, les gouvernements reconnaissent de plus en plus que les adolescents ont des besoins spécifiques et conçoivent des politiques adaptées. Reste maintenant à coordonner les efforts pour mettre en oeuvre ces politiques.

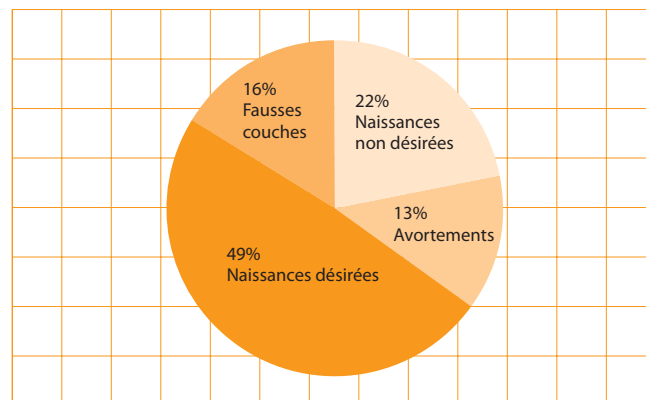
La suite de ce rapport est organisée comme ceci. Le chapitre 2 fournit une vue d'ensemble des attitudes, comportements et besoins en santé sexuelle et de la procréation des adolescents dans les quatre pays étudiés. Les trois autres chapitres se concentrent sur les institutions sociales qui peuvent participer à l'amélioration de la santé sexuelle et de la procréation des jeunes : le chapitre 3 examine le système scolaire et son rôle dans la transmission d'informations adaptées, le chapitre 4 met en lumière l'importance du système de santé dans la prévention des IST/VIH et de la grossesse chez les adolescents et le chapitre 5 évalue le rôle des médias, de la famille et de la communauté dans la vie des adolescents. Enfin, le chapitre 6 dresse les implications de ces constats et propose des recommandations.

* Pour calculer la distribution des grossesses, nous avons d'abord obtenu une estimation du nombre des 15-19 ans en Afrique subsaharienne en 2007 (sources : références 106-107). Nous avons ensuite calculé le nombre de naissances dans cette population, utilisant le taux de fertilité pondéré des 15-19 ans des 22 pays où des Enquêtes Démographiques et de Santé ont été conduites en 1999-2005. La proportion des naissances non programmées en Afrique subsaharienne (soit souhaitées plus tardivement, soit non souhaitées du tout) a été estimée en faisant la moyenne pondérée des taux de naissances non programmées dans ces 22 pays (référence 128). Ce taux en retour a été appliqué au nombre de naissances chez les adolescentes dans la région afin d'obtenir le nombre de naissances non programmées. Le nombre d'avortements a été calculé en appliquant le taux d'avortement estimé chez les adolescentes en 2000 (source : référence 42) à la population régionale des adolescentes en 2007 (nous partons du principe que le taux d'avortement est similaire en 2000 et en 2007). Le nombre de naissances non programmées a été combiné avec le nombre d'avortements pour obtenir le nombre total de grossesses non programmées en 2007. La prévalence des avortements spontanés (fausses couches) a été estimée à 20% des naissances vivantes plus 10% des avortements provoqués (source : référence 109). Les informations sur les grossesses non désirées se terminant par des avortements spontanés ne sont pas disponibles, par conséquent nous montrons les fausses couches comme une catégorie entière sans distinguer entre les grossesses désirées et non désirées. Le nombre total de grossesses est la somme des avortements, naissances et fausses couches.

† On estime, par exemple, qu'en 2006 seulement 16% des personnes qui, au Ghana, avaient besoin d'antirétroviraux ont pu y avoir accès. Au Burkina Faso, Malawi et en Ouganda, les taux bien que plus élevés se situent seulement entre 39 et 43% (source : OMS, ONUSIDA et UNICEF. Towards Universal Access : Scaling Up Priority HIV/AIDS Interventions in the Health Sector, Geneva : WHO, UNAIDS and UNICEF, 2007).

GRAPHIQUE 1.3

Près d'une grossesse d'adolescente sur trois en Afrique subsaharienne n'est pas désirée et se termine soit par une naissance non désirée soit par un avortement.



7,9 millions de grossesses chez les 15-19 ans, 2007

Sources Cf. notes de bas de page ci-dessous pour la source et la méthodologie utilisées.

Les sources des données

Les enquêtes nationales

Les enquêtes nationales de 2004 sur les adolescents, conduites chez filles et les garçons entre 12-19 ans au Burkina Faso, Ghana, Malawi et en Ouganda, ont été conçues pour renseigner une large palette de sujets liés à la santé sexuelle et de la procréation des adolescents, plus particulièrement le VIH et les grossesses précoces et non planifiées. Les enquêtes ont été menées par le Guttmacher Institute en collaboration avec Macro International et différentes organisations au niveau national : au Burkina Faso l'Institut National de la Statistique et de la Démographie ; au Ghana, l'Institut de la statistique et des recherches sociales et économiques, University of Ghana ; au Malawi, l'Office national des statistiques ; et en Ouganda le bureau de la statistique.

Les enquêtes ont été conçues en deux temps. Tout d'abord, les zones de recensement ont été systématiquement sélectionnées dans chaque pays, puis les foyers à l'intérieur de ces zones de recensement ont été systématiquement sélectionnés à partir d'une liste de foyers. Tous les 10-19 ans qui résidaient de facto dans les foyers de l'échantillon (c'est à dire ayant passé la nuit précédent l'enquête dans le foyer) étaient éligibles pour être inclus dans l'enquête. Le consentement d'un parent ou d'un proche responsable a été obtenu pour les adolescents de 17 ans et moins avant que l'adolescent ne soit approché pour participer à l'enquête. Une fois l'accord obtenu des parents ou d'un responsable, le consentement éclairé du mineur a été sollicité. Pour les adolescents âgés de 18 à 19 ans, leur consentement a été demandé directement. L'échantillon final était de 5 950 adolescents au Burkina Faso, de 4 252 adolescents au Ghana, de 4 012 adolescents au Malawi et de 5 065 adolescents en Ouganda. Le taux de réponses global était de 95% au Burkina Faso, 89% au Ghana et au Malawi, et 87% en Ouganda.¹⁻⁴ Les données recueillies sont disponibles à des fins de recherche et les détails à propos des enquêtes ainsi que les copies des questionnaires sont disponibles à l'adresse suivante <www.guttmacher.org/pubs/PNG-data.html>.

Les focus groupes

En 2003, 55 discussions en focus groupes (16 au Burkina Faso et au Ghana, 11 au Malawi et 12 en Ouganda), regroupant des adolescents de 14 à 19 ans, ont été menées pour explorer la manière dont les adolescents des quatre pays envisagent certaines questions relatives à leur santé sexuelle et de la procréation comme l'abstinence, l'usage des préservatifs ou les IST, et pour approfondir ce qu'ils pensent des sources d'information et de services de santé sexuelle et de la procréation. Les résultats des discussions ont été également utilisés pour finaliser le questionnaire des enquêtes nationales (en affinant les questions sur le comportement sexuel et les caractéristiques des partenaires et en précisant certains points spécifiques aux différents pays sur comment la grossesse survient). Les participants ont été recrutés dans les zones urbaines et dans les zones rurales. Parmi eux, étaient représentés des garçons et des filles, des adolescents scolarisés et des non scolarisés. Chaque discussion en focus groupe a rassemblé 8 à 12 participants et a duré une moyenne de 2 heures à 2 heures et demi. Les discussions ont été tapées, transcrites et traduites des langues locales à l'anglais ou, dans le cas du Burkina Faso, des langues locales au français.⁵ (p13) Les analyses des discus-

sions ont été publiées pour les quatre pays.⁵ Les transcriptions peuvent être consultées à des fins de recherche à l'adresse suivante : <www.guttmacher.org/pubs/PNG-data.html>.

Les entretiens individuels avec les adolescents

En 2003, 406 entretiens approfondis (environ 102 par pays) ont été conduits avec des adolescents de 12 à 19 ans pour examiner le contexte et les motivations de leurs comportements, éléments difficiles à renseigner à travers une enquête. Comme pour les focus groupes, furent recrutés à la fois des garçons et des filles, des ruraux et des urbains, des scolarisés et des non scolarisés. Les entretiens ont aussi inclus un sous-groupe d'adolescents devant faire face à des difficultés particulières comme les adolescents qui travaillent ou qui vivent dans la rue. Les entretiens ont été tapés, transcrits et traduits des langues locales à l'anglais ou, dans le cas du Burkina Faso, des langues locales au français. Les analyses des entretiens conduits dans chaque pays ont été publiées dans différents Occasional Reports qui présentent également une explication plus détaillée sur la méthodologie utilisée et sur les questions posées.⁶⁻⁹

Les entretiens individuels avec les adultes

En 2005, 240 entretiens (60 dans chaque pays) ont été conduits avec des adultes clés pour mieux connaître leur perception de leurs rôles et responsabilités concernant la santé sexuelle et de la procréation des adolescents. Les adultes sélectionnés ont inclus parents, leaders communautaires, enseignants et prestataires de santé. Les participants étaient issus de milieu rural et de milieu urbain. Les entretiens ont été tapés, transcrits et traduits des langues locales à l'anglais ou, dans le cas du Burkina Faso, des langues locales au français. Les résultats des entretiens du Burkina Faso ont été publiés¹⁰ et les résultats des entretiens du Ghana, du Malawi et de l'Ouganda seront publiés prochainement.

Autres sources

Les analyses des recherches sur la santé sexuelle et de la procréation dans chaque pays ont été publiées en 2004.¹¹⁻¹⁴ Les informations tirées de ces analyses sont prises en compte comme éléments de contexte dans ce rapport. En plus, des données d'autres études comme les Enquêtes Démographiques et de Santé portant sur d'autres pays d'Afrique subsaharienne sont présentées afin que les résultats obtenus dans les quatre pays sélectionnés puissent être compris dans le contexte plus global de la région. Enfin, des données tirées de recherches qualitatives présentées dans une bibliographie annotée d'études sur la région, publiée en 2003, ont été intégrées dans le présent texte.

¹⁵



Les adolescents ont d'importants besoins en santé sexuelle et de la procréation

L'adolescence est une période de transition majeure sous bien des aspects, le commencement de la puberté et l'initiation sexuelle représentent notamment des étapes majeures. Bien que le déroulé de ces événements et les circonstances dans lesquelles ils surviennent varient beaucoup, la plupart des individus en Afrique de l'Ouest commencent à avoir, à l'adolescence, des relations sexuelles qui auront des conséquences à court ou à long terme, pour le meilleur ou pour le pire. Comprendre le contexte de l'activité sexuelle des adolescents peut aider à identifier leurs besoins en matière de santé sexuelle et de la procréation et à améliorer les programmes pour répondre à ces besoins.

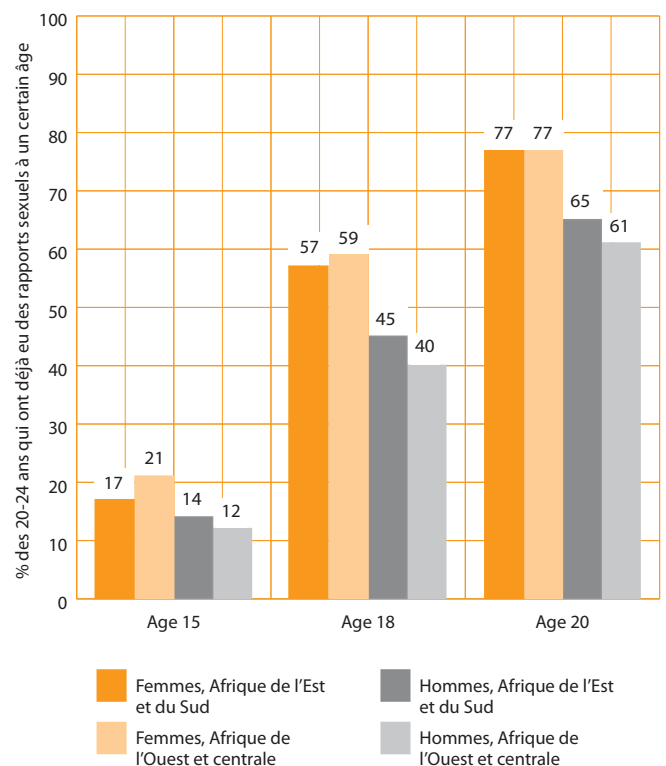
La plupart des adolescents sont sexuellement actifs et beaucoup ont des partenaires soit multiples soit plus vieux

La majorité des jeunes en Afrique subsaharienne ont des relations sexuelles pour la première fois avant 20 ans. Les adolescentes ont généralement des relations sexuelles plus jeunes que les adolescents. A travers la sous-région, 77% des filles ont eu leurs premières relations sexuelles avant leur vingtième anniversaire, comparé à 61-65% des jeunes hommes (Figure 2.1).⁵ La différence entre filles et garçons se retrouve également plus tôt dans l'adolescence : environ 57-59% des femmes ont eu des relations sexuelles à 18 ans, comparé à 40-45% des hommes.

Dans la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest, la moyenne d'âge à la première relation sexuelle soit est restée stable à travers le temps, soit a augmenté. Néanmoins, dans beaucoup de pays, les premières expériences sexuelles des adolescents surviennent de plus en plus avant le mariage.¹⁷ La raison varie. Dans certains pays, l'âge auquel les jeunes gens ont leurs premières relations sexuelles n'a pas changé, mais l'âge du mariage a augmenté, donc l'entrée en vie sexuelle survient hors mariage. Dans d'autres pays, l'âge au premier mariage n'a pas changé, mais une proportion grandissante d'adolescents ont des relations sexuelles avant le mariage.¹⁷

GRAPHIQUE 2.1

Les femmes ont plus de probabilités que les hommes d'avoir des rapports sexuels pendant l'adolescence.



Source Référence 5.

Bien que les adolescentes sont plus susceptibles d'avoir des relations sexuelles que les adolescents, les jeunes hommes sont plus susceptibles d'avoir des relations prémaritales, car ils se marient en général plus tard que les jeunes femmes. Dans les quatre pays dont il est question dans ce rapport, seulement une proportion négligeable d'hommes âgés entre 15 et 19 ans sont mariés ou en union (1-2%).¹² Cela ne veut pas dire pour autant que la sexualité prémaritale est rare chez les femmes. La proportion des jeunes femmes qui ont des relations sexuelles avant le mariage augmente considérablement après 14 ans (Figure 2.2).¹⁸ Les études nationales de 2004 révèlent qu'au moins un tiers des femmes de 19 ans ont eu des relations sexuelles avant le mariage : 34% au Burkina Faso, 35% au Malawi, 42% au Ghana et 52% en Ouganda.

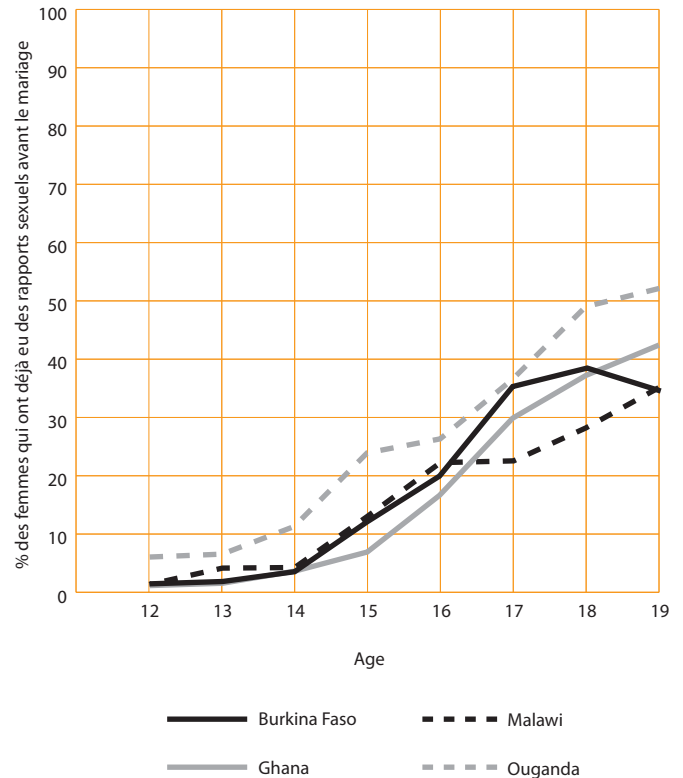
Plusieurs autres aspects de la vie sexuelle des adolescents ont des implications importantes sur leur santé sexuelle et de la procréation. La différence d'âge entre les adolescents et leurs partenaires, le nombre de partenaires que les adolescents ont eu et le contexte de leurs relations (non-maritales ou dans le cadre du mariage ou d'une union), tous ces aspects conditionnent les risques que les adolescents courent, et la manière la plus adaptée de répondre à leurs besoins. Par exemple, les adolescents courent un risque plus élevé d'infection à VIH s'ils ont plusieurs partenaires (plus les partenaires sont nombreux, plus le risque que l'un d'entre eux soit porteur du virus est grand) ou des partenaires significativement plus vieux (des partenaires plus âgés ont eu au cours de leur vie plus de risques de contracter le VIH).¹⁵⁻²⁹

Dans les quatre pays de référence, entre 10% des hommes âgés entre 15 et 19 (au Ghana) et 38% (au Malawi) ont eu des relations sexuelles au cours des 12 derniers mois (Tableau 2.1, page 14).^{7-10,18,21} Parmi eux, 17 à 26% ont eu deux partenaires ou plus dans l'année écoulée, et au moins un sur dix a eu récemment des relations sexuelles avec une partenaire de passage. Cependant, la plupart des jeunes hommes sexuellement actifs ont eu seulement une partenaire (habituellement une petite amie) avec qui ils ont eu des relations sexuelles moins d'une fois par mois. Les jeunes femmes affirment avoir moins de partenaires sexuels que les jeunes hommes (seulement 6-7% des jeunes femmes âgées entre 15 et 19 ans ont eu deux partenaires ou plus dans les 12 derniers mois²¹). Mais une proportion significativement plus élevée de femmes que d'hommes ont eu des partenaires sexuels plus vieux : dans trois des quatre pays, plus de 40% des jeunes filles disent que leur dernier partenaire sexuel était plus âgé de cinq ans au moins, comparé à moins de 1% des hommes.²¹

En ce qui concerne la nature des relations, les jeunes hommes sont généralement plus susceptibles que les jeunes femmes d'avoir eu récemment des relations sexuelles en dehors du cadre d'un mariage ou d'une union stable. Ainsi, dans les quatre pays, seulement entre 15 à 17% des femmes âgées de 15 à 19 ans ont eu des relations sexuelles au cours des douze derniers mois avec un partenaire avec lequel elles ne cohabitaient pas ni n'étaient mariées. Cette proportion est plus grande pour les hommes (25-36%), excepté au Ghana (10%). Par ailleurs, au Burkina Faso, au Malawi et en Ouganda, de 14 à 21% des femmes de 15 à 19 ans ont eu des relations sexuelles dans les douze derniers mois dans le cadre du mariage ou d'une union, comparé à 2% des hommes de cet âge.²¹

GRAPHIQUE 2.2

La proportion de filles qui ont eu des rapports sexuels avant le mariage augmente considérablement après 14 ans



Source Référence 18.

La plupart des adolescents deviennent sexuellement actifs par choix, mais il n'est pas rare que certains subissent des relations sexuelles non souhaitées

Les hommes et les femmes ont des premières expériences sexuelles très différentes. La raison la plus souvent avancée par les jeunes de 15 à 19 ans sexuellement actifs pour justifier leurs premiers rapports sexuels est que cela c'est fait naturellement ou qu'ils en avaient envie (Figure 2.3, page 15).⁷⁻¹⁰

Une jeune femme a ainsi déclaré :

Quand vous débutez une relation avec un garçon, je pense que vous ne pouvez pas toujours dire non à ses avances. De temps en temps, vous devez vous faire plaisir.

-Une jeune participante à un focus groupe, Ghana²²

Cette raison est plus souvent avancée par les hommes (72-89%) que par les femmes (45-55%). Les adolescentes, en revanche, sont plus nombreuses à affirmer que leur première relation sexuelle est arrivée parce qu'elles s'étaient mariées.

Cependant, l'activité sexuelle n'est pas toujours voulue. Les

TABLEAU 2.1
Indicateurs concernant le comportement sexuel des garçons de 15 à 19 ans

Indicateurs	Burkina Faso	Ghana	Malawi	Ouganda
A eu des relations sexuelles au cours des 12 derniers mois (%)	25	10	38	32
Nombre de partenaires au cours des 12 derniers moi (%)*				
1	77	74	83	83
≥2	23	26	18	17
Partenaire la plus récente (%)*				
Petite-amie	84	71	82	82
Partenaire de passage	11	23	11	11
Autre	5	7	7	7
A eu des relations sexuelles au cours des 3 derniers mois(%)*	81	71	68	66
Nb de rapports sexuels au cours des 3 derniers mois (médian)t	3	2	2	2

Le total des pourcentages peut ne pas être de 100% exactement à cause des arrondis
 *Parmi ceux qui ont eu des relations sexuelles au cours des 12 derniers mois
 † Parmi ceux qui ont eu des relations sexuelles au cours des 3 derniers mois
 Sources : Références 7-10,18,21

autres raisons avancées par les adolescents (l'influence des amis, le souhait d'avoir de l'argent ou des cadeaux, l'insistance du partenaire ou l'usage de la force) laissent à penser qu'une proportion significative de jeunes filles subissent des relations sexuelles qui sont non désirées ou qui se déroulent sous la contrainte. Par exemple, au Ghana, au Malawi et en Ouganda, presque une adolescente sur cinq âgée de 15 à 19 ans qui a déjà eu des relations sexuelles déclare que sa première expérience s'est déroulée à cause de l'insistance de son partenaire ou même sous la contrainte physique. Lors des entretiens, les jeunes femmes mentionnent quatre raisons principales pour avoir eu des relations non désirées : elles se sentent obligées dans la mesure où leur partenaire leur a donné de l'argent ou des cadeaux ; leur partenaire les a flattées, les a harcelées ou les a menacées d'avoir des relations sexuelles avec d'autres femmes ; elles ont été forcées physiquement ; elles ont accepté passivement une relation non souhaitée (par exemple, en considérant la coercition comme un comportement normal).²³ Une jeune femme décrit son expérience dans ces termes :

[Après qu'il m'ait forcée à avoir des rapports sexuels], il m'a envoyé mon amie, une fille, [pour me parler], parce qu'il savait que j'étais en colère contre lui et que je ne voulais plus le revoir. Mon amie m'a convaincue que de telles choses arrivaient à toutes les filles, et que je devais m'habituer. Alors, j'ai pardonné ce garçon et je suis revenue.

—Une jeune fille de 15 ans, Ouganda²³

Les adolescents mentionnent rarement la coercition sexuelle

dans le cadre d'une relation avec leur(e) petit(e)-ami(e) ou leur conjoint(e). Cela ne veut pas dire qu'il n'existe pas de coercition sexuelle dans le cadre de ce type de relations mais plutôt que la coercition sexuelle est rarement perçue et rapportée comme telle. Par ailleurs, les jeunes femmes qui subissent des rapports sexuels non désirés peuvent manquer de moyens légaux pour faire face à la situation. D'autres barrières sont culturelles : des études en Afrique ont montré que les dynamiques à l'œuvre dans les relations sexuelles des adolescents sont souvent marquées par des inégalités de genre et d'âge (les hommes plus âgés prennent la plupart des décisions) et par une communication entre les partenaires sur les questions sexuelles très réduite.²³ Les normes traditionnelles qui régissent les rapports entre les hommes et les femmes induisent souvent des comportements qui augmentent le risque de violence dans les relations, de transmission du VIH et, pour les jeunes femmes, de rapports sexuels et de grossesse précoces et non désirés.^{24(p.7)}

La coercition sexuelle est de fait risquée dans la mesure où le partenaire qui la subit n'a pas habituellement la possibilité d'utiliser des moyens de contraception ou d'insister sur l'usage du préservatif. Par ailleurs, une étude en Ouganda a montré que les jeunes filles qui ont subi de la coercition sexuelle sont moins susceptibles que les autres femmes d'utiliser a posteriori des contraceptifs.²⁵ De plus, les jeunes hommes qui usent de la coercition sexuelle envers leurs partenaires ont une propension notable à adopter des comportements sexuels à risque.²⁶ Promouvoir des relations plus égalitaires entre les hommes et les femmes est un aspect important pour répondre aux besoins de santé sexuelle et de la procréation des adolescents, l'inégalité qui caractérise les relations hétérosexuelles rend souvent difficile l'amélioration de la santé sexuelle et de la procréation. Idéalement, les partenaires masculins respecteraient le désir de la femme, qui est aussi son droit, de choisir quand elle souhaite avoir des relations sexuelles, et les deux partenaires prendraient ensemble leurs responsabilités afin d'avoir des rapports sexuels sans risque.

Les interventions qui promeuvent la communication entre les partenaires sexuels peuvent participer à construire le respect mutuel. Eduquer les adolescents sur l'importance des droits humains dans les relations sexuelles peut inciter les jeunes hommes à un comportement sexuel plus responsable et aider les deux partenaires à avoir une sexualité sans risque. Par exemple, la Youth Activist Organization en Zambie propose, pour les garçons et leurs parents, un camp d'une semaine mêlant activités sportives comme le football et activités sur la santé sexuelle et de la procréation. Le programme qui s'appuie sur des pairs-éducateurs propose des séances d'information et de sensibilisation sur la responsabilité masculine en matière de santé de la procréation, sur la prévention du VIH, sur le planning familial et la santé de l'enfant.^{27(p.12)}

Aider les jeunes femmes à développer des aptitudes de négociation peut leur permettre de refuser des rapports sexuels non désirés et de négocier l'utilisation de moyens de contraception. De plus, services et conseils devraient être fournis aux victimes de coercition sexuelle. Les prestataires de santé devraient être formés pour identifier les victimes éventuelles et pour leur fournir les conseils et services adaptés. Un environnement légal solide et des actions de plaidoyer devraient rendre les hommes comptables de leur comportement sexuel. Par exemple, l'African Youth Alliance au Ghana s'est associée avec la fédération internationale des femmes juristes pour mener un projet de formation para-juridique pour intégrer la santé sexuelle et de la procréation et les droits des femmes dans tous les aspects de leurs programmes. Leurs efforts ont permis d'améliorer le traitement de certains cas et d'intégrer les questions de genre dans la politique nationale de lutte contre le VIH.²⁸



La pauvreté est souvent associée à des comportements sexuels à risque

Des résultats de plusieurs études suggèrent que les besoins économiques motivent très souvent l'entrée en vie sexuelle des jeunes filles ou le fait qu'elles aient des relations sexuelles non-protégées.²⁹⁻³³ Les données de recherche des études nationales de 2004 sur les adolescents montrent que les adolescents issus des foyers plus riches sont moins susceptibles que ceux des foyers plus pauvres d'adopter des comportements sexuels à risque et plus susceptibles d'utiliser le préservatif quand ils sont sexuellement actifs. Ainsi, les jeunes femmes des catégories les plus aisées au Burkina Faso, au Ghana et au Malawi ont des relations sexuelles plus tard que leurs homologues des catégories socio-économiques moins aisées. En revanche, chez les hommes, la corrélation entre la richesse et l'entrée en vie sexuelle est moins forte et statistiquement significative seulement au Malawi.³⁴

Les adolescents les plus aisés ont plus souvent utilisé le préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels, mais il n'y a pas de corrélation significative entre le niveau de richesse et le nombre de partenaires.³⁴ Une autre étude qui s'appuie sur ces données de recherche a démontré que les adolescentes non mariées et sexuellement actives reçoivent très souvent des

cadeaux ou de l'argent en échange de rapports sexuels, cependant ceci n'est pas plus fréquent chez les femmes les plus pauvres que chez les femmes les plus aisées.³⁵ Une autre analyse des données tirées des Enquêtes Démographique et de Santé concernant les adultes est parvenue à la conclusion que les comportements sexuels à risque étaient plus communs chez les pauvres que chez les riches, bien que dans la plupart des pays, les adultes les plus riches sont au moins autant susceptibles que les adultes pauvres d'être infectés par le VIH, après que plusieurs comportements à risque soient pris en compte.³⁶

Les mariages précoces entraînent des risques accrus en matière de santé de la procréation

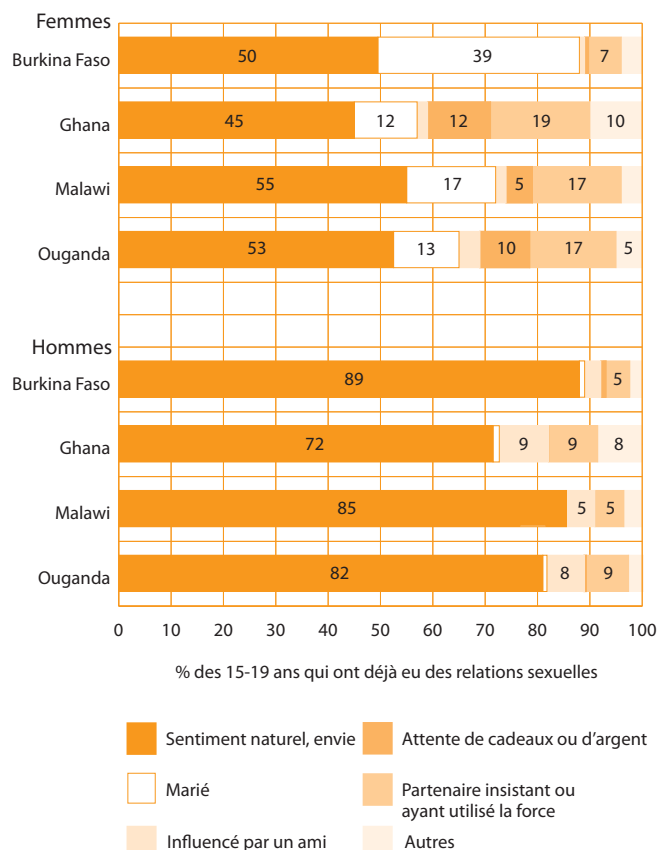
Le mariage marque généralement une transition décisive vers l'âge adulte, mais, contrairement à une idée largement répandue, il ne marque pas pour autant l'entrée dans un environnement protecteur. Au contraire, la réalité à laquelle sont confrontées les jeunes filles en Afrique subsaharienne est parfois bien différente. Les mariages précoces sont très répandus dans la région. Ainsi, 37% des femmes en Afrique de l'Est et du Sud, et 45% en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale se marient avant l'âge de 18 ans⁵. Les femmes qui se marient très tôt ont des risques plus grands que leurs homologues sexuellement actives mais non mariées de rencontrer des difficultés concernant leur santé de la procréation. Ceci s'explique en grande partie parce que les jeunes femmes mariées ont des rapports sexuels généralement plus fréquents que les jeunes filles non mariées et sexuellement actives, et également parce qu'elles se protègent rarement à cause de la pression d'avoir des enfants. La proportion élevée de naissances qui ne sont pas désirées ou désirées plus tard chez les jeunes mères suggère que les préférences des jeunes femmes concernant la maternité sont souvent très différentes des attentes de leur partenaire, des autres membres de leurs familles et de leur communauté.

Les adolescentes mariées font face non seulement à des risques élevés de morbi-mortalité maternelle mais aussi à des risques de plus en plus grands d'exposition au VIH. Comme noté précédemment, avoir des partenaires multiples ou plus vieux peut augmenter les risques d'infection à VIH. Une étude analysant les données du Kenya et de la Zambie, où les femmes mariées présentent des taux d'infection au VIH supérieurs à leurs homologues sexuellement actives et non mariées, démontre que les caractéristiques des partenaires (par exemple, le fait que les partenaires des adolescentes mariées soient plus vieux), des relations sexuelles plus fréquentes et une capacité limitée à négocier l'usage du préservatif expliquent en partie le risque d'infection à VIH plus élevé chez les femmes mariées.³⁷

L'idée reçue très répandue selon laquelle le mariage offrirait un cadre protecteur contre le VIH ainsi que le tabou culturel autour des actions de prévention du VIH au sein des couples mariés constituent des obstacles majeurs à la réduction du risque de transmission marital du virus. Une étude anthropologique conduite au Nigeria suggère une approche innovante et respectueuse de la sensibilité culturelle pour faire face à l'augmentation de la transmission du VIH dans le cadre du mariage en réduisant l'association d'idées qui est faite entre VIH et comportement sexuel immoral. Plutôt que de se focaliser sur l'infidélité, les messages de prévention devraient s'appuyer sur le sens des responsabilités des hommes vis-à-vis

GRAPHIQUE 2.3

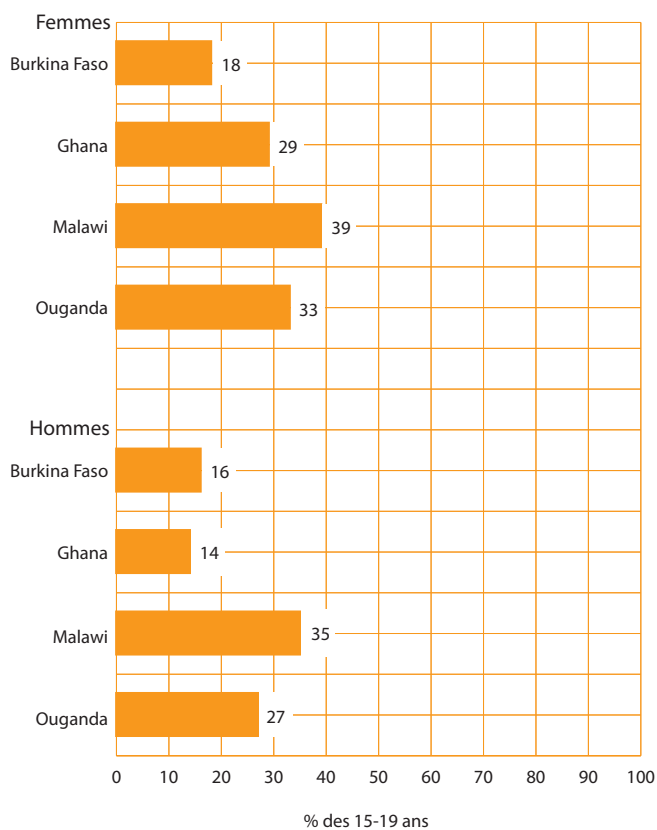
La raison principale évoquée par les adolescents sexuellement actifs pour leur premier rapport sexuel est qu'ils en ont eu envie, mais la contrainte existe, particulièrement pour les filles



Sources Références 7-10.

GRAPHIQUE 2.4

Jusqu'à 4 adolescents sur 10 disent qu'ils ont des amis proches qui ont essayé d'interrompre une grossesse



Sources Référence 44.

de leurs familles comme un moyen de motiver ceux qui s'engagent dans des comportements sexuels à risque à se protéger.³⁸

Une fois que les adolescentes sont mariées, elles peuvent devenir plus isolées socialement dans la mesure où pratiquement toutes quittent alors l'école et que beaucoup ont des restrictions faites à leur mobilité et peu d'accès aux médias modernes.^{24(p.23)} Par conséquent, elles accèdent difficilement aux informations et aux services qui pourraient répondre à leurs besoins.

Cependant, dans certains pays, les femmes mariées constituent la majorité des adolescentes sexuellement actives. Il est donc primordial de s'assurer que ce groupe important bénéficie d'interventions adaptées. Par exemple, un projet à base communautaire au Kenya a utilisé la radio et le théâtre pour apporter un appui aux jeunes femmes mariées et pour sensibiliser la communauté à l'intérêt de retarder l'âge du premier mariage. Le projet a formé des membres de la communauté pour délivrer des messages sur le mariage précoce et pour promouvoir le conseil et le dépistage volontaire du sida. De plus, des femmes leaders ont été formées pour diffuser des informations et des conseils à des groupes de femmes mariées sur le VIH et la santé de la procréation.^{39(p.4)}

Les grossesses d'adolescentes peuvent avoir des conséquences néfastes sur leur santé et limiter leur capacité à s'insérer économiquement

Dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, la grossesse peut entraîner des risques importants pour les femmes. Ceci est particulièrement vrai pour les jeunes femmes. Les mères adolescentes sont deux fois plus susceptibles de mourir en couches que les mères âgées d'une vingtaine d'années et celles âgées de moins de 15 ans courent cinq fois plus de risques.^{14(p.11)} Les mères adolescentes, spécialement celles qui donnent naissance avant 16 ans, ont aussi généralement un accès plus limité aux soins de santé maternelle que les femmes plus âgées. Elles débutent le suivi prénatal plus tard, font moins de visites prénatales et courent plus de risques d'accoucher en dehors d'une structure sanitaire ou sans l'appui d'un personnel qualifié.⁴⁰

En comparant les trajectoires des femmes plus âgées avec celles des femmes plus jeunes, on constate que la prévalence des grossesses très précoces a baissé au cours des récentes décennies. En Afrique de l'Ouest et Centrale, 21% des femmes âgées entre 40 et 44 ans avaient déjà donné naissance à l'âge de 16 ans, comparé à 13% des 20-24 ans. En Afrique de l'Est et du Sud, les proportions sont respectivement de 16% et 9%.^{5(p.517)} Cependant, plus de la majorité des femmes de 20 à 24 ans en Afrique subsaharienne ont déjà eu un enfant à l'âge de 20 ans, 70% en Afrique de l'Est et du Sud et 64% en Afrique de l'Ouest et centrale.

Ces chiffres sont à prendre en considération dans la mesure où devenir mère peut sérieusement limiter les opportunités pour une adolescente d'aller à l'école ou d'avoir accès à des formations et par conséquent d'avoir une source de revenus fiable. De plus, les adolescentes qui ont un enfant, notamment quand il s'agit de leur premier, devraient pouvoir bénéficier d'un accompagnement pour gérer leurs besoins émotionnels et économiques aussi bien que ceux de leurs enfants et de leur famille. Des interventions ciblées qui appuient les jeunes mères et leurs partenaires (par exemple, concernant la manière de nourrir leurs enfants ou l'espacement des naissances) peuvent avoir des bénéfices sur les comportements procréatifs et sur la santé en générale.⁵

L'avortement est une pratique courante et risquée chez les adolescentes en Afrique subsaharienne

Comme nous l'avons observé dans le chapitre 1, une proportion significative des grossesses chez les adolescentes âgées de moins de 20 ans en Afrique subsaharienne surviennent plus tôt que désiré ou ne sont pas voulues du tout, et plus d'une grossesse sur 10 chez les 15-19 ans se termine par un avortement. Par ailleurs, les jeunes femmes ont plus de risques que leurs aînées d'avoir recours à des avortements à risque et de subir des conséquences néfastes pour leur santé.^{41(pp.32,34)} Parmi les 4,2 millions d'avortements à risque estimés en Afrique en 2000, un quart concerne les 15-19 ans.⁴²

Des données précises sur l'avortement sont très difficiles à obtenir, étant donné l'illégalité de la pratique et le tabou social qui l'entoure. Cependant, l'expérience a démontré que les gens connaissent et sont d'accord pour relater des expériences d'avortement vécues par des amies proches, dans la mesure où généralement les grossesses non désirées sont évoquées entre amis notamment dans l'espoir de trouver une aide pour avorter.⁴³



La proportion des 15–19 ans qui déclarent avoir une amie proche qui a déjà essayé de mettre fin à une grossesse est relativement élevée (27–39%) parmi les adolescents des deux sexes au Malawi et en Ouganda et parmi les jeunes femmes au Ghana (Figure 2.4).⁷⁻¹⁰ Même au Burkina Faso, la proportion est de 16–18%. A l'exception du Ghana, la proportion est la même pour les hommes et pour les femmes. Bien qu'on puisse imaginer que les adolescents surestiment les expériences d'avortement de leurs amis proches, une étude au Burkina Faso a révélé que les données basées sur les déclarations concernant les amis proches sont très proches des données des hôpitaux sur le niveau d'avortement.⁴³

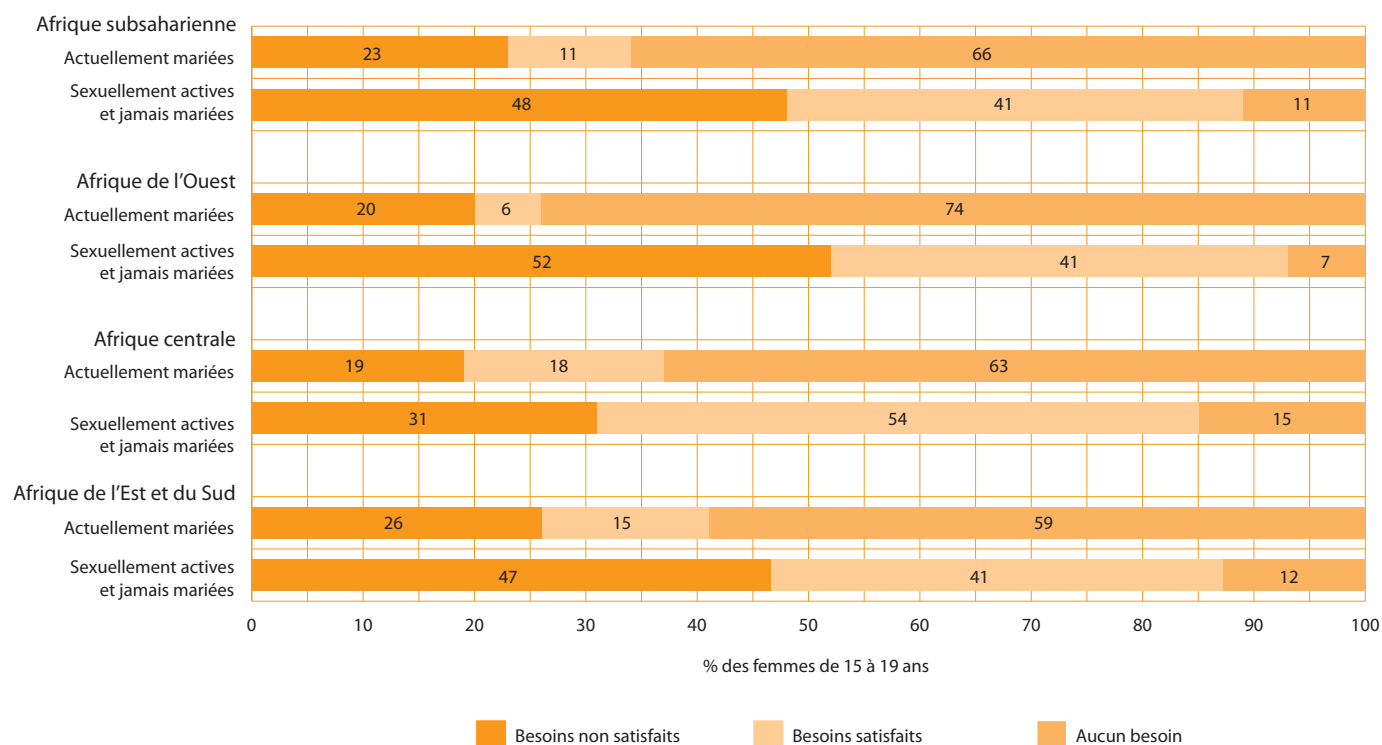
Les adolescents ont d'importants besoins non satisfaits en matière de contraception

Parmi les femmes de 15 à 19 ans qui ont déjà eu des relations sexuelles au cours des 12 derniers mois dans les quatre pays de référence, les niveaux d'utilisation déclarée de contraceptifs, lors des derniers rapports sexuels, sont très bas, allant de 29% (au Malawi) à 47% (au Ghana).²¹ Parmi les hommes, les niveaux sont plus hauts, allant de 42% (au Malawi) à 55% (en Ouganda), peut-être parce que la plupart des hommes de cet âge ne sont pas mariés et, par conséquent, ne sont pas forcément désireux d'avoir des enfants.

Cependant, les niveaux faibles d'utilisation des contraceptifs ne signifient pas nécessairement que les adolescents souhaitent avoir des enfants. En Afrique subsaharienne, des proportions importantes d'adolescentes sexuellement actives entre 15 et 19 ans ont des besoins contraceptifs insatisfaits : elles ne souhaitent pas avoir d'enfants dans les deux ans à venir ou après mais n'utilisent pas pour autant une quelconque méthode contraceptive (Figure 2.5).⁴⁴ Une moyenne de 48% des adolescentes de 15 à 19 ans sexuellement actives et célibataires en Afrique subsaharienne, de 31 à 52% dans les différentes sous-régions, ont un besoin insatisfait de contraception. Parmi les femmes mariées de ce groupe d'âge, près d'une sur quatre (19–26% à travers la sous-région) présente un besoin insatisfait en matière contraceptive. Répondre à ce besoin en incitant les adolescents à utiliser des contraceptifs quand ils deviennent sexuellement actifs et, parallèlement, en améliorant l'accès aux informations relatives aux contraceptifs et aux contraceptifs eux-mêmes peut aider à réduire le nombre de grossesses non désirées et d'avortements chez les adolescentes. La préoccupation d'éviter les grossesses avant le mariage est très fortement présente, tout spécialement chez les jeunes filles non mariées, dans la mesure où ce sont elles qui doivent en grande partie en assumer la responsabilité.

GRAPHIQUE 2.5

Le niveau des besoins non satisfaits en contraception est plus élevé parmi les adolescentes non mariées sexuellement actives que chez celles qui sont mariées



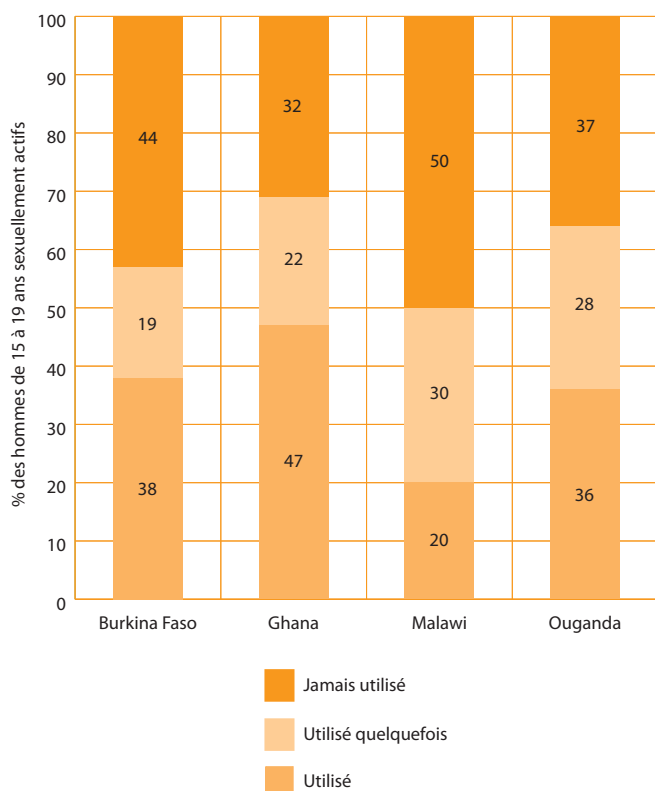
Notes Les femmes sont considérées comme ayant des besoins non satisfaits si elles ne veulent pas d'enfants dans les deux prochaines années ou si elles n'en veulent pas du tout et qu'elles n'utilisent aucun moyen contraceptif. Les femmes sexuellement actives sont les femmes qui ont eu des relations sexuelles au cours des trois derniers mois.

Source Référence 44.

Les jeunes pourraient être davantage réceptifs aux messages de promotion du préservatif qui mettent en avant la double protection (à la fois la prévention du sida et des grossesses) qu'à ceux qui s'appuient uniquement sur la prévention du sida

GRAPHIQUE 2.6

Moins de la moitié des garçons de 15 à 19 ans sexuellement actifs ont toujours utilisé des préservatifs durant les trois derniers mois.



Note Sont considérés comme sexuellement actifs, les individus qui ont eu des relations sexuelles au moins deux fois au cours des trois derniers mois.
Source Référence 46.

Une jeune fille a ainsi déclaré :

Les jeunes hommes, en particulier dans les villages, ne sont pas accusés, mais c'est la fille qui est jugée responsable. Même si le garçon dit qu'il ne veut pas la fille, personne dans le village ne va le traiter comme un moins que rien. Il a toujours raison et ne se soucie de rien. Mais la fille enceinte sera insultée par ses parents. Le problème retombe toujours sur les femmes. Ton père et ton frère vont te blâmer.

—Une jeune participante à un focus groupe, Burkina Faso²²

C'est la peur d'une grossesse non désirée, plus que la peur du VIH, qui motive les adolescents à utiliser le préservatif

Le préservatif mérite une attention spéciale des responsables de programmes et du personnel éducatif et sanitaire car il offre une double protection, à la fois contre le VIH et les grossesses.

De plus, le préservatif est moins cher que les autres méthodes, et il est relativement facile de le rendre largement disponible. Dans les quatre pays de référence, environ un quart ou plus des femmes de 15 à 19 ans qui ont déjà eu des relations sexuelles et environ au moins 4 sur 10 de leurs homologues masculins déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels.²¹ D'autres méthodes contraceptives sont utilisées par les adolescents de ce groupe d'âge comme la méthode Ogino, le retrait et la pilule.^{7(p.73),8(p.74),9(p.78),10(p.73)} Prévenir une grossesse (et éventuellement aussi se protéger du VIH et d'autres IST) constitue la principale motivation avancée par les jeunes filles des quatre pays de l'étude pour utiliser des préservatifs ainsi que par les jeunes hommes au Ghana et en Ouganda.^{7(p.76),8(p.77),9(p.81),10(p.76)} Dans les discussions de groupes, les jeunes hommes tendent à considérer qu'insister sur l'utilisation du préservatif incombe à la femme dans la mesure où c'est elle qui peut tomber enceinte.^{22(p.29)} La remarque d'un jeune homme illustre ce sentiment :

Si l'homme a l'envie de faire l'amour, alors il oublie tout à propos des préservatifs. C'est la fille qui a le courage de demander pour protéger la relation... Les filles savent que ce sont elles qui vont écopier. Elles seront enceintes ou contracteront une maladie. Les garçons et les filles peuvent tous contracter une IST, mais les



garçons ne peuvent pas tomber enceintes.

—Un participant masculin à un focus groupe, Ghana ²²

Une étude récente s'appuyant sur des données de 13 pays d'Afrique subsaharienne démontre que le taux d'utilisation du préservatif dans les relations non maritales a augmenté. Parmi les femmes de 15 à 24 ans sexuellement actives, la proportion médiane de femmes ayant utilisé le préservatif lors de leur dernière relation sexuelle se situe entre 19% et 28% entre 1993 et 2001. Par ailleurs, 59% des utilisatrices étaient motivées soit entièrement, soit en partie, par le désir d'éviter une grossesse. ⁴⁵

Pour être efficace, le préservatif doit être utilisé systématiquement et correctement. Cependant, il semblerait que moins de la moitié des garçons de 15 à 19 ans qui ont eu au moins deux rapports sexuels au cours des trois derniers mois aient utilisé le préservatif à chaque fois (Graphique 2.6).⁴⁶ La proportion de ceux qui l'ont utilisé systématiquement varie de 20% au Malawi à 47% au Ghana. L'efficacité du préservatif peut aussi être compromise par une utilisation incorrecte. Dans les quatre pays, environ un jeune garçon sur cinq qui a eu des relations sexuelles au cours des trois derniers mois (16-22%) déclare qu'au moins une fois il a mis le préservatif après avoir débuté le rapport sexuel. ^{7(p.98),8(p.107),9(p.105),10(p.100)} Les problèmes pouvant survenir au cours de la relation sexuelle (le préservatif qui glisse ou qui se déchire) sont rapportés moins souvent.

Une raison très souvent avancée par les filles ou par les garçons sexuellement actifs pour justifier la non utilisation du préservatif est qu'ils se sentent en sécurité avec leur partenaire ^{7(p.97),8(p.106),9(p.104),10(p.99)} Ce thème trouve un écho dans une récente analyse d'études qualitatives : les chercheurs ont trouvé que les jeunes évaluent leur partenaire potentiel comme « sain » ou « à risque », et qu'ils associent l'utilisation du préservatif avec un manque de confiance en leur partenaire.⁴⁷ Ces raisons ressortent également des discussions de groupe avec les adolescents des quatre pays. Ajoutons à cela que les adolescents, en particulier les garçons, disent préférer les rapports sexuels sans préservatif :

Il y a une expression selon laquelle tu ne peux pas acheter un bonbon et le manger dans l'emballage...Si tu veux montrer à ta copine ton amour, tu dois la manger en direct (avoir des relations sexuelles sans préservatif).

—Un participant masculin à un focus groupe, Ouganda. ²²

De plus, au moins un garçon âgé entre 15 et 19 ans sur quatre ayant eu des relations sexuelles au cours des douze derniers mois invoque le fait de ne pas avoir eu de préservatif sur lui comme raison pour ne pas s'être protégé la dernière fois qu'il a eu une relations sexuelle, la proportion s'étend de 24% au Ghana à 37% au Malawi. ^{7(p.97),8(p.106),9(p.104),10(p.99)}

Dépasser les réticences des adolescents à utiliser le préservatif constitue un vrai défi. Cependant, les résultats tirés des enquêtes nationales montrent que le désir d'éviter une grossesse motive de nombreux adolescents à utiliser le préservatif et d'autres recherches suggèrent qu'insister sur la prévention des grossesses pourrait augmenter l'utilisation des préservatifs. ⁴⁵ Les jeunes pourraient être plus sensibles aux efforts de prévention qui mettent en avant en même temps la prévention des grossesses et la prévention du VIH plutôt que seulement la prévention du VIH. Les résultats des enquêtes nationales démontrent également que des informations plus détaillées pourraient aider les adolescents à utiliser le préservatif correctement. Dans trois pays sur les quatre (le Malawi constitue l'exception), les adolescents qui ont assisté à une démonstration du port du préservatif et qui ont reçu des cours d'éducation sexuelle à l'école ont plus de chances que leurs pairs de savoir comment utiliser le préservatif correctement. ⁴⁶

Assurer une large disponibilité des préservatifs masculins et promouvoir leur usage correct et systématique devrait rester la priorité. Cependant le préservatif masculin est de fait une méthode qui dépend largement du bon vouloir de l'homme et les jeunes femmes sont souvent dans l'incapacité de négocier son usage. Par conséquent, développer la sensibilisation et l'accès aux méthodes dont les femmes auraient le contrôle comme le préservatif féminin devrait aussi faire partie des priorités. Comme le préservatif masculin, le préservatif féminin constitue une méthode intéressante car elle offre une double protection contre les grossesses et les IST. La contraception d'urgence est aussi une méthode efficace pour éviter les grossesses après des relations non protégées ou une défaillance de contraceptif. Cependant, la sensibilisation et la disponibilité de la contraception d'urgence et du préservatif féminin sont très faibles. Bien que la contraception d'urgence ne puisse pas protéger des IST, améliorer la sensibilisation sur cette méthode, son accès et son utilisation pourrait réduire les taux de grossesses non désirées et d'avortement.

La peur de la grossesse et des IST constitue la motivation principale des adolescents pour pratiquer l'abstinence

Dans les quatre pays, la majorité des adolescents affirment que conserver sa virginité jusqu'au mariage est quelque chose que les membres des deux sexes « devraient faire ». Cependant, étant donné que l'âge au premier mariage augmente en Afrique, cela devient de plus en plus difficile de rester vierge jusqu'à cette étape. En fait, lors des discussions de groupe, les adolescents soulignent que cette attente sociale correspond à un idéal qui est difficilement atteignable. Les adolescents tendent à parler de l'abstinence, que ce soit repousser l'âge des premiers rapports ou éviter d'avoir d'autres relations sexuelles quand on a déjà débuté sa vie sexuelle (ce qu'on appelle l'abstinence secondaire), concrètement comme un moyen d'éviter les grossesses et les IST : ²²

Si tu ne fais pas ce que les jeunes hommes te disent et bien tu te protèges. Si les garçons te disent d'avoir des relations sexuelles avec eux et que tu refuses, tu ne peux pas avoir le sida ou attraper une IST.

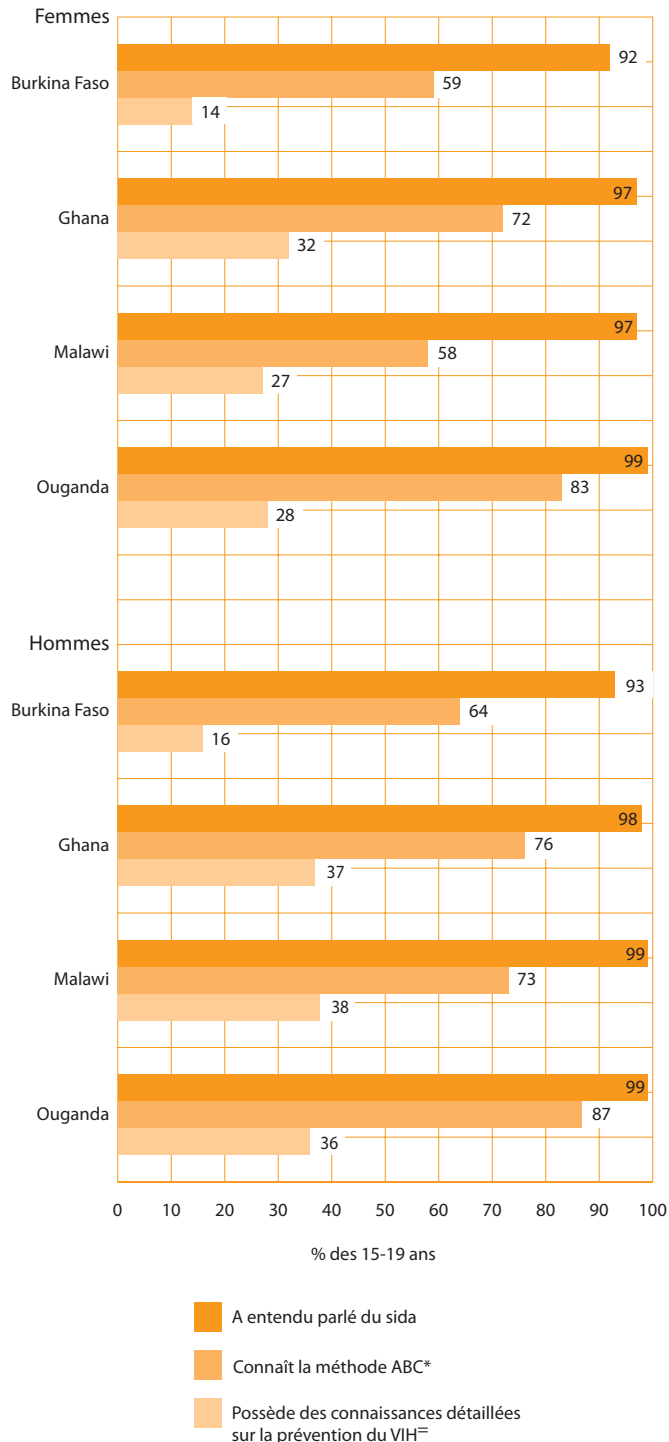
—Une jeune participante à un focus groupe, Malawi²²

Par exemple, parmi les garçons âgés de 15 à 19 ans qui n'ont jamais eu de rapports sexuels au Ghana, seulement 27% cite le fait d'attendre le mariage comme raison principale pour retarder leur activité sexuelle. Au contraire, 38% affirment que la raison principale est d'éviter de mettre quelqu'un enceinte, et 34% disent que leur motivation réside dans le fait d'éviter ainsi de contracter le sida ou une autre IST (les enquêtés pouvaient donner plus d'une raison). ^{7(p.56)}

Parmi les adolescents qui ont déjà eu des relations sexuelles au Burkina Faso et au Ghana, les raisons les plus communément évoquées pour expliquer l'abstinence secondaire sont pour les femmes, la peur de tomber enceinte et, pour les hommes, le fait de ne pas avoir de partenaire. ^{7(p.57),8(p.58)} Au Malawi et en Ouganda, la peur du VIH et des IST est la raison principale évoquée par les femmes et les hommes qui ont déjà eu des relations sexuelles pour ne pas être sexuellement actifs, bien que deux-tiers des adolescentes mentionnent également la peur de la grossesse. ^{9(p.61),10(p.58)}

GRAPHIQUE 2.7

Presque tous les adolescents ont conscience de l'existence du VIH mais la plupart n'ont pas une connaissance détaillée des modes de prévention



Notes *La méthode ABC fait référence aux trois stratégies de prévention du VIH que sont l'abstinence, la fidélité à un partenaire monogame et l'utilisation du préservatif. Le pourcentage indique le nombre d'enquêtés mentionnant l'ensemble de ces trois méthodes.

†Les enquêtés savent que la transmission du VIH peut être réduite en ayant des relations sexuelles avec seulement un partenaire fidèle et séronégatif, et également en utilisant des préservatifs ; qu'une personne qui paraît en bonne santé peut être séropositive ; que les piqûres de moustiques ne transmettent pas le VIH et qu'on ne risque pas d'être infecté en partageant son repas avec une personne séropositive.

Sources Références 7-10, 49.

Beaucoup d'adolescents savent que la sexualité anale existe et certains d'entre eux la pratiquent

Certains adolescents peuvent pratiquer des relations sexuelles anales pour éviter les grossesses.⁴⁸ Les résultats des enquêtes nationales montrent que parmi les 12-19 ans au Ghana, 55% des hommes et 34% des femmes ont déjà entendu parler de relations sexuelles anales. C'est aussi le cas d'une jeune fille de 12 à 14 ans sur quatre.^{7(p.52)} La connaissance de cette pratique est moindre en Ouganda et au Malawi, mais au moins un adolescent sur cinq a entendu parler de cette pratique.^{9(p.68),10(p.54)} Dans ces trois pays (au Burkina Faso nous ne disposons pas de données sur cette question), de 10 à 42% des adolescents qui connaissent ces pratiques déclarent qu'ils ont des amis proches qui ont déjà eu des rapports anaux.^{7,9-10} Par conséquent, les relations sexuelles anales ne sont pas inconnues et une proportion non négligeable d'adolescents semble les pratiquer, suggérant que les risques associés de VIH et d'IST doivent être pris en compte dans les efforts de sensibilisation.

Beaucoup d'adolescents ont entendu parler de VIH, de sida et de grossesse mais leurs connaissances restent superficielles

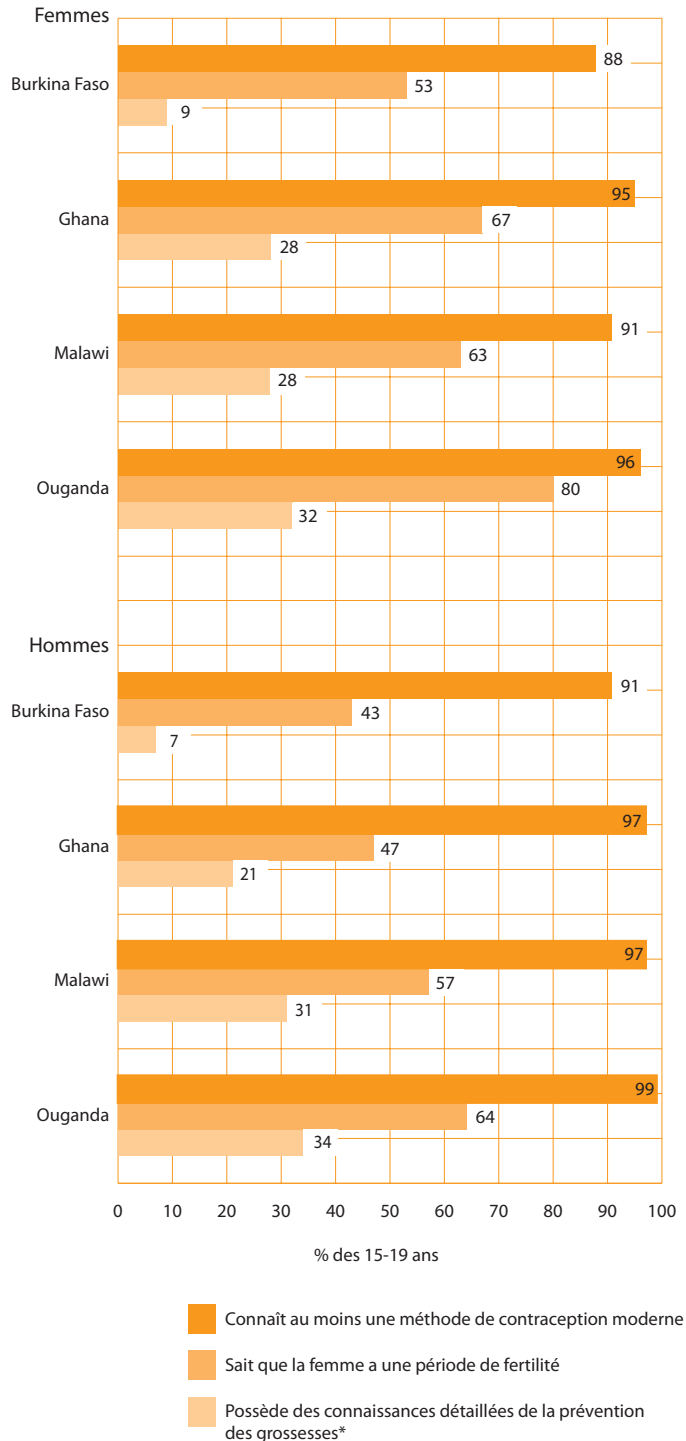
Plus de 90% des 15-19 ans sont au courant de l'existence du VIH/sida (Figure 2.7),^{7-10,49} et ce taux élevé s'est maintenu à travers le temps et à travers les pays.⁵⁰ Ajoutons à cela que la majorité des adolescents connaissent les trois principales manières de se protéger du VIH, c'est à dire la méthode ABC (s'abstenir de relations sexuelles, être dans une relation monogame avec un partenaire fidèle et séronégatif et utiliser le préservatif en cas de relations sexuelles). Cependant, les proportions sont un peu moindres pour les jeunes filles (58-83%) que pour les garçons (64-87%). En revanche, les niveaux de connaissances détaillées, mesurées par un indicateur composite recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé,⁵¹ sont bas : pas plus de 32% des femmes de 15 à 19 ans et 38% de leurs partenaires masculins connaissent les trois moyens principaux d'éviter la transmission sexuelle du sida et peuvent écarter trois idées reçues communément répandues sur le VIH (par exemple, qu'une personne peut contracter le VIH par une piqûre de moustique).

La connaissance des autres IST est moindre que celle du sida, s'étalant de 31% des femmes de 15 à 19 ans au Burkina Faso à 82% des hommes de 15 à 19 ans au Malawi.⁴⁹ Les données recueillies lors des discussions de groupes suggèrent que les adolescents s'appuient avant tout sur des signes extérieurs visibles pour identifier que quelqu'un est porteur d'une IST (comme une démarche anormale), ils ne savent pas que beaucoup de personnes porteuses d'une IST n'ont pas forcément des symptômes visibles. Ces données sont confirmées par une étude portant sur les jeunes en Angleterre, dans laquelle la plupart des participants s'attendent à voir des symptômes d'IST.⁵² Etant donné les conséquences négatives pour la santé que peuvent causer les IST autres que le VIH (par exemple, une plus grande vulnérabilité par rapport au VIH ou encore des risques d'infertilité), plus d'efforts de prévention devraient être faits pour mieux informer les adolescents sur ces infections.

L'état du savoir sur la grossesse est très similaire à celui sur le VIH : il existe une bonne connaissance de l'existence de méthodes de contraception modernes (principalement le préservatif masculin), une moins bonne connaissance de l'existence d'une période de fertilité chez la femme et une



La plupart des adolescents savent qu'il existe des moyens de contraception modernes, mais manquent de connaissances détaillées pour prévenir les grossesses



Note *L'enquêté connaît une méthode de contraception moderne, sait qu'une femme a une période fertile, sait qu'une femme peut tomber enceinte la première fois qu'elle a une relation sexuelle avec quelqu'un et peut également tomber enceinte en ayant une relation sexuelle en position debout (au Burkina Faso ce dernier item a été remplacé par le suivant : une femme peut tomber enceinte même si elle se lave immédiatement après avoir eu des relations sexuelles).

Sources Références 7-10, 49.

encore moins bonne connaissance de l'ineptie de certaines idées reçues comme la croyance selon laquelle une jeune femme ne peut pas tomber enceinte la première fois qu'elle a des relations sexuelles (Figure 2.8).^{7-10,49} Ainsi, au Ghana, 95% des femmes de 15 à 19 ans connaissent au moins une méthode de contraception moderne, mais seulement 67% sont au courant qu'une femme a plus de chance de tomber enceinte certains jours plutôt que d'autres. Par ailleurs, seulement 28% connaissent les deux informations précédentes et sont capables de rejeter deux idées reçues communément admises (qu'une femme ne peut pas tomber enceinte la première fois qu'elle fait l'amour ou si elle a des relations sexuelles en position verticale). Les mêmes tendances sont observées chez les hommes et chez les femmes dans les quatre pays.

La plupart des très jeunes adolescents n'ont pas eu de relations sexuelles mais ne sont pas pour autant naïfs à propos de la sexualité

Les très jeunes adolescents (ceux âgés entre 12 et 14 ans) constituent un groupe particulièrement sensible. A travers le monde, les adolescents débutent leur puberté avant ceux des générations précédentes, sans doute du fait des améliorations en matière de nutrition, de santé et de conditions socio-économiques.⁵³ Dans les quatre pays de l'étude, beaucoup de jeunes femmes âgées entre 12 et 14 ans ont déjà eu leurs premières menstruations et 50% les ont déjà eues à l'âge de 14.6 en Ouganda, 14.8 au Ghana, 15.1 au Malawi et 15.3 au Burkina Faso.^{7(p.54),8(p.55),9(p.58),10(p.55)}

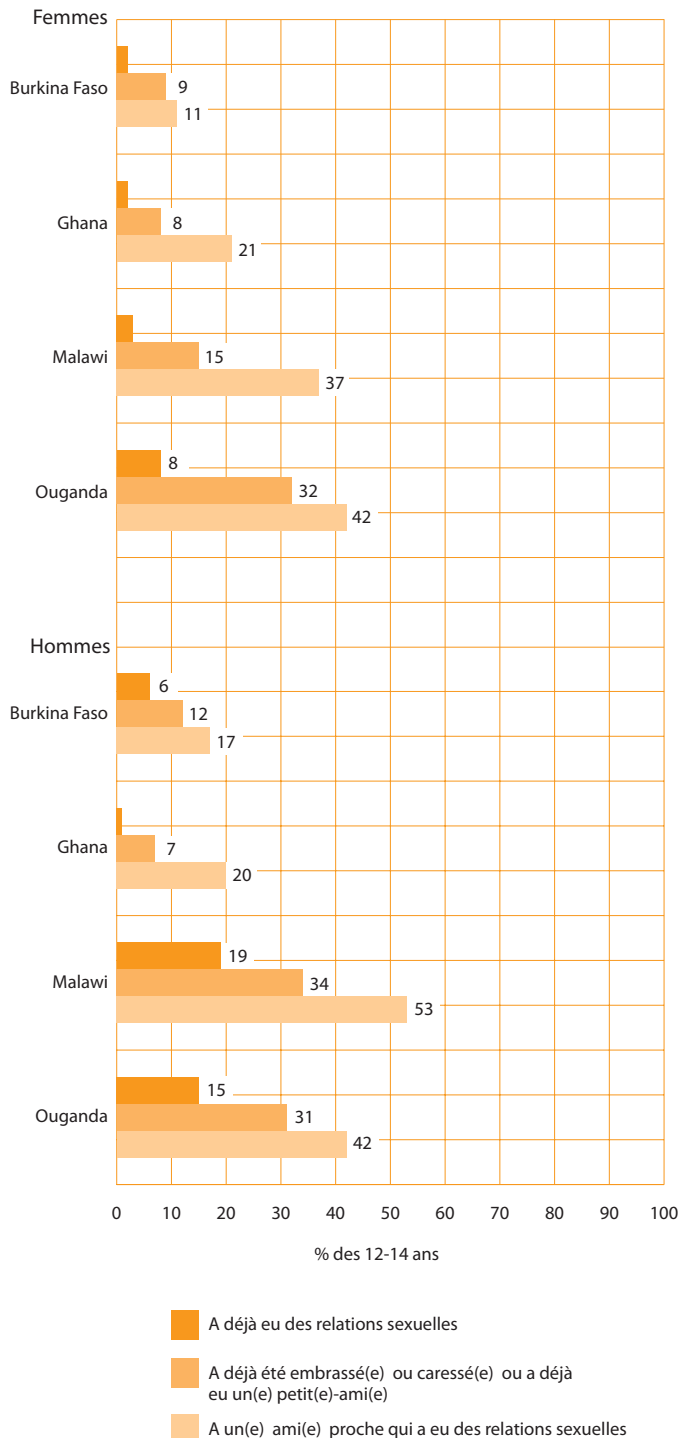
C'est au début de l'adolescence que la curiosité et l'exploration sexuelles débutent. Dans les quatre pays, certains adolescents entre 12 et 14 ans (8 à 32% des filles et 7 à 34% des garçons) ont déjà expérimenté des contacts physiques intimes (des baisers ou des caresses) ou ont déjà eu un(e) petit(e)-ami(e) (graphique 2.9, page 22).^{21,54} De plus, bien que relativement peu d'adolescents déclarent déjà avoir eu des rapports sexuels (pas plus de 8% des filles et 19% des garçons), au moins un adolescent de 12 à 14 ans sur 10 affirme avoir un ami proche qui a déjà eu des relations sexuelles, la proportion s'étend de 11% des filles et 17% des garçons au Burkina Faso à 42% des filles en Ouganda et 53% des garçons au Malawi. Les perceptions des adolescents concernant l'activité sexuelle de leurs amis constituent une indication des normes qui prévalent dans ce groupe de population ainsi que de leurs propres comportements.⁵¹

Malgré leur connaissance et leur expérience des sujets liés à la santé sexuelle et de la procréation, les 12-14 ans ont très peu d'information sur comment éviter les grossesses et le VIH (Graphique 2.10).⁴⁹ En ce qui concerne la prévention des grossesses, seulement de 2% des garçons au Burkina Faso à 20% des filles en Ouganda maîtrisent des informations détaillées à ce sujet. Pour ce qui est de la prévention du VIH, les proportions vont de 5% des filles au Burkina Faso à 24% des garçons au Malawi. En général, les garçons de ce groupe d'âge ont légèrement plus d'informations détaillées sur le VIH/sida que les filles. Cependant, excepté au Burkina Faso, la proportion d'adolescents qui possèdent une connaissance détaillée de comment éviter les grossesses est presque deux fois plus grande chez les filles que chez les garçons.

L'importance de s'assurer que les jeunes ont accès à l'information nécessaire pour protéger leur santé est reconnue

GRAPHIQUE 2.9

La plupart des très jeunes adolescents n'ont pas eu de rapports avec pénétration, mais beaucoup ont amorcé une vie sexuelle



Sources Références 21, 54.

par les Nations Unies dans leurs directives sur le VIH/sida et les droits humains. Ces directives en appellent aux pays afin qu'ils prennent des mesures pour « assurer l'accès des enfants et des adolescents à des informations et à une éducation sanitaires adéquates, y compris des informations sur la prévention et les soins, à l'intérieur et à l'extérieur de l'école, qui soient adaptées à leur âge et à leurs capacités et qui leur permettent de gérer positivement leur sexualité. » 55(para. 38(g))

Néanmoins, les réticences sociales à fournir aux adolescents les plus jeunes des informations et des services de santé sexuelle et de la procréation ont généralement comme conséquence leur exclusion des programmes de santé de la procréation. Parce que beaucoup sont au courant des sujets liés à la sexualité et que certains ont déjà eu des relations physiques intimes, les très jeunes adolescents ont besoin d'informations précises et pratiques sur comment éviter les grossesses et les IST/VIH/sida. De plus, le fait que seulement une faible proportion d'entre eux soit sexuellement actifs fait de ce groupe d'âge une cible privilégiée pour des interventions qui leur fournissent les connaissances dont ils ont besoin. Promouvoir des comportements sexuels sans risque auprès des adolescents avant qu'ils ne deviennent sexuellement actifs présente moins de difficultés que de modifier les comportements sexuels à risques des jeunes ayant déjà eu des relations sexuelles. Ne pas fournir d'informations et de services aux jeunes ne les protègent pas du danger, au contraire cela augmente la probabilité que leurs premiers rapports sexuels soient non protégés.^{56(p.5)}

Défis et opportunités

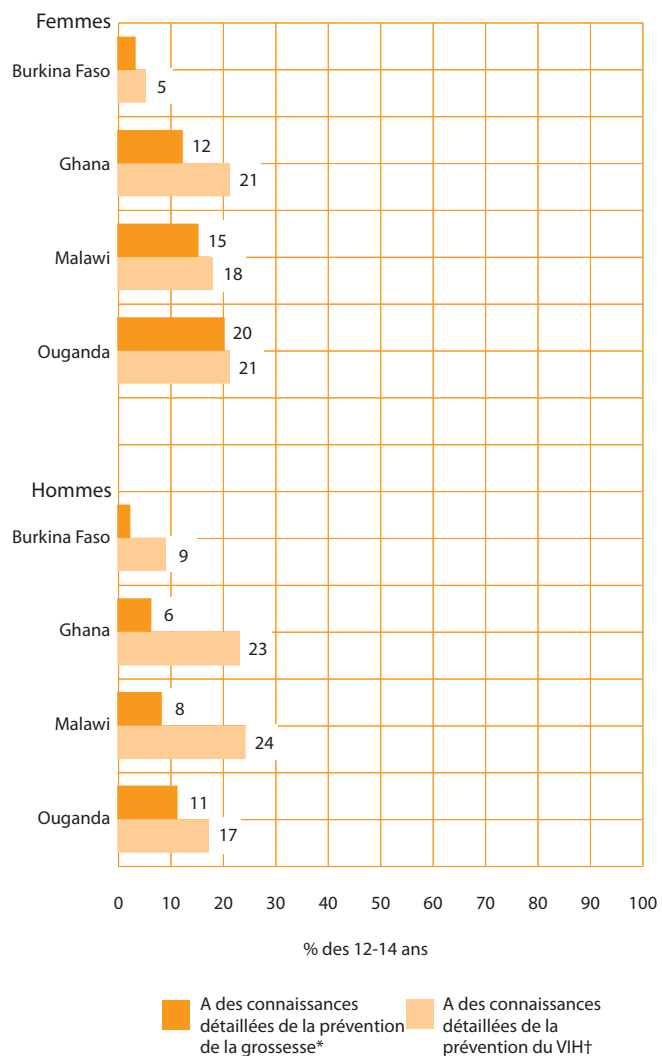
Le fait que beaucoup d'adolescents aient des relations sexuelles sans se protéger de manière adéquate contre les éventuelles conséquences négatives pour leur santé est bien documenté dans cette étude et dans beaucoup d'autres. Indépendamment du fait que les adolescents aient déjà eu, ou pas, des relations sexuelles, ce qui doit retenir notre attention c'est la certitude que la plupart auront leurs premiers rapports durant l'adolescence. S'assurer qu'ils soient suffisamment armés pour se protéger eux-mêmes contre les grossesses non désirées, le VIH et les autres IST est un but difficile à atteindre mais doit rester la première des priorités.

Le fait que les adolescents soient au courant de l'existence des grossesses et des IST (particulièrement du VIH) n'est pas nouveau. Mais les résultats de recherche présentés dans ce chapitre montrent que les adolescents manquent de connaissances détaillées sur les questions de santé sexuelle et de la procréation. Le fait que beaucoup d'entre eux savent qu'une femme peut tomber enceinte et que le sida et les IST existent ne doit pas être interprété comme un niveau élevé de connaissances détaillées sur ces sujets.

Ces résultats ont des implications importantes concernant les points sur lesquels devraient porter les efforts de prévention. C'est très souvent difficile de changer des comportements déjà installés, c'est pourquoi les programmes qui visent à toucher les adolescents avant qu'ils n'aient eu leurs premiers rapports sexuels sont si importants. Cependant, s'assurer que les individus qui ont déjà eu des relations sexuelles bénéficient d'informations adéquates constitue également une composante déterminante d'une démarche pour améliorer la santé. Il existe beaucoup de voies (l'école, les médias, les organisations à base communautaire, les parents et la famille) pour éduquer les adolescents sur la santé sexuelle et de la procréation ou pour leur fournir les services et leur permettre d'acquérir les aptitudes dont ils ont besoin. Le possible rôle que peut jouer l'école sera discuté dans le prochain chapitre.

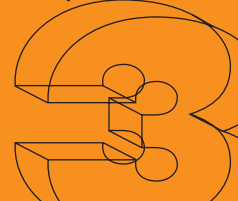


Les très jeunes adolescents ont un faible niveau de connaissance des modes de prévention des grossesses et du VIH



Notes *L'enquêté connaît au moins une méthode de contraception moderne, sait qu'il y a certains jours dans le cycle d'une femme où elle est plus susceptible de tomber enceinte, sait qu'une femme peut tomber enceinte la première fois qu'elle a une relation sexuelle avec quelqu'un, sait qu'une femme peut tomber enceinte en ayant une relation sexuelle en position debout (au Burkina Faso ce dernier item a été remplacé par le suivant : une femme peut tomber enceinte même si elle se lave immédiatement après avoir eu des relations sexuelles). †Les enquêtés savent que la transmission du VIH peut être réduite en ayant des relations sexuelles avec seulement un partenaire fidèle et séronégatif, et également en utilisant des préservatifs ; qu'une personne qui paraît en bonne santé peut être séropositive ; que les piqûres de moustiques ne transmettent pas le VIH et qu'on ne risque pas d'être infecté en partageant son repas avec une personne séropositive.

Source Référence 49.



L'école peut aider les adolescents à prendre des décisions responsables

L'école est un lieu privilégié qui permet aux adolescents d'obtenir des informations et d'acquérir des connaissances en matière de santé sexuelle et de la procréation. Il existe plusieurs raisons à cela. L'école permet d'atteindre un grand nombre d'adolescents dans un contexte structuré, en particulier de nos jours où les adolescents de la région sont scolarisés plus longtemps que les générations précédentes. De plus, les programmes scolaires donnent quotidiennement aux adolescents l'opportunité de mettre en pratique des acquis, de soulever des questions et des inquiétudes et de recevoir une éducation sexuelle de façon continue sur une période donnée. Les données présentées dans ce chapitre démontrent que les adolescents souhaitent une éducation sexuelle à l'école. Par ailleurs, une revue des recherches existantes fait apparaître qu'une éducation sexuelle scolaire est efficace et ne conduit pas les adolescents à une activité sexuelle accrue.^{6,57}

Bien que des facteurs autres que la connaissance pèsent sur les décisions des jeunes gens en matière de comportement sexuel, l'école peut, au minimum jouer un rôle clé en fournissant aux adolescents une éducation relative à la santé sexuelle et de la procréation. De plus, l'éducation formelle générale semble améliorer la capacité des adolescents à prendre des décisions responsables et favorise les comportements de prévention comme l'utilisation des contraceptifs.⁵

Développer des politiques éducatives au niveau national, fournir les financements appropriés (pour les équipements, la formation des maîtres, les curriculum, les matériels et les fournitures) et mettre en œuvre les programmes éducatifs, telles sont les tâches primordiales des gouvernements nationaux. Le niveau d'engagement au niveau national pour faire une priorité de l'éducation à la santé sexuelle et de la procréation donnera le la pour la mise en place des programmes au niveau local, de fait cela aura un fort impact sur la qualité et l'accessibilité de ces programmes. Beaucoup de pays ont inscrit l'éducation sexuelle (aussi dénommée éducation à la vie familiale ou à l'apprentissage de la vie) dans le curriculum scolaire. Bien évidemment, l'existence officielle d'un curriculum ne signifie pas nécessairement que ce dernier est intégralement appliqué, qu'il est de bonne qualité ou que tous les élèves en bénéficient.

Ce chapitre présente de nouvelles données sur l'exposition des adolescents à l'éducation sexuelle à l'école à partir des témoignages fournis par les adolescents eux-mêmes. Ils viennent en complément des données statistiques et des informations relatives aux politiques publiques telles que fournies par les agences gouvernementales et les ministères de l'éducation. Les adolescents peuvent ne pas rendre compte de l'intégralité de leurs expériences, parce qu'ils ne se souviennent pas de tel ou tel détail ou parce qu'ils ne veulent pas évoquer tel ou tel sujet. Cependant, les données officielles sur la mise en place des programmes d'éducation sexuelle à l'école sont très majoritairement peu accessibles. Ainsi les informations recueillies au cours des études dans les quatre pays fournissent des éclairages précieux sur l'enseignement de l'éducation sexuelle à l'école.

L'école fait partie intégrante de la vie de beaucoup d'adolescents en Afrique subsaharienne, mais certains n'y ont pas accès

Bien que les systèmes scolaires varient selon les pays, les adolescents âgés de 12 à 19 ans en Afrique subsaharienne terminent généralement leur cycle primaire et moins souvent suivent le cycle secondaire. Dans la plupart des pays, la majorité des très jeunes adolescents vont à l'école. Les écarts liés à l'inégalité de genre dans le primaire se sont considérablement resserrés au cours des dernières vingt années et les quatre pays traités dans ce rapport représentent toutes les situations existantes en Afrique subsaharienne.¹¹ En Afrique de l'Est et en Afrique australe, 71% des filles de 10 à 14 ans et 74% des garçons de 10 à 14 ans sont actuellement scolarisés ^{5(p.73)} tandis qu'en Afrique centrale et de l'Ouest, 58% des filles et 66% des garçons des mêmes tranches d'âge vont à l'école. ^{5(Table3.1)}

Dans trois des pays de cette étude, au moins 88% des 12-14 ans vont à l'école. Le Burkina Faso fait exception, où seulement 30 % des filles et 42 % des garçons de cette tranche d'âge vont à l'école.¹² En général, la fréquentation de l'école diminue drastiquement après 14 ans. Par exemple, parmi les adolescentes en Ouganda, 93% des 12-14 ans vont à l'école pour seulement 51% des 15-19 ans.¹² Des adolescents plus

âgés arrêtent leur scolarité pour différentes raisons, incluant l'incapacité de payer des frais de scolarité ou d'acheter les fournitures scolaires, le mariage, la grossesse, le besoin de travailler et la satisfaction d'avoir accompli un cycle complet d'études. ^{7(p.33)8(p.37)9(p.37)10(p.35)}

L'école primaire est gratuite au Ghana, au Malawi et en Ouganda, mais le défi principal pour les adolescents plus âgés qui veulent rester scolarisés reste le coût à payer pour intégrer le cycle secondaire.¹ Malgré tout, le fait que tellement d'adolescents plus âgés n'aillent pas à l'école souligne le besoin critique de donner aux adolescents une éducation sexuelle plus approfondie dès le primaire.[‡]

La scolarisation peut avoir un effet protecteur, en particulier pour les jeunes filles

Le seul fait d'être scolarisés a un effet bénéfique sur la santé sexuelle et de la procréation des adolescents. Ainsi, parmi les jeunes filles de 15 à 19 ans, sexuellement actives, en Afrique de l'Est et en Afrique australe, seulement 7% de celles qui ont été scolarisées moins de trois ans ont recours à des moyens contraceptifs contre 18% de celles qui ont été scolarisées entre quatre et sept années et 29% de celles qui sont allées à l'école huit années ou plus. ^{5(p.214)} De la même façon, des analyses fouillées de données fournies par des études nationales montrent de façon récurrente le lien entre la scolarisation et les comportements de prévention/protection comme par exemple retarder le premier rapport sexuel, s'abstenir de rapports sexuels et utiliser le préservatif. ^{34,46,58-60} Certains de ces liens apparaissent beaucoup plus fortement pour les adolescentes que pour les adolescents.

Une autre étude comparative en Afrique subsaharienne a établi des liens étroits entre éducation formelle et conséquences en terme de santé de la procréation en particulier pour les adolescentes. Par exemple, les jeunes filles ayant un niveau plus élevé d'éducation ont moins de probabilité que leurs consoeurs d'avoir des rapports sexuels, d'avoir des enfants ou d'être mariées précocement. ^{61(p.35)} Par contraste, dans la plupart des pays étudiés, les garçons plus éduqués sont moins exposés aux mariages précoces mais ont une plus grande probabilité d'avoir des rapports sexuels précoces.

Le *World Development Report* 2007 établit que les liens positifs

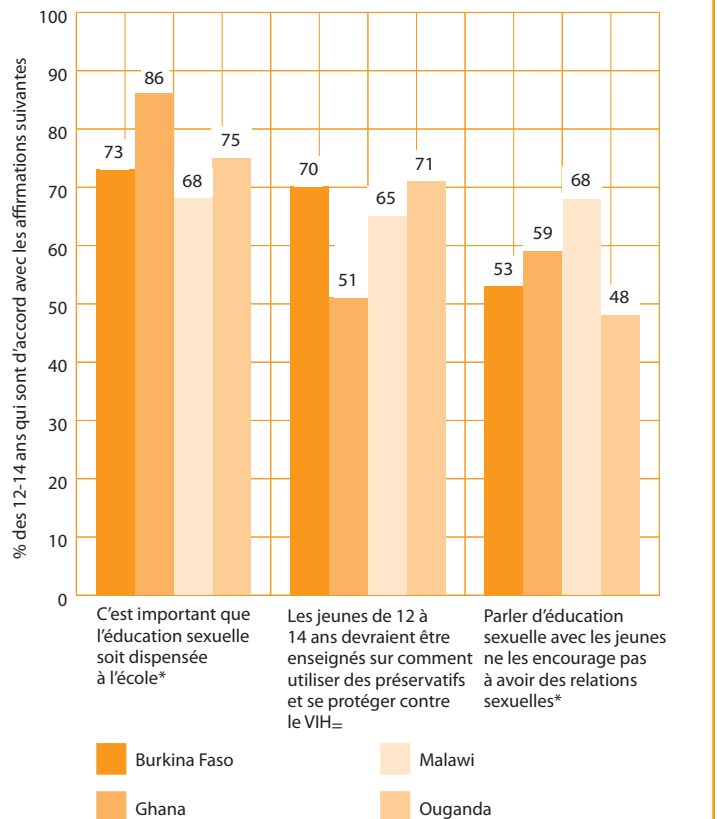
* un bref rapport sur les jeunes déscolarisés (Banque Mondiale) montre que les inscriptions dans les écoles primaires diminue dans certains pays et une étude propre à la Zambie montre que cette tendance pourrait être en partie due au nombre croissant des orphelins du sida (source : référence 27).

† Au Ghana, les difficultés apparaissent après le collège. L'éducation de base comporte 9 années : 6 années en primaire et 3 années en collège. Le cycle primaire s'adresse aux enfants de 6 à 11 ans et le collège aux jeunes de 10 à 14 ans. Le collège comme le primaire est gratuit. Dès lors c'est lors passage du collège au lycée que les coûts d'écolage constituent une barrière.

‡ L'école est aussi un lieu potentiel pour la vaccination contre le cancer du col de l'utérus qui, pour être efficace, doit être administrée à des jeunes filles pré-pubères ou adolescentes avant qu'elles ne deviennent sexuellement actives. Actuellement, PATH et d'autres organisations testent de multiples approches pour rendre le vaccin disponible. (Source : PATH, Introducing HPV vaccines in developing countries : overcoming the challenges, 2005, http://www.path.org/files/RH_hpv_intro.pdf, accessed Apr.22,2007)

GRAPHIQUE 3.1

Plus d'un tiers des très jeunes adolescents sont favorables à l'idée d'avoir une éducation sexuelle à l'école



Notes *Parmi ceux qui sont déjà allés à l'école.
 =Parmi ceux qui ont déjà entendu parler du sida et des préservatifs masculins.
 Source Référence 18.

entre éducation formelle et choix responsables peuvent s'expliquer en partie par le fait que l'éducation donne aux jeunes une opportunité d'envisager pour eux-mêmes un avenir meilleur. De plus, l'éducation permet aux jeunes de mieux comprendre les informations relatives à la santé en général. ^{3(Box 5.2)}

Les adolescents considèrent la grossesse et les IST comme des barrières à l'accomplissement de leur scolarité

Les adolescents sont très soucieux de réussir leurs études et de pouvoir gagner leur vie. Des entretiens approfondis avec des jeunes de 12 à 19 ans dans les quatre pays révèlent que les plus grandes inquiétudes des adolescents portent sur leur scolarité et sur leurs capacités à subvenir eux-mêmes à leurs besoins et à ceux de leur famille. ⁶²⁻⁶⁵D'où la fréquence de commentaires comme ceux-ci :

J'aimerais retourner à l'école pour obtenir mon BEPC (Brevet d'Etudes du Premier Cycle). Alors je pourrais rechercher un travail et m'occuper de ma mère, mon enfant et mes sœurs.

— Jeune femme de 19 ans, célibataire, un enfant, Burkina Faso⁶³

Enquêtée : Pour le moment, je ne vais pas à l'école et c'est mon gros problème.

Enquêteur : Pourquoi est-ce un gros problème ?

Enquêtée : Parce que je veux aussi devenir quelqu'un capable de soutenir ma mère et mon père... Les gens d'ici se moquent de moi parce que je ne vais pas à l'école et ça me rend triste.

—Jeune fille de 13 ans, Ghana⁶⁴

Les adolescents mentionnent également le fait que la grossesse et les IST pourraient constituer un frein à la poursuite de leurs études. Les soucis liés à la prévention du VIH et des grossesses non désirées sont partagés par tous les adolescents. Ainsi, 42% des filles âgées de 15 à 19 ans au Malawi sont très inquiètes de tomber enceintes et 55% sont très inquiètes d'être contaminées par le VIH et de développer le sida.¹²

Les adolescents demandent qu'il y ait de l'éducation sexuelle à l'école et ne pensent pas qu'elle encourage une sexualité précoce

L'opinion des adolescents, y compris des très jeunes, envers l'éducation sexuelle à l'école est très positive. Parmi les 12-14 ans qui ont été à l'école, plus des deux tiers (68-86%) pensent qu'il est important qu'il y ait des enseignements d'éducation sexuelle à l'école ; parmi les très jeunes adolescents qui ont entendu parler du sida et des préservatifs masculins, 51-71% pensent que les 12-14 ans devraient recevoir un enseignement sur l'utilisation des préservatifs pour se protéger du sida (tableau 3.1, page 25).¹⁸ Plus important encore, entre 48 et 68% des 12-14 ans qui ont été à l'école pensent que discuter d'éducation sexuelle avec des jeunes ne les encourage pas à avoir des relations sexuelles, sentiment encore plus prononcé parmi les 15-19 ans.^{7(p.118)8(p.121)9(p.121)10(p.121)} Les adultes ne parviennent pas toujours à admettre ce point de vue même si les évaluations des programmes scolaires à la fois dans les pays développés et en développement montrent que l'éducation sexuelle n'implique pas d'augmentation de l'activité sexuelle.^{6,57}

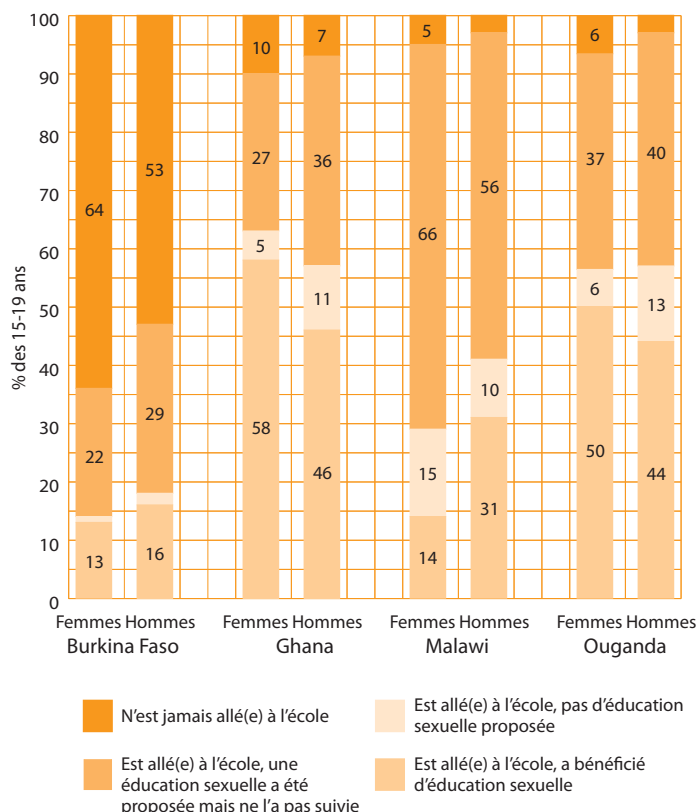
L'éducation sexuelle dans le cadre scolaire est efficace

Il est largement prouvé que les interventions en matière d'éducation sexuelle à l'école ont des effets positifs dans les pays développés et en développement. Une étude de l'Organisation Mondiale de la Santé de 2006, portant sur 22 interventions dans des pays en développement, a conclu que 16 d'entre elles avaient favorisé l'adoption de comportements de prévention (recul du premier rapport, nombre restreint de partenaires sexuels, et utilisation accrue de contraceptifs et de préservatifs).⁶ Cette étude préconisait que les contenus des programmes scolaires traitent clairement des problèmes de santé (prévention des IST et grossesses) ainsi que des comportements spécifiques qui peuvent aider les adolescents à faire face à ces problèmes (abstinence et utilisation des contraceptifs). Les programmes devraient dispenser des messages clairs sur les comportements souhaitables, discuter des situations à risque et exposer les comportements à adopter pour éviter de telles situations. Les programmes devraient aussi prendre en compte les éléments de risque et les facteurs positifs qui influencent le comportement sexuel des adolescents, utiliser des méthodes pédagogiques participatives et employer des modes de communication et des messages adaptés à la culture, l'âge et l'expérience des adolescents.⁵⁷

Les adultes, et pas seulement les enseignants, jouent un rôle clé dans les programmes d'éducation sexuelle à l'école. L'approbation et le soutien des membres des communautés,

GRAPHIQUE 3.2

Au mieux, la moitié des adolescents seulement reçoivent des cours d'éducation sexuelle à l'école



Sources Références 7-10.

des parents et des surveillants sont essentiels au succès de ces programmes. Les professeurs, les écoles et même les gouvernements font très certainement l'objet de pressions de la part de certains groupes ou d'organisations pour ne pas faire d'éducation sexuelle à l'école ou en limiter le développement. Dans ces situations, le soutien des parents et plus largement de la communauté est essentiel. Plusieurs études qualitatives montrent que les parents soutiennent largement l'éducation sexuelle à l'école.^{66,67} Cependant, ils se posent des questions sur certaines composantes des programmes comme les démonstrations de préservatifs et la fourniture de préservatifs aux élèves.⁶⁶

Même lorsque des politiques sont en place, beaucoup d'adolescents n'ont pas d'éducation sexuelle à l'école

La 2004 Global HIV & AIDS Readiness Survey, qui a porté plus spécifiquement sur le secteur éducatif, révèle que 19 des 20 pays d'Afrique à forte prévalence du VIH ont inclus le VIH/sida dans les programmes du primaire et que 17 d'entre eux ont également mis en place, toujours dans le primaire, des programmes pour développer l'acquisition d'aptitudes à la vie quotidienne.^{68(p.41,61)} Cependant, la mise en place de tels programmes est lente et beaucoup de jeunes scolarisés n'en bénéficient pas. Ainsi, les programmes VIH/sida étaient obligatoires dans le primaire dans seulement 10 des 18 pays



d'Afrique subsaharienne pris en compte dans une évaluation détaillée du Bureau International de l'Éducation.^{69(p.37)} Même dans les pays où cet enseignement est obligatoire, nous avons besoin de plus de détails pour mesurer comment ces programmes sont mis en œuvre et leur qualité, la proportion de jeunes qui suivent les cours, et le niveau de formation et d'équipement des professeurs.

Dans les quatre pays du présent rapport, à peine la moitié des 15-19 ans reçoivent une éducation sexuelle dans le cadre scolaire (tableau 3.2)⁷⁻¹⁰ Même au Ghana et en Ouganda, où la scolarisation est généralement élevée, seulement 50-58% des adolescentes et 44-46% des adolescents ont reçu une éducation sexuelle dans le cadre scolaire. Ces adolescents sont à un âge où ils/elles devraient bénéficier d'un tel enseignement s'il existait. Au Malawi, 66 % des filles et 56% des garçons entre 15 et 19 ans témoignent que leur école actuelle ou celle la plus récemment fréquentée (s'ils/elles ne sont plus scolarisé(e)s) n'offrent pas de cours ou de causeries sur ces thématiques. Près d'un adolescent sur trois âgé entre 15 et 19 ans au Ghana et en Ouganda affirme que de telles classes ou causeries n'existent pas dans son école. Au Burkina Faso, le défi le plus important est que la plupart des 15-19 ans (64% des filles et 53% des garçons) ne sont jamais allés à l'école. Le moment choisi pour la mise en place de ces programmes d'éducation sexuelle est très important. Même lorsque de tels programmes sont prévus à la fin du cycle primaire, le différentiel d'âge des élèves peut être grand, parce que certains commencent l'école plus tard que d'autres, redoublent des classes où reviennent à l'école après une interruption plus ou moins longue.

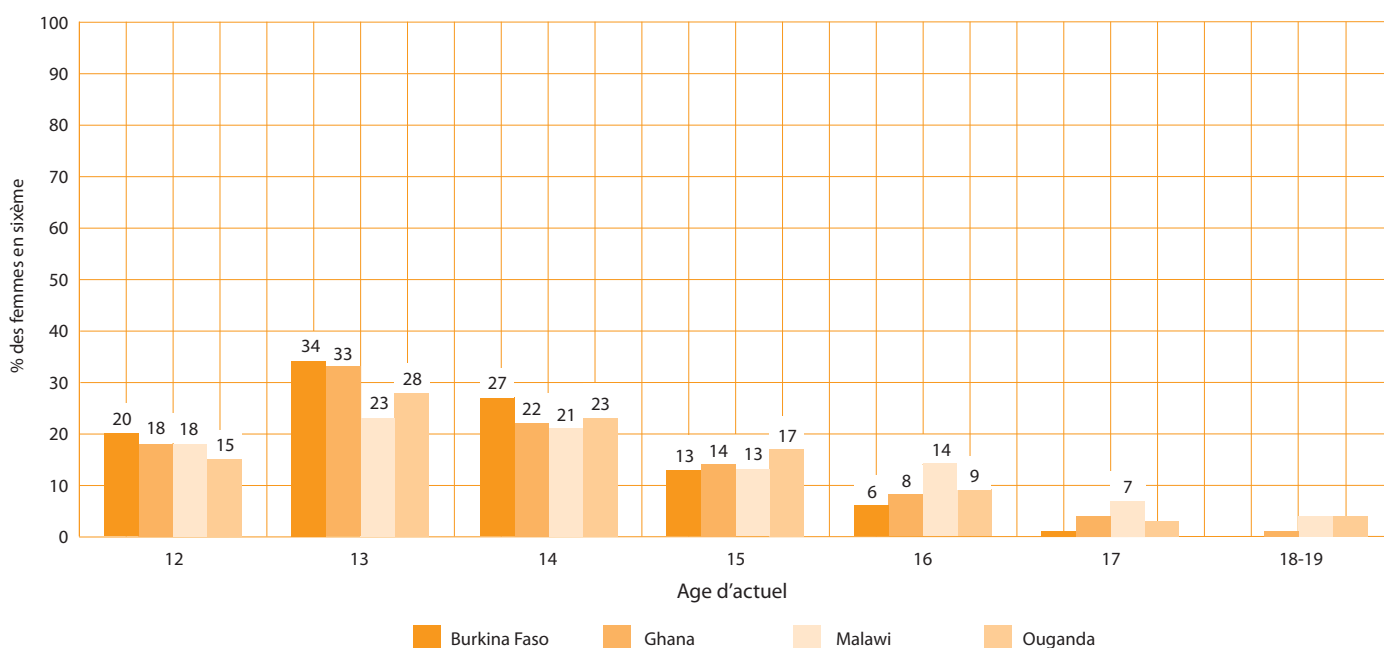
Dans les quatre pays étudiés, la plupart des filles en classe de CM2 ou équivalent ont de 12 à 14 ans, un âge auquel beaucoup d'entre elles deviennent pubères ou le sont déjà et

auquel elle devrait être informées sur des sujets comme la prévention des grossesses et du VIH (tableau 3.3).¹⁸ De plus, au moins une fille sur cinq a 15 ans ou plus, 20% au Burkina Faso, 27% au Ghana, 33% en Ouganda et 38% au Malawi. Il serait souhaitable que les programmes scolaires d'éducation sexuelle débutent avant la fin du primaire afin d'augmenter les opportunités de s'adresser aux jeunes avant qu'ils n'atteignent la puberté, n'aient leurs premiers rapports sexuels et ne quittent l'école.

La bonne nouvelle est que la majorité des adolescents reçoivent, néanmoins, une éducation sexuelle à l'école avant d'être sexuellement actifs. Ainsi, parmi les adolescents ougandais, 83% des filles et 69% des garçons ont bénéficié d'une éducation sexuelle avant leurs premiers rapports sexuels.^{10(p.120)} Parmi tous les adolescents des quatre pays de l'étude qui ont reçu une éducation sexuelle, au moins la moitié ont reçu des éléments d'information sur quatre thèmes clé : comment une femme tombe enceinte ; la contraception ; l'abstinence ; les IST*. Cependant, 66 à 92% des personnes interrogées disent que les cours d'éducation sexuelle étaient très dogmatiques. Seulement de faibles pourcentages font état de séances interactives (comme, par exemple des petits groupes de discussion ou des jeux de rôles)^{7(p.117) 8(p.119) 9(p.120) 10(p.120)}, qui sont considérées comme des méthodes plus efficaces d'acquisition des savoirs et des aptitudes.⁵⁷

GRAPHIQUE 3.3

La plupart des jeunes filles de niveau 6ème sont pubères et ont, dès lors, besoin d'éducation sexuelle



Source Référence 18.

De plus, le manque de connaissances précises des adolescents en matière de santé sexuelle et de la procréation (voir chapitre 2) incite à penser que les programmes scolaires devraient fournir plus d'informations sur ces sujets. Au Burkina Faso, la relative faible proportion des jeunes scolarisés en primaire explique leur faible niveau de connaissances précises sur le VIH et les grossesses.

Des interventions doivent être également programmées en direction des adolescents non scolarisés

Même si les programmes d'éducation sexuelle étaient dispensés dans toutes les écoles, certains jeunes (dont une majorité de jeunes filles) non scolarisés n'en bénéficieraient pas. Beaucoup d'adolescents ne vont pas à l'école, comme au Burkina Faso, et nombreux sont ceux qui quittent l'école après 14 ans. Beaucoup d'entre eux courent alors des risques plus grands en matière de santé sexuelle et de la procréation. Les adolescents non scolarisés ont pourtant les mêmes besoins d'information et de services en matière de santé sexuelle et de la procréation que les autres jeunes mais ils ont aussi des besoins complémentaires et spécifiques liés à leurs conditions de vie particulières.

Parce que les jeunes non scolarisés ne font pas partie d'environnements structurés et qu'ils vivent dans des zones rurales ou sont géographiquement dispersés, il est souvent difficile de leur fournir des informations et des services complets en matière de santé sexuelle et de la procréation. La tâche est particulièrement ardue parce qu'évoquer ces sujets reste complexe ; cela nécessite sensibilité, attention et contacts réguliers, autant de conditions difficiles à réunir dans des environnements non structurés. ^{27(p.9)}

Les adolescents non scolarisés forment un groupe aussi diversifié que les raisons qui expliquent leur absence de l'école. Comme dans beaucoup de régions dans le monde en développement, les jeunes des zones rurales de l'Afrique subsaharienne ont généralement un accès plus limité à l'école que ceux des villes. Souvent les jeunes filles qui se marient ou sont enceintes quittent l'école et peuvent être isolées socialement de leurs pairs. Les enfants des rues, les orphelins, et les réfugiés manquent fréquemment du nécessaire de base ainsi que d'un soutien de la communauté qui les inciteraient à aller à l'école. ^{27(p.5)}

Diverses stratégies doivent être mises en œuvre pour atteindre ces groupes de jeunes. Une approche consisterait à utiliser les équipements scolaires en dehors des horaires de classe pour mettre en place des programmes d'acquisition d'aptitudes à la

vie quotidienne qui incluent à la fois des adolescents scolarisés et non scolarisés, pour organiser des cours sur la santé sexuelle et de la procréation en direction des adultes, pour servir de lieux d'information et d'orientation vers les prestataires de santé. ^{24(p.34)}

Ainsi, dans une zone rurale en Egypte, le programme *Ishraq* a été développé pour accroître les opportunités offertes aux jeunes filles non scolarisées de 13 à 15 ans. Réunies dans les locaux scolaires et les centres de jeunes, les filles se rencontraient quatre fois par semaine, trois heures de temps, dans le cadre d'un programme qui encourageait l'apprentissage de la langue, les activités physiques et l'acquisition d'aptitudes à la vie quotidienne. Elles apprenaient à lire et à écrire et étaient informées de leurs droits. ⁷⁰

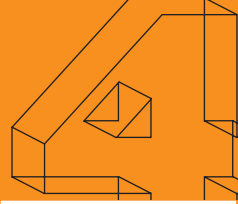
Des programmes communautaires bien ciblés sont primordiaux pour atteindre de façon efficace les différents groupes d'adolescents non scolarisés. Ces programmes doivent être flexibles et doivent soit être conçus autour de rencontres ponctuelles et courtes, soit mettre en œuvre des stratégies qui encouragent les jeunes à entretenir des contacts suivis. De telles approches supposent la mise en place de systèmes d'enseignement innovants ; elles doivent être en phase avec les jeunes et dispenser les informations dans les lieux de travail et de loisirs qu'ils fréquentent. ^{27(p.9)} Des exemples précis de telles stratégies sont présentés dans les chapitres 4 et 5.

Défis et opportunités

Mettre en œuvre une éducation sexuelle efficace à l'école constitue en soi un défi important, y compris dans les pays développés, mais dans beaucoup de pays en développement, le manque d'infrastructures scolaires représente, en plus, un obstacle important. Ajoutons à cela que les financements pour les équipements, la formation des maîtres, la conception et le développement des programmes et des matériels pédagogiques n'est pas le plus souvent à la hauteur des besoins. Même dans les pays qui ont investi dans les infrastructures scolaires ou qui ont développé des programmes d'éducation sexuelle, la mise en œuvre reste problématique si les professeurs ne sont pas formés et si les classes sont surchargées. De plus, pour certains adolescents, en particulier les jeunes filles, le passage à l'école peut être traumatisant à cause de la violence sexuelle qu'elles peuvent parfois y subir. Malgré tout, développer l'éducation sexuelle à l'école permettrait de toucher un grand nombre de jeunes et, à condition que les approches mise en œuvre bénéficient du soutien à la fois des jeunes et de leurs parents, tout laisse à penser que les efforts dans ce sens valent vraiment la peine d'être entrepris.

* Comme base de comparaison, en 2002 près de 90% des 15-19 ans garçons et filles aux Etats-Unis témoignaient avoir reçu un enseignement formel à la fois sur le contrôle des naissances et l'abstinence. Cependant entre 1995 et 2002, la proportion des 15-19 ans qui avaient reçu un enseignement formel à la fois sur le contrôle des naissances et l'abstinence a substantiellement diminué de 81% à 66% chez les garçons et de 87% à 70% chez les filles. (source : LindbergLD, SantelliJS, and Singh S, Changes in formal sex education : 1995-2002, Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 2006, 38(4) :182-189.

† Le viol de jeunes écolières par leurs enseignants a été noté dans certains pays, comme en Afrique du Sud (source : Jewkes R et al., Rape of girls in South Africa, Lancet, 2002,359(9303):319-320. Cependant, dans les quatre pays de l'étude, moins de 2% des adolescentes qui ont été obligées d'avoir des rapports sexuels disent que l'enseignant a été l'agresseur (sources : référence 7-10).



Renforcer les systèmes de santé permettra de mieux servir les adolescents

Généralement, les adolescents sont en contact avec les agents de santé, même si cela est à propos de questions autres que la prévention du VIH et des grossesses non désirées*, et en règle générale, ils leur font confiance. Les centres de santé et autres établissements de santé sont des lieux appropriés pour y proposer des services pour les adolescents en matière prévention du VIH, des IST et des grossesses non désirées. Malheureusement, la stigmatisation qui touche les lieux de soins et de services en matière de santé sexuelle et de la procréation reste une barrière de taille à l'utilisation de ces services, en particulier pour les jeunes non mariés (dans la mesure où ils fréquentent ces lieux, ils s'affichent alors comme sexuellement actifs, ce qui est socialement réprouvé). Malgré tout les adolescents disent vouloir des informations et des services en matière de santé de la procréation de la part de professionnels confirmés.

Cependant, la parole des adolescents recueillie dans la présente étude ne rend pas pleinement compte de l'ampleur du défi. Les adolescents qui ont besoin de services en matière de santé sexuelle et de la procréation font face, en plus de la stigmatisation sociale, à de multiples obstacles : coût des services, absence de moyens de transport vers les établissements et manque de confiance en les adultes pour affronter ces difficultés. Accentuant encore ces problèmes, la plupart des pays en développement font face à des déficits importants en matière d'infrastructures et de personnels de santé.

Les gouvernements nationaux assurent en général le financement de leurs services publics nationaux de santé et la construction des infrastructures. Ils sont également responsables de la définition des politiques en matière de santé sexuelle et de la procréation. Cependant, les organisations non gouvernementales et les acteurs privés constituent également

des partenaires importants dans la construction d'infrastructures et dans l'offre de soins de santé. Les niveaux d'engagement et de financement des gouvernements nationaux influencent largement l'attribution des ressources et des produits et le rythme auquel les améliorations sont mises en oeuvre.

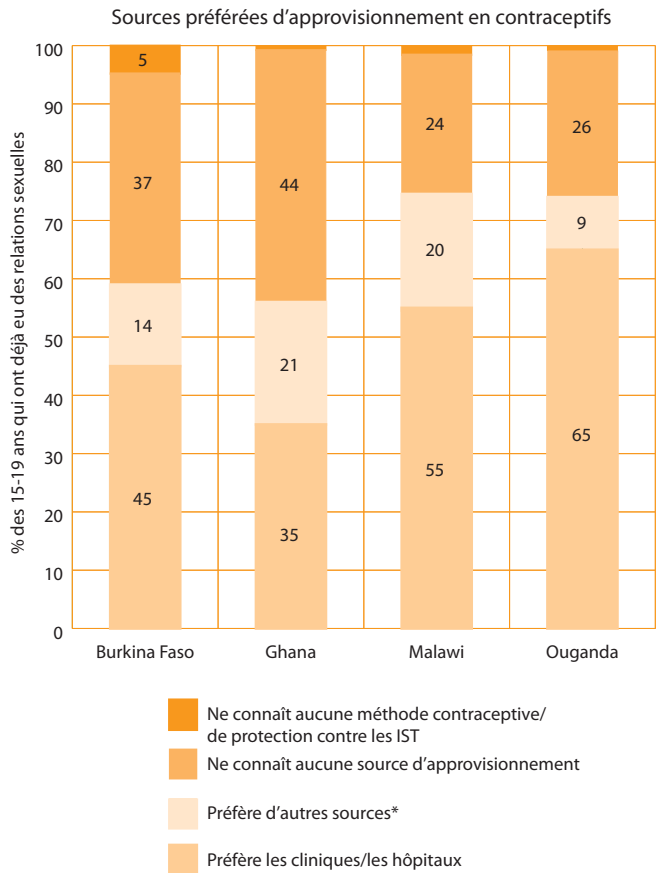
Les adolescents font confiance aux agents de santé comme prestataires de soins et de services en matière de santé sexuelle et de la procréation

Les adolescents ont plutôt une haute estime du système formel de santé (centres de santé, cliniques, et hôpitaux). Dans les quatre pays de l'étude, les adolescents disent qu'ils préfèrent être soignés dans des cliniques et des hôpitaux publics plutôt que dans d'autres établissements. Parmi les 12-19 ans déjà sexuellement actifs qui connaissent une clinique ou un hôpital public prescrivant des contraceptifs ou des traitements contre les IST, 60% ou plus considèrent le système de santé comme performant du point de vue de la confidentialité, de l'accessibilité géographique, des coûts et du respect avec lequel les patients sont traités.⁷¹ Bien sûr, une préférence exprimée pour les établissements publics ne signifie pas nécessairement que les adolescents y vont effectivement pour des services ou des soins. Des entretiens approfondis avec des adolescents ghanéens révèlent ainsi que les adolescents qui ont des problèmes de santé sexuelle et de la procréation (par exemple des symptômes d'IST) ont tendance à avoir recours à divers moyens, incluant non seulement les cliniques et les hôpitaux publics, mais aussi les officines et les guérisseurs traditionnels.⁶⁴ Evidemment, beaucoup de facteurs influencent les comportements en matière de demande de soins. Cependant, en considérant la confiance que les jeunes ont dans les systèmes de soins, les efforts visant à augmenter l'utilisation des services de santé doivent mobiliser notre attention.

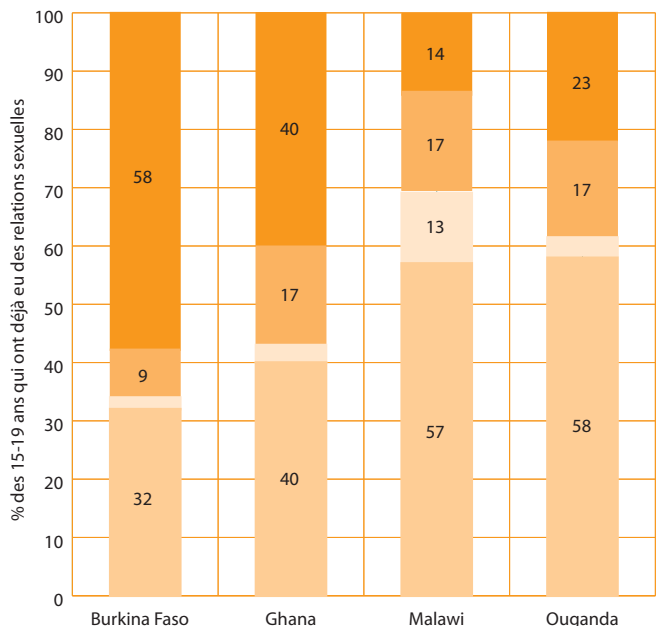
* Ainsi, dans les quatre pays de l'étude, au moins une jeune fille sur cinq âgée de 12 à 14 ans et un jeune garçon sur trois du même groupe d'âge disent avoir reçu une injection dans les 12 mois qui précèdent et que les médecins et les infirmières étaient les principaux prescripteurs. (source : Biddlecom A, Bankole A and Patterson K. Vaccine for cervical cancer : reaching adolescents in sub-Saharan Africa, Lancet, 2006, 367(9519) : 1299-1300).

GRAPHIQUE 4.1

Les cliniques et les hôpitaux sont, pour les adolescents, les sources privilégiées d'approvisionnement en produits contraceptifs et traitements des IST



Sources préférées pour le diagnostique et le traitement contre les IST



Note *Comme les boutiquiers ou les guérisseurs traditionnels.
Source Reference 18.

La plupart des adolescents qui savent où se procurer des contraceptifs préfèrent les établissements publics

Cliniques et hôpitaux sont appréciés par les adolescents et sont également le lieu privilégié d'approvisionnement en contraceptifs pour les jeunes de 15 à 19 ans qui ont déjà eu des rapports sexuels, groupe pour lequel ces services sont les plus utiles. Plus précisément, les cliniques et les hôpitaux sont le lieu d'obtention préféré des contraceptifs pour 35% d'entre eux au Ghana, 45% au Burkina Faso, 55% au Malawi et 65% en Ouganda (Tableau 4.1).¹⁸ La plupart des adolescents, en particulier les filles, préfèrent les établissements publics de santé à ceux du privé.⁷¹ Cependant, certains adolescents (9 à 21% de ceux qui ont répondu) disent préférer d'autres lieux d'approvisionnement comme les pharmacies ambulantes. Les garçons sont plus nombreux que les filles à préférer des lieux autres que les établissements publics,⁷¹ peut-être parce que les préservatifs masculins sont disponibles dans beaucoup de ces endroits même si d'autres facteurs rentrent aussi en considération :

Modérateur : Pourquoi est-ce que les jeunes vont dans ces endroits (pour les contraceptifs) ?

Premier participant : Certains préfèrent voir des charlatans. Parce qu'ils sont trop timides pour aller à l'hôpital. D'autres pensent que les agents hospitaliers vont révéler leurs secrets médicaux aux autres.

Second participant : Ces services sont aussi moins chers que ceux qui sont fournis à l'hôpital.

Troisième participant : Il y en a qui préfèrent aller à l'hôpital parce que c'est sûr.

- Participantes du focus groupe féminin, Ghana ²²

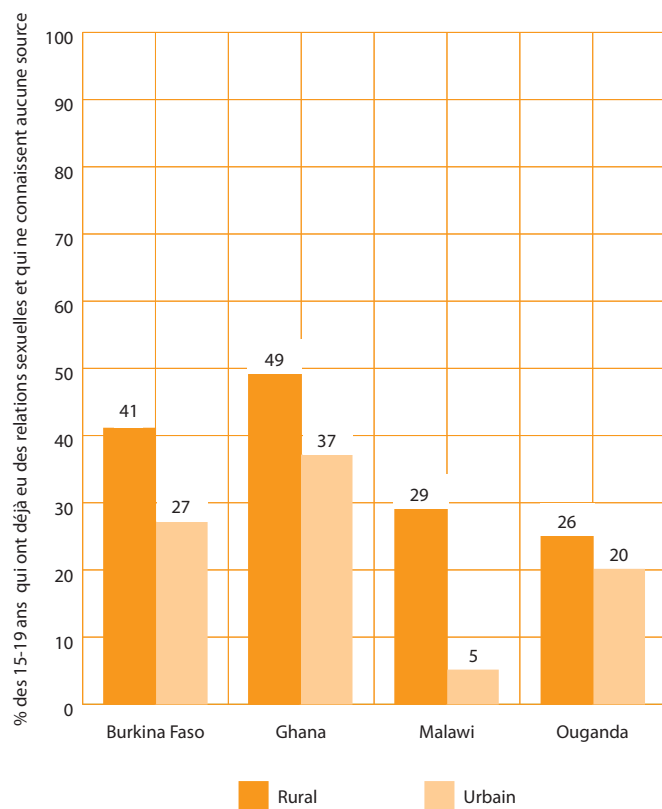
Si on considère le cas des préservatifs masculins qui est la méthode contraceptive la plus largement utilisée par les adolescents, on se rend compte qu'il existe une forte dissonance entre les préférences que les jeunes expriment et leurs pratiques. S'ils disent préférer comme source d'approvisionnement les centres de santé ou les hôpitaux, ils ne s'y rendent pas forcément dans la réalité. En effet, les principales sources d'approvisionnement mentionnées par les 15-19 ans qui utilisent des contraceptifs sont les points de vente privés et les pharmacies ; une faible proportion d'utilisateurs du même groupe d'âge (c'est-à-dire 4% des filles et 8% des garçons en Ouganda) s'approvisionnent en préservatifs dans des cliniques ou des hôpitaux publics.⁷²

Un des soucis majeurs réside dans le fait qu'au moins un adolescent âgé de 15-19 ans sur quatre, déjà sexuellement actif, ne connaît aucune source d'approvisionnement en contraceptifs (proportion qui s'échelonne de 24% au Malawi à 44% au Ghana).¹⁸ Notons que ceci est particulièrement vrai pour les adolescents vivant en zone rurale. Dans les quatre pays de l'étude et en particulier au Malawi, les jeunes ruraux de 15 à 19 ans qui n'ont pas eu de rapports sexuels ont moins de chance de connaître un lieu d'approvisionnement en contraceptifs que leurs pairs vivants en ville (Tableau 4.2).¹⁸ La différence peut être attribuée au manque de lieux et de structures d'approvisionnement en zone rurale en même temps qu'au problème d'accessibilité lié aux plus grandes distances à parcourir pour s'approvisionner.

L'absence de connaissances des adolescents sur les IST constitue un frein à l'accès aux services de santé

GRAPHIQUE 4.2

Les adolescents vivant en zones rurales ont plus de risques de ne pas connaître en sources d'approvisionnement en produits contraceptifs



Source Référence 18.

Certaines études laissent à penser que les adolescents préfèrent être soignés contre les IST dans la filière traditionnelle (c'est à dire les guérisseurs ou les herboristes), mais les résultats d'études menées en 2004 contredisent ces données. De la même manière que pour les contraceptifs, les adolescents affirment que les cliniques et les hôpitaux sont leurs lieux préférés pour les traitements des IST : la proportion des 15-19 ans sexuellement actifs qui citent ces établissements va de 32% au Burkina Faso à 58% en Ouganda (Tableau 4.1).¹⁸

Les adolescents sexuellement actifs qui développent une IST ou présentent au moins deux des symptômes communs aux IST (écoulements anormaux, plaies ou ulcères génitaux) recherchent plus ou moins activement des traitements selon les pays.⁷¹ Quand le traitement s'impose, les centres de santé, les hôpitaux et les médecins sont les plus fréquemment contactés plutôt que les guérisseurs traditionnels ou autres types de prestataires. Ainsi, en Ouganda, 9% des 12-19 ans sexuellement actifs ont eu une IST ou un symptôme d'IST et ont recherché des soins médicalisés (médecin, clinique ou hôpital). Une proportion identique a eu une IST ou un symptôme d'IST sans rechercher de traitement et seulement 2% ont recherché un traitement ailleurs (vendeur ambulat ou guérisseur traditionnel).⁷¹ D'autres données suggèrent que les adolescents repoussent la recherche de traitement contre les IST parce qu'ils ne perçoivent pas les symptômes comme sérieux ou parce qu'ils essaient d'abord de se soigner par eux-mêmes.⁷³(pp 19,22)

Dans les discussions de groupe, certains adolescents ont dit qu'ils croyaient que les guérisseurs traditionnels et herboristes pouvaient traiter les IST avec succès parce que le traitement produit des effets rapidement, le service est peu onéreux et peut être effectué en paiements échelonnés. Cependant, quelques adolescents pensent que les guérisseurs sont moins efficaces que les médecins.²² (pp.36-37)

Comme évoqué au chapitre 2, l'accès à une information de base sur les IST reste un des besoins les plus importants parmi les adolescents sexuellement actifs. Ce besoin est le plus évident au Burkina Faso et au Ghana, où respectivement 58% et 40% des 15-19 ans sexuellement actifs ne savent rien des IST à part le VIH. Dans les quatre pays, de 14 à 58% n'ont pas entendu parler d'autres IST que le VIH et de 9 à 17% ne savent pas où se rendre pour des traitements d'IST même s'ils ont entendu parler des IST.

Une petite partie des adolescents utilisent les services de dépistage du VIH

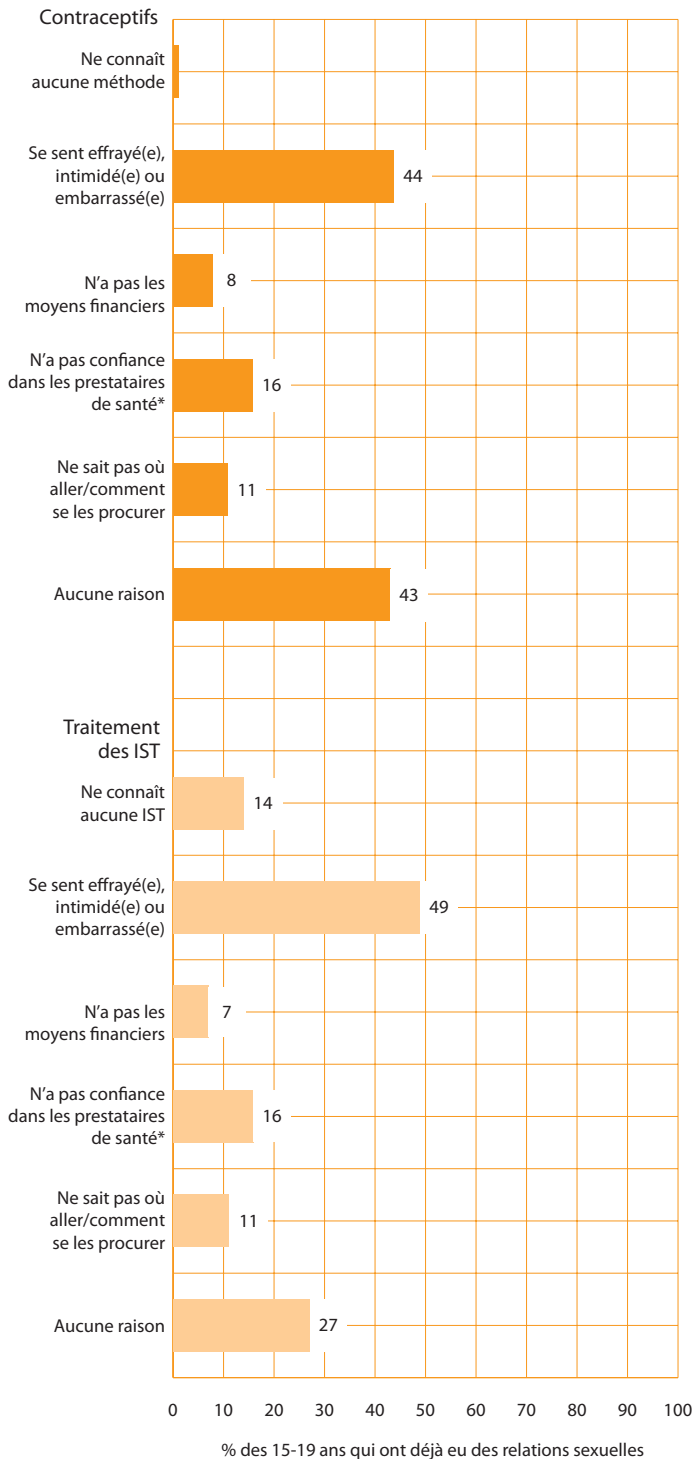
Parmi les adolescents ayant déjà eu des rapports sexuels, la proportion de ceux qui ont été dépistés est relativement faible. Ainsi, la proportion des filles de 15 à 19 ans sexuellement actives qui ont été dépistées va de 4% au Ghana à 15% en Ouganda. Parmi les garçons de la même tranche d'âge, la proportion va de 5% au Burkina Faso à 7% en Ouganda.⁴⁹ Une autre étude montre que la majorité des adolescents sexuellement actifs qui sont dépistés l'ont été dans des centres de santé et des hôpitaux publics plutôt qu'ailleurs (cliniques mobiles, centres de dépistage dédiés).⁷¹ Etendre le conseil et le dépistage volontaire à grande échelle pourrait faire progresser les comportements de prévention vis-à-vis du VIH, mais on ne connaît pas assez dans quelle mesure et de quelle manière les individus changent leur comportement dès lors qu'ils connaissent leur statut sérologique.⁷⁴

La stigmatisation sociale est un obstacle important à l'utilisation des services de soins de santé par les adolescents

Dans les quatre pays, les obstacles les plus courants auxquels les adolescents disent être confrontés pour obtenir des contraceptifs ou des traitements contre les IST relèvent de la stigmatisation sociale (c'est-à-dire crainte et gêne) et, à un degré moindre mais significatif, des coûts, de facteurs liés aux prestataires et au manque de connaissance des endroits de délivrance des services et des soins.^{7-10,71} Au Malawi, près de la moitié des 15-19 ans qui ont eu des rapports sexuels disent ressentir de la peur, de la gêne ou de la timidité pour rechercher de tels services et soins (Tableau 4.3 page 32)¹⁸, sentiments enracinés dans le contexte social de la sexualité des adolescents. Les résultats sont similaires pour les trois autres pays de l'étude. Seize pour cent mentionnent les obstacles liés aux prestataires (c'est-à-dire des prestataires qui ne respectent pas la vie privée des patients ou ne les traitent pas de façon correcte), 11% ne savent pas où aller pour les services de soins et 7-8% disent que le coût est un obstacle (les sondés peuvent citer plus d'un obstacle). Cependant, quelques adolescents disent qu'ils ne connaissent pas d'obstacles pour l'obtention de contraceptifs (43%) ou de traitements contre les IST (27%).

GRAPHIQUE 4.3

Pour presque la moitié des adolescents sexuellement actifs au Malawi, la peur, l'embarras ou la timidité sont des barrières à l'obtention de produits contraceptifs et traitements des IST



Note *par exemple, «a peur que son intimité ne soit pas respectée» et de «ne pas être traité(e) gentiment».

Source Référence 18.

Au Malawi et en Ouganda, les jeunes femmes sont plus nombreuses que les garçons à affirmer que la peur, la gêne ou la timidité constituent des obstacles à la demande de contraceptif ou de traitement contre les IST. Cependant, l'inverse existe au Burkina Faso en partie parce que les filles burkinabè sont plus nombreuses que les garçons à n'avoir aucune connaissance sur les IST.⁷¹

La stigmatisation associée à toute recherche de soins pour un problème ou un besoin lié à l'activité sexuelle (et particulièrement en dehors du mariage) explique en partie pourquoi les besoins des jeunes pour les services en santé de la procréation ne sont pas satisfaits de façon optimale. L'attitude et le comportement des prestataires et du personnel des établissements sanitaires contribuent parfois à cette stigmatisation. Ainsi pour certains jeunes :

- *Premier participant : (Les adolescents) vont même dans des cliniques privées parce que dans les hôpitaux (le personnel) crie très fort, « ceux qui ont une IST devraient aller par là bas ! ». Et la personne concernée se sent très gênée.*

- *Second participant : (Après) être resté un petit moment, le médecin de garde (dit) « Hé, ceux qui ont une gonorrhée ou quelque chose comme ça, par là bas ! ». Alors vous vous levez parmi tout le monde et vous vous sentez gêné.*

- *Participant du focus groupe féminin, Malawi*²²

Les adultes adoptent également parfois des attitudes stigmatisantes. Dans les entretiens approfondis au Burkina Faso, les adultes soutiennent le principe d'informer les adolescents en matière de santé sexuelle et de la procréation mais acceptent moins l'idée de leur fournir des services et des soins adaptés.⁷⁵

Non seulement la stigmatisation décourage les adolescents à chercher de tels services et soins mais elle limite aussi leur capacité à payer pour les obtenir. Le coût des soins dans les centres de santé publics reste un frein pour les jeunes.⁷¹ Beaucoup d'adolescents non mariés dépendent d'adultes pour obtenir des soins de santé. Or, ils ne sont pas toujours dans une position favorable pour négocier une aide ou un soutien financier pour payer les médicaments. Comme l'exprime un jeune homme :

Le seul problème ici, c'est l'argent. Si vous avez l'argent, vous pouvez aller à l'hôpital à l'insu de toute la famille.

- *Un garçon de 14 ans, Ghana*⁶⁴

Les systèmes de santé actuels ont le potentiel pour améliorer la fourniture de services et de soins aux adolescents

Dans le cadre des systèmes de santé déjà en place, il est possible d'aider les prestataires à mieux répondre aux besoins des adolescents. Une étude suggère que les adolescents considèrent qu'il est préférable d'améliorer les services existants (confidentialité, réduction des temps d'attente, abaissement des coûts et amélioration du dialogue usager-personnel de santé) plutôt que de mettre en place des approches qui leur soit spécifiquement dédiées (par exemple, proposer des services pour jeunes uniquement, choisir un personnel jeune).⁷⁶ Néanmoins, même si le personnel est bien formé et les infrastructures bien équipées, il reste primordial de développer des programmes d'information et de communication en direction des jeunes pour accroître leur utilisation des services existants. Le fait que beaucoup d'adolescents ne savent pas où aller pour obtenir des services contraceptifs suggère que ce sont les programmes de base visant à informer les jeunes sur les lieux où aller et les services qu'ils y trouveront qui auront un impact significatif.

Encourager les adolescents à plus utiliser les services de santé



sexuelle et de la procréation disponibles nécessite que les prestataires de santé saisissent toutes les opportunités de rencontre pour les informer et les sensibiliser. Par exemple, ils pourraient aborder la question des besoins des adolescents en la matière lorsque les jeunes consultent pour d'autres motifs (fièvre par exemple). Cette stratégie peut se révéler particulièrement efficace en ce qui concerne les adolescents qui reçoivent déjà des soins en santé de la procréation (soins prénataux ou post-IVG par exemple) et qui pourraient être intéressés par d'autres services dont ils n'ont pas forcément connaissance (dépistage du VIH par exemple).⁷⁷⁻⁷⁹ Lorsque des jeunes femmes (en particulier les très jeunes ou celles qui sont enceintes pour la première fois) reçoivent des soins prénataux, le fait de les informer sur la contraception et sur les moyens de prévention contre le VIH et les autres IST pourraient aussi les aider à planifier les futures naissances et à protéger leur santé. Une étude menée en Tanzanie parmi les 15-24 ans en recherche de test de dépistage du VIH, de traitement contre les IST ou de méthodes contraceptives a montré qu'à la fois les garçons et les filles avaient une perception extrêmement faible de leurs risques face au VIH et que par conséquent bénéficier d'écoute et de conseils sur le sujet pourrait leur être très utile.^{80(pp.17-18)}

La circoncision et le VIH : une nouvelle raison pour renforcer les systèmes de santé

Trois essais randomisés menés au Kenya, en Ouganda et en Afrique du Sud ont conclu que la circoncision réduisait de 51 à 60% le risque de contamination au VIH¹⁻³. De plus, une simulation utilisant des données de quatre villes africaines indique que la circoncision peut être un facteur explicatif (en réduisant la sensibilité au VIH, à la syphilis et au chancre) des différences de prévalence du VIH dans les quatre villes.⁴ Ces résultats suggèrent que les programmes de promotion de la circoncision pourraient significativement contribuer à la lutte contre la pandémie. Dans un rapport de 2007, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'ONUSIDA ont suggéré que dans les pays à fort taux de prévalence du VIH, comme le Malawi, « le plus grand impact en matière de santé publique résultera de la priorité donnée aux services favorisant la circoncision pour les jeunes hommes (par exemple entre 12 et 30 ans) parmi lesquels le taux de prévalence du VIH est encore relativement bas mais parmi lesquels le taux actuel ou à venir d'incidence peut être élevé ».^{5(p.7)}

La circoncision est très courante en Afrique de l'Ouest. Ainsi, 78% des jeunes hommes de 12 à 19 ans au Burkina Faso et 92% de la même tranche d'âge au Ghana ont été circoncis. 6-7 Par opposition, seulement 18% des jeunes hommes de 12 à 19 ans au Malawi^{8(p.55)} et 20% d'entre eux en Ouganda^{9(p.58)} sont répertoriés comme circoncis. Au Malawi, plus de la moitié de ceux qui sont circoncis le furent entre 6 et 11 ans. Bien que la circoncision ne soit pas courante au Malawi, des résultats d'une étude qualitative récente suggèrent que l'acceptation de cette opération est plus élevée chez les jeunes que chez les générations antérieures – et que les jeunes hommes pratiqueraient la circoncision et que les parents la feraient pratiquer pour leurs fils si elle était sans risque, peu coûteuse et confidentielle.¹⁰ L'OMS et l'ONUSIDA recommandent que les systèmes de santé existants soient renforcés afin d'augmenter l'accès à une circoncision sans risque.^{5(p.8)}

Des programmes plus ciblés à destination des jeunes qui sont difficiles à toucher de manière conventionnelle sont également nécessaires. Par exemple, en Ouganda, les établissements de santé, les organisations de santé et le ministère de la santé travaillent de concert pour fournir des services et des soins réguliers à des groupes spécifiques d'adolescents, comme les enfants des rues ou les adolescents qui se prostituent.^{27(p.13)}

Plus spécifiquement, améliorer la disponibilité du préservatif constitue un objectif réalisable pour augmenter l'accès à la contraception. Comme mentionné précédemment, le fait de ne pas disposer de préservatif est la première raison évoquée par les adolescents pour ne pas en avoir utilisé lors de leur dernier rapport sexuel. Les campagnes de marketing social peuvent réussir à rendre les préservatifs disponibles sur les lieux de travail et de socialisation des jeunes. Les boutiques et les pharmacies sont des lieux d'approvisionnement complémentaires particulièrement appropriés qui ont l'avantage d'être plus répandus que les établissements de santé dans certaines communautés.

Enfin, fournir des services liés à la circoncision aux jeunes gens non encore circoncis peut s'avérer très efficace dans la réduction de la transmission du VIH (voir encadré).

Défis et opportunités

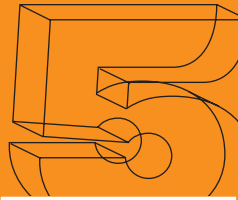
Les importants besoins en renforcement des systèmes sanitaires (personnels, structures, fournitures) en Afrique subsaharienne compliquent sérieusement les efforts à mener pour accroître l'utilisation, par les adolescents, des services et soins en matière de santé sexuelle et de la procréation. Une évaluation approfondie des services de santé maternelle et néonatale dans 50 pays en développement (incluant les quatre pays de notre étude), menée en 2005, présente une intéressante vue d'ensemble des besoins en infrastructures. Des experts ont classé les services de santé maternelle et néonatale sur une échelle de 0 à 100, 100 étant le niveau le plus élevé de satisfaction des besoins. Le résultat global moyen des 50 pays était de 56, les résultats pour l'Ouganda (49), le Malawi (60), le Burkina Faso (61) et le Ghana (65) se répartissant autour de cette moyenne. Cependant, les résultats étaient substantiellement plus bas dans les quatre pays de notre étude en ce qui concerne l'accès aux services pour les femmes des zones rurales. Ainsi, les résultats relatifs à l'accompagnement des naissances par du personnel de santé qualifié pour les femmes vivant en zones rurales vont de 25 en Ouganda à 47 au Ghana ; les résultats relatifs à l'accès au traitement des complications liées à l'avortement pour les femmes vivant en zones rurales vont de 18 en Ouganda à 41 au Ghana.⁸¹

Néanmoins, il n'empêche qu'on tirerait d'énormes bénéfices à satisfaire les besoins des adolescents en service de santé sexuelle et de la procréation. Les programmes en direction des adolescents peuvent aider à compenser les difficultés liées au nombre limité d'infrastructures de santé. Par exemple, former plus d'agents de santé intermédiaires à la prescription de services et de soins en matière de santé sexuelle et de la procréation est une stratégie peu coûteuse qui peut pallier le manque de personnels dans certains endroits et dans les zones rurales où les services sont en accès limité⁸². Sous le vocable "agents intermédiaires de santé" sont regroupés les sages-femmes, les infirmiers, les officiers de santé, les assistants médicaux et assistantes sociales et de planification familiale qui sont formés à fournir des services de santé de base. Les projets pilote qui ont formé des agents intermédiaires de santé

en soins post-avortement ont, avec succès, étendu l'offre de soins de santé dans des zones peu couvertes.⁸³⁻⁸⁵

Des facteurs culturels et sociaux peuvent aussi remettre en question les efforts déployés pour améliorer l'offre de soins de santé. Mais là aussi, répondre à ce défi majeur se verra récompensé par des soutiens durables. Par exemple, l'association chrétienne pour la santé du Ghana (Christian Health Association of Ghana - CHAG) fournit 30% des services et soins de santé du pays. Au tout début, CHAG ne souhaitait pas être partenaire de l'alliance de la jeunesse africaine (African Youth Alliance - AYA) dans un projet pour améliorer l'offre de services et de soins en matière de santé sexuelle et de la procréation pour les adolescents parce que la distribution de préservatifs, un point clé des programmes de l'AYA, allait à l'encontre des convictions religieuses de certains membres du CHAG. Cependant, après de prudentes négociations et quelques compromis, un accord a pu être trouvé. CHAG a autorisé les établissements eux-mêmes à décider de l'opportunité ou non d'avoir des activités en matière de santé sexuelle et de la procréation et de fait, beaucoup d'entre eux ont accepté avec enthousiasme.^{86(p.33)}

Enfin, le soutien des familles et des communautés peut jouer un rôle majeur dans l'amélioration de l'utilisation des services et des soins de santé sexuelle et de la procréation par les adolescents. Ce point crucial est abordé dans le chapitre suivant.



Les médias, les familles et les communautés peuvent être des soutiens efficaces

Améliorer la santé sexuelle et de la procréation des adolescents est de la responsabilité, non seulement des institutions publiques, mais aussi d'autres secteurs de la société. L'engagement des communautés, à travers les médias, les familles, les organisations communautaires, les chefs religieux ou les responsables culturels, peut favoriser l'offre d'informations et de services de santé, y compris de santé sexuelle et de la procréation, en direction des adolescents. Les communautés peuvent aussi mener une communication à destination des jeunes afin de les inciter à utiliser les dispositifs d'information et de soins existants. Elles sont particulièrement bien placées pour toucher les adolescents qui sont à l'écart du système scolaire et du système de santé.

Les médias constituent une source majeure d'information en santé sexuelle et de la procréation

Les médias (radio, télévision et journaux) sont, pour les adolescents, les sources d'information de santé sexuelle et de la procréation les plus appréciées et les plus communément utilisées. Lors des discussions de groupe dans les quatre pays de référence, les adolescents ont cité plusieurs raisons expliquant pourquoi la radio, en particulier, est une de leurs sources préférées d'information. Ils pensent, par exemple, que la radio est une source fiable (Ouganda), qu'elle atteint une audience large (Ghana), qu'elle donne de l'information rapidement aux jeunes (Malawi), que les auditeurs n'ont pas besoin de se déplacer pour avoir l'information (Burkina Faso) et que les parents peuvent l'écouter et transmettre à leurs enfants ce qu'ils apprennent (Malawi).^{22(p.32)}

Les adolescents vivant en zone urbaine sont plus nombreux que ceux habitant en zone rurale à déclarer utiliser et préférer les médias comme source d'information (tableau 5.1, page 36).¹⁸ Parmi les adolescents de 12 à 19 ans de zone urbaine dans les quatre pays de référence, entre 78% (Burkina Faso) et 89% (Malawi) disent qu'ils ont eu des informations sur les contraceptifs, le VIH et les autres IST via les médias, contre 52-77% vivant en zone rurale. La proportion d'adolescents qui préfèrent utiliser les médias comme source d'information est plus petite que la proportion qui de fait l'utilise, mais les préférences des adolescents pour les médias sont de toute

façon élevées dans tant dans les zones urbaines que rurales. Les adolescents des zones rurales au Malawi sont l'exception : seulement un sur quatre préfère recevoir des informations sur les contraceptifs, le VIH et les autres IST via les médias.

Une évaluation récente de 15 études portant sur des interventions utilisant les médias (dont 11 pour l'Afrique) a conclu que les approches intégrant radio et autres médias (télévision ou matériaux écrits) devraient être plus largement répandues, étant donnée leur efficacité à informer, influencer sur les normes sociales et amorcer les changements de comportements^{6 (p236-37)}. Utiliser les médias comme moyen de diffuser l'information a l'avantage d'atteindre un grand nombre de personnes en même temps, mais ne permet pas l'interaction. Pour cette raison, il est primordial que l'information qui est donnée soit claire et précise.

Il existe beaucoup d'exemples d'interventions médiatiques pour informer les adolescents en matière de santé sexuelle et de la procréation. En Afrique du Sud, une chaîne populaire de télévision et une émission de radio ont développé deux programmes s'adressant aux jeunes. L'un proposait des scénarios spécifiques visant les 12-18 ans promouvant des comportements sexuels sans risque^{87(p.13)}, l'autre programme visait les 8-12 ans et les informait sur la puberté, les rapports sexuels, le VIH/sida, la violence.^{88(p.9-10)} En Ouganda, le quotidien gouvernemental, dans son supplément « débat direct », fournit aux adolescents des informations en santé sexuelle et de la procréation qui traitent de sujets comme l'estime de soi et les droits des enfants à ne pas être soumis à des relations d'exploitation^{89(p.2)}. Des jeunes en Zambie rédigent des articles qu'ils publient dans leur propre journal qui est distribué dans les écoles et les petits points de vente à travers tout le pays et qui fournit des informations sur la santé sexuelle et de la procréation⁹⁰.

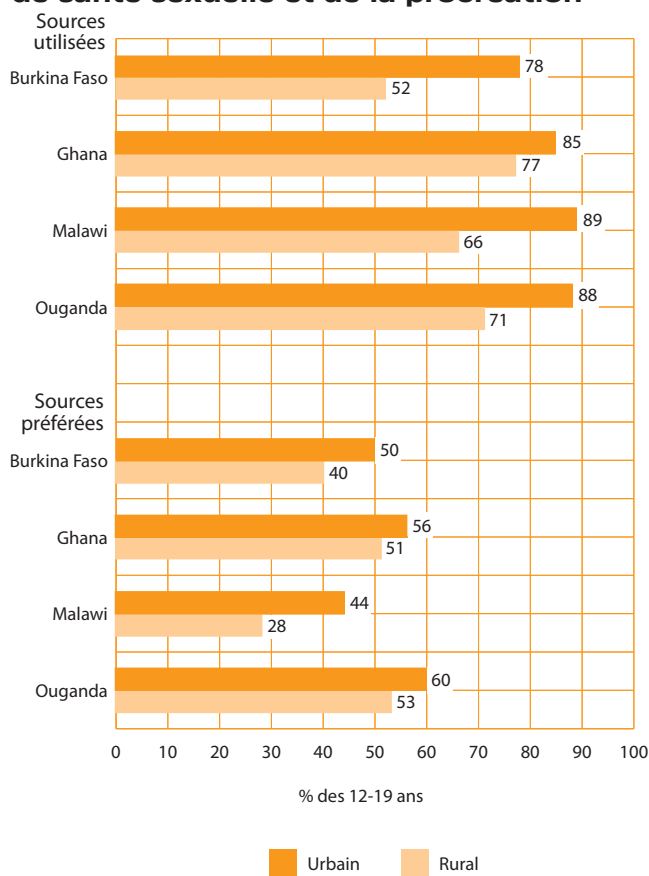
Néanmoins, les adolescents soulignent aussi qu'être informé par les médias a des inconvénients, en particulier le manque d'opportunité d'avoir des échanges avec des experts ou de poser des questions sur les sujets abordés. Un jeune homme au Malawi insiste sur ce point :

C'est bien d'entendre des choses à la radio, mais le problème que nous avons par rapport à ça c'est que lorsque quelque chose n'est pas clair et que vous voulez poser une question, vous n'avez pas l'occasion de le faire. Lorsque nous discutons de

Des interventions médiatiques ciblées, en particulier les émissions radiophoniques, peuvent se révéler un moyen efficace d'informer les adolescents des zones rurales

GRAPHIQUE 5.1

Les adolescents en zone urbaine sont plus susceptibles que ceux des zones rurales de préférer les médias et d'y avoir recours comme source d'information en matière de santé sexuelle et de la procréation



Note Les informations sur la santé sexuelle et de la procréation comprennent les informations sur les méthodes contraceptives, le VIH et les autres IST.

Source Référence 18.

choses entre nous ici, nous avons l'opportunité de poser des questions sur ce que nous ne comprenons pas, ce qui n'est pas possible avec la radio.

- Un participant du focus groupe, Malawi²²

Un autre inconvénient lié aux médias est que tout le monde n'y a pas accès. Dans les quatre pays cibles, un quart des adolescents n'ont pas accès aux médias.⁷⁻¹⁰ Les adolescentes sont moins nombreuses que les adolescents à reporter avoir consulté des médias au cours des quatre dernières semaines⁷⁻¹⁰. Les adolescents des zones rurales sont également moins nombreux que les jeunes urbains à affirmer écouter fréquemment la radio (Tableau 5.21)¹⁸. Parmi les 12-19 ans, 65 à 84% des urbains mais seulement 44 à 72% des ruraux écoutent la radio au moins une fois par semaine. Malgré tout, dans trois des quatre pays, plus de 60% des jeunes, même dans les zones rurales écoutent la radio au moins une fois par semaine. Dès lors, des interventions médiatiques ciblées, en particulier des émissions radiophoniques, pourraient être un moyen efficace d'atteindre les jeunes en zone rurale.

Les nouvelles technologies sont prometteuses, mais ne touchent que relativement peu d'adolescents

Internet est une source d'information prometteuse dans le futur en matière de santé sexuelle et de la procréation en Afrique subsaharienne. Une étude récente auprès de jeunes scolarisés ougandais de 12 à 18 ans a montré que l'utilisation d'Internet pour s'informer sur le VIH/sida ou sur d'autres sujets en matière de santé sexuelle est grande.⁹¹ Cependant, comme le montrent les enquêtes de 2004, de très petites proportions d'adolescents dans les quatre pays étudiés ont déjà utilisé Internet tandis que la majorité n'en avait jamais entendu parler, même si cela peut évoluer prochainement.

Les services de téléphonie mobile présentent aussi des développements relativement nouveaux et prometteurs et ils peuvent être utilisés de façon innovante pour disséminer des informations sur la santé sexuelle et de la procréation auprès des adolescents. Par exemple, les jeunes peuvent envoyer-recevoir des textos, contacter une permanence téléphonique (« hotline ») sur des sujets sensibles de façon anonyme et



recevoir des réponses appropriées.⁹² Les services de téléphonie couvrent une petite partie, mais une partie croissante de la population : en 2003, le nombre de possesseurs de téléphones mobiles était de 18 pour 1000 au Malawi, 31 pour 1000 au Burkina, 42 pour 1000 en Ouganda et de 78 pour 1000 au Ghana.^{93,94}

Les parents ont une influence importante sur la santé sexuelle et de la procréation des adolescents

Les parents peuvent influencer significativement le comportement sexuel et procréatif des adolescents en se tenant au courant de ce qu'ils font, d'où ils sont, en les conseillant, en leur donnant de l'argent pour se soigner, en discutant avec eux de ces sujets. Nombre d'études en Afrique subsaharienne ont montré que les adolescents qui vivent avec un parent ou discutent avec un parent de sexualité ont moins de probabilité d'être sexuellement actifs que les autres adolescents (parce qu'ils retardent leur premier rapport sexuel ou pratiquent l'abstinence).^{58,59,95,96}

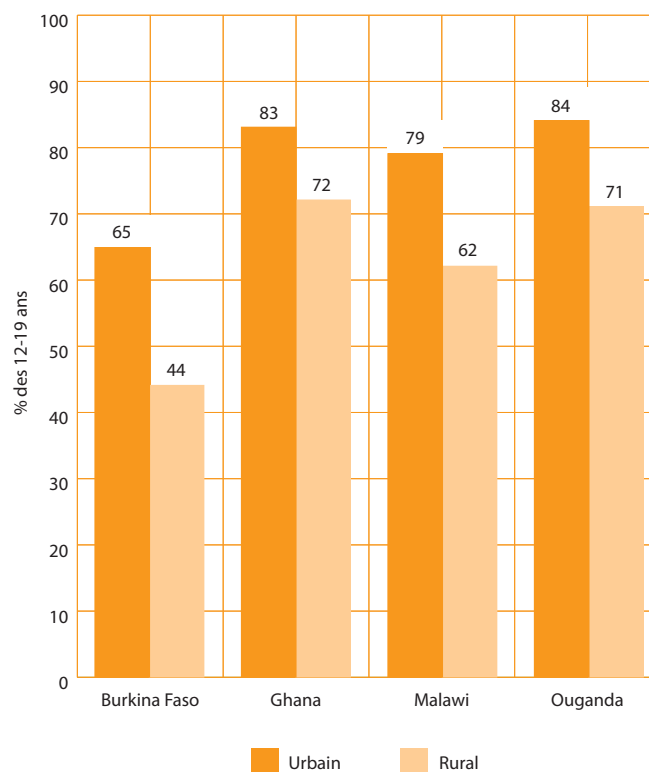
Dans les quatre pays de l'étude, même ceux où la prévalence du VIH est élevée, la plupart des 15-19 ans qui sont célibataires vivent avec un parent, un tuteur ou une figure parentale.¹⁸ Cependant au moins un quart des 15-19 ans ne vit avec aucun parent, 26% au Burkina Faso, 28% au Ghana, 31% au Malawi et 30% en Ouganda (tableau 5.3).¹⁸ Les adolescents (en particulier les très jeunes) qui vivent sans parent ne bénéficient pas des effets protecteurs des conseils des adultes au sein de la famille et peuvent avoir besoin d'interventions, d'information et de conseils spécifiques. Même si le fait de vivre avec des parents n'est qu'un indicateur parmi d'autres de l'implication des adultes dans la vie des adolescents, il est probablement le plus significatif, étant donné les interactions étroites entre membres d'un même foyer et le sens de responsabilité que les parents ont vis-à-vis du bien être de leurs enfants.

La communication parents-enfants sur les sujets relatifs à la sexualité, en particulier les échanges entre les enfants et leurs pères, n'est pas traditionnellement une pratique courante en Afrique subsaharienne.^{22,97,98} Relativement peu de célibataires âgés entre 15 et 19 ans affirment avoir déjà abordé des sujets liés au sexe avec leurs parents ou d'autres membres de la famille (tableau 5.4, page 39).¹⁸ Au Ghana, au Malawi et en Ouganda, un tiers des adolescentes de 15-19 ans et un cinquième des adolescents du même groupe d'âge disent que leurs parents ont déjà discuté de sujets liés au sexe avec eux/elles. Les pourcentages sont plus faibles encore au Burkina Faso, où cela concerne seulement 14% des filles et 8% des garçons, les proportions étant un peu près les mêmes concernant les discussions avec d'autres membres de la famille.

Cependant, au cours des discussions de groupe, certains adolescents disent qu'ils considèrent leurs parents comme une bonne source d'information parce que les parents ont de l'expérience, qu'il est plus aisé de parler avec eux, qu'ils transmettent bien les informations générales.^{22(p.34)} Les principaux aspects négatifs des discussions avec les parents, selon les adolescents, sont liés au fait que les parents émettent des jugements et que dans ces conditions, il n'est pas très aisé de partager avec eux des informations liées au sexe comme l'illustrent les exemples suivants :

GRAPHIQUE 5.2

Deux tiers ou plus des adolescents en zone urbaine écoutent la radio au moins une fois par semaine, alors que moins d'adolescents ruraux le font



Source Référence 18.

Les parents aussi disent que les discussions avec les enfants sur ces sujets peuvent mettre mal à l'aise :

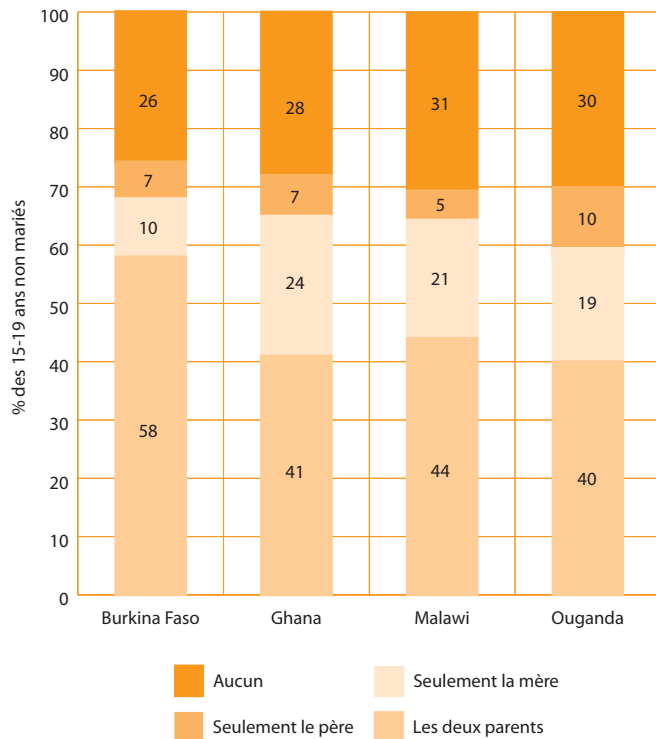
Les enfants ont peur de me parler de ces sujets. Je suis celle qui le plus souvent prend l'initiative de leur parler, « je souhaite ceci ou cela, je ne ferais pas ceci ou cela ».

- Une mère, Burkina Faso⁷⁵

Pourtant les parents ont une influence déterminante sur la vie de leurs enfants et les probabilités de voir les adolescents participer à des programmes qui sont soutenus par leurs familles sont plus grandes que celles concernant les programmes qui ne le sont pas. Une des responsabilités importantes des parents est de contrôler où et avec qui leurs enfants passent leur temps. La majorité des adolescentes célibataires disent que leurs parents savent toujours où elles sont la nuit et qui sont leurs amis (tableau 5.5).¹⁸ Cependant,

GRAPHIQUE 5.3

Plus d'un/e jeune célibataire de 15 à 19 ans sur 4 ne vit avec aucun de ses deux parents



Note «Parent», «mère» et «père» font référence à la fois à un parent biologique et à une figure parentale, définie comme «quelqu'un qui est comme une mère/un père» pour l'enquête.

Source Référence 18.

Première participante : En ce qui me concerne, je ne peux pas parler avec mon père... Je ne peux pas le forcer à s'asseoir et lui dire : « tu sais quoi, papa, je suis enceinte. ». Je ne peux même pas prononcer un mot parce que lorsqu'il rentre à la maison, il demande « alors de quoi a-t-on besoin ? » Alors on n'engage pas de conversation et on se contente de répondre « il n'y a plus de sel, plus de nourriture et plus de savon ».

Seconde participante : Même lorsque vous avez un problème, vous allez vers votre mère d'abord et c'est après qu'elle parle à votre père. Ouais, les pères sont sévères.

- Participantes à un focus groupe féminin, Ouganda²²

Je pense que des personnes s'adressent aux gens de leur âge sur les questions sexuelles parce que quand ils s'adressent à leurs parents, ils peuvent penser qu'ils vont s'immiscer dans leurs affaires. Même lorsque vous avez un problème, vous allez vers votre mère d'abord et c'est après qu'elle parle à votre père. Ouais, les pères sont sévères.

- Un participant à un focus groupe masculin, Ghana²²

le contrôle parental est beaucoup moins fort pour les garçons célibataires. Par exemple, en Ouganda, 71% des adolescentes célibataires de 15 à 19 ans disent que leurs parents savent toujours où elles vont le soir, comparé à 45% pour les adolescents célibataires. Ce schéma sexo-spécifique est comparable à celui observé dans le cadre des discussions au sein de la famille sur les sujets liés au sexe : dans les deux cas, les résultats font penser que les adolescentes bénéficient plus que les adolescents des aspects protecteurs des relations avec leurs parents.

Les communautés peuvent soutenir les services de santé sexuelle et de la procréation des adolescents

Traditionnellement, les grands-parents et d'autres membres de la famille (comme les sengas ou tantes paternelles en Ouganda), les chefs communautaires et d'autres adultes abordaient les sujets liés à la sexualité avec les jeunes générations. Dans la plupart des pays, ce n'est plus le cas. Cependant, les adultes peuvent encore aider, même indirectement, à répondre aux besoins sexuels et de la procréation des adolescents, par exemple en soutenant des programmes dédiés. Les chefs traditionnels peuvent également faciliter les programmes en direction des adolescents qui sont hors d'atteinte des grandes institutions (c'est-à-dire les jeunes ruraux ayant un accès limité à l'information et aux services).

On peut trouver des exemples de telles contributions des familles et des communautés dans beaucoup de pays. Au Malawi, par exemple, les cérémonies d'initiation sont encore des rites de passage significatifs dans certaines communautés et représentent une opportunité de mettre en place, sous une forme acceptable culturellement, des stratégies de prévention des grossesses non désirées et de transmission du VIH⁹⁹. Dans beaucoup de groupes ethniques en Ouganda, les sengas en qui la communauté a pleinement confiance, constituent un très bon relais grâce auquel on peut atteindre les adolescents et faciliter des opportunités d'échanges entre générations sur les sujets de santé sexuelle et de la procréation, en particulier pour les mères adolescentes et pour les jeunes femmes déscolarisées⁹⁷. Un programme de formation des sengas a été récemment mis sur pied concernant les conseils à donner aux jeunes femmes en matière de VIH¹⁰⁰. Dans certains districts du Ghana, les reines-mères (femmes ayant le statut de chefs traditionnels), collaborent étroitement avec les services de santé du pays pour diffuser des informations en matière de santé sexuelle et de la procréation, incluant l'éducation au VIH/sida, comme parties intégrantes des rites traditionnels de la puberté pour les jeunes filles.¹⁰¹

La religion occupe une part importante dans la vie quotidienne des adolescents

La religion est largement présente dans la vie des adolescents. C'est pourquoi, elle peut jouer un certain rôle dans les efforts mis en œuvre pour améliorer la santé sexuelle et de la procréation des adolescents. Au Ghana, au Malawi et en Ouganda, plus de 80% des 12-19 ans considèrent la religion comme quelque chose d'important dans leur vie et de façon similaire un pourcentage élevé d'entre eux vont à l'office religieux au moins une fois par semaine (Tableau 5.6, page 40)¹⁹. Au Burkina Faso aussi, la religion joue un rôle important dans la vie des adolescents, mais dans une moindre mesure que dans les trois autres pays de l'étude (64% des adolescents du Burkina Faso considèrent la religion comme très importante et 55% vont aux offices religieux une fois par semaine ou plus).

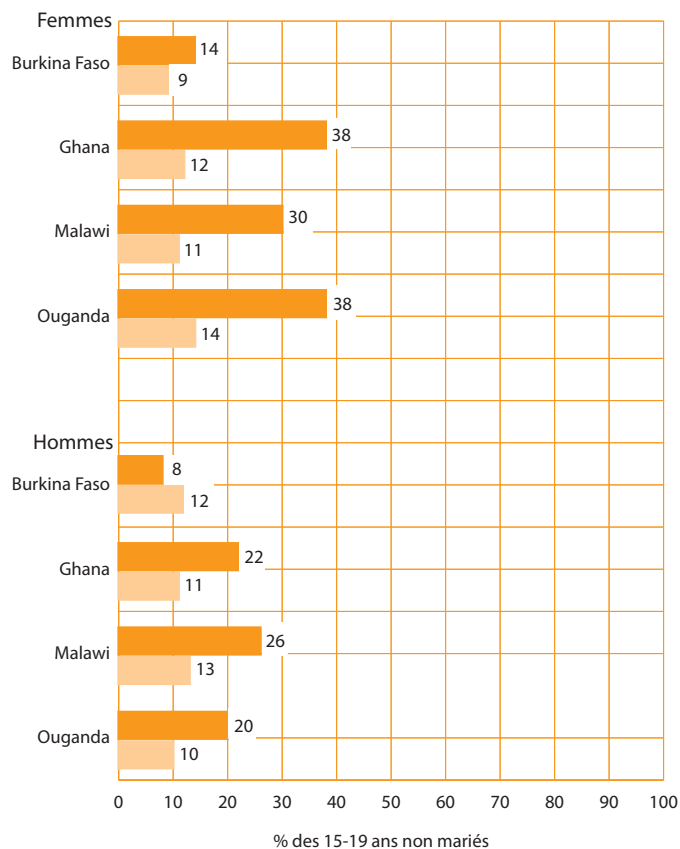


Les organisations confessionnelles sont une composante importante du tissu social dans les quatre pays car elles subviennent aux besoins sociaux des communautés et des adolescents. Cependant, il n'est pas facile de discerner dans quelle mesure et de quelle manière ces organisations confessionnelles contribuent à la prévention des grossesses et de l'infection au VIH. Des études sur l'impact de la religion et de la religiosité sur les comportements de prévention ont fait état de résultats mitigés¹⁰². Des données tirées des enquêtes de 2004 indiquent que seul un petit nombre d'adolescents évoquent les groupes ou les chefs religieux comme étant

la source d'informations en matière de santé sexuelle et de la procréation⁷⁻¹⁰. De plus, au cours d'entretiens approfondis, les adolescents disent que les groupes religieux auxquels ils appartiennent insistent en premier lieu sur l'abstinence jusqu'au mariage⁶²⁻⁶⁴.

GRAPHIQUE 5.4

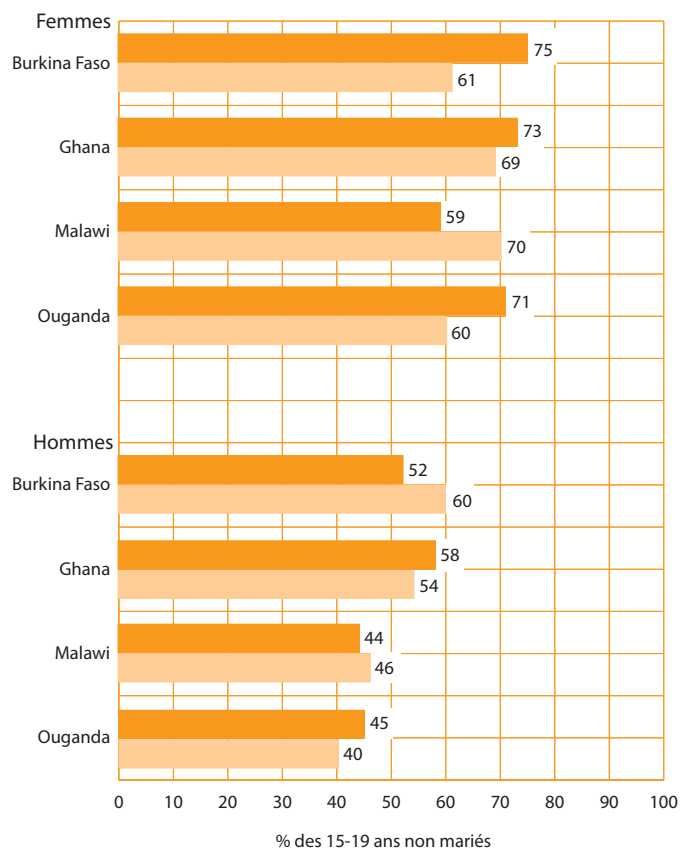
Peu d'adolescents, en particulier les garçons, disent que leurs parents ou d'autres membres de la famille leur ont déjà parlé de sujets ayant trait au sexe



Source Référence 18.

GRAPHIQUE 5.5

Beaucoup d'adolescents célibataires, en particulier les jeunes femmes, disent que leurs parents les surveillent de près

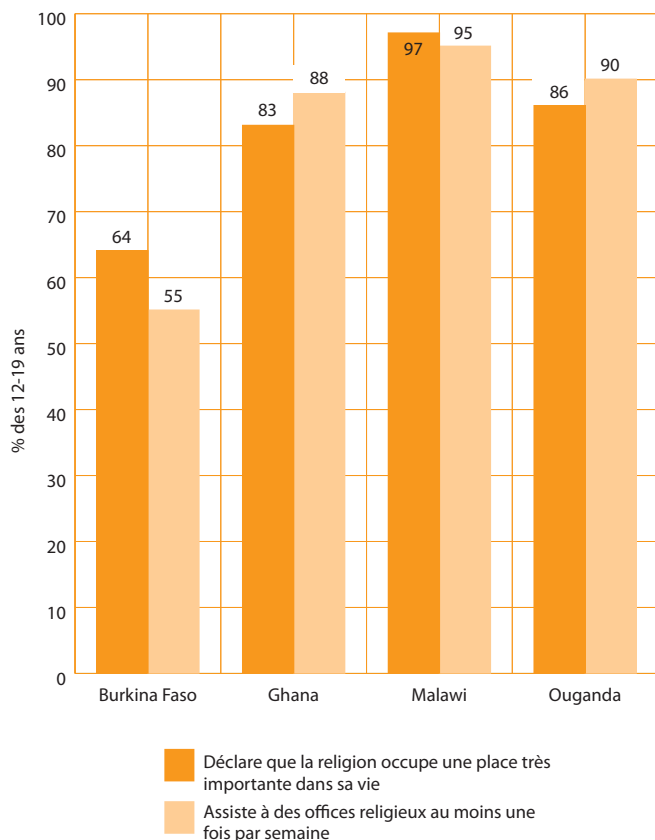


Note *Au Burkina Faso, cette catégorie comprend également les adolescents qui disent ne pas sortir la nuit.

Source Référence 18.

GRAPHIQUE 5.6

La religion est très importante pour une majorité d'adolescents



Source Référence 18.

De nombreux documents font état du bon travail que des organisations confessionnelles ont fait pour réduire la stigmatisation liée au sida, pour accroître les soins aux personnes vivant avec la maladie et, dans une moindre mesure, pour contribuer aux efforts de prévention contre le VIH^{79,102,103}. L'impact des initiatives à base confessionnelles sur la prévention du VIH et des grossesses n'a pas encore été bien évalué. Cependant, les avantages reconnus aux organisations confessionnelles (leur enracinement dans les communautés, le respect et la confiance dont elles bénéficient) laissent à penser qu'elles ont le potentiel pour contribuer plus directement aux programmes de santé sexuelle et de la procréation ^{104(p.11)}.

Des interventions à base communautaire peuvent mobiliser de multiples secteurs

L'engagement des communautés apparaît essentiel pour rassembler un certain nombre d'intervenants et les engager dans des programmes multisectoriels. Par exemple, l'alliance de la jeunesse africaine (African Youth Alliance - AYA), le Fonds des Nations unies pour la Population (UNFPA), PATH (Program for Appropriate Technology in Health) et Pathfinder International, soutenus par la Bill & Melinda Gates Foundation ont mené des opérations dans quatre pays (Botswana, Ghana, Tanzanie et Ouganda) afin d'améliorer la santé sexuelle et de la procréation des adolescents. AYA était responsable de mettre en place une large gamme

d'interventions impliquant plusieurs secteurs en partenariat avec les gouvernements nationaux, les organisations non gouvernementales, les organisations communautaires et les acteurs clé de la communauté (jeunes, parents, chefs religieux, médias, décideurs politiques). Une évaluation préliminaire de l'impact de cette action a fait ressortir ses effets positifs sur les connaissances, les attitudes et les comportements sexuels des individus, en particulier des femmes. Les efforts d'AYA ont ainsi conduit à augmenter l'utilisation systématique des préservatifs et l'utilisation des méthodes contraceptives modernes. Les résultats de l'évaluation préliminaire suggèrent qu'un tel dispositif peut être efficace pour atteindre certains des objectifs clés en matière de santé sexuelle et de la procréation.

Défis et opportunités

L'implication des communautés est importante parce qu'elle renforce les soutiens et les engagements locaux pour des interventions durables. De plus, les acteurs communautaires (parents, adultes en général, médias, organisations confessionnelles, ainsi qu'un large échantillon d'organisations à base communautaire) sont déterminants pour mobiliser les jeunes et ainsi renforcer le succès des programmes mis en œuvre par d'autres institutions (comme les écoles par exemple). Une étude systématique des interventions pour améliorer l'utilisation des soins de santé a clairement démontré l'efficacité d'appuyer la mise en place généralisée d'interventions combinant des approches multiples comme par exemple la formation des personnels de santé, l'amélioration des établissements et la mise en place d'activités à base communautaire pour informer et mobiliser les populations (exemple des pairs éducateurs animant des classes au sein des communautés)^{6(p.151)}

Les acteurs communautaires sont également bien placés pour évaluer de façon précise les besoins spécifiques des adolescents dans leurs communautés et pour aider à concevoir des programmes ciblés. Plusieurs exemples d'interventions à base communautaire ont été intégrés tout au long du présent rapport. En outre, l'implication des jeunes eux-mêmes est une composante cruciale dans les interventions à base communautaire. Soit comme pairs éducateurs, mentors, écrivains ou acteurs, les jeunes sont des avocats efficaces pour améliorer leur propre accès aux informations et aux services de santé sexuelle et de la procréation.



Où faire porter l'effort pour améliorer la santé sexuelle et de la procréation des adolescents

La certitude de voir une majorité de jeunes gens devenir sexuellement actifs pendant l'adolescence ou juste après est une raison suffisante pour s'assurer qu'ils sont bien préparés pour préserver leur santé sexuelle et de procréation. Face à l'impact dévastateur du sida, aux taux élevés de grossesses non désirées et à l'augmentation des avortements à risques, autant de facteurs qui affectent plus particulièrement les jeunes gens d'Afrique subsaharienne, prendre en compte les besoins de santé des adolescents constitue une priorité de santé publique de premier ordre pour la région. En Afrique subsaharienne, on estime que 4,5 millions de jeunes âgés de 15 à 25 ans étaient séropositifs en 2005, et que 2,8 millions de grossesses non désirées vont toucher les jeunes filles de 15 à 29 ans en 2007.^{11,42,106-109}

Malgré l'adoption de déclarations internationales et de politiques nationales concernant la santé sexuelle et de la procréation des adolescents, les efforts se sont révélés très en dessous des besoins existants. Les ressources financières, humaines, et d'infrastructures actuellement mises en place dans les pays en développement sont clairement insuffisantes pour satisfaire les énormes (et toujours croissants) besoins non satisfaits en matière d'information et de services de santé sexuelle et de la procréation. L'inadéquation des ressources existantes est une contrainte majeure à la mise en place de nouveaux programmes de prévention. En conséquence de quoi, les pistes pour étendre l'information et les services de santé sexuelle et de la procréation pour les jeunes, intégrant l'offre de contraceptifs, le suivi de la grossesse, le dépistage et le traitement des IST/VIH, restent largement sous-exploitées.

Les bailleurs, les fondations privées, les organisations non gouvernementales et les agences internationales comme les Nations Unies aident à réduire le fossé entre l'offre et les besoins en soutenant les gouvernements nationaux à promouvoir des politiques et mettre en place des programmes de protection de la santé sexuelle et de la procréation des adolescents. Malgré cela, d'avantage de ressources financières sont nécessaires, comme l'a montré une estimation récente de l'écart entre les financements nécessaires à la mise en place de l'agenda du Caire (programme d'action de la conférence internationale sur la population et le développement) et les contributions nationales et internationales à cette cause.¹¹⁰ Ce sont toutefois les gouvernements nationaux qui sont responsables, en dernier ressort, de la définition des objectifs et de la mise en place des interventions pour les atteindre. Le

soutien financier des partenaires du Nord est essentiel mais doit être concordant avec un engagement sociétal, politique et financier au sein des pays afin de mettre en place les politiques et les programmes dont les adolescents ont besoin.

Les résultats des recherches présentés dans ce rapport mettent en lumière un certain nombre de recommandations qui peuvent aider à améliorer l'accès des adolescents à l'information en matière de santé sexuelle et de la procréation.

Certaines approches à promouvoir sont transversales

Beaucoup d'approches très utiles sont largement applicables à tous les types d'interventions mises en œuvre par les gouvernements nationaux, les organisations non gouvernementales ou le secteur privé. Elles s'appliquent en particulier à :

- *Motiver les jeunes gens à utiliser les contraceptifs modernes, rendre les préservatifs largement disponibles et à un coût abordable, et promouvoir leur utilisation dans le cadre de la « double protection ».* Malgré les taux de prévalence élevés du VIH, des grossesses non désirées et des avortements à risques, beaucoup d'adolescents sexuellement actifs ne se protègent pas. Inciter les jeunes gens à utiliser des moyens modernes de contraception lors de leurs relations sexuelles peut permettre d'éviter certaines conséquences néfastes en termes de santé de la procréation. En particulier, il faudrait promouvoir très largement les préservatifs masculins en insistant sur leur efficacité à prévenir à la fois les grossesses et les IST (y compris le VIH). Notons que la crainte de la grossesse incite beaucoup de jeunes gens, en particulier les jeunes femmes à utiliser les préservatifs. Les jeunes hommes disent également que le fait de ne pas avoir de préservatifs est une raison majeure pour ne pas en utiliser, en soulignant l'impact potentiel que constituerait l'amélioration de l'accès à cette méthode de contraception.
- *S'assurer que les adolescents ont accès aux informations dont ils ont besoin pour se protéger contre le VIH et les grossesses non désirées.* Bien qu'ils soient très conscients des enjeux de santé sexuelle et de la procréation, les adolescents manquent d'informations approfondies pour prendre des décisions en connaissance de cause. Eduquer les adolescents sur les enjeux de santé sexuelle et de la

Le soutien financier des partenaires au développement est essentiel mais il doit rencontrer une réelle volonté de chacun des pays de mettre en place les politiques et les programmes dont les adolescents ont besoin

procréation ne les incite pas à avoir des rapports sexuels.⁵⁷ En fait, si les adolescents doivent reporter leur premier rapport sexuel, résister à la pression de relations sexuelles non souhaitées et se protéger contre les grossesses non désirées et les IST, ils doivent bénéficier d'informations impartiales et délivrées au bon moment et de la possibilité d'acquérir des aptitudes spécifiques.

■ *Prendre en compte les différents contextes dans lesquels les adolescents évoluent.* Tous les adolescents ont besoin d'accéder à l'information et aux services de santé sexuelle et de la procréation. Cependant, les adolescents débutent leur vie sexuelle selon différents rythmes et pour différentes raisons. Par exemple, l'activité sexuelle des adolescents diffèrent de façon substantielle de celle des adolescentes : les jeunes filles ont généralement une activité sexuelle plus tôt que les jeunes garçons, mais les jeunes garçons ont des partenaires sexuels plus nombreux et des relations sexuelles plus souvent hors mariage que les jeunes filles. Ainsi, les besoins des garçons et des filles diffèrent. De la même façon, d'autres groupes d'adolescents (par exemple, les scolarisés versus les non scolarisés) ont des besoins différents et certains peuvent être plus difficiles à atteindre que d'autres. Afin d'être plus efficaces, les interventions devraient être ciblées et adaptées afin que ceux qui en ont le plus besoin puissent en bénéficier.

■ *Prendre en charge le problème de la violence sexuelle à travers les services et les soins et les programmes d'éducation à la santé sexuelle et de la procréation.* Il n'est pas rare que les adolescents, en particulier les filles, subissent des rapports sexuels de façon coercitive. Des ressources doivent être allouées afin de fournir des conseils et d'autres services aux victimes de rapports sexuels non consentis. Il est tout aussi vital d'asseoir les fondations pour prévenir les violences et les coercitions sexuelles. Des mesures importantes sont à prendre, visant à :

- établir des programmes d'éducation des jeunes sur l'importance des droits dans les relations sexuelles et de promotion de la communication entre partenaires sexuels,

- questionner les normes sociétales sur la masculinité qui perpétuent les violences faites aux femmes et familiariser les jeunes hommes à la notion de responsabilité sexuelle,

- aider les jeunes femmes à acquérir et à utiliser un savoir faire en matière de négociation qui leur permette de refuser des propositions sexuelles non souhaitées et d'utiliser des

contraceptifs.

■ *Soutenir les politiques nationales quand elles sont favorables à la santé sexuelle et de la procréation des jeunes.* Il convient d'encourager les politiques qui fixent comme objectif pour les Etats que les services de planning familial et de prévention des IST soient accessibles par tous/toutes, sans restriction due au statut matrimonial et sans l'autorisation des parents ou de l'époux. Des exemples de telles politiques existent au Malawi, qui ne limitent pas l'accès aux services quel que soit le statut matrimonial¹¹¹ et en Ouganda qui ne posent pas de condition, en particulier celle du consentement parental ou de l'époux¹¹².

L'école peut aider les adolescents à prendre de bonnes décisions en faveur de leur santé

Il y a un réel besoin que des programmes scolaires efficaces soient mis en œuvre plus tôt dans le cursus et qu'ils soient plus largement répandus. Les principaux défis sont : le manque de formation des enseignants à l'éducation sexuelle, le besoin de matériel scolaire approprié et, plus généralement, le manque d'infrastructures adaptées. Notons, en revanche, qu'il existe quelques programmes d'enseignement efficaces et bien évalués et que des guides complets de mise en œuvre ont été développés et peuvent être adaptés à différents pays, même dans ceux ne bénéficiant pas d'infrastructures suffisantes. Quelques axes stratégiques apparaissent utiles :

■ *Cibler les jeunes adolescents et rendre obligatoires les programmes d'éducation sexuelle.* Les adolescents entre 12 et 14 ans devraient être les cibles primaires de l'éducation sexuelle à l'école parce que la plupart d'entre eux sont à l'école et qu'ils n'ont pas encore eu de rapports sexuels. Dans l'idéal, l'éducation sexuelle devrait commencer dans les petites classes du primaire pour monter en puissance en fin du primaire et au tout début du cycle secondaire.^{113(p.340)} Considérer l'éducation à la prévention du VIH et des grossesses comme une composante obligatoire des programmes académiques (c'est-à-dire les sciences de la santé) permettra d'améliorer la couverture des programmes scolaires.



- *Mettre en œuvre tout en adaptant si besoin est les programmes scolaires existant fournissant des informations précises et exhaustives en matière de santé sexuelle et de la procréation.* Les programmes scolaires devraient éviter d'adopter une approche exclusivement basée sur « l'abstinence jusqu'au mariage » dans la mesure où cette approche seule ne permet pas d'encourager les comportements protecteurs (en clair, cette approche ne retarde pas l'entrée en vie sexuelle, n'augmente pas l'abstinence secondaire, ne réduit pas le nombre de partenaires sexuels, et n'augmente pas l'utilisation des préservatifs).^{114,115} Les programmes existants et les programmes nouveaux en matière d'éducation sexuelle doivent être systématiquement suivis et évalués.
- *Renforcer la formation des enseignants.* Afin d'assurer une large couverture nationale de l'éducation sexuelle, il y a grand besoin d'augmenter la formation des enseignants en éducation sexuelle. Il est aussi important d'accroître les compétences des professeurs pour qu'ils utilisent des méthodes d'apprentissage participatives parce que beaucoup de contenus sont encore transmis via la méthode moins efficace du cours magistral. Les méthodes participatives devraient être utilisées le plus largement possible en tenant compte des ressources disponibles et des limites liées à la taille des classes.
- *Aider les adolescents à rester à l'école.* En plus d'être important pour le développement de la nation et des individus qui la composent, l'éducation formelle est associée de façon positive à des comportements et à une sexualité à moindre risque. Par exemple, les individus ayant reçu une éducation plus approfondie ont une moindre probabilité d'avoir des comportements à risque face au VIH. Cependant beaucoup d'adolescents ne vont pas à l'école et beaucoup d'autres quittent l'école tôt. Ces jeunes échouent alors à tirer bénéfices de l'impact protecteur possible de l'éducation et de l'environnement scolaire. Il faudrait alors continuer à développer et à mettre en œuvre des infrastructures tout en soutenant les interventions qui permettent aux adolescents de rester plus longtemps à l'école.
- *Atteindre, via des programmes adaptés, plus de jeunes non scolarisés.* Des interventions ciblées sont nécessaires pour atteindre le groupe large et diversifié des adolescents qui ne sont pas scolarisés.

Le renforcement des systèmes de santé peut améliorer la santé des adolescents

Le manque d'infrastructures sanitaires adaptées rend difficile d'augmenter l'utilisation des systèmes de soins par les adolescents. Les efforts menés pour améliorer les infrastructures vont évidemment profiter à la santé sexuelle et de la procréation des adolescents et ces efforts devraient être poursuivis. Malgré tout, il est possible d'améliorer les services aux adolescents dans le cadre des systèmes existants. Les mesures suivantes devraient alors s'avérer utiles :

- *Assurer la disponibilité d'une plus grande gamme de méthodes contraceptives, avec une attention particulière au préservatif masculin.* Le préservatif masculin est le moyen le plus utilisé par les adolescents sexuellement actifs. Les jeunes disent leur nette préférence pour les centres de santé comme source d'approvisionnement en préservatifs et autres produits contraceptifs mais citent aussi les boutiques et les pharmacies qui sont des sources supplémentaires et peuvent être plus accessibles par les jeunes dans certaines communautés. Rendre les préservatifs disponibles sur les lieux de travail et de socialisation des jeunes gens peut aussi favoriser leur accessibilité. Améliorer l'accessibilité et la disponibilité des méthodes maîtrisées par les femmes, comme le préservatif féminin, devrait également être une priorité. Comme le préservatif masculin, le préservatif féminin offre une double protection contre la grossesse et les IST. La contraception d'urgence peut aussi réduire les taux

de grossesses non désirées et les avortements à risques.

- *Saisir toutes les opportunités de rencontre avec les jeunes dans le système de soins actuel pour les informer et les sensibiliser.* Les prestataires de soins de santé devraient profiter de l'opportunité de chaque contact avec des adolescents pour discuter de leurs besoins en matière de services de santé sexuelle et de la procréation, même si les adolescents sont venus pour d'autres motifs. En particulier, les femmes qui font des visites prénatales et les jeunes filles qui recherchent une prise en charge des suites d'avortement pourraient profiter de conseils relatifs à la contraception, aux risques de contamination par le VIH et autres IST ainsi que sur les moyens de prévenir ces infections. Elles pourraient aussi recevoir des produits contraceptifs et être référées à des spécialistes.
- *Mettre en place des programmes adaptés aux adolescents.* Des programmes de proximité sont nécessaires (via les médias, les écoles, les marchés, les églises, ...) afin d'informer les jeunes des services disponibles et des endroits où l'on peut les obtenir. Des programmes plus ciblés, offrant des services sur les lieux de travail et de socialisation, sont aussi nécessaires pour atteindre les adolescents qui ne fréquentent pas les centres de soins de leur propre initiative mais qui sont demandeurs de tels services.
- *Former des prestataires intermédiaires de services de santé sexuelle et de la procréation, sans oublier d'aborder avec eux le thème de la stigmatisation sociale.* Avec une meilleure formation, des prestataires intermédiaires peuvent aider à répondre aux besoins en personnels de santé, en particulier en zone rurale où l'accès aux services est limité. Des programmes de formation pour tous les personnels de santé devraient inclure des modules relatifs aux compétences requises pour délivrer de l'information et des services aux adolescents sans stigmatiser ceux qui sont sexuellement actifs.

Les communautés ont un rôle décisif à jouer en soutenant des interventions durables

L'engagement de la communauté est vital pour permettre aux interventions d'améliorer la santé des adolescents de manière durable. Les communautés peuvent également constituer un soutien majeur aux programmes initiés par d'autres institutions, par exemple les écoles. Lorsque de nombreux secteurs sont impliqués, les communautés peuvent aider à construire des coalitions nécessaires à la réalisation d'un objectif commun. De manière importante, l'engagement communautaire peut aider des programmes à cibler efficacement des interventions sur des besoins spécifiques de certains groupes d'adolescents. Les voies suivantes sont alors à privilégier :

- *Obtenir le soutien des acteurs clé des communautés pour améliorer l'efficacité et la proximité des interventions.* Les acteurs clé de la communauté sont bien placés pour évaluer les besoins des adolescents dans leurs communautés respectives et peuvent contribuer à orienter les interventions vers ceux qui en ont le plus besoin. Associer des chefs communautaires respectés est également essentiel si l'on veut modifier l'attitude de la communauté en direction des adolescents et si l'on veut faire accepter les relations sexuelles entre jeunes gens non mariés. Les chefs communautaires peuvent aussi être un lien important entre les adolescents et les programmes d'intervention. Une analyse systématique des interventions visant à améliorer l'utilisation des systèmes de soins a montré que les interventions qui combinaient des approches multiples

d'information et de mobilisation des populations, incluant la formation des personnels de centres de soins, l'amélioration des équipements et la mise en place d'activités à base communautaire, sont efficaces et devraient être largement mises en œuvre.^{6(p.151)}

- **Impliquer les familles.** Les membres de la famille ne sont pas la source préférée ou la plus souvent utilisée pour obtenir des informations en rapport avec le sexe dans la mesure où les adolescents et les adultes de leurs familles se sentent en porte-à-faux pour discuter de ces sujets. Cependant, le fait d'impliquer et d'éduquer les familles peut créer un environnement favorable à l'amélioration de la santé des adolescents. Les parents et les tuteurs ont une influence majeure sur la vie des adolescents, et les jeunes seront plus enclins à réagir positivement à des programmes soutenus par leurs familles qu'à ceux qui ne le sont pas.
- **Mobiliser les chefs traditionnels et religieux pour améliorer l'accès des adolescents aux informations et aux services.** Dans certaines communautés, les chefs traditionnels et religieux ont été utiles en s'impliquant dans l'amélioration de l'accès des jeunes aux informations et aux services et en soutenant certains programmes et politiques. Etant donné que la religion est un élément important de la vie des adolescents en Afrique subsaharienne, les organisations communautaires à base religieuse et leurs chefs représentent de forts potentiels pour faire plus afin de faciliter l'accès des adolescents aux informations et aux services dont ils ont besoin.
- **Continuer d'appuyer les campagnes médiatiques et étendre leur impact aux zones rurales.** Une large partie des adolescents préfèrent et utilisent les médias pour accéder à des informations relatives à la santé sexuelle et de la procréation. La radio et les autres médias sont efficaces pour améliorer leurs connaissances et leurs comportements de protection.⁶⁽²³⁶⁻²³⁹⁾ Le recours à grande échelle aux médias, particulièrement la radio, pourrait être tout à fait utile pour atteindre les adolescents qui ont un accès limité aux informations et aux services, comme ceux des zones rurales et ceux qui ne sont pas scolarisés.

Des pistes pour le futur

Au niveau mondial, les gouvernements nationaux considèrent les Objectifs du Millénaire pour le Développement comme un cadre de référence. De ce point de vue, la santé sexuelle et de la procréation des adolescents fait partie des priorités. La réalisation de quatre de ces huit objectifs (assurer l'éducation primaire pour tous, promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, améliorer la santé maternelle et combattre le VIH/sida) est très étroitement liée à la satisfaction des besoins en santé et en éducation des adolescents. En général, la communauté internationale (gouvernements, agences internationales, fondations, organisations non gouvernementales et organisations professionnelles) reconnaît que répondre aux besoins des adolescents en Afrique subsaharienne conditionne en grande partie les progrès que fera la région. Cependant, à tous les niveaux (international, national et local), les engagements et les soutiens ne sont pas constants et restent parfois faibles. Ainsi, malgré quelques acquis, des progrès réguliers et significatifs pour régler les besoins non satisfaits des adolescents en matière de santé sexuelle et de la procréation restent à faire.

Néanmoins, il y a de l'espoir. Le vif désir de tous les adolescents, y compris ceux déjà sexuellement actifs, d'obtenir les informations et les services dont ils ont besoin pour protéger leur santé sexuelle et de la procréation est très encourageant. Et beaucoup d'adolescents sexuellement actifs font, de fait, beaucoup d'efforts pour se protéger, en particulier en utilisant des préservatifs. Ces faits laissent à penser qu'améliorer les comportements préventifs chez les adolescents déjà sexuellement actifs est réalisable.

De plus, il existe une opportunité majeure. Etant donné la prévalence élevée des nouvelles infections à VIH parmi les jeunes et les conséquences souvent néfastes des grossesses d'adolescentes et des avortements à risques sur les femmes et leurs familles, répondre aux besoins des adolescents en matière de santé sexuelle et reproductive représente une opportunité de changer le cours de l'épidémie du sida et le cours de la pauvreté dans la région. Le fait que beaucoup d'adolescents, particulièrement les moins de 14 ans, n'aient pas eu encore de relations sexuelles rend encore plus réalisable l'objectif de promouvoir des comportements à moindre risque chez cette population.

Fournir aux jeunes gens d'Afrique subsaharienne des informations et des services en matière de santé sexuelle et de la procréation adaptés à la réalité de leurs vies, n'est pas seulement le meilleur moyen de leur assurer une transition réussie vers l'âge adulte et vers une bonne santé tout au long de leur vie, c'est aussi un pas important vers la réalisation du progrès social et du développement économique de leurs pays.

Références

1. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division, World population prospects: the 2006 revision population database, <<http://esa.un.org/unpp>>, accessed July 31, 2007.
2. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), *AIDS Epidemic Update*, Geneva: UNAIDS, 2006.
3. World Bank, *World Development Report 2007: Development and the Next Generation*, Washington, DC: World Bank, 2006.
4. United Nations, UN Millennium Development Goals, <<http://www.un.org/millenniumgoals>>, accessed Sept. 17, 2007.
5. National Research Council and Institute of Medicine, *Growing Up Global: The Changing Transition to Adulthood in Developing Countries*, Lloyd CB, ed., Washington, DC: National Academies Press, 2005.
6. Ross DA, Dick B and Ferguson J, eds., Preventing HIV/AIDS in young people: a systematic review of the evidence from developing countries, *WHO Technical Report Series*, Geneva: World Health Organization (WHO), 2006, No. 938.
7. Awusabo-Asare K et al., Adolescent sexual and reproductive health in Ghana: results from the 2004 National Survey of Adolescents, *Occasional Report*, New York: Guttmacher Institute, 2006, No. 22.
8. Guiella G and Woog V, Santé sexuelle et reproductive des adolescents au Burkina Faso: résultats d'une enquête nationale en 2004, *Occasional Report*, New York: Guttmacher Institute, 2006, No. 21.
9. Munthali AC et al., Adolescent sexual and reproductive health in Malawi: results from the 2004 National Survey of Adolescents, *Occasional Report*, New York: Guttmacher Institute, 2006, No. 24.
10. Neema S et al., Adolescent sexual and reproductive health in Uganda: results from the 2004 National Survey of Adolescents, *Occasional Report*, New York: Guttmacher Institute, 2006, No. 25.
11. Tableau annexe 4.
12. Tableau annexe 1.
13. UNAIDS, *Report on the Global AIDS Epidemic 2006*, Geneva: UNAIDS, 2006.
14. United Nations Population Fund (UNFPA) and University of Aberdeen, *Maternal Mortality Update 2004: Delivering into Good Hands*, Geneva: UNFPA, 2004.
15. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division, World abortion policies 2007 (wall chart), New York: United Nations, 2007.
16. WHO, *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2000*, fourth ed., Geneva: WHO, 2004.
17. Mensch BS, Grant MJ and Blanc AK, The changing context of sexual initiation in Sub-Saharan Africa, *Population and Development Review*, 2006, 32(4):699-727.
18. Unpublished tabulations of data from the 2004 National Surveys of Adolescents in Burkina Faso, Ghana, Malawi and Uganda.
19. Kelly RJ et al., Age differences in sexual partners and risk of HIV-1 infection in rural Uganda, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2003, 32(4):446-451.
20. Gregson S et al., Sexual mixing patterns and sex-differentials in teenage exposure to HIV infection in rural Zimbabwe, *Lancet*, 2002, 359(9321):1896-1903.
21. Tableau annexe 2.
22. Amuyunzu-Nyamongo M et al., Qualitative evidence on adolescents' views of sexual and reproductive health in Sub-Saharan Africa, *Occasional Report*, New York: The Alan Guttmacher Institute (AGI), 2005, No. 16.
23. Moore AM et al., Coerced first sex among adolescent girls in Sub-Saharan Africa: prevalence and context, *African Journal of Reproductive Health*, 2007 (forthcoming).
24. Bruce J and Chong E, *The Diverse Universe of Adolescents, and the Girls and Boys Left Behind: A Note on Research, Program and Policy Priorities*, United Nations Millennium Project, 2006, <http://www.unmillenniumproject.org/documents/Bruce_and_Chong-final.pdf>, accessed Aug. 31, 2007.
25. Koenig MA et al., Coerced first intercourse and reproductive health among adolescent women in Rakai, Uganda, *International Family Planning Perspectives*, 2004, 30(4):156-163.
26. Dunkle KL et al., Perpetration of partner violence and HIV risk behaviour among young men in the rural Eastern Cape, South Africa, *AIDS*, 2006, 20(16):2107-2114.
27. Burns AA et al., Reaching out-of-school youth with reproductive health and HIV/AIDS information and services, *Youth Issues Paper*, Arlington, VA, USA: Family Health International (FHI), 2004, No. 4.
28. African Youth Alliance and UNFPA, *Evaluation Report of the African Youth Alliance in Ghana: Policy and Advocacy, Coordination and Dissemination*, Accra, Ghana: UNFPA, 2006.
29. Ankomah A, Condom use in sexual exchange relationships among young single adults in Ghana, *AIDS Education and Prevention*, 1998, 10(4):303-316.
30. Hulton LA, Cullen R and Khalokho SW, Perceptions of the risks of sexual activity and their consequences among Ugandan adolescents, *Studies in Family Planning*, 2000, 31(1):35-46.

31. Gueye M, Castle S and Konaté MK, Timing of first intercourse among Malian adolescents: implications for contraceptive use, *International Family Planning Perspectives*, 2001, 27(2):56–62.
32. Luke N and Kurz KM, *Cross-Generational and Transactional Sexual Relations in Sub-Saharan Africa: Prevalence of Behavior and Implications for Negotiating Safer Sexual Practices*, Washington, DC: International Center for Research on Women and Population Services International, 2002.
33. Zulu EM, Dodoo FN and Ezeh A, Urbanization, poverty and sex: roots of risky sexual behaviors in slum settlements in Nairobi, Kenya, in: Kalipeni E et al., eds., *HIV/AIDS in Africa: Beyond Technology*, Malden, MA, USA: Blackwell Publishers, 2003, pp. 167–174.
34. Madise NJ, Zulu EM and Ciera J, Is poverty a driver for risky sexual behaviour? evidence from national surveys in four African countries, *African Journal of Reproductive Health*, 2007 (forthcoming).
35. Moore AM, Biddlecom AE and Zulu EM, Prevalence and meanings of exchange of money or gifts for sex in unmarried adolescent sexual relationships in Sub-Saharan Africa, *African Journal of Reproductive Health*, 2007 (forthcoming).
36. Mishra V et al., A study of the association of HIV infection with wealth in Sub-Saharan Africa, *DHS Working Papers*, Calverton, MD, USA: ORC Macro, 2007, No. 31.
37. Clark S, Early marriage and HIV risks in Sub-Saharan Africa, *Studies in Family Planning*, 2004, 35(3):149–160.
38. Smith DJ, Modern marriage, men's extramarital sex, and HIV risk in southeastern Nigeria, *American Journal of Public Health*, 2007, 97(6):997–1005.
39. Erulkar A and Ayuka F, Addressing early marriage in areas of high HIV prevalence: a program to delay marriage and support married girls in rural Nyanza, Kenya, *Transitions to Adulthood*, New York: Population Council, 2007, No. 19.
40. Magadi MA, Agwanda AO and Obare FO, A comparative analysis of the use of maternal health services between teenagers and older mothers in Sub-Saharan Africa: evidence from Demographic and Health Surveys (DHS), *Social Science & Medicine*, 2007, 64(6):1311–1325.
41. AGI, *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives*, New York: AGI, 1998.
42. Shah I and Ahman E, Age patterns of unsafe abortion in developing country regions, *Reproductive Health Matters*, 2004, 12(24 Suppl.):9–17.
43. Rossier C et al., Estimating clandestine abortion with the confidants method—results from Ouagadougou, Burkina Faso, *Social Science & Medicine*, 2006, 62(1):254–266.
44. Unpublished tabulations of data from Demographic and Health Surveys.
45. Cleland J and Ali MM, Sexual abstinence, contraception, and condom use by young African women: a secondary analysis of survey data, *Lancet*, 2006, 368(9549):1788–1793.
46. Bankole A et al., Knowledge of correct condom use and consistency of use among adolescents in Sub-Saharan Africa, *African Journal of Reproductive Health*, 2007 (forthcoming).
47. Marston C and King E, Factors that shape young people's sexual behaviour: a systematic review, *Lancet*, 2006, 368(9547):1581–1586.
48. Lane T et al., Heterosexual anal intercourse increases risk of HIV infection among young South African men, *AIDS*, 2006, 20(1):123–125.
49. Tableau annexe 3.
50. Bankole A et al., *Risk and Protection: Youth and HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa*, New York: AGI, 2004.
51. WHO, *National AIDS Programmes: A Guide to Indicators for Monitoring and Evaluating National HIV/AIDS Prevention Programmes for Young People*, Geneva: WHO, 2004.
52. Connell P, McKeivitt C and Low N, Investigating ethnic differences in sexual health: focus groups with young people, *Sexually Transmitted Infections*, 2004, 80(4):300–305.
53. Parent AS et al., The timing of normal puberty and the age limits of sexual precocity: variations around the world, secular trends, and changes after migration, *Endocrine Reviews*, 2003, 24(5):668–693.
54. Bankole A et al., Sexual behavior, knowledge and information sources of very young adolescents in four Sub-Saharan African countries, *African Journal of Reproductive Health*, 2007 (forthcoming).
55. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights and UNAIDS, *International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights*, Geneva: United Nations, 1998.
56. International Women's Health Coalition, *Overlooked and Uninformed: Young Adolescents' Sexual and Reproductive Health and Rights*, New York: International Women's Health Coalition, 2007.
57. Kirby D, Laris BA and Roller L, Sex and HIV education programs: their impact on sexual behaviors of young people throughout the world, *Journal of Adolescent Health*, 2007, 40(3):206–217.
58. Kabiru CW and Ezeh A, Factors associated with sexual abstinence among adolescents in four Sub-Saharan African countries, *African Journal of Reproductive Health*, 2007 (forthcoming).
59. Kumi-Kyerme A et al., Influence of social connectedness, communication and monitoring on adolescent sexual activity in Ghana, *African Journal of Reproductive Health*, 2007 (forthcoming).
60. Guiella G and Madise NJ, HIV/AIDS and sexual risk behaviors among adolescents: factors influencing the use of condoms in Burkina Faso, *African Journal of Reproductive Health*, 2007 (forthcoming).
61. Mahy M and Gupta N, Trends and differentials in adolescent reproductive behavior in Sub-Saharan Africa, *DHS Analytical Studies*, Calverton, MD, USA: ORC Macro, 2002, No. 3.

62. Munthali AC et al., Qualitative evidence of adolescents' sexual and reproductive health experiences in selected districts of Malawi, *Occasional Report*, New York: Guttmacher Institute, 2006, No. 23.
63. Ouedraogo C, Woog V and Sondo G, Expériences d'adolescents en santé sexuelle et reproductive au Burkina Faso, *Occasional Report*, New York: Guttmacher Institute, 2006, No. 20.
64. Kumi-Kyerme A, Biddlecom AE and Awusabo-Asare K, Adolescents' sexual and reproductive health: qualitative evidence from Ghana, *Occasional Report*, New York: Guttmacher Institute, 2007, No. 30.
65. Neema S, Moore AM and Kibombo R, Qualitative evidence of adolescents' sexual and reproductive health experiences in Uganda, *Occasional Report*, New York: Guttmacher Institute, 2007, No. 31.
66. Adamchak SE, *Ghanaian Parents' Views of HIV/AIDS Education in Schools: Report of Focus Group Discussions*, Boston, MA, USA: World Education, 2005.
67. Mturi AJ and Hennink MM, Perceptions of sex education for young people in Lesotho, *Culture, Health & Sexuality*, 2005, 7(2):129–144.
68. UNAIDS Inter-Agency Task Team on Education, *Education Sector Global HIV & AIDS Readiness Survey 2004: Policy Implications for Education & Development*, Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO), 2006.
69. International Bureau of Education, *Assessment of Curriculum Response in 35 Countries for the EFA Monitoring Report 2005: "The Quality Imperative,"* Geneva: International Bureau of Education and UNESCO, 2004.
70. Brady M et al., *Providing New Opportunities to Adolescent Girls in Socially Conservative Settings: The Ishraq Program in Rural Upper Egypt*, New York: Population Council, 2007.
71. Biddlecom AE et al., Adolescents' views of and preferences for sexual and reproductive health services in Burkina Faso, Ghana, Malawi and Uganda, *African Journal of Reproductive Health*, 2007 (forthcoming).
72. Unpublished tabulations of the most recent available Demographic and Health Survey data from Burkina Faso (2003), Ghana (2003), Malawi (2004) and Uganda (2000–2001).
73. Dehne KL and Riedner G, *Sexually Transmitted Infections Among Adolescents: The Need for Adequate Health Services*, Geneva: WHO, 2005.
74. Glick P, Scaling up HIV voluntary counseling and testing in Africa: what can evaluation studies tell us about potential prevention impacts? *Evaluation Review*, 2004, 29(4):331–357.
75. Ouedraogo C, Woog V and Ouedraogo O, Les adultes faces aux comportements des adolescentes difficultés et enjeux, *Occasional Report*, New York: Guttmacher Institute, 2007, No. 32.
76. Erulkar AS, Onoka CJ and Phiri A, What is youth-friendly? adolescents' preferences for reproductive health services in Kenya and Zimbabwe, *African Journal of Reproductive Health*, 2005, 9(3):51–58.
77. Askew I and Berer M, The contribution of sexual and reproductive health services to the fight against HIV/AIDS: a review, *Reproductive Health Matters*, 2003, 11(22):51–73.
78. Boonstra H, The role of reproductive health providers in preventing HIV, *Issues in Brief*, New York: AGI, 2004, No. 5.
79. FHI/YouthNet, *End of Program Report. Taking Action: Recommendations and Resources*, Arlington, VA, USA: FHI/YouthNet, 2006.
80. FHI, Youth need HIV counseling when seeking reproductive health services, *YouthNet Briefs*, Arlington, VA, USA: FHI, 2005, No. 3.
81. POLICY Project, Maternal and neonatal program effort index, POLICY Project, <<http://www.policyproject.com/pubs/mnpi.cfm>>, accessed July 27, 2007.
82. Hord CE et al., Unsafe abortion in Africa: an overview and recommendations for action, in: Warriner IK and Shah IH, eds., *Preventing Unsafe Abortion and Its Consequences: Priorities for Research and Action*, New York: Guttmacher Institute, 2006, pp. 115–150.
83. PRIME, *Postabortion Care: Midwives Expand Service Availability in Sub-Saharan Africa*, Chapel Hill, NC, USA: PRIME, 1999.
84. Billings DL et al., Midwives and comprehensive postabortion care in Ghana, in: Huntington D and Piet-Pelon N, eds., *Postabortion Care: Lessons Learned from Operations Research*, New York: Population Council, 1999.
85. Kiggundu C, Decentralising integrated postabortion care in Uganda: a pilot training and support initiative for improving the quality and availability of integrated reproductive health service, Kampala, Uganda: Ministry of Health, PRIME, Ipas and DISH, 1999.
86. Senderowitz J, *Partnering with African Youth: Pathfinder International and the African Youth Alliance Experience*, Watertown, MA, USA: Pathfinder International, 2004.
87. Senderowitz J and Stevens C, *Leveraging the For-Profit Sector in Support of Adolescent and Young Adult Reproductive Health Programming*, Washington, DC: Futures Institute for Sustainable Development, 2001.
88. Goldstein S et al., The treatment of AIDS in "Soul Buddyz": a multimedia campaign for children's health in South Africa, in: Singhal A and Howard WS, eds., *The Children of Africa Confront AIDS: From Vulnerability to Possibility*, Athens, OH, USA: Ohio University Press, 2003.
89. Greene ME et al., In This Generation: *Sexual and Reproductive Health Policies for a Youthful World*, Washington, DC: Population Action International, 2002.
90. Phiri M, Trendsetters, Zambia: teens produce newspaper to encourage healthy behaviors, FHI, <<http://www.fhi.org/en/Youth/YouthNet/Publications/FOCUS/ProjectHighlights/trendsetterszambia.htm>>, accessed July 27, 2007.
91. Ybarra ML et al., Internet use among Ugandan adolescents: implications for HIV intervention, *PLoS Medicine*, 2006, 3(11):e433.

92. Blanc A, John D. and Catherine T. MacArthur Foundation, Chicago, IL, USA, personal communication, June 26, 2007.
93. *World Bank, World Development Indicators 2006*, Washington, DC: World Bank, 2006.
94. World Bank, Aggregates calculated for the Human Development Report Office, 2007.
95. Babalola S, Tambashe BO and Vondrasek C, Parental factors and sexual risk-taking among young people in Côte d'Ivoire, *African Journal of Reproductive Health*, 2005, 9(1):49–65.
96. Ngom P, Magadi MA and Owuor T, Parental presence and adolescent reproductive health among the Nairobi urban poor, *Journal of Adolescent Health*, 2003, 33(5):369–377.
97. Muyinda H et al., Traditional sex counselling and STI/HIV prevention among young women in rural Uganda, *Culture, Health & Sexuality*, 2001, 3(3):353–361.
98. Ampofo AA, “When men speak women listen”: gender socialisation and young adolescents’ attitudes to sexual and reproductive issues, *African Journal of Reproductive Health*, 2001, 5(3):196–212.
99. Munthali AC and Zulu EM, The timing and role of initiation rites in preparing young people for adolescence and responsible sexual and reproductive behavior in Malawi, *African Journal of Reproductive Health*, 2007 (forthcoming).
100. Muyinda H et al., Community sex education among adolescents in rural Uganda: utilizing indigenous institutions, *AIDS Care*, 2004, 16(1):69–79.
101. Hessburg L et al., *Protecting the Next Generation in Ghana: New Evidence on Adolescent Sexual and Reproductive Health Needs*, New York: Guttmacher Institute, 2007.
102. Olivier J, Cochrane JR and Schmid B, *ARHAP Literature Review: Working in a Bounded Field of Unknowing*, Cape Town, South Africa: African Religious Health Assets Programme (ARHAP), 2006.
103. ARHAP, *Appreciating Assets: The Contribution of Religion to Universal Access in Africa*, Cape Town, South Africa: ARHAP, 2006.
104. Woldehanna S et al., *Faith in Action: Examining the Role of Faith-Based Organizations in Addressing HIV/AIDS*, Washington, DC: Global Health Council, 2005.
105. African Youth Alliance, *Improving Health, Improving Lives: The End of Programme Report of the African Youth Alliance*, New York: African Youth Alliance, 2007.
106. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division, *World Population Prospects: The 2004 Revision*, Vol. II, New York: United Nations, 2005.
107. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division, World population prospects: the 2005 revision database, < <http://esa.un.org/unpp>>, accessed July 19, 2007.
108. Unpublished tabulations of data from the most recent Demographic and Health Surveys for 22 countries (range of survey years: 1999–2005).
109. Bongaarts J and Potter R, *Fertility, Biology, and Behavior*, New York: Academic Press, 1983.
110. Singh S et al., *Adding It Up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care*, New York: AGI, 2004.
111. Ministry of Health and Population, *National Reproductive Health Policy*, Lilongwe, Malawi: Ministry of Health and Population, 2002.
112. Ministry of Health, Reproductive Health Division, Community Health Department, *The National Policy Guidelines and Service Standards for Reproductive Health Services*, Kampala, Uganda: Ministry of Health, 2001.
113. Rogow D and Haberland N, Sexuality and relationships education: toward a social studies approach, *Sex Education*, 2005, 5(4):333–344.
114. Trenholm C et al., *Impacts of Four Title V, Section 510 Abstinence Education Programs: Final Report, 2007*, Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, 2007.
115. Underhill K, Montgomery P and Operario D, Sexual abstinence only programmes to prevent HIV infection in high income countries: systematic review, *BMJ*, 2007, 335(7613):248–252.

Encadré : sources de données

1. Guiella G and Woog V, Santé sexuelle et reproductive des adolescents au Burkina Faso: résultats d'une enquête nationale en 2004, *Occasional Report*, New York: Guttmacher Institute, 2006, No. 21.
2. Awusabo-Asare K et al., Adolescent sexual and reproductive health in Ghana: results from the 2004 National Survey of Adolescents, *Occasional Report*, New York: Guttmacher Institute, 2006, No. 22.
3. Munthali AC et al., Adolescent sexual and reproductive health in Malawi: results from the 2004 National Survey of Adolescents, *Occasional Report*, New York: Guttmacher Institute, 2006, No. 24.
4. Neema S et al., Adolescent sexual and reproductive health in Uganda: results from the 2004 National Survey of Adolescents, *Occasional Report*, New York: Guttmacher Institute, 2006, No. 25.
5. Amuyunzu-Nyamongo M et al., Qualitative evidence on adolescents' views of sexual and reproductive health in Sub-Saharan Africa, *Occasional Report*, New York: AGI, 2005, No. 16.
6. Munthali AC et al., Qualitative evidence of adolescents' sexual and reproductive health experiences in selected districts of Malawi, *Occasional Report*, New York: Guttmacher Institute, 2006, No. 23.
7. Ouedraogo C, Woog V and Sondo G, Expériences d'adolescents en santé sexuelle et reproductive au Burkina Faso, *Occasional Report*, New York: Guttmacher Institute, 2006, No. 20.
8. Kumi-Kyerme A, Biddlecom AE and Awusabo-Asare K, Adolescents' sexual and reproductive health: qualitative evidence from Ghana, *Occasional Report*, New York: Guttmacher Institute, 2007, No. 30.
9. Neema S, Moore AM and Kibombo R, Qualitative evidence of adolescents' sexual and reproductive health experiences in Uganda, *Occasional Report*, New York: Guttmacher Institute, 2007, No. 31.
10. Ouedraogo C, Woog V and Ouedraogo O, Les adultes faces aux comportements des adolescentes difficultés et enjeux, *Occasional Report*, New York: Guttmacher Institute, 2007, No. 32.
11. Awusabo-Asare K, Abane AM and Kumi-Kyerme A, Adolescent sexual and reproductive health in Ghana: a synthesis of research evidence, *Occasional Report*, New York: AGI, 2004, No. 13.
12. Guiella G, Santé sexuelle et de la reproduction des jeunes au Burkina Faso: un état des lieux, *Occasional Report*, New York: AGI, 2004, No. 12.
13. Munthali AC, Chimbiri A and Zulu E, Adolescent sexual and reproductive health in Malawi: a synthesis of research evidence, *Occasional Report*, New York: AGI, 2004, No. 15.
14. Neema S, Musisi N and Kibombo R, Adolescent sexual and reproductive health in Uganda: a synthesis of research evidence, *Occasional Report*, New York: AGI, 2004, No. 14.

15. Woog V, Annotated bibliography on HIV/AIDS and youth in Sub-Saharan Africa, *Occasional Report*, New York: AGI, 2003, No. 10.

Encadré : la circoncision et le VIH

1. Bailey RC et al., Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial, *Lancet*, 2007, 369(9562):643-656.
2. Gray RH et al., Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial, *Lancet*, 2007, 369(9562):657-666.
3. Auvert B et al., Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: the ANRS 1265 Trial, *PLoS Medicine*, 2005, 2(11):e298.
4. Orroth KK et al., Understanding the differences between contrasting HIV epidemics in East and West Africa: results from a simulation model of the Four Cities Study, *Sexually Transmitted Infections*, 2007, 83(Suppl. 1):i5-i16.
5. WHO and UNAIDS, *Male Circumcision and HIV Prevention: Research Implications for Policy and Programming*, Montreux, Switzerland: WHO and UNAIDS, 2007.
6. Awusabo-Asare K et al., Adolescent sexual and reproductive health in Ghana: results from the 2004 National Survey of Adolescents, *Occasional Report*, New York: Guttmacher Institute, 2006, No. 22.
7. Guiella G and Woog V, Santé sexuelle et reproductive des adolescents au Burkina Faso: résultats d'une enquête nationale en 2004, *Occasional Report*, New York: Guttmacher Institute, 2006, No. 21.
8. Munthali AC et al., Adolescent sexual and reproductive health in Malawi: results from the 2004 National Survey of Adolescents, *Occasional Report*, New York: Guttmacher Institute, 2006, No. 24.
9. Neema S et al., Adolescent sexual and reproductive health in Uganda: results from the 2004 National Survey of Adolescents, *Occasional Report*, New York: Guttmacher Institute, 2006, No. 25.
10. Ngalande RC et al., Acceptability of male circumcision for prevention of HIV infection in Malawi, *AIDS and Behavior*, 2006, 10(4):377-385.

TABLEAU ANNEXE 1

Sélection d'indicateurs sociodémographiques pour les 12–19 ans par groupe d'âge, sexe et pays d'appartenance, 2004

Caractéristiques	Nombres non pondérés	% Marié(e)s ou en union	% Réside avec un parent biologique				% Dont les parents savent toujours où ils sont la nuit*	% Assiste à un service religieux au moins une fois par semaine
			Les deux	Mère	Père	Aucun		
12 À 19 ANS								
FEMMES								
Burkina Faso	2,939	14.1	51.5	6.9	4.3	37.3	81.2	51.3
Ghana	2,201	3.9	40.4	23.8	4.5	31.2	74.0	90.4
Malawi	1,979	7.1	41.5	18.7	3.9	35.9	57.6	95.1
Ouganda	2,602	9.5	39.8	15.1	7.5	37.7	75.3	91.7
HOMMES								
Burkina Faso	3,016	0.5	63.5	8.2	7.5	20.8	59.0	58.0
Ghana	2,229	0.3	44.8	21.8	8.9	24.5	61.2	85.0
Malawi	2,052	0.8	47.6	17.7	4.2	30.6	50.6	95.6
Ouganda	2,510	0.8	43.9	17.9	10.1	28.1	57.2	88.0
12 À 14 ANS								
FEMMES								
Burkina Faso	1,272	0.3	63.6	7.0	4.7	24.7	87.9	45.6
Ghana	936	0.0	42.4	23.9	5.3	28.5	77.7	89.9
Malawi	944	0.2	45.4	19.6	3.9	31.1	57.9	93.6
Ouganda	1,282	0.0	46.9	15.9	7.6	29.6	82.6	92.2
HOMMES								
Burkina Faso	1,333	0.0	68.4	6.4	6.8	18.5	67.7	50.8
Ghana	967	0.0	48.6	20.6	9.2	21.7	65.4	85.7
Malawi	905	0.0	50.9	17.4	3.9	27.9	58.4	95.1
Ouganda	1,198	0.0	47.4	18.0	10.4	24.2	70.4	88.7
15 À 19 ANS								
FEMMES								
Burkina Faso	1,667	24.0	42.7	6.9	4.0	46.4	76.3	55.4
Ghana	1,265	7.0	38.9	23.8	4.0	33.4	71.2	90.9
Malawi	1,035	13.3	38.1	17.9	3.8	40.3	57.3	96.4
Ouganda	1,320	18.8	32.8	14.3	7.3	45.6	68.3	91.3
HOMMES								
Burkina Faso	1,683	0.9	59.6	9.6	8.1	22.7	52.1	63.6
Ghana	1,262	0.6	41.8	22.8	8.6	26.7	57.9	84.5
Malawi	1,147	1.5	44.9	17.9	4.4	32.8	44.2	95.9
Ouganda	1,312	1.6	40.6	17.8	9.9	31.7	44.9	87.4

*Pour les adolescent(e)s marié(e)s, la question fait référence à la surveillance des parents avant qu'ils ne se marient.

Sources 2004 Etudes nationales sur les adolescents au Burkina Faso, Ghana, Malawi et Ouganda.

% Scolarisation et travail				% Qui a travaillé ou fait quelque chose de rétribuée au cours des 12 derniers mois	% Inquiet(e) à l'idée de tomber enceinte/de mettre quelqu'un enceinte	% Inquiet(e) à l'idée d'être infecté(e) par le VIH/SIDA
Scolarisé(e)		Non scolarisé(e)				
Travaille	Ne travaille pas	Travaille	Ne travaille pas			
2.3	19.7	25.6	52.4	38.0	23.9	35.7
31.7	39.6	16.4	12.3	26.6	34.8	43.6
14.3	59.5	7.8	18.4	20.3	37.9	51.0
23.8	47.8	14.6	13.8	32.4	52.7	68.6
6.0	24.5	44.7	24.7	34.6	11.0	25.1
37.8	39.5	16.3	6.3	35.8	28.9	40.4
27.4	53.2	12.8	6.7	45.1	31.0	44.3
45.8	35.2	15.2	3.8	52.9	35.1	51.4
3.1	27.0	19.7	50.3	27.5	17.9	29.0
41.8	46.3	7.5	4.3	22.3	30.0	37.4
17.1	74.3	1.4	7.2	15.6	33.8	46.6
30.4	62.7	2.2	4.7	25.1	51.3	65.2
8.6	33.2	34.6	23.7	23.5	8.4	21.0
42.7	47.3	7.6	2.4	22.1	22.6	36.3
27.5	65.2	4.0	3.3	34.8	22.1	32.6
51.0	44.7	2.7	1.5	43.1	31.3	47.1
1.8	14.4	29.9	53.9	45.7	28.2	40.5
23.8	34.4	23.2	18.5	30.0	38.4	48.3
11.7	46.3	13.5	28.4	24.5	41.5	55.0
17.3	33.2	26.8	22.7	39.5	54.0	71.9
4.0	17.7	52.7	25.5	43.3	13.0	28.4
34.0	33.4	23.2	9.4	46.5	33.8	43.6
27.3	43.5	19.8	9.3	53.4	38.1	53.7
41.0	26.2	26.8	6.0	62.1	38.6	55.3

TABLEAU ANNEXE 2

**Activité sexuelle et comportements à risque chez les 12–19 ans,
par groupe d'âge, sexe et pays d'appartenance, 2004**

Caractéristiques	Nombres non pondérés	% Activité sexuelle				% A déjà été touché(e), embrassé(e), caressé(e), étreint(e), d'une manière sexuelle non désirée*	% A été menacé(e) ou contraint(e) physiquement d'avoir des relations sexuelles*	% A déjà été enceinte/ a déjà mis quelqu'un en couche†
		N'a jamais eu de relations sexuelles	A déjà eu des relations sexuelles mais pas au cours des 12 derniers mois	A déjà eu des relations sexuelles au cours des 12 derniers mois avec un(e) époux/épouse ou un concubin(e)	A déjà eu des relations sexuelles au cours des 12 derniers mois avec un partenaire avec qui l'enquêté(e) ne vit pas			
12 À 19 ANS								
FEMMES								
Burkina Faso	2,939	73.2	3.7	12.5	10.6	13.5	6.3	43.8
Ghana	2,201	83.2	5.0	2.8	9.0	24.0	11.9	41.5
Malawi	1,979	79.4	4.7	7.3	8.6	17.7	7.2	52.9
Ouganda	2,602	72.1	7.3	10.1	10.5	33.8	17.4	48.6
HOMMES								
Burkina Faso	3,016	78.4	5.6	0.4	15.7	6.2	3.3	1.3
Ghana	2,229	90.7	3.2	0.4	5.6	18.6	5.1	5.9
Malawi	2,052	58.5	14.8	1.1	25.6	17.5	3.2	2.9
Ouganda	2,510	67.8	12.3	1.0	18.9	15.3	6.7	4.2
12 À 14 ANS								
FEMMES								
Burkina Faso	1,272	98.0	0.2	0.3	1.4	8.1	3.6	[3.8]
Ghana	936	98.3	0.8	0.0	0.8	13.0	6.2	–
Malawi	944	96.9	0.7	0.2	2.1	12.1	4.1	[6.9]
Ouganda	1,282	92.4	3.9	0.2	3.5	18.9	9.3	6.2
HOMMES								
Burkina Faso	1,333	94.2	1.6	0.0	4.1	5.0	2.8	0.0
Ghana	967	98.7	0.6	0.0	0.7	10.7	2.5	–
Malawi	905	80.8	5.8	0.0	13.4	15.5	2.4	0.0
Ouganda	1,198	85.2	7.3	0.1	7.4	10.1	4.2	0.0
15 À 19 ANS								
FEMMES								
Burkina Faso	1,667	55.2	6.3	21.3	17.2	17.7	8.4	45.1
Ghana	1,265	71.2	8.3	5.0	15.5	32.4	16.3	42.3
Malawi	1,035	63.5	8.2	13.8	14.5	22.5	9.8	56.5
Ouganda	1,320	52.0	10.7	19.9	17.4	48.7	25.5	55.1
HOMMES								
Burkina Faso	1,683	65.9	8.7	0.7	24.7	7.3	3.7	1.4
Ghana	1,262	84.5	5.3	0.7	9.5	24.7	7.1	6.3
Malawi	1,147	40.3	22.0	2.0	35.7	19.3	4.0	3.6
Ouganda	1,312	51.4	17.1	1.8	29.7	19.9	8.9	5.4

*Questions posées à un seul adolescent éligible par foyer et seulement si aucune personne de trois ans ou plus n'était présente dans un périmètre assez proche pour entendre.

†Parmi les enquêtés qui ont déjà eu des relations sexuelles.

‡L'enquêté répond par l'affirmative à la question de savoir s'il a déjà eu une IST ou des symptômes spécifiques.

§Parmi les enquêtés qui ont eu des relations sexuelles au cours des 12 derniers mois.

**Question non posée si le partenaire le plus récent était un époux ou un concubin, ou si l'enquêté a eu des relations sexuelles seulement une fois.

Notes Aucune valeur a été attribuée quand le dénominateur était inférieur ou égal à 24, les valeurs sont entre parenthèses quand le dénominateur est compris entre 25 et 49.

Sources 2004 Etudes nationales sur les adolescents au Burkina Faso, Ghana, Malawi et Ouganda.

% A déjà contracté une IST1,†	A déjà utilisé un préservatif lors de la dernière relation sexuelle§	% Nombre de partenaires récents et utilisation de préservatif au cours des 12 derniers mois§				% Dont le dernier partenaire était plus âgé de cinq ou plus§	% A eu des relations sexuelles en échange d'argent ou de cadeaux§,**
		Un partenaire		Deux partenaires ou plus			
		A utilisé un préservatif	N'a pas utilisé de préservatif	A utilisé un préservatif	N'a pas utilisé de préservatif		
3.1	30.1	24.5	70.0	2.1	3.3	53.8	35.2
11.1	45.4	31.7	60.1	5.2	3.0	41.9	73.1
6.4	29.2	21.2	71.2	2.2	5.4	16.3	80.3
18.5	34.1	22.6	71.4	4.5	1.5	38.6	75.6
1.1	47.0	35.5	41.3	12.5	10.8	0.6	4.8
3.4	50.4	32.1	43.3	17.2	7.5	2.9	33.0
9.6	36.6	28.3	56.9	7.0	7.9	0.7	8.9
4.2	46.9	36.1	46.7	9.4	7.8	0.2	34.3
[0.0]	–	–	–	–	–	–	–
–	–	–	–	–	–	–	–
[3.4]	[27.3]	[13.6]	[68.2]	[4.5]	[13.6]	[14.3]	[80.0]
12.4	26.1	21.3	72.3	2.1	4.3	10.4	66.7
1.4	24.1	22.6	54.7	0.0	22.6	5.7	2.1
–	–	–	–	–	–	–	–
1.7	19.7	16.4	77.9	1.6	4.1	3.3	8.2
1.7	12.2	8.7	72.8	4.3	14.1	1.1	33.3
3.2	30.2	24.4	70.1	2.1	3.4	54.2	33.0
11.3	46.6	32.4	60.3	4.6	2.7	42.9	73.2
6.6	29.4	21.8	71.4	2.0	4.8	16.4	80.3
19.5	34.8	22.8	71.3	4.7	1.2	41.3	77.0
1.1	50.0	37.1	39.6	14.1	9.2	0.0	5.2
3.1	53.1	33.9	40.2	18.1	7.9	0.8	34.3
11.7	41.5	31.7	50.8	8.5	9.0	0.0	9.1
4.9	54.5	42.3	40.8	10.6	6.4	0.0	34.4

TABLEAU ANNEXE 3

Connaissance et utilisation des informations et des services de santé sexuelle et de la procréation parmi les 12–19 ans, par groupe d'âge, sexe et pays d'appartenance, 2004

Caractéristiques	Nombres non pondérés	% Sait qu'il y a certains jours durant lesquels une femme est plus susceptible de tomber enceinte	% A des connaissances détaillées de la prévention des grossesses*	% Connaît trois principales méthodes pour se protéger contre le VIH†	% A des connaissances détaillées du VIH/SIDA‡	% Connaît quelqu'un qui est séropositif ou qui est mort du SIDA	% Connaît d'autres IST à part le VIH	% A déjà parlé avec un membre de sa famille de sujets relatifs à la sexualité
12 À 19 ANS								
FEMMES								
Burkina Faso	2,939	38.9	6.9	51.1	10.5	45.5	24.1	18.7
Ghana	2,201	52.3	20.9	66.8	27.2	38.6	38.6	45.5
Malawi	1,979	47.5	21.8	51.2	22.7	66.3	63.3	31.9
Ouganda	2,602	62.1	25.7	76.7	24.3	89.0	54.4	45.6
HOMMES								
Burkina Faso	3,016	31.3	5.3	55.0	12.9	46.6	29.2	14.3
Ghana	2,229	34.8	14.2	72.5	30.8	41.2	43.4	28.2
Malawi	2,052	41.5	20.5	64.9	31.8	71.7	67.8	31.9
Ouganda	2,510	47.5	23.2	81.1	27.0	87.4	56.0	28.0
12 À 14 ANS								
FEMMES								
Burkina Faso	1,272	20.0	3.4	40.2	5.1	38.0	15.0	11.7
Ghana	936	33.7	11.7	60.2	20.9	35.5	25.5	39.8
Malawi	944	30.8	14.6	44.0	18.2	59.0	48.3	23.3
Ouganda	1,282	43.4	19.7	70.0	20.8	85.7	37.5	39.2
HOMMES								
Burkina Faso	1,333	16.8	2.4	44.3	9.1	39.9	19.1	7.7
Ghana	967	18.4	5.7	67.3	23.4	37.2	27.5	21.8
Malawi	905	22.1	7.7	54.6	24.1	59.5	49.9	23.8
Ouganda	1,198	29.4	11.3	74.8	16.8	82.6	37.7	25.2
15 À 19 ANS								
FEMMES								
Burkina Faso	1,667	52.6	9.3	59.0	14.4	50.9	30.7	23.8
Ghana	1,265	66.6	28.0	72.0	32.0	41.0	48.7	49.9
Malawi	1,035	62.6	28.2	57.6	26.7	72.9	76.7	39.5
Ouganda	1,320	80.4	31.6	83.3	27.8	92.2	71.0	52.0
HOMMES								
Burkina Faso	1,683	42.7	7.5	63.5	15.8	51.9	37.1	19.5
Ghana	1,262	47.5	20.7	76.4	36.5	44.3	55.7	33.1
Malawi	1,147	57.2	30.8	73.3	38.0	81.6	82.2	38.4
Ouganda	1,312	64.2	34.3	86.9	36.5	91.8	73.0	30.6

*L'enquêté connaît au moins une méthode de contraception moderne, sait qu'il y a certains jours dans le cycle d'une femme où elle est plus susceptible de tomber enceinte, sait qu'une femme peut tomber enceinte la première fois qu'elle a une relation sexuelle avec quelqu'un, sait qu'une femme peut tomber enceinte en ayant une relation sexuelle en position debout (au Burkina Faso ce dernier item a été remplacé par le suivant : une femme peut tomber enceinte même si elle se lave immédiatement après avoir eu des relations sexuelles).

† Abstinence, fidélité, préservatif.

‡Sait que la transmission du VIH peut être réduite en ayant des relations sexuelles avec seulement un partenaire fidèle et séronégatif, et également en utilisant des préservatifs ; qu'une personne qui paraît en bonne santé peut être séropositive ; que les piqûres de moustiques ne transmettent pas le VIH et qu'on ne risque pas d'être infecté en partageant son repas avec une personne séropositive.

§Parmi les enquêtés qui ont déjà eu des relations sexuelles.

Notes Aucune valeur a été attribuée quand le dénominateur était inférieur ou égal à 24, les valeurs sont entre parenthèses quand le dénominateur est compris entre 25 et 49.

Sources 2004 Etudes nationales sur les adolescents au Burkina Faso, Ghana, Malawi et Ouganda

% A déjà bénéficié de cours d'éducation sexuelle ou d'interventions sur ces sujets à l'école	% Connaît une source d'approvisionnement en contraceptifs	% Affirme que le prix constitue une barrière pour l'obtention de contraceptifs	% Affirme que la peur, l'embarras, la timidité constituent des obstacles à l'obtention de contraceptifs	% Connaît un endroit où se faire dépister à VIH	% A déjà été testé(e) à VIH5
11.9	36.5	6.2	36.9	33.2	4.8
50.6	33.5	2.4	55.7	60.3	3.7
13.5	50.2	5.8	36.8	71.9	11.0
42.0	43.9	23.2	38.0	58.5	13.7
15.1	36.2	6.2	34.3	40.6	4.6
37.9	35.4	2.8	46.2	63.1	3.7
25.6	57.8	5.4	29.3	75.5	5.1
33.4	51.4	15.5	37.8	64.2	5.8
9.6	22.1	4.1	28.2	21.9	[0.0]
41.0	22.5	1.0	48.0	53.8	–
12.7	35.5	3.7	27.7	62.2	[6.9]
33.7	29.9	18.8	32.9	47.6	4.1
14.0	25.1	4.8	27.5	30.2	0.0
27.7	23.1	2.1	37.7	52.5	–
18.6	42.8	3.0	19.0	62.8	1.1
22.0	39.1	12.3	30.9	53.6	0.6
13.5	46.9	7.7	43.2	41.3	4.9
58.0	42.1	3.4	61.6	65.3	3.6
14.1	63.2	7.7	45.0	80.6	11.3
50.0	57.6	27.5	43.0	69.0	15.2
16.0	45.0	7.3	39.7	48.9	5.2
45.8	45.0	3.3	52.7	71.3	5.7
31.3	70.0	7.3	37.6	85.7	6.1
44.1	62.7	18.4	44.2	74.1	7.3

TABLEAU ANNEXE 4

Prévalence du VIH et des grossesses non-désirées et indicateurs socio-économiques pour une sélection de pays d'Afrique subsaharienne

Pays	% Femmes de 15-24 ans séropositives, 2005	% Hommes de 15-24 ans séropositifs, 2005	% Naissances* non-désirées ou désirées plus tard chez les femmes de 19 ans ou moins, 1998-2006†	% 12-14 ans actuellement scolarisés, 1993-2003†	% Élèves terminant leur dernière année de primaire, 2004	Ratio de parité‡ hommes-femmes à l'école primaire et secondaire, 2004	% Population vivant avec moins de un dollar par jour, 1989-2003†	% Population vivant en ville, 2005	% Naissances assistées par du personnel qualifié, 2000-2004†
Angola	2.5	0.9	u	55	35§	u	u	53	45
Bénin	1.1	0.4	23	65	49	71	31	40	66
Burkina Faso	1.4	0.5	20	21	29	76	27	18	38
Burundi	2.3	0.8	u	52	33	82	55	10	25
Cameroun	4.9	1.4	31	83	63	81	17	55	62
République centrafricaine	7.3	2.5	22	u	27§	60§	67	38	44
Tchad	2.2	0.9	16	u	29	58	u	25	14
Congo	3.7	1.2	53	u	66	90	u	60	u
Côte d'Ivoire	5.1	1.7	37	61	43**	68**	15	45	68
République démocratique du Congo	2.2	0.8	u	u	46§	u	u	32	61
Erythrée	1.6	0.6	u	u	43	71	u	19	28
Ghana	1.3	0.2	59	85	72	91	45	48	47
Guinée	1.4	0.5	19	36	49	72	u	33	56
Kenya	5.2	1.0	49	92	91	94	23	21	42
Lesotho	14.1	5.9	53	86	u	u	36	19	u
Madagascar	0.3	0.6	17	u	45	98§	61	27	51
Malawi	9.6	3.4	37	90	59	99	42	17	61
Mali	1.2	0.4	20	u	44	74	72	31	41
Mauritanie	0.5	0.2	29	53	43	96	26	40	57
Mozambique	10.7	3.6	26	58	30	82	38	35	48
Namibie	13.4	4.4	67	94	81**	104**	35	35	76
Niger	0.8	0.2	11	69	25	71	61	17	16
Nigeria	2.7	0.9	18	64	75	84	71	48	35
Rwanda	1.9	0.8	40	77	37	100	52	19	31
Sénégal	0.6	0.2	26	68	45	90	22	42	58
Sierra Léone	1.1	0.4	u	77	u	74	57	41	42
Afrique du Sud	14.8	4.5	79	96	96**	101	11	59	u
Togo	2.2	0.8	53	u	66	73	u	40	61
Ouganda	5.0	2.3	36	92	57	97	u	13	39
République unie de Tanzanie	3.8	2.8	20	78	54	97§	58	24	46
Zambie	12.7	3.8	43	84	66	93	76	35	43
Zimbabwe	14.7	4.4	36	u	80**	96	56	36	u

©2007 Guttmacher Institute, une institution sans but lucratif qui promeut la santé sexuelle et de la procréation dans le monde entier par la recherche, l'analyse des politiques et l'information. Tous les droits, y compris les droits de traduction, sont réservés pour tous les pays en vertu de la Convention universelle des droits d'auteur, de la Convention de Berne pour la protection des œuvres littéraires et artistiques, et des Conventions interaméricaine et panaméricaine des droits d'auteur (Mexico City et Buenos Aires). Les droits de traduction d'informations contenues dans ce rapport peuvent être cédés.

ISBN: 978-1-934387-01-6.

Citation suggérée : Biddlecom AE et al., *Protéger la prochaine génération en Afrique subsaharienne : apprendre des adolescents pour prévenir le VIH/sida et les grossesses non désirées*, New York : Guttmacher Institute 2008.

Exécution graphique/version française : Julie Chapeyroux.
Maîtrise d'œuvre de l'impression : imprimerie Mozharte-Sopedi ; Wissous.
© Photo : Victor Mello.
Traduit par Equilibres & Populations.

Guttmacher Institute
125 Maiden Lane, 7th Floor
New York, NY 10038 USA
Téléphone : 212-248-1111 ; Fax : 212-248-1951
E-mail : info@guttmacher.org

1301 Connecticut Avenue NW, Suite 700
Washington, DC 20036 USA

www.guttmacher.org

