



PASSAGE
Projet d'Approche Solidaire en Santé GENésique
Burkina Faso



DROITS EN SANTÉ DE LA REPRODUCTION / SANTÉ GENÉSIQUE

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|----|
| INTRODUCTION | 3 |
| ETAT DES LIEUX DES DROITS EN SANTE DE LA REPRODUCTION | 4 |
| DROITS DES CLIENTS EN MATIERE DE SR | 6 |
| TOUT CLIENT DE SERVICE DE SR A LE DROIT : | 6 |
| LOI N° 049-2005/AN PORTANT SANTE DE LA REPRODUCTION..... | 7 |
| PROBLEMATIQUE ET DROITS EN MATIERE DE SANTE SEXUELLE ET SANTE DE LA REPRODUCTION DES JEUNES | 12 |
| LES STADES DE DEVELOPPEMENT DE L'ADOLESCENT | 15 |
| CLASSIFICATION EN TROIS STADES..... | 15 |
| CLASSIFICATION BASEE SUR L'AGE SEULEMENT..... | 16 |
| CHANGEMENTS PHYSIQUES ET SEXUELS PENDANT L'ADOLESCENCE | 17 |
| CHANGEMENTS PSYCHOLOGIQUES ET EMOTIONNELS | 17 |
| LES DIFFERENTS TYPES DE VULNERABILITES DE L'ADOLESCENCE..... | 18 |
| VULNERABILITE PHYSIQUE : | 18 |
| VULNERABILITE EMOTIONNELLE | 18 |
| VULNERABILITE SOCIOECONOMIQUE | 19 |
| L'ETAT DE SANTE DES ADOLESCENTS AU BURKINA FASO..... | 20 |
| LE VIH/SIDA ET LES AUTRES IST : | 20 |
| LES GROSSESSES PRECOCES CHEZ LES ADOLESCENTES : | 20 |
| LES AVORTEMENTS CLANDESTINS : | 20 |
| LA TOXICOMANIE : | 21 |
| LE TABAGISME ET L'ALCOOLISME : | 21 |
| LES TRAUMATISMES : | 22 |
| L'EXCISION | 22 |
| LES CARENCES ALIMENTAIRES ET NUTRITIONNELLES | 22 |
| LES PROBLEMES DE SANTE MENTALE..... | 23 |
| LES ENDEMO-EPIDEMIES | 23 |
| CONSEQUENCES DES COMPORTEMENTS A RISQUE | 25 |
| L'ETAT DESIRABLE DE SANTE REPRODUCTIVE DES ADOLESCENTS | 26 |
| BESOINS EN MATIERE DE SRS DES ADOLESCENTS SELON LE NIVEAU D'EXPERIENCE SEXUELLE | 27 |
| LES BARRIERES A L'UTILISATION DES SERVICES DE SR PAR LES ADOLESCENTS..... | 28 |
| LES BARRIERES D'ORDRE SOCIAL..... | 28 |
| LES BARRIERES D'ORDRE INSTITUTIONNEL | 28 |
| BARRIERES INHERENTES A L'ADOLESCENCE..... | 28 |
| DROITS DES ADOLESCENTS EN MATIERE DE SR..... | 30 |

INTRODUCTION

L'apport du code de la santé publique burkinabè dans la résolution des problèmes de santé a été sans aucun doute une révolution dans les secteurs de la santé.

Comme le consacre la formule célèbre d'un article de la Constitution de l'OMS, la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social.

Au Burkina Faso, comme dans la plupart des pays africains, une des priorités des autorités politiques est sans conteste l'élargissement de la prise en charge médicale des populations.

La loi n° 23/94/ ADP du 19 mai 1994 portant Code de santé publique (CSP) consacre l'objectif principal de la protection et de la promotion de la santé qui est de donner à l'individu et à la collectivité un niveau de santé lui permettant une vie digne (cf. art. 2).

Le système national de santé assure la protection et la promotion de la santé en prenant en charge les soins de santé au profit de toute la population en privilégiant la mise en œuvre des soins de santé primaires. En définitive, la législation burkinabè consacre le droit à la santé qui relève, somme toute, d'une réelle volonté politique.

A côté de ces principes qui sont reconnus par la plupart des codes de santé publique, le Code de Santé Publique (CSP) burkinabè semble avoir pris en compte une dimension endogène qui constitue son originalité.

La médecine moderne est en effet en interrelation avec plusieurs acteurs qui ont une légitimité de parole et d'action dans le processus de résolution des maladies : le personnel paramédical actif dans le secteur officiel de même que sur un plan plus officieux, les thérapeutes qui investissent le secteur dit traditionnel. Ces producteurs de soins auxquels fait appel la population burkinabè constituent un champ, c'est-à-dire un espace dans lequel les positions de chacun et les pratiques qui leur sont associées sont pour une bonne part déterminées par le jeu des relations qui s'y construisent.

En conséquence, cette originalité va être envisagée à deux niveaux :

- d'abord par l'assouplissement des règles d'exercice de la médecine en conférant plus de pouvoirs au personnel paramédical ;
- ensuite, par la reconnaissance de la médecine traditionnelle.

ETAT DES LIEUX DES DROITS EN SANTE DE LA REPRODUCTION

Depuis la CIPD (Conférence Internationale sur la Population et le Développement) en 1994 au Caire et la Conférence sur les femmes à Beijing en 1995 l'approche visant l'amélioration des droits de la personne humaine en général et des droits des individus en matière de santé de la reproduction en particulier est devenue une réalité. Cette approche centrée sur l'équité apparaît désormais comme une des meilleures stratégies pour renforcer la capacité des personnes à jouir pleinement de tous leurs droits souvent bafoués.

Tous les Etats de l'Afrique subsaharienne ont intégré un programme minimal de services de la santé de la reproduction dans leur système de soins de santé primaire.

D'une manière générale, beaucoup de pays ont amélioré leurs infrastructures de la santé en matière de la reproduction

S'agissant de la planification familiale, la plupart des pays de l'Afrique subsaharienne ont une variété de produits contraceptifs. Près de 70 % des Etats de l'Afrique subsaharienne ont mis en place des systèmes de gestion logistique ou des plans d'approvisionnement soutenus essentiellement (100 %) par l'assistance extérieure.

Tout individu a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'il soit capable d'atteindre. Les Etats devraient prendre toutes les mesures appropriées pour assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, un accès universel aux services de santé, y compris ceux qui ont trait à la santé en matière de reproduction, qui comprend la planification familiale et la santé en matière de sexualité. Les programmes de santé de la reproduction devraient offrir la plus vaste gamme possible de services sans aucun recours à la contrainte."

Au Burkina **Faso**, suite aux états généraux de la santé (1999), une Politique Sanitaire Nationale (PSN) a été adoptée en 2000 et un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) en 2001, couvrant la période 2001-2010.

Le but de la PSN est de contribuer au bien-être des populations sur la base des principes de la santé pour tous. Pour atteindre ce but, huit objectifs ont été définis dans le cadre du PNDS, à savoir¹ :

1. accroître la couverture sanitaire nationale ;
2. améliorer la qualité et l'utilisation des services de santé ;
3. renforcer la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles ;
4. réduire la transmission du VIH ;
5. développer les ressources humaines ;
6. améliorer l'accessibilité financière des populations aux services de santé ;
7. accroître les financements du secteur de la santé ;
8. renforcer les capacités institutionnelles du ministère de la santé.

Le présent document fait la situation des droits en matière de santé de la reproduction des personnes en général et des jeunes en particulier. Il entre dans le cadre des efforts déployés pour intégrer les aspects importants des droits dégagés

¹ PNDS 2001-2010

dans les orientations stratégiques de l'OMS pour la santé de la reproduction et dans la CIPD de 1994. Ce document s'adresse à tous les acteurs de la Santé.

Aussi plusieurs documents tentent de définir différents types de droits en santé sexuelle et en santé de la reproduction.

Les droits en SR englobent certains droits de l'homme qui sont déjà définis dans les lois nationales, les documents internationaux sur les droits de l'homme et bien d'autres documents.

Ces droits reposent sur une reconnaissance du droit fondamental de tout couple ou individu à décider librement et de manière responsable du nombre, de l'espacement et du « timing » de leurs enfants; de leur droit à l'information et aux moyens pour faire face; ainsi que leur droit de prendre des décisions concernant la reproduction en dehors de toute discrimination, coercition et violence.

DROITS DES CLIENTS EN MATIERE DE SR

(Adapté de « International Planned Parenthood Federation. Rights of the Clients. London. 1991)

TOUT CLIENT DE SERVICE DE SR A LE DROIT :

- ✓ A l'information : être informé des avantages et de la disponibilité/existence de la planification familiale, donc le droit à l'information et aux moyens d'exercer ces choix.
- ✓ A l'accès aux services sans préjugé du sexe, de la religion/croyance, de la race, du statut matrimonial ou du lieu de la résidence
- ✓ Au choix : il a le droit de prendre des décisions en matière de santé de la reproduction: choix du conjoint, choix du nombre d'enfants et de l'espacement des naissances
- ✓ A décider librement de pratiquer ou non la PF et la méthode à utiliser
- ✓ A la sécurité : pratiquer une méthode efficiente (sans danger)
- ✓ A l'intimité durant le conseil ou la prestation de service
- ✓ A la confidentialité : être assuré que l'information personnelle ne sera pas divulguée
- ✓ A la dignité : être traité avec courtoisie/égard, considération et attention ; De ce fait, il a droit à l'égalité et à l'équité pour les femmes et pour les hommes, à l'abri d'une discrimination fondée sur le sexe.
- ✓ Au confort : être à l'aise en recevant les prestations de services
- ✓ A Le droit à la sécurité en matière de sexualité et de reproduction, ce qui recouvre notamment la protection contre les actes de violence et contre la coercition dans le domaine sexuel, et le droit au respect de la vie privée.
- ✓ A la continuité : recevoir les prestations de service aussi longtemps qu'il le désire
- ✓ A l'opinion : exprimer ses points de vue sur les services offerts

En résumé tout individu a le droit à la santé en matière de sexualité et de reproduction en tant qu'aspect de la santé, tout au long de la vie.

Le problème de droits en SR est très complexe; en effet depuis l'introduction de la PF au Burkina en 1985 jusqu'à l'évolution vers la SR à partir de la CIPD 94, la mise en œuvre des différentes activités s'est heurtée à plusieurs problèmes.

Pour venir à bout de ces difficultés de mise en œuvre, notre pays à l'instar de plusieurs pays de la sous région, s'est vu obligé de se doter d'un cadre de référence pour réglementer la SR.

Le Burkina Faso a alors voté une loi en matière de santé de la reproduction dans une perspective du droit de la personne en matière de santé et permettant ainsi de contribuer à l'objectif d'améliorer le bien être de sa population dans ce domaine. Cette loi a été adoptée et est stipulée comme suit.

L'assemblée nationale a adopté en sa séance du 21 Décembre 2005 la « loi SR ».

Les dispositions de la loi ont pour objectif de régir la santé de la reproduction au BF.

Les textes d'application sont en cours d'élaboration.

Cette loi est divisée en 05 chapitres:

LOI N° 049-2005/AN PORTANT SANTE DE LA REPRODUCTION

L'ASSEMBLEE NATIONALE

Vu la Constitution ;

Vu la résolution n°001-2002/AN du 05 juin 2002, portant validation du mandat des députés ;

A délibéré en sa séance du 22 décembre 2005 et adopté la loi dont la teneur suit :

CHAPITRE I : DISPOSITIONS GENERALES

- Article 1 : Les dispositions de la présente loi régissent la santé de la reproduction au Burkina Faso.
- Article 2: La santé de la reproduction est l'état de bien être général tant physique, mental moral que social de la personne humaine pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement.
- Article 3 : Les conditions de création, d'agrément, de fonctionnement, d'exercice et de contrôle des structures de santé de la reproduction sont fixées par voie réglementaire.

L'obtention d'une autorisation d'ouverture d'une structure de santé de la reproduction est obligatoire avant toute prestation.

- Article 4 : L'Etat et les collectivités territoriales veillent à la coordination et au contrôle de l'action des différentes structures publiques, privées et communautaires intervenant dans le domaine de la santé de la reproduction.
- Article 5 : Le personnel intervenant dans le domaine de la santé de la reproduction est soumis aux prescriptions contenues dans les politiques, normes et protocoles des services publics de santé.
- Les normes de compétence et de déontologie relatives à chaque catégorie de professions et d'activités sont fixées par voie réglementaire.
- Article 6 : Les prestations de service de santé en matière de reproduction sont constituées par l'ensemble des méthodes et techniques qui contribuent à la santé et au bien-être en matière de procréation.
- Article 7 : Les soins et prestations de services de santé de la reproduction comprennent notamment :
 1. la santé de la femme :
 - consultation prénuptiale / préconceptionnelle ;
 - maternité à moindre risque ;
 - prise en charge gynécologique.
 2. la santé de l'enfant :
 - soins néonataux / surveillance de l'enfant : surveillance de la croissance, alimentation de l'enfant, vaccination ;
 - prise en charge des maladies courantes ;
 - prise en charge de la santé des enfants de 6 à 9 ans ;
 - prise en charge des anomalies et maladies héréditaires de l'enfant.
 3. la santé des jeunes :
 - consultation prénuptiale / préconceptionnelle ;
 - prise en charge de la santé des jeunes y compris des comportements à risque : alcoolisme, toxicomanie, délinquance et prostitution ;
 - lutte contre les grossesses non désirées, les avortements provoqués et les maternités précoces ;
 - promotion de la santé scolaire et universitaire.
 4. la santé de l'homme :
 - consultation prénuptiale ;
 - prise en charge des dysfonctionnements et des pathologies sexuels chez l'homme ;
 - lutte contre les cancers génitaux et l'infertilité chez l'homme,
 - prise en charge de l'andropause.
 5. les autres composantes :
 - planification familiale ;
 - information, éducation, communication ;
 - conseil ;
 - lutte contre les Infections sexuellement transmissibles (IST) et le VIH/SIDA ;
 - lutte contre les pratiques traditionnelles néfastes, les violences sexuelles et domestiques ;
 - assurance qualité des soins et services de santé de la reproduction.

CHAPITRE II : PRINCIPES, DROITS ET DEVOIRS EN MATIERE DE SANTE DE LA REPRODUCTION

- Article 8 : Tous les individus y compris les adolescents et les enfants sont égaux en droit et en dignité en matière de santé de la reproduction.

Le droit à la santé de la reproduction est un droit fondamental garanti à tout être humain, tout au long de sa vie, en toute situation et en tout lieu.

Aucun individu ne peut être privé de ce droit dont il bénéficie sans discrimination aucune fondée sur l'âge, le sexe, la fortune, la religion, l'ethnie, la situation matrimoniale ou sur toute autre considération.

- Article 9 : Les couples et les individus décident librement et avec discernement, du nombre de leurs enfants ainsi que de l'espacement de leurs naissances.
- Article 10 : Les couples et les individus y compris les adolescents ont le droit de décider librement et avec discernement des questions ayant trait à la santé de la reproduction dans le respect des lois en vigueur, de l'ordre public et des bonnes mœurs.
- Article 11 : Tout individu y compris les adolescents et les enfants, tout couple a droit à l'information, à l'éducation concernant les avantages, les risques et l'efficacité de toutes les méthodes de régulation des naissances.
- Article 12 : Tout individu, tout couple a le droit de bénéficier des soins de santé de la meilleure qualité possible et de ne pas être exposé à des pratiques qui nuisent à sa santé.
Tout individu, tout couple a le droit d'accéder à des services de qualité et de proximité, sûrs, efficaces, abordables et acceptables.
Toute femme a droit à un accouchement assisté par un personnel de santé qualifié.
- Article 13 : Tout individu, y compris les adolescents et les enfants, a le droit d'être protégé contre la torture et les traitements cruels, inhumains ou dégradants sur son corps en général et sur ses organes de reproduction en particulier.
Toutes les formes de violences et de sévices sexuels sur la personne humaine notamment les enfants et les adolescents sont interdites, sous peine des sanctions prévues par le code pénal.
- Article 14 : Toute personne atteinte d'une Infection Sexuellement Transmissible (IST) et du Virus de l'Immunodéficience Humaine/Syndrome d'Immunodéficience Acquise (VIH/SIDA) en particulier, doit jouir sans discrimination, des droits civils, politiques et sociaux : logement, éducation, emploi, santé, protection sociale.
Elle a le droit de bénéficier d'une assistance particulière, de soins de base et de traitements et d'une garantie de confidentialité dans ses rapports avec le personnel socio sanitaire.
Les personnes malades du Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ou porteuses du Virus de l'immunodéficience humaine (VIH), qui le déclarent, bénéficient d'une assistance particulière en matière d'appui psychosocial, de conseils et de tous autres services adéquats ; elles reçoivent des soins médicaux adaptés.

Un décret pris en conseil des ministres fixe les conditions et modalités du bénéfice de ce traitement spécial.

- Article 15: L'Etat, les collectivités territoriales, les groupements communautaires et autres personnes morales, par le biais de leurs représentants doivent, dans le cadre de leurs activités, veiller à la sauvegarde, à la promotion et à la protection du droit de tout être humain à la santé de la reproduction par l'assistance, le conseil, l'information, l'éducation et la communication.
- Article 16 : Tout couple, tout individu, a l'obligation de contribuer à la sauvegarde, à la protection et à la promotion de l'état de bien-être des personnes âgées, adultes, adolescents et enfants, hommes et femmes, qui constituent son entourage, par l'assistance, le conseil, l'information, l'éducation et la communication.
- Article 17 : Tout individu qui a connaissance de son état de malade d'Infections sexuellement transmissibles (IST) ou d'infection au Virus de l'immunodéficience humaine (VIH), a le devoir d'informer son (ses) partenaire (s).

CHAPITRE III : DISPOSITIONS PENALES

- Article 18 : Tout individu qui a connaissance de son état d'infection au Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et qui ne prend pas les précautions nécessaires et suffisantes pour la protection de son (ses) partenaire (s) encourt des sanctions pénales.
Est puni d'une amende de cent mille (100.000) à un million (1.000.000) de francs CFA, quiconque se sachant être atteint d'une infection sexuellement transmissible grave ou du VIH ne prend pas les précautions nécessaires et suffisantes pour la protection de son ou ses partenaires.
S'il en est résulté une contamination, il encourt la peine de tentative d'homicide volontaire conformément aux dispositions du code pénal.
S'il en est résulté la mort, il encourt la peine d'homicide volontaire conformément aux dispositions du code pénal.
- Article 19 : La fabrication, l'importation, les modalités de distribution, de prescription et d'administration de produits contraceptifs et la publicité relatives aux méthodes contraceptives sont autorisées selon les conditions fixées par décret pris en conseil des ministres.
- Article 20 : Toutes les techniques et méthodes de planification familiale, à l'exception de l'avortement provoqué ou interruption volontaire de grossesse, sont autorisées dans les formations sanitaires publiques et privées qui remplissent les conditions requises.
- Article 21 : L'interruption volontaire de grossesse ne saurait en aucun cas être considérée comme une méthode contraceptive.
L'interruption volontaire de grossesse n'est autorisée que dans les cas suivants et sur prescription d'un médecin :
 - lorsque la poursuite met en danger la vie et la santé de la femme enceinte ;
 - à la demande de la femme, lorsque la grossesse est la conséquence d'un viol ou d'une relation incestueuse ;
 - lorsqu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité au moment du diagnostic.

Dans ces cas, l'interruption volontaire de grossesse doit se faire dans de bonnes conditions de sécurité.

- Article 22 : Sont interdits et punis conformément aux lois et règlements en vigueur :
 - toutes les formes de violences sexuelles ;
 - les mutilations génitales féminines ;
 - la castration ;
 - la transmission volontaire du VIH/SIDA ;
 - l'exploitation sexuelle sous toutes ses formes ;
 - la publicité mensongère sur les méthodes contraceptives ;
 - la diffusion d'images et messages pouvant nuire à la santé de la reproduction.

CHAPITRE IV : DISPOSITIONS TRANSITOIRE ET FINALE

- Article 23 : Les structures de santé déjà existantes sont tenues de conformer leur organisation aux dispositions de la présente loi.
- Article 24 : La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

PROBLEMATIQUE ET DROITS EN MATIERE DE SANTE SEXUELLE ET SANTE DE LA REPRODUCTION DES JEUNES

Au cours des dernières années, un consensus mondial a été donc dégagé pour définir l'adolescence comme une période distincte et importante de la vie d'une personne.

Dans une déclaration conjointe de 1998, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) sont convenus que le terme « adolescent » renvoyait à des personnes âgées de 10 à 19 ans.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)

- " L'adolescence " couvre la période allant de 10 à 19 ans
- " Les jeunes gens " représentent la tranche d'âge allant de 15 à 24 ans
- " Les jeunes " représentent la tranche d'âge allant de 10 à 24 ans

Au Burkina Faso « La santé des jeunes concerne les jeunes de 10 à 24 ans (SRAJ et santé globale) des deux sexes, sexuellement actifs ou non, mais aussi la tranche d'âge de 6-9 ans dont les besoins ne sont couverts par aucun programme de santé en cours ; la cible primaire du plan stratégique de santé des jeunes au Burkina est constituée alors des tranches d'âge de 6 à 24 ans tant du milieu scolaire et universitaire que du secteur informel, des travailleurs ou chômeurs ».

Actuellement, 1 personne sur 5 dans le monde est un adolescent. Pour la plupart, les besoins de santé en matière de la reproduction de ce groupe sont souvent négligés ou traités comme non distincts des questions de santé de l'enfance.

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

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

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

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

Tandis que la plupart des jeunes ont des familles qui les aiment, les protègent et prennent soin d'eux, certains grandissent sans qu'un adulte ne se soucie de leur bien-être ou avec des adultes bienveillants qui ne sont plus en mesure de les aider.

Les adolescent(e)s sont exposés au risque de grossesse précoce et non désirée, aux infections sexuellement transmissibles (IST) dont le VIH et le SIDA et sont vulnérables face aux dangers liés à la consommation de tabac, d'alcool et d'autres drogues. Beaucoup sont confrontés quotidiennement à la violence et à la peur. Certaines pressions que subissent les adolescent(e)s peuvent changer le cours de leur jeune vie, voire y mettre un terme. Ces conséquences sont de véritables tragédies personnelles pour ces jeunes et pour leur famille. Elles entraînent en outre des pertes inacceptables, qui fragilisent la santé et la prospérité de la société.

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

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

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

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

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

Les services de santé adaptés aux adolescent(e)s répondent aux besoins des jeunes de façon appropriée et efficace et s'adressent à tous les adolescent(e)s. De tels services respectent les droits des jeunes et reposent sur une utilisation efficace de ressources sanitaires à préserver

Toutefois, cette tranche d'âge de la population, dans de nombreux contextes culturels et sociaux, est confrontée à des questions dans le domaine de la sexualité et de la santé de la reproduction dès l'âge de 10 ans. Elle peut être contrainte (surtout les filles) au mariage précoce, devenir victimes de viol ou d'inceste ou subir des mutilations génitales féminines (MGF).

Sans accès à une gamme complète de contraceptifs appropriés et librement choisis, les adolescentes peuvent être confrontées à des grossesses non désirées

ou mal planifiées. Les adolescentes à travers le monde sont exposées de manière disproportionnée à des avortements illicites pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité, en raison de l'accès limité ou inexistant aux services et aux informations en matière de santé de la reproduction qui soient de qualité et confidentiels, notamment à la contraception. En outre, les adolescentes courent plus de risques de contamination par le VIH/SIDA et d'autres infections sexuellement transmissibles (IST), en raison de facteurs tels que l'initiation sexuelle précoce, la violence et l'exploitation sexuelles et la difficulté de négocier des rapports sexuels protégés.

De surcroît, le manque de maturité physique de nombreuses adolescentes, combiné à leur absence d'accès aux services de soins de santé prénatals et maternels, accroît chez elles le risque de décès à la suite de complications liées à la grossesse. Les adolescentes courent quatre fois plus de risques que les femmes âgées de plus de 20 ans, de mourir de suites de complications liées à la grossesse.

La Convention relative aux droits de l'enfant de 1990 a été la première reconnaissance internationale des droits des adolescents à la santé, notamment à la santé en matière de la reproduction.

La Convention oblige les gouvernements à garantir l'accès des adolescentes aux services de santé en matière de la reproduction en reconnaissant explicitement leur droit « de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de traitements médicaux et de rééducation. » Lors de la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994 (CIPD), les gouvernements sont convenus de fournir aux adolescents l'information et les services pour les aider à comprendre leur sexualité et à se protéger des grossesses non désirées et des IST.

Cependant, en raison de controverses liées à la sexualité des adolescents et au manque général de connaissance sur les besoins en matière de sexualité et de reproduction de cette population, très peu de pays ont mis sur pied des services de soins de santé adéquats pour les adolescents.

Les décideurs, les professionnels de la santé, les parents et les éducateurs devraient œuvrer à aider les adolescents à devenir des adultes en bonne santé en leur fournissant des informations et des conseils adéquats ainsi que des services de santé accessibles et de qualité, pour garantir de façon durable leur santé et leur autonomie en matière de la reproduction.

LES STADES DE DEVELOPPEMENT DE L'ADOLESCENT

(Classification de la Commission Nationale sur la Santé Sexuelle des adolescents
(1995))

CLASSIFICATION EN TROIS STADES

| Début de l'adolescence | Age intermédiaire de l'adolescence | Fin de l'adolescence |
|---|--|--|
| <i>Filles âgées de 9 à 13 ans Garçons âgés de 11 à 15 ans</i> | <i>Filles âgées de 13 à 16 ans Garçons âgés de 14 à 17 ans</i> | <i>Filles âgées de 16 ans et plus Garçons âgés de 17 ans et plus</i> |
| <p>La puberté est l'événement le plus important de cette époque</p> <p>Ajustement aux changements de puberté</p> <p>Préoccupés par l'image corporelle</p> <p>Commence à se séparer de sa famille, conflit plus grand entre parent et enfant</p> <p>Présence de clans et groupes sociaux</p> <p>Identification avec des groupes</p> <p>Concentration sur relations avec camarades</p> <p>Réflexion concrète, commence à réfléchir de manière abstraite</p> | <p>Indépendance de plus en plus grande par rapport à la famille</p> <p>Importance plus grande du groupe de camarades</p> <p>Expérimentation avec relations et comportements</p> <p>Capable de réfléchir de plus en plus de manière abstraite</p> | <p>Sont pratiquement autonomes</p> <p>Sont quasi arrivés à l'identification de l'image corporelle et du rôle en tant qu'homme ou femme</p> <p>Relations basées sur l'empathie</p> <p>Réflexion abstraite</p> <p>Définition des rôles des adultes</p> <p>Transition aux rôles des adultes</p> <p>Capables d'une plus grande intimité</p> <p>Sont arrivés à l'orientation sexuelle</p> |

Source : National Commission on Adolescent Sexual Health, 1995.

CLASSIFICATION BASEE SUR L'AGE SEULEMENT

(Source : *Pathfinder International/FOCUS, 2001*)

L'ADOLESCENCE PRECOCE (10-13 ANS)

- Début de la puberté et croissance rapide
- Apprentissage Impulsif
- Commence à réfléchir de façon abstraite
- Commence à se séparer de sa famille
- Préoccupé(e) par l'image corporelle
- Concentration sur relation avec camarades

L'AGE INTERMEDIAIRE DE L'ADOLESCENCE (14-16 ANS)

- Continue à croître et à se développer physiquement
- Commence à défier les règles et a tester les limites
- Développe des capacités d'analyse ;
- Appréhende mieux les conséquences relatives au comportement
- Plus influencé(e) par le groupe de camarades (surtout l'image et le comportement social)
- Intérêt croissant pour le sexe ; début de relation spéciale avec le sexe opposé
- Désir grandissant d'évaluer ses propres valeurs et sa contradiction des autres
- Indépendance de plus en plus grande par rapport à la famille

FIN DE L'ADOLESCENCE (17-19 ANS)

- Maturité physique et sexuelle (rôle en tant qu'homme ou femme)
- Plus grande habilité à résoudre les problèmes
- Stage d'auto identification de l'image et de son rôle (femme ou homme)
 - Diminution de l'influence des camarades
 - Réintègre la famille
- Relation intime plus importante que les relations de camarades
- Définition des rôles d'adultes et assume des responsabilités d'adultes
- Porte(e) vers la phase productive de la vie

NB : Toutes ces caractéristiques sont fonction du sexe (garçons/filles) et du milieu socio-économique dans lequel vit l'adolescent.

CHANGEMENTS PHYSIQUES ET SEXUELS PENDANT L'ADOLESCENCE

| CHEZ LA FILLE | CHEZ LE GARCON | CHEZ LES DEUX |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Règles • Développement des Seins • Elargissement des Hanches • Poils pubiens et aux aisselles • Développement de la vulve et du bassin | <ul style="list-style-type: none"> • Développement du pénis, scrotum et testicules • Ejaculation nocturne • Erection matinale • Développement des muscles du dos • Poils pubiens et des aisselles | <ul style="list-style-type: none"> • Croissance accélérée • Transpiration augmentée • Acné récent • Faciès de Jeune adulte • Changement de La voix/ton • Désir sexuel activé • Initiation aux activités sexuelles |

CHANGEMENTS PSYCHOLOGIQUES ET EMOTIONNELS

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Humeur changeante • Insécurité, peur, doute, replie sur soi • Expression émotionnelle : hostilité, retranche, impulsif, non coopératif • Sentiment d'être incompris et/ou rejeté • Instabilité de l'amour propre • Préoccupé par les changements physiques, le sexe et la sexualité • Préoccupé par l'identité sexuelle, la réputation et la capacité à prendre des décisions • Aspire à se sentir autonome et indépendant |
|---|

LES DIFFERENTS TYPES DE VULNERABILITES DE L'ADOLESCENCE

VULNERABILITE PHYSIQUE :

- L'adolescence est la période de croissance rapide et de développement au cours de laquelle l'adolescent(e) a besoin d'une alimentation et nutrition adéquates
- Des conditions précaires de santé pendant l'enfance peuvent persister pendant et au-delà de l'adolescence
- Les infections et parasitoses répétées et non traitées, des diarrhées et infections respiratoires fréquentes, la malnutrition et les infirmités peuvent compromettre le développement physique et psychologique de l'adolescent(e)
- Certaines jeunes filles ont été victimes de mutilation génitale féminine pouvant entraîner de sérieuses difficultés physiques et émotionnelles, surtout en matière d'activités sexuelles et reproductrices.
- Les systèmes reproductif et immunitaire encore immatures des adolescentes les rendent plus vulnérables aux infections (y compris les IST et le VHI) et à certaines complications lors des grossesses.

VULNERABILITE EMOTIONNELLE

- Les problèmes de santé mentale peuvent être exacerbés durant l'adolescence à cause des changements hormonaux et physiques liés à la puberté, ainsi que les changements de l'environnement social de l'adolescent
- Les adolescents manquent souvent d'assurance et de compétences en communication, ce qui les empêche de bien exprimer leurs besoins et positions vis à vis de la pression des camarades ou des adultes
- Les jeunes sont plus susceptibles que les adultes aux abus sexuels, verbaux et physiques
- Les jeunes filles, surtout, manquent les compétences pour pouvoir refuser les rapports sexuels ou d'insister sur l'utilisation d'une protection efficace.
- Souvent il y a une inégalité dans la dynamique de force existant entre l'adolescent et l'adulte qui le considère souvent comme étant encore enfant

- Du fait de l'inexpérience, les jeunes manquent parfois la maturité nécessaire pour prendre des décisions appropriées et rationnelles face à certaines situations.

VULNERABILITE SOCIOECONOMIQUE

- Les besoins financiers des jeunes s'accroissent au fur et à mesure qu'ils grandissent alors qu'ils n'ont pas souvent de source de revenu ou un emploi
- Les jeunes démunis courent plus de risque d'utiliser abusivement des substances illicites ou de travailler dans des conditions hasardeuses, voire même le commerce du sexe ou prostitution.
- Des conditions telles que la pauvreté, le manque de domicile fixe et le déracinement qui sont de plus en plus courantes chez les jeunes, occasionnent souvent des abus sexuels ou des rapports sexuels en échange d'argent chez les adolescent(e)s
- Les jeunes filles font face à la discrimination sexuelle dans la répartition de la nourriture, l'accès aux soins, la négociation d'une sexualité à moindre risque et face aux opportunités socio-économiques

L'ETAT DE SANTE DES ADOLESCENTS AU BURKINA FASO

LE VIH/SIDA ET LES AUTRES IST :

L'infection à VIH et le SIDA constitue la principale maladie émergente de la dernière décennie et constituent un problème de santé publique au Burkina Faso. Les données épidémiologiques de routine sont peu fiables mais des enquêtes réalisées au niveau des sites sentinelles indiquent une séroprévalence moyenne qui est passée de 7,17 % dans la population générale en 1997 à 6,5% en 2002 (ONU-SIDA), ce qui place toujours le Burkina Faso parmi les trois pays les plus touchés de l'Afrique de l'Ouest. Le VIH touche 3,9% des jeunes de la tranche d'âge de 15 – 24 ans. Parmi les pays sahéliens, le Burkina Faso se place au premier rang avec 25,4 % des cas déclarés dans la sous région.

LES GROSSESSES PRECOCES CHEZ LES ADOLESCENTES :

Du fait des bouleversements socioculturels introduits par l'urbanisation et l'économie moderne, les grossesses chez les adolescentes, qu'elles soient désirées ou non, sont devenues un phénomène fréquent tant dans le secteur informel que dans le secteur formel.

Selon l'Enquête Démographique et de Santé de 1998, 14,4% des adolescentes du milieu urbain et 28,4% du milieu rural sont en grossesse ou sont mères pour la première fois soit une adolescente sur quatre; les adolescentes contribuent à la fécondité générale des femmes pour 11%. Les conséquences médicales (risques obstétricaux pour la mère et de prématurité pour l'enfant) font considérer les grossesses chez les adolescentes comme des grossesses à haut risque.

Dans le cas des grossesses non désirées, les plus fréquentes malheureusement, les conséquences sociales sont souvent telles que la situation devient dramatique pour l'adolescente et pour sa famille. Les cas assez fréquents de suicide, d'avortement provoqué, d'abandon d'enfants ou d'infanticide sont des conduites pour échapper au poids de ces conséquences.

La non utilisation des méthodes contraceptives est à la base de cette situation et il y a lieu de consentir encore des efforts pour améliorer l'information des adolescentes et des jeunes et leur accès aux services de planification familiale.

LES AVORTEMENTS CLANDESTINS :

Nombreuses sont les adolescentes ayant une grossesse non désirée qui cherchent à avorter, mais il est difficile de connaître l'ampleur réelle de cette pratique; l'avortement étant illégal au Burkina Faso.

Les cas notifiés officiellement correspondent à des cas compliqués vus dans les formations sanitaires et sont donc nettement en dessous de la réalité.

En 2002, les statistiques de la DEP ont dénombré 17,38 cas d'avortement sur mille naissances attendues.

Les données de quelques recherches révèlent que le phénomène est répandu et semble même en progression.

Une étude réalisée par l'UERD en 2001 a montré qu'il y a 40 avortements provoqués pour mille femmes par an à Ouagadougou, soit environ 01 avortement par femme et par vie. Dans ces conditions on estime à 7 800 le nombre d'avortements clandestins par an dans cette même ville et les adolescentes occupent une place importante.

Les conséquences médicales de l'avortement clandestin notamment le décès et la stérilité, confèrent à cette pratique toute sa gravité et son impact sur la santé des adolescentes. Au CHN- Souro SANOU, 37 % des décès maternels sont dus à des avortements clandestins et plus de la moitié concernent des adolescentes. Au CHU- YO, 28% des décès maternels sont dus à des avortements provoqués.

LA TOXICOMANIE :

La consommation de la drogue est un phénomène qui n'épargne pas le Burkina Faso et la frange jeune de la population est particulièrement exposée.

L'ampleur du problème est difficile à évaluer mais l'intensité du trafic illicite des stupéfiants et des psychotropes en dit long sur les risques encourus par le pays.

En 1996, 2967 kg de cannabis ont été saisis au Burkina Faso. Une étude faite en milieu étudiant à l'université est venue confirmer certains faits. C'est le cannabis qui est le plus consommé puis viennent les amphétamines ; l'inhalation de colles, de solvants ou de diluants est une nouvelle forme de toxicomanie rencontrée chez les jeunes de 7 à 18 ans des villes et des campagnes.

Les drogues sont souvent associées à l'alcool et au tabac sous forme de polytoxicomanie. L'usage de drogue a été retrouvé dans 8,8 % des causes de troubles mentaux à l'Université de Ouagadougou (SOME M. H, 1992).

LE TABAGISME ET L'ALCOOLISME :

La consommation de tabac chez les jeunes est une réalité préoccupante au Burkina Faso et commence de plus en plus tôt. Selon SOURA Y. (1994), dans les établissements secondaires du Burkina Faso, 13,6% des élèves fument dont 4,2% régulièrement.

Selon une enquête à l'université de Ouagadougou (SOME F, 1991), 74 % des étudiants enquêtés déclarent avoir consommé de l'alcool.

L'âge moyen de la première consommation d'alcool se situe à 14 ans. Les jeunes du milieu urbain sont les plus touchés. L'alcoolisme se manifeste souvent sous forme aiguë.

Selon l'enquête réalisée par l'Association Burkinabé de Santé Publique (ABSP) sur « tabac auprès des adolescents du milieu scolaire de Ouaga et Bobo (13-15 ans) »,

20,4% déclarent avoir fumé une ou plusieurs fois par jour dans les 30 jours qui ont précédé l'enquête.

Les trois principaux déterminants associés au tabagisme chez les jeunes sont : la pression exercée par les autres jeunes, le fait de suivre l'exemple des frères, des sœurs et des parents, et le travail à l'extérieur.

LES TRAUMATISMES :

☞ Les traumatismes involontaires :

Dans les grands centres urbains, la pathologie accidentelle, notamment celle relative à la circulation, est de plus en plus préoccupante. Une étude sur les aspects épidémiologiques des accidents de la circulation routière à OUAGA en 1993 a notifié que sur 934 cas d'accidents de la circulation routière enregistrés en 25 semaines, 24,5% des accidents étaient constitués d'élèves et d'étudiants (NARE .N,1993).

La grande concentration des engins à deux roues dans la circulation, l'état des voies et surtout le goût du risque des jeunes, aggravé parfois par la consommation d'alcool ou de drogue, l'impulsivité, le mépris des mesures de sécurité sont des facteurs déterminants.

On peut imputer aux accidents et traumatismes un nombre non négligeable de décès et surtout de handicaps parfois définitifs chez les jeunes.

☞ Les traumatismes volontaires :

Les suicides ou tentatives de suicide, parfois déguisés en accidents, constituent actuellement l'un des principaux problèmes de santé et l'une des causes majeures de décès des jeunes. La plupart des suicides sont d'ordre social, et plus précisément familial. Les grossesses non désirées et les déceptions sentimentales tiennent une bonne place chez les adolescentes.

L'EXCISION

En raison de ses conséquences néfastes sur la santé de la reproduction, l'excision figure en bonne place parmi les problèmes de santé des jeunes ; Malgré les efforts déployés depuis près de vingt ans, la pratique de l'excision est encore loin d'être abandonnée au Burkina Faso en raison de son enracinement dans les habitudes sociales et culturelles, surtout en milieu rural. Selon l'EDS 2003, 75% des femmes enquêtées ont déclaré avoir été excisée.

De plus parmi les femmes enquêtées, 25% avaient déjà fait exciser leur fille aînée et 22% ont déclaré par contre qu'elles n'avaient pas l'intention de le faire.

Selon la religion, la proportion la plus élevée de femmes excisées est observée chez les musulmanes (81%) et la plus faible (62%) chez les protestantes (EDS 2003).

LES CARENCES ALIMENTAIRES ET NUTRITIONNELLES

Dans un pays où le déficit céréalier tend à devenir chronique et où la pauvreté et l'ignorance touchent la majorité de la population, les problèmes liés à l'alimentation et à la nutrition tiennent une place de choix dans la santé des jeunes. Le niveau des indicateurs de nutrition traduit bien l'état nutritionnel des groupes vulnérables : 15 % de taux de malnutrition parmi les femmes de 16 à 45 ans et 29 % de taux de malnutrition protéino-calorique chez les enfants de 0 – 5 ans (PNAN 1995).

Les carences en micro nutriments (vitamine A, iode, fer) touchent une grande partie de la population particulièrement la tranche des 6-9 ans de notre public cible. En 1995, l'insécurité alimentaire chronique touchait 19 % de la population du pays et l'avitaminose A entre 4 à 18 % des enfants de 2 à 10 ans (PNAN 1995).

Même si les données sur les carences en micro nutriments sont rares, leurs effets tels que l'insuffisance pondérale, les difficultés d'ordre cognitif et mental sont vécus par les enfants.

La cécité nocturne, l'ulcération de la cornée et la tâche de Bitôt sont les principales manifestations de l'avitaminose A. En 1989 une enquête du projet MS/UNICEF/HKI dans ses provinces d'intervention a donné une prévalence de 1,77% chez les enfants de 6 à 10 ans.

Il convient de noter la situation alimentaire précaire de nombreux élèves notamment du secondaire qui, pour des raisons d'études, vivent hors de leur cadre familial, souvent sans un soutien efficace de la part de leur tuteur et parfois en location. Ce même problème se pose au primaire mais le plus souvent une cantine scolaire permet de pallier à cette difficulté.

LES PROBLEMES DE SANTE MENTALE

Au Burkina Faso, les statistiques sanitaires disponibles montrent que les troubles mentaux ont constitué 13,1 % des motifs de consultations dans les formations sanitaires en 1997. Les urgences psychiatriques constituent 10 % des urgences médicales.

Selon les données disponibles, les principaux motifs de consultation sont constitués par les affections délirantes aiguës et chroniques, les troubles liés à l'usage de drogues, les épilepsies, les troubles mentaux et troubles du comportement liés à des affections somatiques et les états dépressifs.

Pour le cas spécifique des enfants, des adolescents et des jeunes, les difficultés scolaires, les déficiences mentales, les épilepsies et les psychoses infantiles sont les affections qui amènent les parents à consulter. En ce qui concerne le sous-groupes des adolescentes, des études montrent que les grossesses précoces et/ou non désirées constituent un terrain favorable au développement des troubles mentaux.. Selon les mêmes études, 27,1% des adolescentes en grossesse souffrent d'angoisse, 20,6 % d'état dépressif et 11,1 % de crises hystériques.

LES ENDEMO-EPIDEMIES

Le paludisme est la première cause de morbidité et de mortalité au Burkina Faso du fait des conditions climatiques, de l'insalubrité, de la virulence du germe le plus répandu au Burkina Faso (plasmodium Falciparum dans 90% des cas), de l'insuffisance de la prise en charge et enfin des connaissances attitudes et pratiques des populations (peu favorables à la lutte contre le paludisme). Selon le plan stratégique 2002-2005 du PNLP/1999, 43% des motifs de consultations sont dus au paludisme.

Certaines endémies majeures (onchocercoses, trypanosomiase, dracunculose, schistosomiase), sont sous contrôle mais avec des risques de recrudescence. Par contre la tuberculose connaît une expansion à la faveur de l'épidémie du SIDA.

Les maladies à potentiel épidémique continuent de poser de sérieux problèmes de santé, malgré les mesures préventives mises en œuvre. Les épidémies de méningite et de rougeole sont particulièrement meurtrières chez les enfants et les jeunes. Les

taux de létalité au cours des différentes vagues épidémiques sont en général au-dessus des seuils tolérés par l'OMS . Cela traduit une couverture vaccinale insuffisante et une mauvaise préparation du pays aux épidémies.

On observe une forte prévalence de la maladie trachomateuse : (Enquête de prévalence réalisée en 1997 par le PNLC et IOTA). Le trachome folliculaire touche 26,9 % des enfants de moins de 10 ans au Burkina Faso ce qui reflète l'importance de l'endémie trachomateuse car elle dépasse le seuil de 20 % qui témoigne selon l'O.M.S. d'un problème de santé publique. Le trachome actif touche 4 % des mères de plus de 14 ans au Burkina Faso, Celles de 15 à 19 sont les plus touchées avec une prévalence de 7,4%.

CONSEQUENCES DES COMPORTEMENTS A RISQUE

- ☞ Décision sous impulsion mettant en situations dangereuses
- ☞ Comportement « irréfléchi » entraînant des accidents et des blessures
- ☞ Attitude provocatrice envers les camarades et les adultes entraînant des blessures morales et physiques
- ☞ Initiation a la prise/consommation de substances nocives ayant des conséquences a court et long terme (décision sous l'emprise de l'alcool ou de la drogue, engagement dans des activités sexuelles).
- ☞ Rapports sexuels non protégés aux conséquences immédiates et lointaines sur la santé, le moral, le psychisme, le social et l'économie.

L'ETAT DESIRABLE DE SANTE REPRODUCTIVE DES ADOLESCENTS

(Conférence Internationale sur Population et Développement, Caire 1994)

« Etat complet de bien-être physique, mental, et social et non pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité, dans tous les domaines relatifs au système de santé reproductive aussi bien à ses fonctions qu'à ses processus »

L'ETAT DE SANTE DESIRABLE INCLUT :

- Un rapport poids/âge et taille/âge adéquat
- Une bonne nutrition/alimentation
- Un statut vaccinal à jour
- L'absence de maladie et d'infirmité
- Un soutien moral par la famille et les amis
- La capacité d'éviter les substances nocives
- La capacité de prendre une décision éclairée
- Et sans pression en matière de sexualité (*faut-il s'engager dans une activité sexuelle, avec qui, quand, quel type de sexualité, et comment se protéger des IST/VIH et d'une grossesse*)
- Une bonne image de soi sur le plan apparence physique et caractère personnel

BESOINS EN MATIERE DE SRS DES ADOLESCENTS SELON LE NIVEAU D'EXPERIENCE SEXUELLE

(D'après Ayo Ajayi, Directeur Régional pour l'Afrique, Population Council)

| GRUPE | COMPETENCES ESSENTIELLES | COMPETENCES EN MATIERE DE SANTE REPROD & SEXUELE | TYPE DE SERVICES DE SRSA FOURNIR AU GROUPE |
|---|---|--|---|
| Groupe 1 : Adolescents non encore sexuellement actifs | Recherche d'aide et d'information. Prise de décision. Planification a l'avance. Négociation. | Communication sur la sexualité Pour éviter des rapports sexuels contre gré | Information sur la sexualité, la santé reproductive, l'hygiène corporelle, les relations/rapports avec les autres Conseil (individuel et en groupe) en fonction des besoins du moment |
| Groupe 2 : Adolescents sexuellement actifs mais n'ayant pas encore rencontré de problèmes de SRS | Recherche d'aide et d'information. Prise de décision Planification a l'avance. Négociation. | Communication sur la sexualité. Pour éviter des rapports sexuels contre gré. Utilisation correcte de méthodes contraceptives, surtout les condoms. Développer des attitudes de parente responsable. | Information sur la sexualité, la santé reproductive, l'hygiène corporelle, les relations/rapports avec les autres Conseil (individuel et en groupe) en fonction des besoins du moment Test de dépistage des IST et du VIH (VCT) Gamme variée de méthodes contraceptives Test de grossesse |
| Groupe 3 : Adolescents sexuellement actifs ayant rencontre des problèmes de SRS (IST ou Grossesse indésirées, VHI) | Recherche d'aide et d'information. Prise de décision. Planification a l'avance. Négociation. | Communication sur la sexualité. Pour éviter des rapports sexuels contre gré. Utilisation correcte de méthodes contraceptives, surtout les condoms. Développer des attitudes de parente responsable. | Information sur la sexualité, la santé reproductive, l'hygiène corporelle, les relations/rapports avec les autres Conseil (individuel et en groupe) en fonction des besoins du moment Test de dépistage des MST Traitement des MST VCT et traitement des infections opportunistes Consultations Pré et Postnatales Gamme variée de méthodes contraceptives Test de grossesse Accouchements Assistés |

In Improving the fit : Adolescents' needs and Future Programs for Sexual and Reproductive Health in Developing Countries by Jane Hughes and Ann P. McCauley. June 1998.

LES BARRIERES A L'UTILISATION DES SERVICES DE SR PAR LES ADOLESCENTS

LES BARRIERES D'ORDRE SOCIAL

1. LES « REGLES » SOCIALES VIS-A-VIS DE LA SEXUALITE : les normes et coutumes en vigueur contre l'accès de l'adolescent aux informations sur la sexualité ainsi qu'aux services relatifs
2. LES NORMES RELIGIEUSES considérant surtout que l'accès des jeunes à l'information sur la sexualité est contre la morale et l'éthique religieuse
3. LES PARENTS qui pensent que l'éducation sexuelle à l'école encourage leurs enfants à s'engager dans les rapports sexuels. De surcroît ils pensent que le rôle d'éducation sexuelle de leurs enfants leur incombe.

LES BARRIERES D'ORDRE INSTITUTIONNEL

1. LES POLITIQUES ET LOIS RESTRICTIVES AU NIVEAU NATIONAL : Limitent l'accès des jeunes aux services de SR : âge minimum (18 ans), consentement parental, être marié(e) pour avoir accès aux services
2. LES BARRIERES INFORMELLES DES INSTITUTIONS DE PRESTATION DE SERVICES DE SR : Refus de prestataires de services de SR d'offrir des services aux jeunes célibataires ou sans enfants

Parfois ne facilitent pas l'accès des jeunes aux services par des attitudes inamicales

Traitement discriminatoire des filles qui se voient refuser les services alors que les garçons sont servis.

BARRIERES INHERENTES A L'ADOLESCENCE

Quand un(e) adolescent(e) est face-à-face avec un prestataire de service (ou tout prestataire adulte) il peut être :

1. Timide du fait d'avoir à raconter ses problèmes privés.
2. Embarrassé(e) d'avoir recours à un service de santé reproductive.
3. Inquiet(e) de rencontrer dans ce service une connaissance qui pourrait en parler à ses parents.
4. Mal à l'aise de décrire son problème du fait qu'il a des connaissances limitées en matière de Santé Reproductive.

5. Anxieux (se) du diagnostic qui pourrait être un problème aux conséquences fâcheuses comme une MST ou une grossesse non désirée.
6. Intimide(e) par la formation sanitaire ou par ses autorités.
7. Sur la Défensive du fait d'être l'objet de discussion des prestataires ou bien du fait d'être réfère(e) à ce service contre son gré.
8. Non coopératif(ve) vis-à-vis des prestataires à cause de l'atmosphère d'inconfort qui l'effarait.

DROITS DES ADOLESCENTS EN MATIERE DE SR

La Convention relative aux droits de l'enfant de 1990 a été la première reconnaissance internationale des droits des adolescents à la santé, notamment à la santé en matière de la reproduction. La Convention oblige les gouvernements à garantir l'accès des adolescentes aux services de santé en matière de la reproduction en reconnaissant explicitement leur droit « de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de traitements médicaux et de rééducation. » Lors de la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994 (CIPD), les gouvernements sont convenus de fournir aux adolescents l'information et les services pour les aider à comprendre leur sexualité et à se protéger des grossesses non désirées et des IST.

Les droits des adolescents en matière de SR sont :

1. Le droit de prendre des décisions en matière de santé de la reproduction: choix du conjoint, choix du nombre d'enfants, et de l'espacement des naissances et, le droit à l'information et aux moyens d'exercer ces choix.
2. Le droit à l'égalité et à l'équité pour les femmes et pour les hommes, afin de permettre à chaque personne de faire des choix libres et informés dans tous les domaines, à l'abri d'une discrimination fondée sur le sexe.
3. Le droit à la sécurité en matière de sexualité et de reproduction, ce qui recouvre notamment la protection contre les actes de violence et contre la coercition dans le domaine sexuel, et le droit au respect de la vie privée.
4. Le droit à la santé en matière de sexualité et de reproduction en tant qu'aspect de la santé, tout au long de la vie.
5. Le droit à une bonne santé reproductive
6. Le droit de décider librement et en toute responsabilité de tous les aspects de la sexualité de soi-même
7. Le droit à l'information et à l'éducation sur la sexualité et la reproduction saine afin de prendre des décisions adéquates dans la recherche de partenaires et de faire des enfants
8. Le droit de posséder, contrôler et protéger son corps
9. Le droit de ne pas être discriminé (e)/marginalisé (e), sujet à des violences vis-à-vis de ses décisions en matière de sexualité
10. Le droit d'espérer et de réclamer un plein consentement et respect mutuel dans ses relations sexuelles
11. Le droit à des services de santé reproductive accessible et de qualité sans distinction de sexe, croyance, couleur, situation matrimoniale ou provenance. Cela inclue :

12. l'information et le conseil sur la planification familiale
13. les soins pré et postnataux
14. les soins de santé pour les bébés
15. la prévention et le traitement des IST et des Infections du Tractus Génital
16. quand c'est légal, l'avortement aseptique et les soins post-abortum
17. la prévention et le traitement de l'infertilité
18. les soins d'urgence
19. Le droit à l'intimité et à la confidentialité de la part du personnel médical et paramédical
20. Le droit d'être traité avec dignité, courtoisie, attention et respect
21. Le droit de donner son avis sur les services qui lui sont offerts
22. Le droit à l'égalité des genres et à un traitement équitable
23. Le droit de recevoir des services de santé reproductive aussi longtemps que souhaité/voulu
24. Le droit de se sentir à l'aise en recevant les prestations de santé reproductive
25. Le droit de choisir librement son/ses partenaires sexuels
26. Le droit de rester célibataire
27. Le droit de refuser de se marier
28. Le droit de refuser les relations même quand on est marié(e)