

Organisation mondiale de la santé
Bureau régional de l'Europe
Copenhague



Rapports et Etudes EURO 89

Education sexuelle et planning familial à l'intention des jeunes

Rapport sur une réunion de l'OMS

Copenhague, 1^{er} - 5 novembre 1982

ISBN 92 890 2255 8

© Organisation mondiale de la santé 1985

Les publications de l'Organisation mondiale de la santé bénéficient de la protection prévue par les dispositions du Protocole N° 2 de la Convention universelle pour la Protection du Droit d'Auteur. Pour toute reproduction ou traduction partielle ou intégrale, une autorisation doit être demandée au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 8 Scherfigsvej, DK-2100 Copenhague Ø, Danemark. Le Bureau régional sera toujours très heureux de recevoir des demandes à cet effet.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

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

Ce rapport exprime les vues collectives des participants à une réunion et ne représente pas nécessairement les décisions ou la politique officiellement adoptées par l'Organisation mondiale de la santé.

SOMMAIRE

	<i>Page</i>
Introduction	1
Objet et but de la réunion	1
Définitions	2
Définition générale de l'adolescence	2
Définition générale du planning familial	3
La situation actuelle dans la Région	4
L'éducation sexuelle des jeunes	4
Les obstacles à l'éducation sexuelle des jeunes	6
Le planning familial à l'intention des jeunes	8
Les obstacles au planning familial à l'intention des jeunes	9
Les programmes d'éducation sexuelle	12
Elaboration des programmes	12
Formation du personnel	13
Réalisation des programmes	14
Les services de planning familial à l'intention des jeunes	16
La place des services de planning familial à l'intention des jeunes dans le système général de santé	17
Fonctions et formation des personnels	19
Acceptation des prestations par les clients	21
Conclusions et recommandations	23
Education	23
Services	25
Recommandations générales	27
Annexe 1 Liste des participants	28

REMERCIEMENTS

**Le Bureau régional de l'Europe de l'OMS
tient à remercier
le Fonds des Nations Unies
pour les activités en matière de population
de l'appui financier qu'il a apporté
à ce travail.**

INTRODUCTION

Le Bureau régional de l'OMS a réuni à Copenhague, du 1er au 5 novembre 1982, un groupe de travail sur l'éducation sexuelle et le planning familial à l'intention des jeunes, auquel ont participé onze conseillers venus de huit pays, de l'UNESCO et de la Fédération internationale du planning familial (FIPF), ainsi que du personnel et des consultants du Bureau régional et du Siège de l'OMS. Parmi les disciplines représentées figuraient l'éducation, la sociologie, la psychologie, la pédiatrie, la démographie, l'obstétrique et gynécologie, le planning familial et la médecine psychosexuelle. Le Dr A.H.W. Wahba, directeur, Développement de services de santé complets, au Bureau régional de l'Europe de l'OMS, a ouvert la réunion au nom du directeur régional de l'OMS pour l'Europe.

Objet et but de la réunion

La sexualité humaine fait intervenir des facteurs biologiques, physiologiques, psychologiques et sociaux, et la sécurité, le respect de soi, comme la connaissance de sa personnalité et de son corps, sont des conditions importantes de la satisfaction dans les rapports sexuels. Pour arriver à la plénitude de sa capacité sexuelle, de sa capacité en tant que partenaire sexuel et de sa capacité en qualité de père ou mère de famille, l'individu doit d'abord avoir conscience de ces réalités, ainsi que des rôles joués par l'homme et par la femme, en premier lieu dans la société à laquelle ils appartiennent, mais également dans d'autres. Pour savoir comment trouver en autrui un partenaire potentiel, il faut faire appel au soutien de la génération précédente, car chacun a besoin d'être informé des réalités fondamentales de la biologie, de la psychologie, de la physiologie et de la société. Afin d'accéder à la sécurité et d'acquiescer le respect de soi-même, facteurs importants de la qualité des relations entre personnes de sexe opposé, les jeunes doivent, non seulement connaître ces réalités fondamentales, mais pouvoir s'appuyer sur autrui.

Comme toute société a intérêt à ce que ses membres se sentent en sécurité, éprouvent du respect pour eux-mêmes et adoptent face à leur vie sexuelle une attitude saine, elle a également intérêt à préparer ses membres à leur activité sexuelle future.

C'est pourquoi le Bureau régional de l'Europe de l'OMS a fait réaliser une étude concernant l'éducation sexuelle des jeunes et le planning familial^a, qui met l'accent sur les stratégies utilisées dans les différents pays pour assurer ce type de prestations. Le rapport sur cette étude a servi de document de base au groupe de travail, composé de membres d'organisations internationales actives dans ces domaines, de personnalités qui travaillent à des programmes jugés particulièrement intéressants à l'occasion de l'étude, et de personnes occupant des positions de responsabilité dans des pays qui avaient l'intention d'entreprendre la réalisation de programmes de planning familial ou d'éducation sexuelle des jeunes, ou qui l'avaient déjà fait.

Le groupe de travail avait pour mandat :

- d'étudier la situation actuelle dans la Région, d'analyser les obstacles rencontrés et d'élaborer des stratégies du développement du planning familial et de l'éducation sexuelle à l'intention des jeunes;
- de discuter les mérites et les insuffisances des solutions proposées;
- de déterminer quelles seraient les ressources humaines et institutionnelles permettant d'assurer un suivi, et de formuler des recommandations sur l'éducation sexuelle et le planning familial à l'intention des jeunes.

Sa réunion concrétisait l'intérêt croissant que l'OMS porte aux groupes vulnérables dont font partie, entre autres, les jeunes gens.

Le groupe s'est réuni alternativement en sessions plénières et en petits groupes de débat. Au cours des sessions plénières, les participants ont été invités à présenter les sujets à traiter. Le groupe s'est ensuite divisé en deux sous-groupes, composés l'un des participants essentiellement actifs dans le domaine de l'éducation, l'autre des participants essentiellement actifs dans la prestation de services de planning familial. Les résultats de leurs travaux ont fait l'objet de rapports en séance plénière, et le groupe de travail a dressé un état des principaux points évoqués, de façon à pouvoir en tenir compte dans ses recommandations finales.

DEFINITIONS

Définition générale de l'adolescence

Le rapport sur une réunion organisée en 1978 par le Bureau régional au sujet des travaux de recherche sur les prestations d'assistance liées à la fécondité

^a Lewin, B. *Education sexuelle et enseignement du planning familial à l'intention des jeunes*. Copenhague, OMS, Bureau régional de l'Europe (La santé publique en Europe, N° 23) (sous presse).

de l'adolescence^a proposait une définition complète et détaillée de l'adolescence et de ce qui l'accompagne, d'où le groupe a extrait la définition suivante de l'adolescence :

De façon générale, on peut définir l'adolescence comme la période de transition entre l'enfance et l'âge adulte. Cette transition s'accompagne d'une accession à la maturité sur trois plans principaux : physique, psychologique et social.

Ces étapes de l'accession à la maturité sont décrites en détail dans le rapport en question.

L'adolescence s'assortit de profondes modifications du développement physique et mental, et les différences socio-culturelles ainsi que juridiques existant d'un pays à l'autre empêchent de trouver aisément une définition universelle de l'âge qui correspond à l'adolescence.

Parfois, on utilise l'expression «les jeunes gens» ou «les jeunes» au lieu de «les adolescents». Dans le questionnaire envoyé à tous les Etats Membres de la Région européenne de l'OMS pour l'étude mentionnée plus haut de l'éducation sexuelle et du planning familial à l'intention des jeunes, on trouve cette indication :

Il faut entendre ici, par l'expression «les jeunes», les enfants et les adolescents qui n'ont pas atteint l'âge usuel du mariage ou de la cohabitation en concubinage dans votre pays.

Définition générale du planning familial

En 1970, un Comité d'experts de l'OMS^b a défini comme suit le planning familial (ou planification familiale) :

Les pratiques qui la constituent [la planification familiale] doivent permettre aux individus et aux couples d'atteindre certains buts bien déterminés : éviter les naissances non désirées, favoriser les naissances désirées, agir sur les intervalles génésiques, ajuster le calendrier des naissances en fonction de l'âge des parents, et déterminer le nombre des enfants qui constitueront une famille. A cette fin, elle peut assurer divers services tels que : information et conseils, distribution de moyens contraceptifs, traitement de l'infécondité, éducation sexuelle et familiale, et offrir d'autres activités connexes : consultations de génétique et consultations conjugales, dépistage des tumeurs malignes et services d'adoption, par exemple.

^a *Travaux de recherche sur les prestations d'assistance liées à la fécondité de l'adolescence* : rapport sur une réunion de l'OMS. Copenhague, OMS, Bureau régional de l'Europe, 1979 (Rapports et Etudes EURO, N° 1).

^b OMS, Série de rapports techniques, N° 476, 1971, page 8.

LA SITUATION ACTUELLE DANS LA REGION

L'évolution dans de multiples domaines a donné naissance dans le monde entier à une situation nouvelle. L'amélioration de la nutrition et du contexte social a entraîné une accélération du développement et de la croissance des êtres humains, la puberté, l'activité sexuelle et la possibilité de grossesse se manifestant dès lors dès un plus jeune âge.

L'exode rural accéléré vers les villes, les migrations internationales et le recul de la religion se sont conjugués pour réduire le degré d'acceptation des préceptes et pratiques de jadis. L'éducation prolongée a retardé l'adoption, par les individus, de leurs rôles et responsabilités d'adultes, de sorte que l'adolescence s'est prolongée elle aussi, imposant encore plus à la société le devoir d'informer et d'assurer des prestations de nature à faciliter la transition entre l'adolescence et la prise des responsabilités adultes, comme à réduire au minimum le nombre des grossesses précoces non désirées, avec les risques qu'elles présentent pour la santé et pour la vie de la mère et de l'enfant, ainsi que leurs contreparties négatives : interruption de l'éducation et de la formation, qui peuvent aboutir à une incapacité économique et à une dépendance financière permanente vis-à-vis de la société.

L'éducation sexuelle des jeunes

Dans la Région européenne, l'éducation sexuelle des jeunes se présente sous plusieurs formes, parfois obligatoire et acceptée dans les programmes scolaires dans certains pays, inexistante ailleurs. En revanche, la loi ne l'interdit nulle part.

Même là où cette éducation est obligatoire depuis 1971 et incluse dans les programmes scolaires, elle n'a pas complètement atteint son but, qui est de prévenir les problèmes sexuels et personnels dus à l'ignorance de la sexualité, à en juger par les données présentées par un participant qui s'appuyait sur les réponses à un questionnaire proposé à des écoliers. Il est admis que la connaissance n'empêche pas à elle seule l'apparition de problèmes affectifs et personnels dans ce domaine essentiel de l'existence, mais les conclusions de l'enquête ont révélé un défaut de préparation à des événements même immédiats tels que la puberté. Deux fois plus de garçons (25%) que de filles (12%) ont déclaré n'avoir reçu aucune information avant l'événement, et n'être pas préparés aux modifications bio-sociales associées à la ménarchie et à la spermarchie. L'âge médian du début de l'éducation sexuelle était de douze à treize ans pour les garçons comme pour les filles, et seule une minorité des écoliers avait profité d'une éducation sexuelle avant l'âge de dix ans.

La source principale de l'éducation sexuelle des garçons était leur instituteur (53%), suivi de la mère de famille (5,5%), tandis que les filles ont déclaré, dans la proportion de 41%, avoir reçu cette éducation de leur mère

et 32% de leurs enseignants. Les pères ne jouaient en l'occurrence qu'un très petit rôle. Considérées en groupe, les filles étaient mieux informées dès un âge plus jeune et sur un nombre plus grand de sujets. On a constaté que les garçons étaient beaucoup plus tributaires de l'éducation sexuelle dispensée à l'école.

Le fait que les déclarants n'ont pratiquement jamais mentionné l'intervention du père tient peut-être à ce que, dans bien des sociétés, le père de famille passe moins de temps avec ses enfants et aussi moins de temps à leurs soins intimes. Cela peut tenir cependant aussi au fait que les femmes établissent un rapport entre sexualité, reproduction et bébés, ce qui permet de présenter plus facilement le sujet, tandis que beaucoup d'hommes associent davantage à la sexualité le plaisir ou le désir, qui sont peut-être plus difficiles à faire comprendre à autrui.

Il a été reconnu que les enseignants ne sont pas naturellement aptes à dispenser une éducation sexuelle, encore qu'on puisse augmenter leurs capacités en la matière grâce à une formation qui devrait s'inscrire dans le programme de base de leur instruction. De même, les médecins et les infirmières peuvent posséder les connaissances objectives qui sembleraient faire d'eux de bons éducateurs sexuels, mais il arrive qu'ils n'aient pas les aptitudes nécessaires à la communication et qu'une formation plus poussée leur soit également profitable.

Les participants ont également envisagé la contribution que les jeunes eux-mêmes pourraient apporter à leur éducation sexuelle et ont admis qu'il serait éventuellement possible, en les écoutant, de mieux comprendre ce qu'il conviendrait d'inclure dans cette éducation à différents moments. Par exemple, les jeunes enfants définissent la sexualité comme une série de sensations qu'ils éprouvent au sujet de leur corps, de son développement et des différences anatomiques, plutôt qu'en termes de coït ou de grossesses. Les soucis affectifs des enfants plus âgés peuvent comporter une recherche du sexe opposé sous la forme de relations sociales ou le recours à des caresses intimes, avant d'envisager des relations sexuelles complètes. On sait que des groupes de jeunes organisent leurs propres programmes d'éducation sexuelle de manière à y inclure ce qui les intéresse à différents âges et s'adressent à des personnes compétentes pour apprendre ce qu'ils souhaitent savoir. Ces groupes veulent non seulement obtenir des informations objectives et fiables sur le développement physique, la conception, la contraception, les maladies d'origine sexuelle, la grossesse et la naissance, mais comprendre également les réalités de la masturbation, de l'avortement, de l'homosexualité et de toute la gamme des activités sexuelles, plus particulièrement pour pouvoir discuter de l'intensité des sentiments et de la façon d'établir avec le sexe opposé des relations saines.

Une question a été posée, à savoir : « Est-il véritablement si mauvais que les jeunes fassent l'expérience des premières amours dont ils sont physiquement capables, s'ils sont également stables sur le plan affectif et suffisamment mûrs

pour assumer cette expérience et si leur foyer et leur école peuvent leur apporter l'éducation sexuelle adéquate et souhaitable sur le plan psychologique ?». Il a été reconnu que de nombreux jeunes avaient entre eux des rapports sexuels et les enquêtes ont fait ressortir des variations considérables de l'âge du premier rapport : dans un pays, par exemple, 34% des garçons et 17% des filles avaient eu des rapports sexuels avant l'âge de dix-huit ans, alors que, dans un autre, les proportions atteignaient 59% pour les garçons et 37% pour les filles. Dans un échantillon représentatif choisi dans une ville d'un troisième pays, environ deux tiers des filles, mais seulement un tiers des garçons, avaient eu des rapports sexuels avant seize ans. Dès lors, un programme d'éducation sexuelle et la fourniture de conseils et de moyens contraceptifs ont été jugés indispensables pour permettre aux jeunes d'atteindre l'âge adulte sans grossesses précoces.

Les obstacles à l'éducation sexuelle des jeunes

Dans les pays où l'éducation sexuelle ne fait pas partie des programmes scolaires admis, et où l'on commence à la pratiquer et à la développer, il faut faire preuve de beaucoup de tact pour tenir compte de l'opinion publique comme des us culturels et religieux. Certains peuvent juger qu'en raison des valeurs morales qui sont les leurs, les informations données à l'occasion d'un cours d'éducation sexuelle pourraient exercer une influence corruptrice sur les jeunes, et ils s'efforceront alors d'en empêcher l'inscription dans les programmes scolaires. Le terme d'«éducation sexuelle» peut constituer en soi un obstacle, car on le considère souvent comme l'équivalent d'une «formation aux rapports sexuels», plutôt que comme une préparation à l'âge adulte. C'est pourquoi on a utilisé diverses expressions pour essayer de replacer le concept dans un contexte plus large et de le rendre acceptable par les cultures locales :

- éducation sanitaire et sexuelle
- formation à la vie familiale
- humanisation des relations intersexuelles
- préparation à la création d'une famille
- formation à une vie de famille saine.

Les obstacles à l'éducation sexuelle ont été subdivisés de la façon suivante :

- obstacles sociaux
- obstacles inhérents au système d'éducation
- obstacles inhérents au groupe-cible.

Obstacles sociaux

Obstacles juridiques

- Sur le plan de la diffusion de l'information, puisqu'il est impossible, dans certains pays, ne fût-ce que de parler de l'avortement
- Restrictions particulières telles que celles imposées dans les médias à la publicité des moyens contraceptifs

Obstacles culturels

- Refus des autorités locales
- Résistance des parents
- Ignorance du problème par le public
- Résistance des groupes religieux
- Valeurs traditionnelles (concernant par exemple le rôle des individus de chaque sexe), attitudes à l'égard du mariage, etc.
- Aspects socio-économiques
- Degré d'instruction
- Aspects démographiques, par exemple les politiques officielles pronatalistes ou antinatalistes
- Valeurs différentes des groupes minoritaires
- Existence ou non de programmes d'éducation sexuelle.

Obstacles inhérents au système d'éducation

- Résistance aux changements au niveau de la direction
- Non-inclusion de l'éducation sexuelle dans les programmes de formation des enseignants
- Messages ou informations conflictuels selon leur source
- Conflits de valeurs entre systèmes officiels et non officiels
- Obstacles inhérents à la personne qui dispense l'éducation et qui l'amènent parfois à éviter de parler de la sexualité en l'abordant sur le plan médical seulement
- Systèmes d'enseignement verticaux
- Manque de concertation entre les enseignants et le personnel sanitaire des écoles
- Systèmes traditionnels, enseignement ex-cathedra, enseignement didactique, etc.
- Manque d'intégration des informations dans les programmes d'éducation
- Absence de matériels d'éducation sexuelle répondant aux besoins des adolescents, à la fois à l'école et au dehors
- Ignorance des préoccupations des adolescents

- Manque d'influence des adolescents sur ce qu'ils entendent apprendre et non-participation des adolescents à l'enseignement.

Obstacles inhérents au groupe-cible

- Inhibition face à l'éducation en groupe
- Manque de confiance dans les enseignants (en raison de leurs attitudes, de leur sexe, de leur âge, de leur aspect, de leur ignorance, etc.)
- Maturation sexuelle différente entre les membres du groupe-cible
- Manque de confiance dans le système scolaire (préservation de l'anonymat, etc.)
- Pressions exercées par les camarades (valeurs, comportements)
- Conflits de culture, dans le cas par exemple des enfants d'immigrés ou des jeunes immigrés
- Handicaps physiques ou mentaux

Certains de ces obstacles étant connus, il sera plus facile de trouver des stratégies pour les surmonter aux différents niveaux.

Le planning familial à l'intention des jeunes

Si la plupart des gouvernements essaient de décriminaliser les grossesses de l'adolescence et ont conscience de leur nombre relatif, ils ne sont pas toujours d'accord sur la prestation de services de planning familial aux jeunes, et c'est la raison pour laquelle ces prestations varient d'un pays à l'autre de la Région. Dans certains d'entre eux, le planning familial est offert aux jeunes par le service national de la santé et par les médecins de famille, aussi bien que par des dispensaires de planning familial et des centres spéciaux ouverts aux jeunes. Ailleurs, les possibilités sont peu nombreuses, et il arrive que la loi interdise la remise de contraceptifs aux mineurs de moins de dix-huit ans.

Il arrive, même là où la contraception des jeunes est légalisée, que les prestations offertes restent limitées de crainte que l'offre de moyens anti-conceptionnels soit considérée comme un encouragement à des rapports sexuels précoces et prénuptiaux ainsi qu'à la promiscuité.

La plupart des jeunes ne considèrent pas que le terme de «planning familial» puisse s'appliquer à eux, car ils n'envisagent généralement pas de créer une famille. Ils accepteraient peut-être plus facilement les notions de contraception, de limitation des naissances ou de conseils à la jeunesse.

La création d'un centre doit nécessairement s'accompagner d'une certaine publicité si l'on veut en tirer pleinement parti, et cette publicité doit s'adresser à la fois aux jeunes gens et aux professionnels qui s'occupent d'eux. La publicité des services, de leur emplacement et de leurs heures d'ouverture peut utilement faire appel à des affiches, à des prospectus, à des articles dans les journaux, aux revues professionnelles et aux revues populaires lues par les adolescents, ainsi qu'à la radio et à la télévision.

L'aiguillage vers les centres par les agents sanitaires et d'autres personnes peut se trouver facilité moyennant des réunions «portes ouvertes» des personnels locaux de santé, médecins, infirmières de santé publique, sages-femmes, de représentants des écoles, collègues et autres établissements d'enseignement, de travailleurs sociaux, de moniteurs de jeunesse, des personnels de pédiatrie et d'autres travailleurs intéressés. S'ils ont la possibilité de visiter le centre, de connaître les prestations qui y sont offertes et d'en rencontrer le personnel, ils auront plus de facilité pour aiguiller les jeunes dont ils savent qu'ils ont besoin de contraceptifs ou de conseils.

Les prestations de contraception s'adressent généralement aux sujets de sexe féminin, car les moyens prescrits sont d'ordinaire ceux qu'utilisent les femmes. Les jeunes hommes peuvent avoir le sentiment de n'être pas encouragés à assumer leurs responsabilités ou à user de moyens anticonceptionnels. Lorsqu'on s'efforce de les attirer dans les centres, grâce à l'attitude compréhensive du personnel et en leur offrant des lectures qui s'adressent de toute évidence à des garçons, il arrive que les jeunes hommes s'y rendent soit pour accompagner leur partenaire et assister aux consultations, soit pour se procurer des contraceptifs (condoms) à leur usage. Ils profitent parfois de cette occasion pour débattre de leurs problèmes ou de leurs anxiétés sexuelles, chose qu'il n'est pas toujours possible de faire ailleurs.

A côté des prestations des dispensaires et des médecins de famille, les conseils de caractère non clinique et les services officieux de conseils à la jeunesse jouent parfois un rôle important par les contacts qu'ils permettent d'établir avec les jeunes non conformistes qui ne s'adresseraient pas à un service de caractère autoritaire ou clinique. Une fois que le premier contact est établi et que la confiance règne, l'aiguillage direct vers le service clinique peut remporter plus de succès.

Lorsque la création de services officiels rencontre une opposition, il vaut parfois mieux qu'une organisation indépendante ou bénévole organise des opérations-pilotes. Si cette action est suivie et évaluée, et si l'on adresse des rapports la concernant aux autorités de la santé et de l'éducation, ainsi qu'aux médias pour qu'ils les diffusent dans le public, la nécessité d'un planning familial et les moyens de l'assurer se verront démontrés, et ces opérations-pilotes pourront offrir un modèle pour les services de santé nationaux.

Les obstacles au planning familial à l'intention des jeunes

Lorsque la loi impose des contraintes à la contraception des mineurs et que les droits des parents sur les enfants prennent le pas sur tout le reste, la création d'un service ne sera pas nécessairement bénéfique au groupe-cible considéré, car une forte proportion de ses membres n'en utiliseront pas les prestations si elles sont subordonnées au consentement des parents.

Si la situation locale en matière de grossesses, d'avortements ou d'incidence des maladies d'origine sexuelle n'a fait l'objet d'*aucune* recherche,

ou si les résultats de la recherche n'ont pas été portés à la connaissance des décideurs et du public, l'action en faveur du planning familial ne sera pas toujours bien acceptée. Lorsque l'interruption de grossesse n'est pas autorisée par la loi, la contraception prend encore plus d'importance.

Face aux pressions exercées par les groupes religieux ou traditionalistes qui s'opposent à une contraception plus facile, certains pays de la Région ont adopté des règlements et de nouvelles interprétations qui ont rendu la vie plus difficile aux jeunes qui se savent exposés à un risque et qui pourraient profiter de la contraception, mais qui craignent que l'on n'apprenne qu'ils s'adressent aux services de planning familial.

Dans certains pays, le corps médical n'accorde pas une haute priorité au planning familial, qu'il ne considère pas comme une action sanitaire préventive, ou bien qu'il trouve inintéressant et sans profit pour lui. On sait que les considérations financières constituent un obstacle si les praticiens acquièrent une partie de leur revenu grâce à des interruptions de grossesse ou à des prestations privées, ou encore lorsqu'ils craignent de perdre leur clientèle familiale s'ils heurtent les parents en assurant une contraception à leurs enfants.

Il existe, à l'intérieur du groupe-cible, de nombreux obstacles, y compris l'ignorance et l'absence d'informations objectives, à laquelle s'ajoutent aussi parfois la crainte des services et des actes médicaux et les mythes concernant la sécurité des moyens contraceptifs, voire la difficulté d'accepter le fait même d'un rapport sexuel. Les obstacles au planning familial peuvent se diviser de la même façon que les obstacles à l'éducation sexuelle :

Obstacles sociaux

Obstacles juridiques

- Age du consentement, âge du consentement aux traitements médicaux, âge de la majorité
- Contraception et offre de contraception
- Avortement et autorisation des IVG

Obstacles naturels

- Opposition des parents
- Opposition religieuse
- Refus culturel ou religieux d'accepter certaines méthodes
- Incompréhension ou non-acceptation des styles de vie de l'adolescence
- Ignorance des problèmes de la part du public

Obstacles socio-économiques

- Assurance médicale non étendue aux jeunes gens
- Insuffisance des budgets des services de santé

- Problèmes démographiques, politiques officielles pronatalistes ou antinatalistes
- Politiques officielles concernant les services, financés par les pouvoirs publics ou indépendants
- Faible priorité donnée aux adolescents
- Faible priorité accordée au planning familial en général

Obstacles inhérents au système d'éducation

- Lois et règlements restrictifs
- Ignorances du personnel des services
- Attitudes négatives du personnel face à la sexualité des jeunes
- Manque de moyens, de personnel qualifié, de ressources financières, etc.
- Défaut d'anonymat, incertitude au sujet du secret
- Tarifs excessifs imposés aux adolescents
- Manque d'information adéquate
- Absence de méthodes de contraception acceptables par les adolescents ou par les pourvoyeurs
- Difficultés d'accès
- Heures d'ouverture inconfortables
- Insuffisance d'information pour la planification
- Absence de programmes de formation adéquats
- Faible priorité médicale accordée au planning familial

Obstacles inhérents au groupe-cible

- Résistance à l'idée de contraception
- Ignorance des services existants et des moyens d'y accéder
- Manque de confiance dans les prestations offertes
- Défaut de planification préalable
- Résistance à la contraception planifiée
- Crainte des effets secondaires de la contraception
- Crainte des visites médicales
- Pression des camarades
- Attitudes des adolescents et des adolescentes face aux responsabilités
- Tendance des adolescents à la prise de risques, au refus social, etc.
- Stéréotypes sexuels (influence des médias)
- Désir d'avoir un enfant

LES PROGRAMMES D'EDUCATION SEXUELLE

Elaboration des programmes

Les programmes d'éducation sexuelle revêtent le plus d'efficacité s'ils bénéficient du soutien des autorités chargées de l'éducation en général et si l'on prend la peine de décider quels sont les éléments objectifs à inclure dans cette éducation pour bien faire connaître les facteurs mentaux, physiques et affectifs qui interviennent et comment il est possible de créer des attitudes saines face à la sexualité. Il importe d'insister sur la valeur positive de la connaissance de la nature de la sexualité, et de son importance pour des relations humaines saines, ainsi que sur l'égalité des sexes malgré les rôles différents qui leur sont impartis.

Une éducation sexuelle suivie depuis le niveau préscolaire jusqu'à l'école primaire et à l'école secondaire vaut mieux qu'un seul cours donné dans l'année terminale. A ce moment, les adolescents auront recueilli beaucoup d'informations, peut-être inexactes, qui n'auront rien fait pour soulager leurs anxiétés et remédier à leur ignorance des questions sexuelles.

Trois étapes du développement d'un programme d'éducation sexuelle ont été proposées :

- On commence par étudier tous les sujets enseignés à l'école et à les évaluer, pour déterminer dans quelle mesure l'éducation sexuelle peut être incorporée dans le programme.
- On réalise ensuite, pour évaluation, dans certaines écoles, des études-pilotes à partir de programmes expérimentaux.
- Enfin, on établit les programmes définitifs et on les évalue ensuite.

La planification des programmes peut prendre des formes très diverses selon les régions, en fonction des conditions sociales qui y règnent et des attentes de la société. Par exemple, dans un contexte libéral, le mariage a moins d'importance et la fréquence numérique des parents célibataires est un fait reconnu, alors que, dans des régions plus conservatrices, le comportement sexuel ne pourra être débattu que dans le contexte du mariage.

Il faut inclure dans tout programme une information de base, adaptée aux divers groupes d'âges, et le contenu du programme pourra être réexposé à différents niveaux du développement des enfants et des adolescents, car ils poseront des questions différentes et l'information qu'on leur donnera ne devra pas dépasser les limites de ce qu'ils demanderont à n'importe quel moment.

Le cours d'éducation sexuelle devrait apporter des informations sur l'anatomie et la physiologie masculines et féminines, sur les transformations

associées à la puberté et sur les différences dans l'âge où la puberté se produit et s'exprime dans le développement physique, qui peuvent provoquer l'anxiété. Il faudra parler de la reproduction, de la conception et de la contraception, de la grossesse et de l'enfantement, sans négliger aucun aspect de la vie sexuelle, non plus que l'homosexualité, la masturbation ni les maladies d'origine sexuelle.

L'éducation sexuelle devrait s'inscrire dans un programme plus vaste (par exemple, «les modes de vie sains», «la préparation à l'âge adulte»), qui permette de faire comprendre les valeurs morales nécessaires pour établir des bases rationnelles de décision ainsi que de susciter des attitudes objectives et compréhensives à l'égard de la sexualité dans ses manifestations diverses, et qui fasse apprécier les satisfactions positives que peuvent apporter des relations sexuelles honnêtes et pratiquées avec tact.

Formation du personnel

Pour obtenir des effets maximaux, la formation des éducateurs doit commencer de bonne heure, avant même l'introduction des programmes d'éducation sexuelle dans les écoles.

L'inclusion de l'éducation sexuelle dans les programmes de formation des enseignants leur apportera les connaissances de base sur le contenu des programmes et fera mieux comprendre aux jeunes enseignants leur propre sexualité, celle d'autrui, et les divergences de vues éventuelles.

Les enseignants ne décideront pas tous d'assurer une éducation sexuelle, et d'ailleurs ils ne seront pas nécessairement tous efficaces, même s'ils ont reçu une formation. En effet, l'éducation sexuelle, à la différence de l'éducation en général, concerne directement et de façon très personnelle les décisions que chacun prend au sujet de son existence. Il importe d'être sensible à ce fait et de respecter l'intimité de l'éducateur et de l'élève.

La formation doit porter sur la connaissance des réalités fondamentales de la sexualité humaine et des facteurs du développement, physique, psychologique et social, mais elle doit également apporter les bases de l'acquisition des aptitudes à la communication nécessaires pour transmettre cette connaissance, et créer le point de départ d'une empathie et d'une compréhension des besoins des élèves. Les éducateurs doivent avoir la possibilité de mieux avoir conscience de leur sexualité, de ses besoins et de son expression, et aussi de leurs inhibitions et de leurs inconforts particuliers. On a suggéré, pour faciliter cette formation, diverses techniques qui s'éloignent de l'enseignement à proprement parler didactique.

On peut ainsi envisager de faire appel à un système de débats en petits groupes, utilisant des questionnaires sur divers aspects de l'éducation sexuelle pour engager le débat sur les questions de la sexualité. On peut également se fonder sur une série de cas théoriques, présentant des situations différentes, pour débattre des sentiments éprouvés au sujet d'un comportement ou d'une

pratique, et tirer ainsi les attitudes au clair. De cette façon, on respectera l'intimité des participants, et ils acquerront l'expérience du débat sur les questions et les attitudes sexuelles, ainsi que de l'apprentissage des vues d'autrui.

Les jeux de rôle font mieux comprendre les vues des autres et servent utilement à l'étude des attitudes mentales.

Les futurs enseignants devraient se familiariser avec les matériels audiovisuels et autres d'éducation sexuelle, et il conviendrait d'encourager la création de matériels appropriés au groupe cible et à sa culture.

Les enseignants devraient se prêter à une éducation continue, pour actualiser et développer à la fois leurs compétences, et cette formation devrait s'inscrire dans leurs horaires de travail.

L'utilisation de tels ou tels vocabulaires dans l'éducation sexuelle a fait l'objet d'un débat, et il a été reconnu que certains pourraient se sentir gênés ou offusqués par les expressions vulgaires ou familières utilisées pour désigner des fonctions physiologiques ou des organes sexuels, mais les participants ont admis que, sans la connaissance de la terminologie non médicale, la communication pourrait se révéler difficile. Ils ont jugé qu'il serait bon d'en connaître les expressions et de se familiariser avec elles, mais aussi d'enseigner aux étudiants un vocabulaire moins chargé d'affectivité et plus acceptable, qui leur permette de parler plus librement des impressions et des fonctions sexuelles.

Les enseignants ne sont pas les seuls éducateurs en matière de sexualité : les travailleurs sociaux, les cadres de jeunesse, les camarades, voire les membres des professions de santé, peuvent également participer à cette éducation, et tous tireraient profit d'une formation à cet effet.

Réalisation des programmes

Les parents peuvent exercer des influences variables, consistant à interdire ou décourager toute discussion des questions sexuelles, à n'autoriser la sexualité que dans le cadre du mariage, ou bien à se montrer compréhensifs et bienveillants à l'égard de la sexualité des jeunes et à encourager l'éducation sexuelle. Beaucoup de parents n'ont pas conscience des pressions nouvelles qui s'exercent sur leurs enfants et conçoivent les problèmes d'une façon qui n'a aucun rapport avec la vraie vie de ces enfants. Ils peuvent se sentir soulagés lorsque quelqu'un d'autre, par exemple un enseignant, se charge de cette responsabilité, ou encore regretter d'être incapables de jouer un rôle plus utile, notamment dans les premières années de l'enfance. Beaucoup de parents seraient heureux de recevoir une éducation plus poussée qui leur permette d'être mieux informés et utiles à leurs enfants, et les participants ont reconnu que des programmes de radio et de télévision s'adressant aux adultes pourraient mieux les informer et les aider à assumer ce rôle. La période de l'adolescence peut nécessiter de la part des parents un certain

respect de l'intimité des enfants, et les jeunes accepteront parfois plus facilement de se confier à d'autres adultes : tantes, oncles, ou personnes plus âgées. Les revues et les quotidiens lus par les jeunes pourraient constituer pour eux une source utile d'information, et la documentation présentée au cinéma, à la télévision, et plus récemment sur les cassettes de magnéto-scope, a des effets très étendus. Les valeurs dépeintes dans les médias, comme dans la culture et la musique populaires, n'encouragent pas nécessairement à la stabilité et à la prise de responsabilités sociales, mais on peut utiliser ces intermédiaires comme exemples pour débattre des valeurs qu'ils dépeignent et pour juger des attitudes qu'ils expriment.

D'autres institutions de planning familial participent désormais elles aussi à l'éducation sexuelle, et c'est en partie pourquoi le contenu, comme les méthodes, de l'éducation sexuelle se sont modifiés là où les programmes existent depuis quelques années. Au début, l'éducation sexuelle revêtait une forme théorique et s'alignait sur le modèle médical, pour se concentrer sur la reproduction, et les éducateurs étaient souvent des médecins.

Aujourd'hui, les spécialistes préfèrent faire part de leurs connaissances aux enseignants et autres éducateurs professionnels et ne pas se rendre dans les écoles pour un cours unique, généralement consacré à la conception et aux maladies d'origine sexuelle, donné juste avant la fin de la scolarité. On met davantage l'accent aussi, aujourd'hui, sur les relations personnelles et la sexualité, où l'on voit quelque chose de plus que les rapports sexuels. On paie également plus d'attention à l'importance de la sexualité en tant que valeur en soi et dans son contexte social. L'éducation sexuelle ne se présente plus sous la forme d'un «cours» unique, mais bien sous celle d'un programme intégré, ou d'une série de cours, et la méthode d'éducation a changé elle aussi. Le cours ex-cathedra a cédé la place à des techniques de participation, telles que les jeux de rôle et l'administration de questionnaires, et, en particulier lorsqu'on a affaire à des jeunes gens relativement âgés, on préfère les débats en petits groupes où l'enseignant agit en tant que modérateur pour encourager l'expression des opinions et permettre aux élèves de parler des questions qui les intéressent directement.

Certains systèmes font appel à de jeunes volontaires, formés pour transmettre avec fidélité l'information à leurs camarades, et capables d'aiguiller ceux qui en ont besoin vers les services adéquats. Cette technique prend de l'efficacité avec les jeunes qui ont déjà quitté l'école et n'ont pas nécessairement reçu une éducation sexuelle suffisante, mais qui hésitent à s'adresser à des services médicaux pour y recevoir des conseils. Le taux de renouvellement de ces jeunes bénévoles est élevé, en raison de leurs obligations universitaires ou professionnelles, et parce que la formation qu'ils assurent doit être continue, mais la méthode produit à long terme des effets bénéfiques car elle permet de toucher un plus grand nombre de jeunes qui peuvent ensuite, eux-mêmes, informer leurs camarades et les aiguiller vers les services compétents.

Certains organismes de planning familial recourent largement au système d'information sur demande, par téléphone, pour renseigner sur des points concrets tels que les prestations disponibles, l'utilisation des moyens anti-conceptionnels, etc. De plus, en raison de son anonymat, ce système plaît davantage à de nombreux jeunes qui ont le souci de leur sexualité ou de leurs rapports sexuels et qui souhaitent en discuter avec une personne informée.

Certains groupes de jeunes sont particulièrement vulnérables et risquent de passer au travers des programmes d'éducation sexuelle : il s'agit par exemple des immigrés, qui doivent parfois s'adapter à des pratiques et valeurs culturelles différentes des leurs et de nature, dans certains cas, à entrer en conflit avec leur éducation antérieure. Il importe, pour résoudre leur problème, de recenser et de former des membres compétents des groupes d'immigrés, qui serviront de contacts et d'interprètes.

On risque aussi de négliger les handicapés physiques ou mentaux, notamment lorsqu'ils sont placés dans des établissements d'éducation spéciaux ou dans des hôpitaux pour le traitement de leur invalidité, ou encore lorsqu'ils sont confinés à leur domicile. Cela tient peut-être à une certaine répugnance à reconnaître la sexualité des personnes handicapées et le besoin qu'elles ont de l'exprimer. Il existe, dans certaines régions, des programmes destinés à former les personnes qui s'occupent des handicapés, de façon qu'elles puissent assurer une éducation sexuelle, admettre la sexualité de leurs patients et leur permettre de l'exprimer.

Une importance particulière s'attache aux services de conseils aux jeunes existant hors du contexte médical. Leur approche décontractée, selon la formule de la «porte ouverte», et leur emploi de conseillers qualifiés leur permet de servir de sources d'information de rechange, s'adressant à des jeunes qui hésitent à faire appel à des services officiels. Bien qu'ils s'attaquent à des problèmes divers, y compris celui des jeunes sans foyer, celui de la solitude et celui de l'abus des stupéfiants et de l'alcool, bon nombre de jeunes qui s'y rendent ont aussi parfois des difficultés liées à leur sexualité, qui appellent compréhension et conseils.

Il ne faut pas non plus négliger le rôle des bibliothèques accessibles aux jeunes lorsqu'il s'agit de proposer à ceux-ci des ouvrages concernant les questions sexuelles. C'est là un moyen bien accueilli et important d'éducation sexuelle pour ce qui touche aux préoccupations particulières de chaque individu.

LES SERVICES DE PLANNING FAMILIAL A L'INTENTION DES JEUNES

En soi, l'éducation sexuelle n'empêche ni n'encourage l'activité sexuelle des jeunes. Si l'on veut réduire l'incidence des grossesses d'adolescentes et permettre aux jeunes d'exprimer leur sexualité sans craintes excessives, il faut

donner la priorité à l'accès aux moyens anticonceptionnels et à leur utilisation. C'est évidemment plus facile dans les pays où existent déjà des services de planning familial, mais il faut que les services existants s'adressent à ce groupe particulièrement vulnérable dans les régions où les services de planning familial en sont encore au stade embryonnaire.

L'expérience montre que les effets bénéfiques des prestations de planning familial, que révèle l'incidence des grossesses dans le groupe cible, prennent trois à dix ans pour se manifester. Cela s'explique par des hésitations initiales, notamment avant qu'une grossesse éventuelle n'oblige à consulter, hésitations qui jouent jusqu'au moment où le service est accepté avec confiance et peut être utilisé avant l'établissement d'une relation sexuelle ou à son début, car une bonne partie des rapports sexuels précoces ne sont pas prémédités et ne se situent pas nécessairement dans le cadre d'une relation sexuelle bien établie. Lorsque des prestations adéquates sont offertes, on a constaté que l'incidence nationale des grossesses qui aboutissent à un accouchement ou une IVG diminuent au fil des années. Dans les pays où l'IVG est légalisée, le taux de natalité diminue parfois au début, du fait des recours plus nombreux à cette solution, mais au fur et à mesure que l'emploi des moyens anticonceptionnels se développe, l'incidence totale des grossesses diminue, de même que celle des interruptions volontaires. On l'a constaté en particulier lorsque les programmes d'éducation sexuelle mettent l'accent sur la responsabilité des deux partenaires. La prise de conscience des risques de maladies d'origine sexuelle a conduit à une utilisation croissante des préservatifs au début de l'établissement de relations sexuelles. Toutefois, la plupart des jeunes filles ne s'adressent encore pour la première fois à un service de planning familial que lorsqu'elles croient déjà être enceintes.

Il existe des moyens de contraception post-coïtale auxquels on peut recourir jusqu'à 72 heures après les rapports et, dans les pays où ces moyens sont de plus en plus connus et mis à la disposition des jeunes, un plus grand nombre d'entre eux se présentent aux services compétents à la suite d'un rapport sexuel sans protection. Cela peut entraîner une diminution du nombre des avortements, mais il importe également de prendre contact avec un service qui, s'il est à la hauteur de sa tâche, permettra aux jeunes de discuter et pourra leur fournir les moyens de contraception ultérieure.

La place des services de planning familial à l'intention des jeunes dans le système général de santé

Pour assurer la couverture la plus large possible du groupe cible, il faudrait offrir des prestations en plusieurs points, dont les uns seraient intégrés dans les services existants et les autres créés spécialement à l'intention du groupe cible. Cela permettrait également aux jeunes de choisir dans une certaine

mesure à qui s'adresser, facteur important si les prestations ne sont pas acceptables dans un contexte particulier, en raison en général d'un manque d'empathie avec le prestataire ou de la crainte que l'anonymat du client ne soit pas respecté.

Services intégrés

Les services intégrés font appel aux médecins de famille ou aux généralistes qui veulent bien favoriser la contraception, aux dispensaires de PMI et aux autres services sociaux, aux services de santé scolaire et aux dispensaires de consultations externes rattachés aux hôpitaux. Lorsque ces services se trouvent dans les mêmes locaux, on peut les rendre plus facilement acceptables en assurant des prestations spéciales aux jeunes à des heures différentes, ou en faisant appel à un personnel différent qui comprend les besoins des jeunes.

En cas d'intégration totale dans les services destinés aux adultes, les jeunes risquent d'éprouver des incertitudes quant à la façon dont ils seront reçus et à leur anonymat. Lorsque tel est le cas, une forte proportion du groupe cible ne se présentera pas d'elle-même si on ne lui offre pas des facilités spéciales.

Services spéciaux à l'intention des jeunes

Il existe divers services à l'intention des jeunes qui ont un rôle important à jouer dans la diffusion de la contraception :

- Certaines localités possèdent des dispensaires à l'intention des adolescents, qui ont pour vocation de les conseiller au sujet de leurs problèmes médicaux et généraux et qui prennent également en charge leurs problèmes sexuels et de grossesse.
- Les services de santé des universités et des établissements d'enseignement avancé peuvent dispenser des conseils sur la contraception, et le font souvent.
- Les dispensaires de contraception à l'intention des jeunes constituent une formule qui s'adresse directement au groupe cible, et les jeunes savent qu'ils sont prêts à leur apporter de l'aide, de sorte qu'ils hésitent moins au départ à s'y présenter.

Ces services spéciaux peuvent également offrir une formation au personnel qui travaillera ensuite dans les services intégrés et qui peut, dans ce cadre moins rigoureux, éprouver et évaluer de nouvelles formules.

Les services destinés aux jeunes doivent réagir aux besoins de leur groupe cible local et aux transformations mêmes de ce groupe, consécutives par exemple à l'arrivée de nouveaux immigrants. Ils doivent également être prêts

à assurer de nouvelles prestations si le besoin s'en fait sentir, par exemple le dépistage de la rubéole, les tests d'infection et les conseils de grossesse.

Il importe, lorsque divers services s'adressent aux jeunes, d'avoir un comité consultatif ou de coordination où s'échangeront des informations et des idées, au niveau local aussi bien qu'au niveau national. Ces comités devraient comprendre des représentants des services sociaux et pédagogiques, des cadres de jeunesse et des prestataires de services, et il conviendrait également d'envisager la possibilité d'y faire figurer des représentants des jeunes locaux, de façon à leur permettre de présenter leurs vues.

Il arrive souvent que les jeunes ruraux sexuellement actifs n'aient pas accès à un service central et, dans les zones rurales de nombreux pays, les grossesses précoces conduisent généralement au mariage. On pourrait, dans ces zones, donner la priorité à la formation de sages-femmes en tant qu'éducatrices en matière de contraception, car il s'agit en général de personnes du cru.

Fonctions et formation des personnels

Les attitudes des prestataires de services ont une importance cruciale dans le planning familial à l'intention des jeunes. Les responsables de l'organisation et de la planification des services, les responsables des décisions, les élus politiques, les administrateurs, les fonctionnaires locaux et les professionnels directement concernés doivent comprendre l'importance que revêt le planning familial pour la personnalité, la santé physique et mentale et la vie future des jeunes. Ils doivent comprendre les besoins et les difficultés que ressentent spécialement les jeunes qui demandent des conseils au sujet de la sexualité et de la contraception.

La nature des prestations offertes et les personnels employés dépendent parfois des sources de financement et non pas seulement des intentions du service, et c'est ainsi par exemple qu'il arrive de nommer à un service de santé intégré un personnel qui ne s'intéresse pas particulièrement au planning familial, ni aux jeunes gens. Il arrive, dans ce cas, que réceptionnistes, médecins, infirmières et sages-femmes se confinent dans leurs rôles traditionnels.

Ce sont surtout les généralistes et les gynécologues qui ont la charge de prescrire les moyens de contraception tels qu'anticonceptionnels oraux et dispositifs intra-utérins (DIU). Lorsqu'ils n'ont pas reçu de formation particulière, ils ne prêtent souvent à cette tâche qu'un intérêt surtout technique et il leur arrive de n'accorder au planning familial qu'une faible priorité s'ils ne s'y intéressent pas suffisamment.

Tant que le planning familial, ce qu'il comporte et ses conséquences, ne seront pas inscrits aux programmes d'études des futurs médecins, il faudra former spécialement des médecins aux techniques et au savoir-faire nécessaire, notamment s'ils doivent travailler avec des jeunes.

Considérant la grande importance du contexte psychosocial lorsqu'on a affaire à des jeunes, il faut également faire appel à d'autres personnels de

la santé et des services sociaux et les former aux prestations nécessaires, notamment les personnels infirmiers et les sages-femmes. De par leur formation professionnelle, celles-ci sont habituées à assurer des soins, et comme il s'agit en général de femmes, elles peuvent plus facilement établir des contacts avec les jeunes filles. Munies d'une formation supplémentaire, elles peuvent assurer des soins de contraception, y compris la prescription d'anticonceptionnels oraux et la pose de DIU. Lorsqu'on a fait appel à elles, on a constaté que leur approche, leurs connaissances et leurs contacts avec la population locale les font facilement accepter par le groupe cible et qu'elles préservent la qualité des soins médicaux.

Les médecins peuvent alors servir d'instructeurs et recevoir les patients pour consultation dans certains cas difficiles que l'infirmière ou sage-femme a été formée à reconnaître. L'utilisation de personnel infirmier comme «chaperons» des médecins ou pour des travaux de secrétariat constitue un gaspillage.

La coordination des services fonctionne mieux lorsqu'ils pratiquent le travail en équipe dans un dessein commun bien défini, qui consiste à assurer les prestations les plus acceptables pour les jeunes, et lorsque chaque membre de l'équipe connaît le rôle qui lui est dévolu et accepte la complémentarité des rôles des autres membres.

La formation en service revêt une importance extrême. Elle varie selon la catégorie de personnel, mais elle a toujours un certain nombre de points communs :

- Il convient de prévoir un guide ou un manuel de référence qui permettra d'actualiser à la fois les méthodes et les technologies de la contraception; ce guide ou manuel exposera les intentions du service et les buts recherchés par lui, que son personnel devra accepter, par exemple donner aux jeunes des avis sur la contraception.
- Il conviendrait de former les personnels aux techniques de la communication et, par exemple, de faire appel aux jeux de rôles pour leur donner l'expérience du travail avec leur clientèle.
- Il conviendrait de réunir les personnels en groupe pour leur donner l'expérience de la discussion des questions sexuelles, pour leur faire comprendre leur propre sexualité, et pour se rendre compte de leurs valeurs personnelles et culturelles. Cela permettra de mieux comprendre la moralité et les traditions sexuelles des différents groupes religieux, sociaux et ethniques. Lorsque les membres du personnel sont d'origines nationales et ethniques diverses, ils peuvent contribuer à cet échange de connaissances.
- La formation se verrait facilitée par une collaboration régulière avec un collègue expérimenté.

- Il y aurait lieu d'organiser des réunions de personnel régulières, dont le but serait de débattre de la gestion du service, du travail individuel, des conflits qui pourraient s'élever entre membres du personnel, ou des réclamations des clients.
- On pourrait également organiser, en vue d'une actualisation, des réunions durant la semaine ou les week-ends, et les personnels professionnels devraient assister aux congrès de leur profession et lire les revues professionnelles nécessaires.

Acceptation des prestations par les clients

Il est proposé de se fonder sur les critères suivants pour encourager la participation des jeunes :

Publicité. Il est indispensable de donner la publicité la plus large possible aux services existants, afin d'en encourager l'utilisation maximale.

Réception. Les premiers contacts, pris par téléphone ou avec les réceptionnistes, doivent être accueillants si l'on veut encourager les jeunes à se présenter.

Accessibilité. Le centre doit être situé en un lieu qui en permette l'accès facile, soit à pied, soit par les transports publics. Son adresse doit être clairement indiquée dans la documentation d'information, et les panneaux indicateurs et enseignes doivent être facilement visibles.

Heures d'ouverture. Ces heures doivent être adaptées aux besoins des jeunes. S'il n'est pas possible d'ouvrir le centre dans la journée, le début de la soirée et les samedis matins pourraient convenir pour les jeunes qui poursuivent leurs études ou qui ont un emploi. Il n'est pas toujours possible, si le service est très fréquenté, d'en autoriser l'accès sans rendez-vous sans que de longues files d'attente ne se forment, mais il faut recevoir les jeunes dès qu'ils se présentent, c'est-à-dire lorsque leurs motivations sont fortes et notamment en cas de risque de grossesse ou s'ils demandent une contraception après rapport. La combinaison des consultations sans rendez-vous et avec rendez-vous permettrait le meilleur usage du personnel, mais ce qui importe, c'est la flexibilité.

Anonymat. L'anonymat doit être respecté par tous les membres du service, et les clients doivent se rendre compte qu'aucune information ne sera divulguée à quiconque ni à aucun autre organisme sans leur permission.

Crédibilité. Il doit être bien entendu de tous que le service adopte une attitude positive face à la sexualité des jeunes.

Milieu. Si l'on a le choix, mieux vaut un cadre détendu plutôt qu'un cadre clinique. Les groupes de jeunes gens pourraient s'y rendre pour s'entraider et pour visiter le centre. On pourrait assurer dans les salles d'attente un fonds musical de nature à étouffer jusqu'à un certain point les sons lorsque des informations confidentielles sont échangées entre le personnel et les clients, et on pourrait également y prévoir la vente de boissons ou de casse-croûte.

L'équipe d'accueil. L'équipe devrait avoir la volonté de travailler avec les jeunes et être disposée à recevoir une formation en service.

Réclamations. Il faut créer un dispositif pour le traitement des réclamations émanant de la clientèle ou du personnel. Ces réclamations devraient faire l'objet d'un suivi permettant de déceler les insuffisances des prestations ou du personnel et de prendre les dispositions nécessaires pour y remédier.

Types de prestations. Les prestations varieront selon le cadre dans lequel elles sont dispensées et la demande locale, mais il faut donner la priorité aux prestations suivantes :

- Les méthodes de contraception offertes devraient être le plus nombreuses possibles et comprendre la contraception orale, les DIU, les diaphragmes, condoms et spermicides, ainsi que les méthodes naturelles de planning familial si la clientèle veut en être informée.
- Il est nécessaire de pouvoir pratiquer des tests de grossesse, notamment ceux qui peuvent être réalisés au centre, et obtenir des résultats rapidement de façon à pouvoir prendre les mesures appropriées. On pourra également donner des conseils concernant la grossesse et la décision à prendre quant à son issue, ainsi qu'aiguiller les patientes vers un médecin pour une IVG lorsque cela est possible.
- Certains patients s'adresseront aux services de planning familial pour exposer des problèmes psychosociaux, et il faut que ces services disposent d'un personnel qualifié pour aider à résoudre ces problèmes.
- Les centres pourront également donner des conseils généraux sur d'autres aspects de la transition vers l'âge adulte, et il est très profitable d'employer dans l'équipe un conseiller ou un travailleur social qualifié à cet effet.
- Les tests d'infection sont utiles si le centre dispose de moyens d'analyses bactériologiques et si son personnel n'estime pas bon d'aiguiller les clients vers d'autres services. On pourra, par exemple, pratiquer le dépistage de la rubéole chez les jeunes femmes et, parfois, dispenser un traitement précoce de la stérilité et donner des avis sur la préparation à la création d'une famille.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Education

Orientations concernant les programmes d'éducation

Principes généraux

1. Les programmes d'éducation sexuelle présentent souvent la sexualité sous un aspect négatif; or, elle doit être dépeinte de façon positive, en mettant l'accent sur la compréhension et la tendresse mutuelles, la satisfaction qu'elle procure et les responsabilités qui s'y attachent.
2. Il faut tenir compte, dans les plans des programmes d'éducation sexuelle et la diffusion de l'information, des préoccupations que les jeunes ressentent à propos de leur sexualité et ne pas négliger l'intérêt que présentent les groupes de camarades.
3. La recherche peut contribuer largement à modifier les attitudes et à faire prendre conscience des problèmes au public et aux officiels.

Recommandations

1. Il conviendrait de pousser plus loin les travaux de recherche sur la perception que les adolescents ont de leurs besoins en matière d'éducation sexuelle, et de mieux diffuser les conclusions de la recherche, ce qui pourra se faire au moyen de centres de collecte et de diffusion de l'information et d'autres dispositions, afin de mieux éveiller la conscience de ces problèmes dans le public et dans les milieux officiels.
2. Le concepteur de chaque programme d'éducation sexuelle devrait présenter par écrit les orientations à donner à ce programme et aux éducateurs en fonction des situations locales, de manière à offrir un cadre propre à sauvegarder la dignité et l'intégrité de l'élève et de l'enseignant.
3. L'éducation sexuelle devrait être modulée selon l'âge et commencer dès avant l'âge scolaire. A ce niveau, les parents jouent un rôle crucial, et il convient de créer les moyens de leur impartir les connaissances et les compétences voulues pour donner des informations et éduquer leurs enfants.
4. Comme l'éducation sexuelle met souvent l'accent sur la reproduction et ses conséquences, et s'adresse surtout aux filles, il conviendrait de faire plus de place à l'enseignement des rôles et des responsabilités des sujets des deux sexes.

5. L'éducation sexuelle doit faire partie intégrante de l'éducation générale dans tout système scolaire, être dispensée avant la puberté, et être rendue obligatoire par la loi.

Contenu des programmes d'éducation

Recommandations

1. Tout programme d'éducation sexuelle devra essentiellement comporter des informations sur l'anatomie humaine, sur la physiologie de la reproduction, sur le planning familial et sur les aspects affectifs de la sexualité.
2. En raison des différences de cultures et de conditions socio-économiques nationales, le contenu des programmes d'éducation sexuelle devrait être adapté aux besoins individuels, mais il contiendra nécessairement des informations de base sur l'anatomie humaine, la physiologie de la reproduction et le planning familial.
3. Etant donné qu'il n'existe guère de matériels écrits ou audiovisuels qui s'adressent expressément aux adolescents, il conviendrait de produire des matériels éducatifs plus diversifiés et destinés à ce groupe cible.
4. Tous les programmes d'éducation sexuelle devraient tenir compte de la façon dont la sexualité et les relations sexuelles sont dépeintes dans les médias populaires et dans les publicités, et mettre l'accent sur l'importance de l'égalité entre les sexes et sur les aspects affectifs des relations sexuelles.

Le personnel enseignant et sa formation

Principes généraux

1. Tout bon éducateur doit au minimum avoir une connaissance de base des réalités de la sexualité humaine, pouvoir communiquer facilement et avoir l'expérience du travail en groupe.
2. Afin de pouvoir pratiquer l'éducation sexuelle avec empathie, les éducateurs devraient recevoir une formation spéciale qui aille au-delà de leurs qualifications fondamentales.
3. Les éducateurs devraient accepter de poursuivre et d'actualiser leurs connaissances, ce qu'une formation en service peut faciliter.

Recommandations

1. Les ministères de l'éducation et de la santé devraient veiller à ce que la formation à l'éducation sexuelle soit inscrite dans tous les programmes de formation de base des enseignants et des professionnels de la santé.

2. Les enseignants qui dispensent actuellement des cours d'éducation sexuelle devraient recevoir une formation supplémentaire.
3. Les organismes qui assurent la formation à l'éducation sexuelle devraient offrir des cours permanents de recyclage et une formation en service que les enseignants en éducation sexuelle devraient être encouragés à suivre de leur plein gré.

Services

Orientations pour l'offre de prestations de planning familial aux jeunes gens

Principes généraux

1. L'éducation sexuelle n'a pas d'efficacité véritable si elle ne peut s'appuyer sur un service de planning familial.
2. En raison de la diversité des milieux culturels et socio-économiques, les modèles de prestations aux adolescents devront varier en conséquence.
3. La garantie de l'anonymat est indispensable pour que les adolescents puissent s'adresser avec confiance aux services, et aucune information ne devrait être divulguée sans leur autorisation expresse. Toutefois, il conviendrait de les encourager à débattre de la situation avec leurs parents.
4. La crédibilité des services qui s'adressent aux jeunes gens dépend pour beaucoup de l'attitude positive de leurs personnels face à la sexualité des adolescents.

Recommandations

1. Pour rendre le planning familial accessible aux jeunes, il faut supprimer les obstacles juridiques qui s'y opposent, et il est du devoir des organisations, professionnels et groupes concernés de s'employer à cette suppression.

Organisation et constitution de services de planning familial à l'intention des jeunes

Principes généraux

1. Pour réussir, les services doivent en général présenter les caractéristiques suivantes : bonne publicité, accès topographiquement facile et heures d'ouverture commodes; climat accueillant et détendu; personnel choisi pour son aptitude à travailler avec les jeunes.
2. L'expérience a montré que la crainte de la grossesse constitue souvent le motif du premier contact entre services et adolescentes.

Recommandations

1. Les pouvoirs publics devraient accepter la création de services de planning familial destinés aux jeunes, et en assurer le financement adéquat.
2. Tous les services qui s'adressent aux jeunes devraient assurer des tests de grossesse.
3. Il conviendrait de créer des services pilotes au niveau local afin d'offrir des modèles pour l'organisation des services nationaux.
4. Les centres qui n'offrent pas une gamme complète de prestations devraient disposer des filières nécessaires pour aiguiller leurs clients vers les services compétents.
5. Pour assurer une couverture totale du groupe cible, il faut faire appel à des services destinés à des adolescents, qui soient intégrés dans un réseau global de planning familial, mais il est admis qu'il sera toujours indispensable de créer pour les jeunes des services supplémentaires distincts.
6. Les services devraient pouvoir adapter leurs prestations à l'évolution des besoins.
7. Les prestations aux jeunes gens devraient être assurées par des équipes multidisciplinaires.

Le personnel des services et sa formation

Principes généraux

1. Le personnel des services devrait adopter une attitude bienveillante vis-à-vis de la sexualité des adolescents et assurer des prestations particulières de planning familial à leur intention.
2. La connaissance et l'acceptation de la sexualité, comme des valeurs culturelles, d'autres groupes (minorités sexuelles, groupes ethniques ou religieux, handicapés physiques ou mentaux par exemple) sont indispensables.
3. En raison de la nature même du travail, il importe que chaque membre du personnel se sente à l'aise dans sa sexualité.
4. Il importe que les personnels des diverses catégories connaissent leurs rôles respectifs et y consentent, et qu'ils reconnaissent l'importance de la contribution de chacun à la réalisation d'un objectif commun.
5. Les infirmières, sages-femmes et pharmaciens constituent souvent une ressource négligée pour le planning familial.

Recommandations

1. Les personnels qui travaillent avec des jeunes dans des services intégrés de planning familial ou dans des services distincts à l'intention des jeunes devraient recevoir une formation spéciale qui leur permette de comprendre la sexualité et le comportement des adolescents.
2. Durant sa formation, le personnel devrait être rendu conscient de ses valeurs culturelles et de sa sexualité, de façon à se montrer plus sensible aux différences avec autrui.
3. Il conviendrait d'assurer pour toutes les catégories de personnel une formation en service, y compris une information et un recyclage constants.
4. La formation aux prestations de planning familial à l'intention des jeunes devrait porter non seulement sur ses aspects médicaux, mais également sur les facteurs psychologiques, sociaux et affectifs de la sexualité.
5. Il conviendrait de former des sages-femmes et des infirmières qualifiées à toutes les prestations de contraception. Lorsque la loi interdit de le faire, il faudrait supprimer cette entrave.

Recommandations générales

1. Les départements de la santé et de l'éducation, ainsi que d'autres organismes concernés par la prestation d'une éducation sexuelle et de services de planning familial, devraient coordonner leur action sur le plan national et local.
2. Les organismes intergouvernementaux et non gouvernementaux qui effectuent des travaux de recherche sur l'éducation sexuelle ou offrent des prestations à l'intention des jeunes devraient collaborer davantage sur le plan international.

Annexe 1

LISTE DES PARTICIPANTS

Conseillers temporaires

Mme Y. Abrahamson^a, spécialiste des programmes, UNESCO, Paris (France)

Mme A. Campbell-White^a, administrateur des programmes, Fédération internationale du planning familial, Londres (Royaume-Uni)

Professeur R. Delibasić, Faculté d'enseignement, Nikšić (Yougoslavie)

Dr H. Hesselund, Université d'Aalborg (Danemark)

Dr F. Hutchinson, Brook Advisory Service, Woodford Green, Essex (Royaume-Uni) (*rapporteur*)

Dr M. da Purificação Costa Araujo, consultant en obstétrique, santé de la maternité et planning familial, Direction générale de la santé, Lisbonne (Portugal)

Professeur D. Milatović, Faculté d'enseignement, Nikšić (Yougoslavie)

M. W. de Regt, Rutgers Foundation, La Haye (Pays-Bas)

Dr J. Ripoll, centre de conseils familiaux et d'éducation sexuelle (COFES), Conseil judiciaire de Navarre, Pampelune (Espagne)

Dr K. Sundström^a, Centre de santé Kronan, Sundbyberg (Suède)

Professeur O. Wasz-Höckert, université d'Helsinki, deuxième département de pédiatrie, Hôpital de pédiatrie, Helsinki (Finlande) (*président*)

Organisation mondiale de la santé

Siège

Dr K. Edström, Santé maternelle et infantile

^a Frais de participation non pris en charge par l'OMS.

Bureau régional de l'Europe

Mme W. Haddad, fonctionnaire régionale pour la Planification familiale
(secrétaire)

Dr B. Lewin, consultant, Planification familiale

Mme J. Morgall, consultant, Education pour la santé

Dr A.H.W. Wahba, directeur, Développement de services de santé
complets

