

Recommandations de l'OMS relatives à la santé et aux droits des adolescents en matière de sexualité et de reproduction



Recommandations de l’OMS relatives à la santé et aux droits des adolescents en matière de sexualité et de reproduction

Recommandations de l'OMS relatives à la santé et aux droits des adolescents en matière de sexualité et de reproduction
[WHO recommendations on adolescent sexual and reproductive health and rights]

ISBN 978-92-4-251460-5

© Organisation mondiale de la Santé 2019

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'oeuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'oeuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué cidessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'oeuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette oeuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle oeuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette oeuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi. ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle.

Citation suggérée. Orientations sur les aspects éthiques à prendre en considération pour planifier et examiner des recherches sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents [Guidance on ethical considerations in planning and reviewing research studies on sexual and reproductive health in adolescents]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente oeuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente oeuvre.

Clause générale de non responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

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

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

Conception , Inis Communication – www.iniscommunication.com
Imprimé en [ajouter le pays – pour les douanes]

Contents

| | |
|--|-----------|
| Remerciements | v |
| Abréviations | vi |
| 1 Introduction | 1 |
| 1.1 Quel est l'objet du présent document ?..... | 1 |
| 1.2 À qui s'adresse le présent document ?..... | 1 |
| 1.3 Que contient ce document ?..... | 2 |
| 1.4 Comment ce document est-il organisé ?..... | 2 |
| 1.5 Quels sont les messages essentiels du présent document qui ont une portée générale ?..... | 2 |
| 2 Éducation complète à la sexualité | 5 |
| 2.1 Définition..... | 5 |
| 2.2 Justification..... | 5 |
| 2.3 Lignes directrices pertinentes de l'OMS..... | 7 |
| 2.4 Concepts clés à prendre en considération..... | 8 |
| 2.5 Documents essentiels complétant les lignes directrices de l'OMS..... | 9 |
| 2.6 La mise en pratique des lignes directrices..... | 10 |
| 3 Conseil et services en matière de contraception | 11 |
| 3.1 Définition..... | 11 |
| 3.2 Justification..... | 11 |
| 3.3 Lignes directrices pertinentes de l'OMS..... | 13 |
| 3.4 Concepts clés à prendre en considération..... | 18 |
| 3.5 Documents essentiels complétant les lignes directrices de l'OMS..... | 19 |
| 3.6 La mise en pratique des lignes directrices..... | 20 |
| 4 Soins prénatals, per-partum et postnatals | 21 |
| 4.1 Définitions..... | 21 |
| 4.2 Justification..... | 21 |
| 4.3 Lignes directrices pertinentes de l'OMS..... | 23 |
| 4.4 Concepts clés à prendre en considération..... | 28 |
| 4.5 Documents essentiels complétant les lignes directrices de l'OMS..... | 29 |
| 4.6 La mise en pratique des lignes directrices..... | 29 |

| | |
|---|-----------|
| 5 L'avortement médicalisé | 30 |
| 5.1 Définitions | 30 |
| 5.2 Justification | 30 |
| 5.3 Lignes directrices pertinentes de l'OMS | 31 |
| 5.4 Concepts clés à prendre en considération | 33 |
| 5.5 Documents essentiels complétant les lignes directrices de l'OMS | 35 |
| 5.6 La mise en pratique des lignes directrices | 35 |
| 6 Prévention et traitement des infections sexuellement transmissibles | 36 |
| 6.1 Définition | 36 |
| 6.2 Justification | 36 |
| 6.3 Lignes directrices pertinentes de l'OMS | 38 |
| 6.4 Concepts clés à prendre en considération | 43 |
| 6.5 Documents essentiels complétant les lignes directrices de l'OMS | 44 |
| 6.6 La mise en pratique des lignes directrices | 44 |
| 7 Prévention et prise en charge du VIH | 45 |
| 7.1 Définitions | 45 |
| 7.2 Justification | 45 |
| 7.3 Lignes directrices pertinentes de l'OMS | 47 |
| 7.4 Concepts clés à prendre en considération | 54 |
| 7.5 Documents essentiels complétant les lignes directrices de l'OMS | 57 |
| 7.6 La mise en pratique des lignes directrices | 58 |
| 8 La violence à l'encontre des femmes et des filles : prévention, appui et soins | 59 |
| 8.1 Définitions | 59 |
| 8.2 Justification | 59 |
| 8.3 Lignes directrices pertinentes de l'OMS | 61 |
| 8.4 Concepts clés à prendre en considération | 64 |
| 8.5 Documents essentiels complétant les lignes directrices de l'OMS | 65 |
| 8.6 La mise en pratique des lignes directrices | 66 |
| 9 Prévention des pratiques traditionnelles préjudiciables | 67 |
| 9.1 Définitions | 67 |
| 9.2 Justification | 67 |
| 9.3 Lignes directrices pertinentes de l'OMS | 70 |
| 9.4 Concepts clés à prendre en considération | 71 |
| 9.5 Principaux documents complétant les lignes directrices de l'OMS | 72 |
| 9.6 La mise en pratique des lignes directrices | 73 |
| Bibliographie | 74 |

Remerciements

Nous remercions les nombreuses personnes qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Les Recommandations de l'OMS relatives à la santé et aux droits des adolescents en matière de sexualité et de reproduction ont été conçues par Lale Say, en liaison avec Venkatraman Chandra-Mouli et Matti Parry, alors membre du personnel de l'OMS.

Jill Gay, consultante indépendante, a été engagée pour rédiger un premier texte, sur la base des informations fournies par Venkatraman Chandra-Mouli et Matti Parry.

La version préliminaire, après un examen approfondi, a été entièrement remaniée par Marina Plesons et Venkatraman Chandra-Mouli.

Des observations ont été recueillies sur la deuxième version auprès de collègues actifs dans les domaines suivants : services de contraception et conseil (Mario Festin, Mary Lyn Gaffield, Rita Kabra) ; soins prénatals, per-partum et postnatals (Mercedes Bonet Semenas, Olufemi Oladapo, Özge Tunçalp) ; avortement médicalisé (Antonella Lavelanet, Bela Ganatra, Caron Kim, Ronald Johnson) ; prévention et prise en charge des infections sexuellement transmissibles (Nathalie Broutet, Teodora Wi) ; prévention et prise en charge du VIH (David Ross, Julia Samuelson, Shona Dalal, Wole Ameyan) ; prévention de la violence à l'encontre des femmes et des filles, et services de soutien et de soins pour les victimes d'actes de violence (Avni Amin, Claudia Garcia Moreno) ; et pratiques traditionnelles préjudiciables (Christina Pallitto, Wisal Ahmed). Des remarques ont également été formulées par Lucinda O'Hanlon sur les droits humains et la santé sexuelle et reproductive, ainsi que des observations de portée générale par Ian Askew. Les faits et les chiffres présentés dans la partie « Justification » de chaque chapitre ont été contrôlés par Manahil Siddiqi.

Une troisième version révisée du document reposant sur les informations communiquées en retour par ces groupes a été établie par Marina Plesons. Toutes les personnes précitées ont été invitées à réexaminer cette troisième version et à formuler leurs ultimes observations.

Le document final a été mis au point par Marina Plesons et Venkatraman Chandra-Mouli.

Les illustrations ont été conçues par Graham Ogilvie, d'Ogilvie Design, avec le concours de Manahil Siddiqi, Marina Plesons, Rubee Dev et Venkatraman Chandra-Mouli.

La direction de la publication du document et sa conception ont été assurées par Inis Communication, sa relecture finale ayant été effectuée par Amelia Ngozi Odo, Marina Plesons, Rubee Dev et Venkatraman Chandra-Mouli.

Venkatraman Chandra-Mouli, du Département OMS Santé et recherche génésiques, a dirigé et supervisé de bout en bout l'élaboration du présent document.

Abréviations

| | |
|---------------|---|
| AMPR/EN-NET | acétate de médroxyprogestérone retard/éнанthate de noréthistérone |
| GREAT Network | Guideline-driven, Research priorities, Evidence synthesis, Application of evidence, and Transfer of knowledge Network |
| IST | infections sexuellement transmissibles |
| OMS | Organisation mondiale de la Santé |
| ONUSIDA | Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida |
| PVH | papillomavirus humain |
| UNESCO | Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture |
| UNFPA | Fonds des Nations Unies pour la population |
| UNICEF | Fonds des Nations Unies pour l'enfance |
| VIH | virus de l'immunodéficience humaine |

1 Introduction

1.1 Quel est l'objet du présent document ?

D'un format facilement accessible, simple à utiliser, le présent document décrit succinctement les problèmes liés à la santé et aux droits en matière de sexualité et de reproduction qui peuvent affecter les droits fondamentaux, la santé et le bien-être des adolescents (âgés de 10 à 19 ans) et il présente les lignes directrices pertinentes de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Ce document donne accès aux nombreuses lignes directrices formulées par l'OMS, et il constitue une source d'informations utile pour les activités de sensibilisation, la conception des politiques et des programmes ou projets et la recherche. Son objectif est de soutenir la mise en œuvre de la stratégie mondiale pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents 2016–2030 (1), en conformité avec le cadre pour une action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents et avec le cadre opérationnel de l'OMS sur la santé sexuelle et ses liens avec la santé reproductive (2,3).

Des listes complètes de lignes directrices de l'OMS intéressant la santé et les droits des adolescents en matière de sexualité et de reproduction sont accessibles sur le site Web de l'OMS sous les thèmes de santé « Santé sexuelle et reproductive » et « VIH/sida ». Compte tenu du renouvellement des recommandations, il est important de se référer aux versions les plus récentes des lignes directrices.

1.2 À qui s'adresse le présent document ?

Ce document est destiné aux responsables de l'élaboration des politiques et aux décideurs des ministères de la santé chargés des politiques et des programmes relatifs à la santé et aux droits des adolescents en matière de sexualité et de reproduction, aux organisations non gouvernementales internationales et nationales qui mettent en œuvre des projets relatifs à la santé et aux droits des adolescents en matière de sexualité et de reproduction, et aux organisations internationales qui fournissent un appui technique ou financier pour la mise en œuvre d'activités relatives à la santé et aux droits des adolescents en matière de sexualité et de reproduction. Ce document est conçu pour être accessible à des personnes possédant ou non des compétences dans le domaine de la santé et des droits des adolescents en matière de sexualité et de reproduction. Il n'est pas destiné à servir d'ouvrage de référence technique aux professionnels de première ligne tels que les personnels de santé, les enseignants ou les professionnels du développement communautaire.

1.3 Que contient ce document ?

Conformément au cadre opérationnel de l'OMS sur la santé sexuelle et ses liens avec la santé reproductive (3), ce document regroupe les recommandations de l'OMS sur les questions suivantes :

- l'éducation complète à la sexualité
- le conseil et les services en matière de contraception
- les soins prénatals, per-partum et postnatals
- l'avortement médicalisé
- la prévention et la prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST)
- la prévention et la prise en charge de l'infection à VIH
- la prévention de la violence à l'encontre des femmes et des filles et les services de soutien et de soins pour les personnes qui ont subi de tels actes de violence
- la prévention des pratiques traditionnelles préjudiciables.

1.4 Comment ce document est-il organisé ?

Chaque section portant sur un problème contient les éléments suivants :

- définitions
- justification du traitement du problème chez les adolescents
- lignes directrices pertinentes de l'OMS
- concepts clés à prendre en considération
- documents essentiels complétant les lignes directrices de l'OMS
- la mise en pratique des lignes directrices.

1.5 Quels sont les messages essentiels du présent document qui ont une portée générale ?

À côté des aspects particuliers à prendre en considération dans le traitement de chacun des problèmes examinés dans le présent document, certains messages clairs et importants ont une portée générale.

Les adolescents constituent un groupe hétérogène aux besoins différents et changeants, selon leur stade de développement personnel et leurs conditions de vie. Lors du passage de l'enfance à l'adolescence et à l'âge adulte, chacun devra acquérir le savoir et les aptitudes nécessaires pour saisir les possibilités et relever les défis qui se présenteront dans le monde des adultes. Ces efforts contribueront au renforcement de l'estime de soi et à la consolidation des liens avec les membres et les organismes de la communauté. Dans l'intervalle, les adolescents doivent être protégés contre les dangers, et soutenus en même temps pour décider par eux-mêmes et agir en conséquence. Ils ont besoin de services de santé et de conseil qui pourront contribuer à les aider à rester en bonne santé ou à se rétablir lorsqu'ils sont malades ou ont subi des

traumatismes. Les lignes directrices de l'OMS décrites dans le présent document préconisent l'ensemble de mesures suivant : renforcer les connaissances et les aptitudes, renforcer les moyens d'action individuels et sociaux, mettre en place un environnement sûr et favorable, et fournir des services de santé et de conseil. Les lignes directrices insistent également sur le rôle de l'éducation et de l'emploi pour élargir les perspectives des adolescents et les aider à trouver leur place dans le monde. Elles tiennent compte des possibilités limitées qu'ont les adolescents dans de nombreux endroits pour grandir et développer tout leur potentiel, et de leur vulnérabilité face aux problèmes sanitaires et sociaux encore accrue par la pauvreté, l'insécurité, les normes sociales qui les déresponsabilisent et les lois restrictives.

Les parents (et les autres membres de la famille) ont un rôle important à jouer dans la mise en œuvre d'interventions comme la préparation des filles et des garçons à la puberté et l'instauration de normes sociales équitables pour les deux sexes. Il leur incombe également d'aider les adolescents à accéder aux interventions proposées dans la communauté, telles la vaccination contre le papillomavirus humain (PVH) et la circoncision masculine médicale volontaire. La quasi-totalité des parents souhaitent que leurs fils et leurs filles grandissent et se développent en restant en bonne santé, et ils y contribuent activement. Bien souvent, cependant, ils ne se sentent ni prêts ni capables de s'atteler aux questions délicates concernant la puberté, la sexualité et la reproduction. Pour que les parents s'acquittent de cette tâche, et ce de manière efficace, ils doivent lui prêter attention, être convaincus de son intérêt et bénéficier d'un appui. Leur propre savoir, leurs idées fausses, leurs espoirs et leurs craintes constitueront un point de départ important.

Les adolescents ont besoin de différents services de santé et d'éducation et de différents services sociaux. Le droit des adolescents âgés de moins de 18 ans à ces services est inscrit dans la Convention relative aux droits de l'enfant. En réalité, ni les dispensateurs de ces services ni les systèmes dans lesquels ils travaillent ne sont généralement organisés pour pourvoir aux besoins et faire appliquer les droits des adolescents. Pour combler cette lacune largement reconnue, des efforts accrus sont déployés afin de renforcer les compétences et l'empathie des enseignants, des agents de santé, des travailleurs sociaux et d'autres personnes. Il convient toutefois d'intensifier ces efforts. Il est indispensable de former et de soutenir les dispensateurs des services et de réorienter les systèmes dont ils font partie pour mettre en œuvre les nombreuses interventions efficaces de promotion, de prévention ou de traitement qui sont disponibles. Ces efforts ne doivent pas se limiter à des approches superficielles, décidées en haut lieu, mais associer les adolescents, les membres de la communauté, les dispensateurs de services et les administrateurs à la reconnaissance des facteurs qui contribuent à la mauvaise qualité et la mauvaise couverture de ces services et à la définition et la mise en œuvre d'approches fondées sur des bases factuelles, adaptées au contexte local. Il est tout aussi important d'intégrer des systèmes d'évaluation et de responsabilisation, avec la participation constructive des adolescents.

Les normes et les traditions communautaires influent fortement sur la santé. Elles peuvent – et c'est souvent le cas – promouvoir des mesures progressives et socialement favorables. Dans bien des endroits, cependant, notamment pour ce qui est de la santé sexuelle et reproductive des adolescents, les normes et les traditions sont un obstacle, et non une aide. On peut ainsi citer les normes qui prescrivent couramment des rôles inégaux aux deux sexes, les normes à l'appui de pratiques traditionnelles préjudiciables comme les mutilations sexuelles féminines, les normes qui admettent la violence à l'encontre des femmes et des filles, les normes qui éludent le sujet de la sexualité et de la reproduction, et les normes qui sont hostiles à la prestation des services d'éducation à la sexualité et de santé sexuelle et reproductive. Pour venir à bout de ces

normes et de ces traditions il faudra recourir à l'application concertée de moyens reposant sur une solide connaissance des facteurs à leur origine.

Des lois et des politiques autorisent la mise en œuvre d'interventions sanitaires et sociales destinées aux adolescents et obligent les autorités concernées à s'en acquitter, à fournir les éléments de base nécessaires à la formulation des stratégies et des budgets, et à signaler la position des dirigeants politiques et des pouvoirs publics sur les questions importantes. Des lois et des politiques d'habilitation, aux termes desquelles les pouvoirs publics sont par exemple tenus de dispenser une éducation complète à la sexualité, sont en vigueur dans certains pays. Mais elles sont l'exception et non la règle. Au nombre des principaux obstacles fréquemment relevés figurent les suivants : l'absence de lois d'habilitation ; la présence de lois contradictoires, ainsi lorsqu'une loi ou une politique obligeant le ministère de la santé à fournir des informations et des services en matière de contraception à toutes les personnes en âge de procréer est fragilisée par une autre loi qui requiert le consentement parental pour la fourniture de services de santé à des mineurs ; l'existence d'exceptions aux lois, ainsi là où les lois relatives à l'âge du mariage peuvent être suspendues pour différents motifs ; et l'existence de lois restrictives, limitant par exemple la pratique de l'avortement médicalisé. Une réforme des lois et des politiques exige beaucoup de temps et d'efforts. Compte tenu des avantages qui en découlent, cependant, elle est extrêmement importante.

Bien que le présent document décrive des groupes d'interventions destinées à obtenir des résultats sanitaires particuliers, ainsi prévenir et combattre les IST ou les pratiques traditionnelles préjudiciables, les déterminants des problèmes et les mesures prises pour y remédier sont étroitement liés. Les lois qui exigent le consentement parental pour l'obtention de services de santé par des mineurs entravent leur accès aux informations et aux services liés à la contraception et, par exemple, au dépistage du VIH et au conseil. La stigmatisation sociale peut freiner la recherche de soins dans les cas de violence entre partenaires intimes et d'IST. Les préjugés des agents de santé peuvent contribuer au refus de dispenser des services liés à l'avortement médicalisé et des services d'information sur la contraception à des adolescentes non mariées, même si le refus des agents de santé n'est pas dicté par la loi. Les interventions programmatiques sont également inextricablement liées. L'instauration de normes sociales équitables pour les deux sexes par l'éducation complète à la sexualité peut contribuer à prévenir les violences sexistes et à promouvoir la prise en commun des décisions relatives à la contraception dans les couples. Enfin, un agent de santé attentif et compétent peut prodiguer des soins respectueux à une jeune femme célibataire qui accouche et prendre en charge la détresse d'une jeune femme vivant avec les conséquences de mutilations sexuelles féminines.

Le présent recueil des lignes directrices de l'OMS sur la santé et les droits des adolescents en matière de sexualité et de reproduction vise à appeler l'attention sur ces liens et à faire pression sur nous tous pour que nous reconnaissons les besoins et les problèmes de santé sexuelle et reproductive des adolescents, et que nous y faisons face dans leur globalité.

2 Éducation complète à la sexualité

2.1 Définition

L'éducation complète à la sexualité est un processus d'enseignement et d'apprentissage fondé sur le programme d'études qui porte sur les aspects cognitifs, émotionnels, physiques et sociaux de la sexualité. Elle vise à doter les enfants et les adolescents des connaissances factuelles, des aptitudes, des attitudes et des valeurs qui leur donneront les moyens de s'épanouir dans le respect de leur santé, de leur bien-être et de leur dignité ; d'établir des relations sociales et sexuelles respectueuses ; de réfléchir à l'incidence de leurs choix sur leur bien-être personnel et celui des autres ; et de comprendre leurs droits et de les défendre tout au long de leur vie (3,4).

2.2 Justification

Les adolescents ont besoin d'une éducation complète à la sexualité. À leur passage de l'enfance à l'âge adulte, les adolescents connaissent de nombreux changements physiques, émotionnels et sociaux (4). Des études montrent leur fréquente impréparation à ces changements. Dans de nombreux pays, compte tenu du manque de connaissances et des idées fausses sur la menstruation qui suscitent la crainte et l'anxiété, quantité de filles sont prises au dépourvu lorsqu'elles ont leurs premières règles (5). La même ignorance est observée chez les adolescentes, notamment en Afrique et en Asie, concernant l'endroit où obtenir et la manière d'utiliser une gamme de méthodes contraceptives modernes (6). En dépit d'une meilleure connaissance générale du VIH, seulement une personne sur trois parmi les jeunes hommes et les jeunes femmes âgés de 15 à 24 ans dans 37 pays ayant fait l'objet d'enquêtes entre 2011 et 2016 connaissait par ailleurs toutes les méthodes de prévention de la transmission du VIH (7). Les adolescents ont besoin de connaissances et d'aptitudes pour faire des choix éclairés concernant leur vie, apprendre comment éviter et surmonter les problèmes, et savoir à qui s'adresser pour obtenir de l'aide en cas de besoin (4). L'éducation complète à la sexualité peut aider les adolescents à acquérir des connaissances et des capacités de réflexion ; des valeurs positives, notamment le respect de l'égalité des sexes, de la diversité et des droits humains ; et des attitudes et des aptitudes qui contribuent à l'établissement de relations sûres, saines et positives (4).

L'efficacité de l'éducation complète à la sexualité a été démontrée. Il existe de solides preuves des effets positifs de l'éducation complète à la sexualité sur le développement des connaissances des adolescents et l'amélioration de leurs attitudes liées à la santé sexuelle et reproductive (4). Selon certaines recherches, les programmes d'éducation complète à la sexualité fondés sur le programme d'études peuvent contribuer à différer les premiers rapports sexuels, réduire la

fréquence des rapports sexuels, réduire le nombre des partenaires sexuels, réduire la prise de risques, accroître l'utilisation des préservatifs et augmenter l'utilisation de méthodes contraceptives (4). Il n'existe pas de données établissant que l'éducation complète à la sexualité augmente l'activité sexuelle, la prise de risques en matière sexuelle, ou les taux d'infection à VIH ou d'autres IST (4,8,9). L'éducation complète à la sexualité dans les écoles est également apparue comme une intervention efficace et économique qui contribue à la prévention du VIH (10–12).

Il convient de prêter attention à l'accès aux programmes d'éducation complète à la sexualité de qualité et à l'offre de tels programmes. La plupart des pays sont dotés de politiques ou de stratégies qui appuient l'éducation complète à la sexualité mais peu d'entre eux ont appliqué et maintenu des programmes d'éducation complète à la sexualité sur une grande échelle (4,13). Un grand nombre des pays qui ont mis en œuvre des programmes d'éducation complète à la sexualité sur une grande échelle ont du mal à en assurer la qualité et la continuité (4,13). La scolarisation est une condition requise pour accéder à l'éducation complète à la sexualité – mais les adolescents les plus marginalisés, qui sont souvent les plus exposés au risque de résultats sanitaires défavorables en matière de sexualité et de reproduction, sont souvent ceux qui ont le moins de chances d'être scolarisés (14).

Aux termes de la législation relative aux droits de l'homme, les États ont l'obligation de fournir des informations et une éducation complètes aux adolescents. L'éducation complète à la sexualité fait partie de l'obligation essentielle des États de veiller au respect du droit à la santé sexuelle et reproductive, ce qui signifie qu'elle est considérée comme l'une des mesures minimales essentielles que doivent adopter les États pour donner sens à ce droit (15). Il découle des normes relatives aux droits de l'homme que cette éducation devrait notamment porter sur la conscience de soi et la connaissance du corps (y compris ses aspects anatomiques, physiologiques et émotionnels) et mettre l'accent sur la santé et le bien-être sexuels (comme les transformations du corps et la maturation) (16). Tous les enfants et les adolescents, y compris ceux qui ne sont pas scolarisés, devraient avoir accès à des services d'information et à cette éducation, qui doivent être gratuits, confidentiels, adaptés à leurs besoins et non discriminatoires ; les obstacles à la diffusion de cette information, telle l'obligation d'obtenir l'autorisation d'un tiers, doivent être éliminés (15–17). Pour ce qui est du format, conformément aux normes relatives aux droits de l'homme, ces informations doivent être accessibles en ligne ou en personne, et elles doivent être adaptées à l'âge, fondées sur des faits scientifiquement établis, complètes et inclusives (17). Les normes relatives aux droits de l'homme établissent également que les programmes d'éducation complète à la sexualité doivent être élaborés avec le concours d'adolescents et être inclus dans les programmes scolaires obligatoires (17).

2.3 Lignes directrices pertinentes de l'OMS

2.3.1 Directives de l'OMS pour la prévention des grossesses précoces et de leurs conséquences en matière de santé reproductive chez les adolescentes dans les pays en développement. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011

Ces directives (18), qui concernent spécifiquement les adolescentes, contiennent des recommandations relatives aux mesures et aux recherches visant à prévenir les grossesses précoces et leurs conséquences défavorables pour la santé reproductive chez les adolescentes. Il s'agit essentiellement de réduire le nombre des mariages avant l'âge de 18 ans, de réduire le nombre des grossesses avant l'âge de 20 ans, de développer l'utilisation de la contraception chez les adolescentes exposées au risque de grossesse non désirée, de réduire le nombre des rapports sexuels forcés chez les adolescentes, de réduire le nombre des avortements non sécurisés chez les adolescentes, et d'accroître le recours à des services de soins qualifiés pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale chez les adolescentes. Pour ce qui est de l'éducation complète à la sexualité, les recommandations concernant spécifiquement les adolescentes sont les suivantes :

Communauté :

- Sensibiliser tous les acteurs à la prévention de la grossesse chez les adolescentes au moyen d'interventions telles que la diffusion d'informations, l'éducation sexuelle et sanitaire, le renforcement des aptitudes personnelles et sociales, la fourniture de services de contraception et de conseil, et la mise en place d'un environnement favorable.

Acteurs individuels :

- Mettre en œuvre des interventions d'une portée adaptée qui fournissent des informations exactes et une éducation sur les méthodes contraceptives, en particulier une éducation à la sexualité fondée sur le programme d'études, pour accroître l'utilisation des contraceptifs chez les adolescentes.
- Proposer des interventions qui associent l'éducation à la sexualité fondée sur le programme d'études et la promotion de la contraception auprès des adolescentes, afin de réduire les taux de grossesses.

2.3.2 Garantir les droits de l'homme lors de la fourniture d'informations et de services en matière de contraception : orientations et recommandations. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014

Ces lignes directrices (19), qui ne concernent pas exclusivement les adolescentes, contiennent des recommandations sur les mesures hautement prioritaires destinées à garantir que les différents aspects des droits de l'homme soient systématiquement et clairement intégrés dans les informations et les services relatifs à la contraception. Elles recommandent essentiellement que soient assurées la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité, la qualité et la non-discrimination dans la fourniture des informations et des services en matière de contraception, la prise des décisions en connaissance de cause, le respect de la vie privée et la confidentialité, la participation et la responsabilisation. Pour ce qui est de l'éducation complète à la sexualité, la recommandation suivante concernant les adolescentes est également formulée :

Acteurs individuels :

- Mettre en œuvre, en milieu scolaire ou extrascolaire, des programmes d'éducation complète à la sexualité qui reposent sur des faits scientifiques exacts et qui incluent des informations sur l'utilisation et l'obtention de contraceptifs.

2.3.3 La prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés : mise à jour 2016. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016

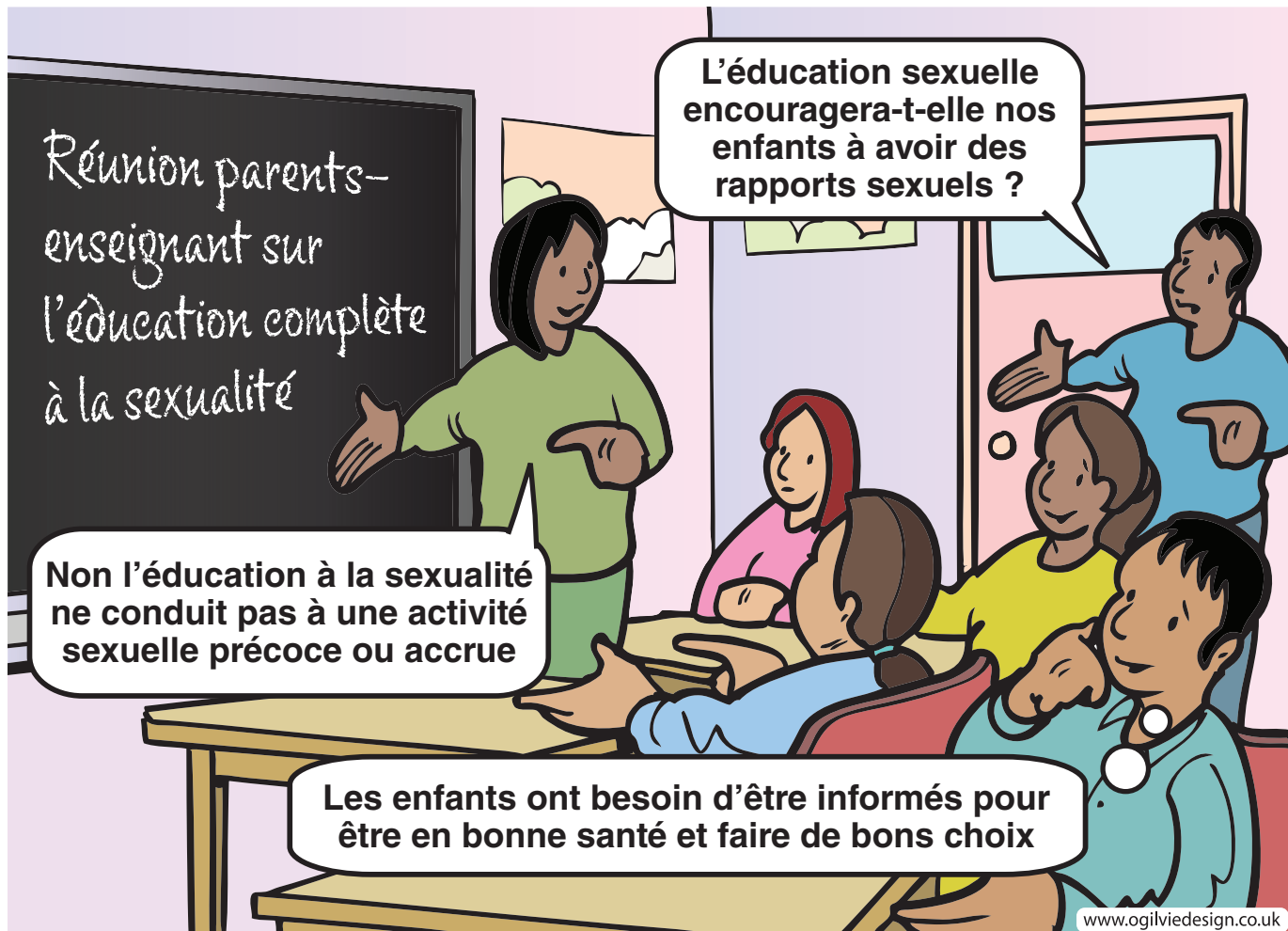
Ces lignes directrices (20), qui ne concernent pas exclusivement les adolescents, regroupent les recommandations relatives à la prévention, au diagnostic, au traitement et aux soins du VIH chez cinq groupes de population clés : les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes ; les consommateurs de drogues par injection ; les personnes incarcérées ou dans d'autres lieux fermés ; les professionnels du sexe ; et les personnes transgenres. L'ouvrage présente un ensemble complet d'interventions et décrit les interventions du secteur de la santé, les facteurs essentiels, la prestation des services, et les processus décisionnels, de planification et de suivi. Pour ce qui est de l'éducation complète à la sexualité, les bonnes pratiques recommandées visent à faire en sorte que les programmes d'éducation à la sexualité des adolescents, en milieu scolaire ou extrascolaire, reposent sur des faits scientifiques exacts, soient complets et incluent des informations sur les contraceptifs, notamment la manière de les utiliser et où les obtenir. L'éducation complète à la sexualité est également préconisée comme un moyen d'aborder les normes sociales et la stigmatisation concernant la sexualité, l'identité et l'orientation sexuelle.

2.4 Concepts clés à prendre en considération

Partout dans le monde, le profond malaise qui entoure la sexualité des adolescents renforce les obstacles juridiques et sociaux à l'éducation complète à la sexualité. Pour aider à surmonter ces obstacles, l'éducation complète à la sexualité devrait figurer dans les programmes nationaux, et des stratégies devraient être adoptées pour renforcer l'appui de la communauté en faveur de cette éducation et recenser et combattre les facteurs régionaux, nationaux, communautaires et individuels de nature à favoriser une résistance ou des réactions de rejet ou à freiner sa mise en œuvre (4,18).

L'idée fautive selon laquelle l'éducation complète à la sexualité encourage les adolescents à avoir des rapports sexuels précoces ou à risque est très répandue. Aussi le contenu des programmes d'éducation complète à la sexualité est-il souvent édulcoré ou limité par rapport aux recommandations internationales. Des études ont montré que l'éducation complète à la sexualité n'accroît pas l'activité sexuelle, les comportements sexuels à risque ou les taux d'infection à VIH ou d'autres IST (4,8,9). Ces résultats devraient être diffusés pour encourager la fourniture aux adolescents d'informations et d'une éducation complètes, exactes et adaptées à leur âge (4,18,20).

Les enseignants sont souvent privés d'une formation et d'un appui de qualité concernant le contenu de l'éducation complète à la sexualité et les stratégies d'animation participative et les méthodes positives dénuées de jugements de valeur. Des efforts concertés sont nécessaires pour veiller à ce que les enseignants et les écoles bénéficient d'un appui pour dispenser efficacement l'éducation complète à la sexualité, et pour associer les parents et les familles à ce processus (4,18).



2.5 Documents essentiels complétant les lignes directrices de l'OMS

- Édition révisée : *International technical guidance on sexuality education – an evidence-informed approach*. Paris, Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, 2018 (4)
- Standards pour l'éducation sexuelle en Europe : un cadre de référence pour les décideurs politiques, les autorités compétentes en matière d'éducation et les spécialistes. Cologne, Bureau régional OMS de l'Europe et Centre fédéral pour l'éducation à la santé, 2010 (21)
- Standards pour l'éducation sexuelle en Europe : conseils de mise en œuvre. Cologne, Centre fédéral pour l'éducation à la santé, 2013 (22)
- Orientations opérationnelles pour l'éducation complète à la sexualité : une approche axée sur les droits de l'homme et l'égalité des genres. New York, Fonds des Nations Unies pour la population, 2014 (23)
- Évaluation des programmes d'éducation complète à la sexualité : une approche centrée sur les résultats en matière d'égalité des genres et d'autonomisation. New York, Fonds des Nations Unies pour la population, 2015 (24)

2.6 La mise en pratique des lignes directrices

En 2008, 30 ministres de la santé et 26 ministres de l'éducation d'Amérique latine et des Caraïbes, ou leurs représentants, se sont engagés en faveur de l'éducation à la sexualité en adoptant la Déclaration ministérielle Prévenir par l'éducation (25). Cette Déclaration, par laquelle les signataires s'engagent à mettre en œuvre et à renforcer « des stratégies plurisectorielles d'éducation complète à la sexualité et de promotion de la santé sexuelle, notamment la prévention du VIH et des IST », a incité les pays à réexaminer leurs politiques et leurs programmes d'éducation à la sexualité (13).

En 2013, les ministres de la santé et de l'éducation de 20 pays d'Afrique orientale et australe et leurs représentants se sont engagés, à l'échelle de la région, à soutenir l'accès des adolescents à l'éducation complète à la sexualité et aux services de santé sexuelle et reproductive (26). Sous l'impulsion du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), et avec l'appui de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), du Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), de l'OMS, des partenaires bilatéraux et de la société civile et des associations d'adolescents, les pays sont convenus d'un programme commun pour la prestation aux adolescents et aux jeunes de services d'éducation complète à la sexualité et de services de santé sexuelle et reproductive adaptés aux jeunes en vue de renforcer la riposte nationale à l'épidémie de VIH, de réduire le nombre des grossesses précoces et non désirées, et de renforcer les soins et l'appui destinés aux adolescents, notamment ceux qui vivent avec le VIH.

3 Conseil et services en matière de contraception

3.1 Définition

La contraception est la prévention intentionnelle de la grossesse par des moyens artificiels ou naturels (3). La contraception permet aux personnes d'avoir le nombre d'enfants souhaité et de déterminer l'intervalle entre les naissances en différant ou en prévenant les grossesses. Il existe de nombreuses méthodes contraceptives possibles, désignées selon leur durée et le contexte de leur utilisation (à action prolongée, permanente, à courte durée d'action, d'urgence) et selon la méthode opératoire (hormonale, non hormonale, mécanique, fondée sur la connaissance de la fécondité) (27).

3.2 Justification

Les grossesses précoces, désirées ou non désirées, chez les adolescentes sont un problème important. En 2016, on a estimé à 21 millions le nombre des filles âgées de 15 à 19 ans qui étaient enceintes dans les pays en développement, 12 millions d'entre elles environ ayant accouché (28). Selon des estimations, 2,5 millions de filles âgées de moins de 16 ans accouchent chaque année dans les pays pauvres en ressources (29). Pour certaines adolescentes, la grossesse et l'accouchement sont planifiés et souhaités. Pour les autres, ce n'est pas le cas : la moitié environ des grossesses chez les filles âgées de 15 à 19 ans dans les pays en développement sont accidentelles (28). Les facteurs favorisant des grossesses chez les adolescentes sont propres au contexte, tels le mariage d'enfants, la pauvreté, l'absence de perspectives et les valeurs sociales ou culturelles liées à la féminité et à la maternité (30).

Les grossesses précoces chez les adolescentes ont des conséquences sanitaires et sociales majeures. Pour ce qui est des conséquences sanitaires, les complications de la grossesse et de l'accouchement sont la cause principale de décès chez les filles âgées de 15 à 19 ans dans le monde, 99 % des décès maternels de femmes âgées de 15 à 49 ans survenant dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (31,32). Les mères adolescentes âgées de 10 à 19 ans sont plus exposées au risque d'éclampsie, d'endométrite puerpérale et d'infections systémiques que les femmes âgées de 20 à 24 ans (33). Quelque 3,9 millions d'avortements non sécurisés sont par ailleurs pratiqués chaque année chez des filles âgées de 15 à 19 ans, ce qui contribue à accroître la morbidité et la mortalité maternelles et les problèmes de santé durables (28). Une grossesse précoce peut accroître les risques pour le nouveau-né comme pour la jeune mère. L'enfant d'une mère âgée de moins de 20 ans est davantage exposé au risque d'insuffisance pondérale à la naissance, de prématurité et de maladie néonatale grave (33). Dans certains

endroits, les grossesses très rapprochées sont préoccupantes pour les jeunes mères car elles multiplient les risques pour la mère et pour l'enfant (34,35).

Pour ce qui est des conséquences sociales, les adolescentes enceintes qui ne sont pas mariées peuvent être la cible d'une stigmatisation, d'un rejet ou d'actes de violence de la part de leur partenaire, de leurs parents et d'autres adolescents (30). Les filles qui sont enceintes avant l'âge de 18 ans sont plus susceptibles de subir des actes de violence dans le cadre du mariage ou d'une relation avec un partenaire que celles qui diffèrent leur grossesse (36). La grossesse chez une adolescente peut aussi compromettre ses chances futures en matière d'éducation et d'emploi (30,37).

L'efficacité de la promotion du recours à la contraception pour combattre les grossesses précoces chez les adolescentes a été établie. En prévenant les grossesses précoces et non désirées, la contraception peut aider à réduire la morbidité et la mortalité chez la mère et le nouveau-né et à réduire la nécessité de recourir à des avortements non sécurisés (28). Les préservatifs masculins et féminins assurent par ailleurs une double protection contre les grossesses non désirées et contre les IST, y compris le VIH (38). Si les besoins des adolescentes en matière de contraception étaient satisfaits, les coûts sanitaires, sociaux et économiques associés des 2,1 millions de naissances non planifiées, des 3,2 millions d'avortements et des 5600 décès maternels pourraient être évités (28).

Il convient néanmoins de prêter attention aux lois et aux politiques et à la prestation de services de qualité. Vingt-trois millions d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans ne bénéficient pas des méthodes de contraception modernes dont elles ont besoin et sont exposées au risque de grossesses non désirées (28). Certaines filles ignorent les avantages de la contraception (39). Les filles conscientes de ces avantages qui souhaitent accéder à la contraception se heurtent à de nombreux obstacles, notamment les lois et les politiques restrictives qui limitent la prestation des services de contraception sur la base de l'âge ou de la situation de famille, les préjugés des personnels de santé ou leur refus de reconnaître les besoins des adolescentes en matière de santé sexuelle et reproductive, et l'incapacité des adolescentes à accéder aux méthodes contraceptives faute des connaissances, des moyens de transport et des ressources financières nécessaires (39). Même lorsque les adolescentes sont en mesure d'obtenir et d'utiliser des contraceptifs, divers obstacles les empêchent de les utiliser, ou de les utiliser régulièrement et correctement, notamment les pressions qui s'exercent pour qu'elles aient des enfants, la condamnation d'une activité sexuelle ou de l'utilisation de méthodes contraceptives hors mariage, la crainte des effets secondaires, l'ignorance concernant leur utilisation correcte, et les facteurs qui contribuent à l'arrêt de leur utilisation (par exemple, le fait d'hésiter à retourner demander des contraceptifs à la suite d'une première expérience négative avec des soignants ou le système de santé ; l'évolution des besoins en matière de reproduction ; la modification des intentions en matière de reproduction) (39). Il s'ensuit que les besoins non satisfaits en matière de contraception sont plus importants chez les adolescentes que dans les autres classes d'âge (28).

Aux termes de la législation relative aux droits de l'homme, les États ont l'obligation de fournir des informations et des services en matière de contraception aux adolescents. Les États sont tenus d'adopter des mesures juridiques et des moyens d'intervention destinés à assurer l'accès de toutes les personnes, y compris les adolescents, à des méthodes contraceptives abordables, sûres et efficaces (15). Les adolescents doivent avoir facilement accès à des méthodes contraceptives à court terme, à longue durée d'action et permanentes, et cet accès ne doit pas être entravé par la situation de famille ou l'objection des prestataires (16). Les informations et les services relatifs aux contraceptifs, y compris la contraception d'urgence, dans le cadre des services de santé sexuelle et reproductive, devraient être gratuits, confidentiels, réactifs aux besoins des adolescents et non discriminatoires, et les obstacles à la prestation des services comme l'autorisation obligatoire d'un tiers devraient être éliminés (15,17).

3.3 Lignes directrices pertinentes de l'OMS

3.3.1 Directives de l'OMS sur la prévention de la grossesse précoce et ses conséquences en matière de santé reproductive chez les adolescentes dans les pays en développement. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011

Ces directives (18), qui concernent spécifiquement les adolescentes, recommandent des mesures et des recherches destinées à prévenir les grossesses précoces et leurs conséquences défavorables pour la santé reproductive des adolescentes. Elles recommandent essentiellement de réduire le nombre des mariages avant l'âge de 18 ans, de réduire le nombre des grossesses avant l'âge de 20 ans, d'accroître l'utilisation de la contraception par les adolescentes exposées au risque de grossesse non désirée, de réduire les rapports sexuels forcés chez les adolescentes, de réduire le nombre des avortements non sécurisés chez les adolescentes et d'accroître le recours à des soins prénatals, per-partum et postnatals qualifiés chez les adolescentes. Pour ce qui est de la contraception, les recommandations qui concernent spécifiquement les adolescentes sont les suivantes :

Pouvoirs publics :

- Sensibiliser tous les acteurs concernés à la prévention des grossesses chez les adolescentes au moyen d'interventions telles que la diffusion d'informations, l'éducation sexuelle et sanitaire, le renforcement des aptitudes personnelles et sociales, la fourniture de services de contraception et de conseil et la mise en place d'un environnement favorable.
- S'atteler avec les responsables politiques et les planificateurs à la formulation de lois et de politiques destinées à améliorer l'accès des adolescentes aux informations et aux services relatifs aux contraceptifs, y compris la contraception d'urgence.

Communauté :

- Mettre en œuvre des interventions destinées à inciter les membres de la communauté à soutenir l'accès des adolescentes aux contraceptifs.

Établissements de santé :

- Mettre en œuvre des interventions destinées à améliorer la prestation des services de santé aux adolescentes qui les aident à obtenir et utiliser les informations et les services relatifs à la contraception.
- Mettre en œuvre des interventions destinées à réduire le coût financier des contraceptifs pour les adolescentes (recommandation conditionnelle).
- Veiller à ce que les adolescentes qui ont avorté puissent obtenir des informations et des services de soins post-avortement, que l'avortement soit légal ou non.
- Proposer et promouvoir la contraception après l'accouchement ou après l'avortement pour les adolescentes au moyen de plusieurs visites à domicile ou en ambulatoire afin de réduire le risque de grossesses répétées chez les adolescentes.

Acteurs individuels :

- Mettre en œuvre des interventions d'une portée adaptée qui fournissent des informations et une éducation exactes sur les contraceptifs, en particulier une éducation à la sexualité fondée sur le programme d'études, pour accroître l'utilisation des contraceptifs chez les adolescentes.
- Proposer des interventions qui associent l'éducation à la sexualité fondée sur le programme d'études et la promotion des contraceptifs auprès des adolescentes, afin de réduire les taux de grossesses.

3.3.2 Garantir les droits de l'homme lors de la fourniture d'informations et de services en matière de contraception : orientations et recommandations. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014

Ces orientations (19), qui ne concernent pas exclusivement les adolescents, contiennent des recommandations sur les mesures prioritaires destinées à garantir l'intégration systématique et claire des différents aspects des droits de l'homme dans les informations et les services relatifs à la contraception. Il s'agit essentiellement d'assurer la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité, la qualité et la non-discrimination dans la fourniture des informations et des services relatifs à la contraception, et de promouvoir la prise de décisions éclairées, le respect de la vie privée et la confidentialité, la participation et la responsabilisation. Pour ce qui est de la contraception, les recommandations qui concernent spécifiquement les adolescents sont les suivantes :

Établissements de santé :

- Améliorer l'accès à des informations et des services en matière de contraception complets pour les utilisateurs et utilisateurs potentiels qui ont difficilement accès aux services (populations rurales, populations urbaines démunies, adolescents). Des informations et des services relatifs à l'avortement médicalisé devraient également être fournis conformément aux lignes directrices existantes de l'OMS.
- Éliminer les obstacles financiers à l'utilisation de méthodes contraceptives par les populations marginalisées, y compris les adolescents et les personnes démunies, et veiller à ce que le prix des contraceptifs soit abordable pour tous.
- Fournir des services de santé sexuelle et reproductive, notamment des informations et des services en matière de contraception, aux adolescents sans que soit exigée l'autorisation ou la notification des parents ou d'un tuteur, afin de pourvoir aux besoins d'éducation et de services des adolescents.

Acteurs individuels :

- Mettre en œuvre des programmes d'éducation complète à la sexualité fondés sur des faits scientifiques exacts, en milieu scolaire ou extrascolaire, qui incluent des informations sur l'utilisation et l'obtention des contraceptifs.

3.3.3 Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives, 5^e éd. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015

Ces lignes directrices (40), qui ne concernent pas exclusivement les adolescents, fournissent des recommandations relatives à la sécurité des méthodes contraceptives destinées à être utilisées dans le contexte de pathologies et de caractéristiques particulières. Quatre catégories, numérotées de 1 à 4 sont définies,¹ pour indiquer si une femme ou un homme remplit les conditions médicales requises pour utiliser une méthode contraceptive. Certaines recommandations sont également classées par catégorie : P (prudence),² D (différer) ou A (accepter). Les conditions requises peuvent varier, selon que l'utilisation d'une méthode contraceptive affecte ou non la/les pathologie(s) de la personne, ou que la/les pathologie(s) de la personne affecte (affectent) l'efficacité ou la sécurité de la méthode contraceptive. En règle générale, les adolescents peuvent utiliser toutes les méthodes contraceptives hormonales ou non hormonales (y compris la contraception d'urgence), quel que soit leur âge. Les recommandations relatives aux profils de sécurité sont les mêmes pour les adolescents et les adultes, à trois exceptions près :

- La stérilisation masculine et féminine (catégorie P) : les jeunes femmes et les jeunes hommes, comme toutes les femmes et tous les hommes, doivent bénéficier d'un conseil concernant le caractère irréversible de la stérilisation et la disponibilité d'autres méthodes d'action prolongée très efficaces.
- L'acétate de médroxyprogestérone retard/énantate de noréthistérone (AMPR/EN-NET) (catégorie 2) : les jeunes femmes (de la ménarche à moins de 18 ans) peuvent en général utiliser³ l'AMPR/EN-NET, malgré ses effets potentiels sur la densité minérale osseuse chez les adolescentes. Les jeunes femmes (de la ménarche à moins de 18 ans) ayant un indice de masse corporelle égal ou inférieur à 30 kg/m² peuvent en général utiliser l'AMPR/EN-NET.
- Les contraceptifs hormonaux combinés (catégorie 1) : les femmes de la ménarche à moins de 40 ans peuvent utiliser des méthodes contraceptives hormonales combinées (contraceptifs oraux combinés, patch contraceptif combiné, anneau contraceptif combiné intravaginal, contraceptifs injectables combinés) sans restriction, malgré leurs effets potentiels sur la densité minérale osseuse chez les adolescentes, notamment celles qui choisissent les formulations très faiblement dosées.

1 Catégorie 1 : état ne justifiant aucune restriction dans l'utilisation de la méthode contraceptive ; catégorie 2 : état pour lequel les avantages de l'utilisation de la méthode l'emportent en général sur les risques théoriques ou avérés ; catégorie 3 : état pour lequel les risques théoriques ou avérés l'emportent en général sur les avantages de l'utilisation de la méthode ; catégorie 4 : état constituant un risque sanitaire inacceptable si la méthode contraceptive est utilisée.

2 Prudence : la méthode est normalement proposée systématiquement, mais requiert une préparation et des précautions supplémentaires. Pour les méthodes fondées sur la connaissance de la fécondité, cela signifie d'ordinaire qu'un conseil spécial peut être nécessaire pour assurer l'utilisation correcte de la méthode par une femme dans cette situation.

3 L'OMS emploie l'expression « peut en général utiliser » concernant les états de la catégorie 2. Si, par définition, les avantages de l'utilisation de la méthode l'emportent généralement sur les risques théoriques ou avérés liés à ces états, un suivi supplémentaire des jeunes femmes pourra être approprié dans certains cas.

3.3.4 Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016

Ces recommandations (41), qui ne concernent pas exclusivement les adolescents, complètent les Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives (40) et fournissent des orientations sur l'utilisation sûre et efficace des méthodes contraceptives dès lors qu'elles sont jugées médicalement appropriées. Elles décrivent les considérations de sécurité, notamment les obstacles courants à une utilisation sûre, correcte et régulière des méthodes contraceptives et les avantages associés à la prévention des grossesses non désirées.

3.3.5 *Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017

Ces directives cliniques (42), qui concernent spécifiquement les adolescents et les enfants (âgés de 0 à 18 ans), contiennent des recommandations relatives à la prestation aux survivants de sévices sexuels de soins de qualité reposant sur le traumatisme subi. Elles incluent des recommandations relatives aux soins dispensés à la suite d'un viol et aux bonnes pratiques applicables à l'enregistrement des antécédents médicaux, à la conduite des examens, à la fourniture d'un appui psychologique et à l'enregistrement des résultats. Ces directives cliniques appellent également l'attention sur les aspects éthiques à prendre en considération lorsque les personnels de santé sont chargés de déclarer aux autorités désignées des sévices sexuels subis par des enfants et des adolescents. L'accent est mis par ailleurs sur la nécessité de promouvoir la sécurité, de proposer des choix et de respecter les souhaits et l'autonomie des enfants et des adolescents, par exemple en ce qui concerne la participation des aidants. Pour ce qui est de la contraception, la recommandation qui concerne spécifiquement les adolescentes est la suivante :

Établissements de santé :

- Proposer la contraception d'urgence aux filles qui ont été victimes d'un viol par pénétration pénovaginale et qui sont vues dans les 120 heures (5 jours) suivant l'événement.

3.3.6 Ligne directrice unifiée sur la santé et les droits des femmes vivant avec le VIH en matière sexuelle et reproductive. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017

Cette ligne directrice (43), qui ne concerne pas exclusivement les adolescentes, regroupe les recommandations relatives à la santé et aux droits des femmes vivant avec le VIH en matière de sexualité et de reproduction. Elle décrit les stratégies permettant d'établir un environnement favorable et de mettre en œuvre des interventions sanitaires en faveur de la santé et des droits des femmes vivant avec le VIH en matière de sexualité et de reproduction. Elle examine également les problèmes de mise en œuvre que posent pour les interventions sanitaires et la prestation des services le respect de l'égalité des sexes et la défense des droits humains.

3.3.7 Contraceptifs hormonaux appropriés chez les femmes à risque élevé d'infection par le VIH – manuel d'orientation. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017

Ce manuel d'orientation (44), qui ne concerne pas exclusivement les adolescentes, contient des recommandations relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives hormonales par les femmes exposées à un risque élevé d'infection à VIH. Les recommandations relatives à l'utilisation de progestatifs seuls injectables par les femmes exposées à un risque élevé d'infection à VIH sont passées de la catégorie 1 à la catégorie 2,¹ et elles ont été assorties des explications nécessaires,⁴ dans les *Critères OMS de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives* (40).

3.3.8 WHO recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015

Cette ligne directrice (45), qui ne concerne pas exclusivement les adolescentes, regroupe les recommandations relatives aux interventions de promotion de la santé de la mère et du nouveau-né. Elle contient les recommandations destinées à améliorer la santé de la mère et du nouveau-né ; à améliorer les soins dispensés au sein du foyer par les femmes et les membres de la famille ; à accroître l'appui de la communauté à la santé de la mère et du nouveau-né ; et à améliorer l'accès et le recours aux soins qualifiés.

3.3.9 Lutte contre la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle à l'encontre des femmes : recommandations cliniques et politiques. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013

Cette ligne directrice (46), qui ne concerne pas exclusivement les adolescents, contient des orientations fondées sur des bases factuelles relatives à la lutte contre la violence entre partenaires intimes et les violences sexuelles à l'encontre des femmes, ainsi que des stratégies destinées à améliorer la coordination et le financement des services. Elle examine aussi des stratégies destinées à accroître l'attention portée à la lutte contre les violences sexuelles et la violence entre partenaires intimes dans les programmes de formation des personnels de santé. Elle traite des soins cliniques des victimes de violence entre partenaires intimes et de sévices sexuels, et des approches programmatiques et des pouvoirs publics de la prestation des services. Pour ce qui est de la contraception, des recommandations sont formulées en faveur de la contraception d'urgence pour les survivantes d'agressions sexuelles.

4 Des preuves scientifiques de l'éventuelle augmentation du risque d'infection à VIH pour les femmes qui utilisent des progestatifs seuls injectables continuent d'être relevées. Il reste à déterminer si cela est dû aux méthodes de collecte de ces données ou à un effet biologique réel. Dans de nombreux contextes où les grossesses non désirées ou la morbidité et la mortalité associées à la grossesse sont courantes, les progestatifs seuls injectables figurent parmi les quelques méthodes généralement disponibles. Les femmes ne doivent pas être privées des progestatifs seuls injectables du fait de l'inquiétude que suscite l'éventualité d'un risque accru. Les femmes qui envisagent d'utiliser les progestatifs seuls injectables doivent être informées de cette inquiétude, de l'incertitude quant à la relation de cause à effet et des moyens de réduire au maximum le risque d'infection à VIH.

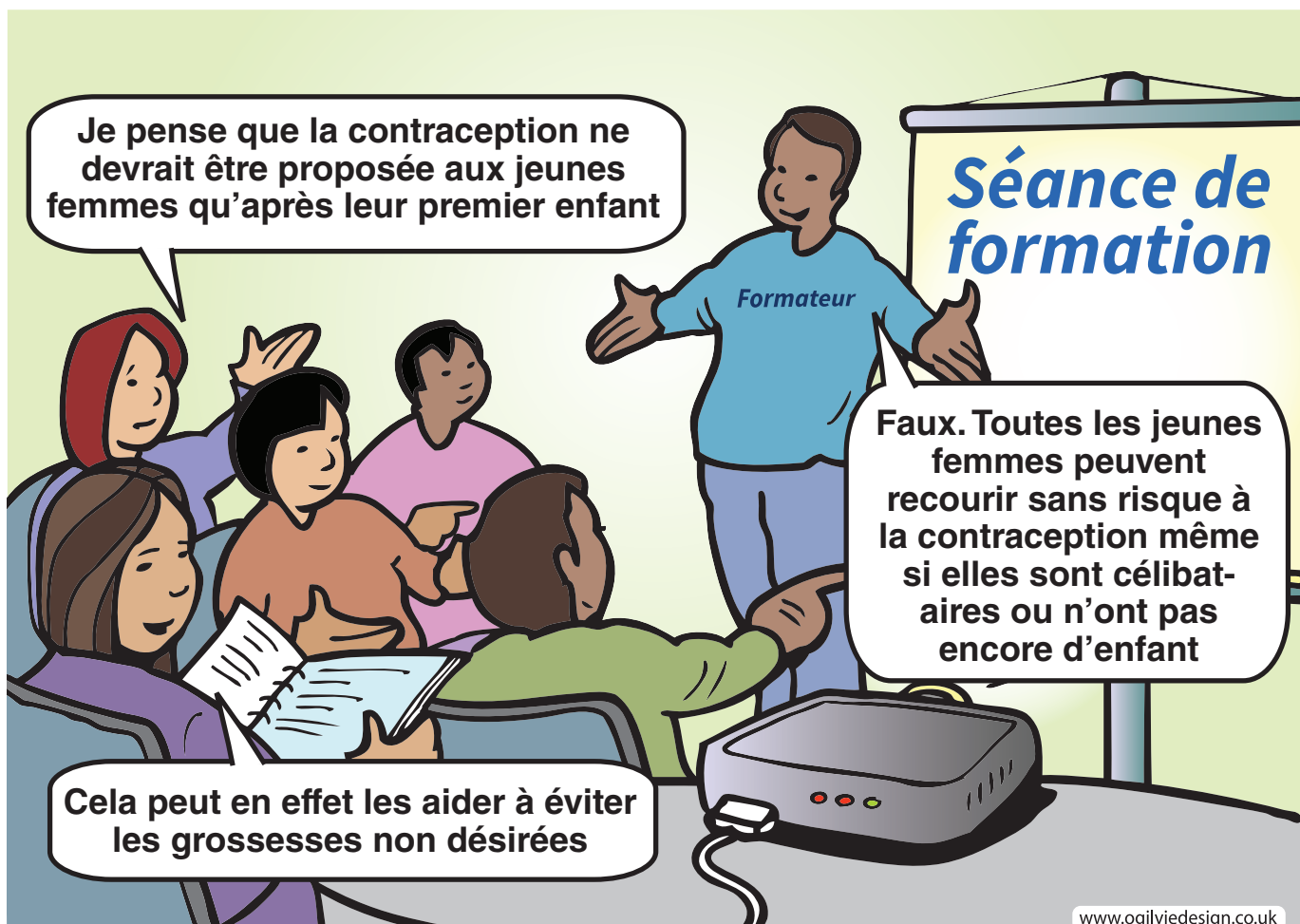
3.4 Concepts clés à prendre en considération

Dans de nombreux endroits, les lois et les politiques empêchent la fourniture de services de contraception sur la base de l'âge et de la situation de famille (39). L'âge ne constitue pas une raison médicale suffisante pour refuser une méthode contraceptive aux adolescents (40). Des lois et des politiques qui appuient l'accès des adolescents à la contraception, quels que soient leur âge et leur situation de famille, sans l'autorisation ou la notification obligatoire des parents ou du conjoint, sont cruciales pour la prestation de services adaptés aux adolescents (18,19).

De nombreux adolescents ont des conceptions erronées sur la contraception (ainsi « la contraception est cause d'infécondité ») ou ignorent où et comment obtenir des informations ou des services en matière de contraception (39). L'éducation complète à la sexualité est un moyen efficace pour atteindre et informer les adolescents au sujet de la contraception et d'autres sujets intéressant la santé sexuelle et reproductive (18). Tous les adolescents, qu'ils soient scolarisés ou non scolarisés, devraient bénéficier du même enseignement, compte tenu des problèmes que pose la mise en œuvre extrascolaire d'approches fondées sur le programme d'études (4). L'éducation complète à la sexualité devrait être complétée par d'autres interventions, consistant notamment à associer les parents, les enseignants et d'autres gardiens (18).

Les services de contraception et les personnels de santé ne sont pas souvent à l'écoute des adolescents (39). Les normes de l'OMS relatives aux services de soins de santé de qualité pour les adolescents portent notamment sur le niveau des connaissances des adolescents en matière de santé, l'appui de la communauté, les ensembles appropriés de services, les compétences des agents de santé, les caractéristiques des établissements, l'équité et la non-discrimination, l'amélioration des données et la qualité et la participation des adolescents (47). Même en l'absence de restrictions légales ou politiques à la fourniture d'informations et de services en matière de contraception aux adolescents, il est important de combattre les préjugés des agents de santé et les idées fausses des adolescents concernant la contraception (18).

Les besoins des adolescents en matière de contraception sont divers et changeants (39). Certains adolescents choisissent d'être sexuellement inactifs, certains d'être sexuellement actifs, et certains peuvent être mis dans des situations où ils sont censés être sexuellement actifs, sans considération pour leurs souhaits ou leurs choix. Aussi des stratégies complémentaires devraient-elles être utilisées pour répondre aux besoins hétérogènes des différentes populations d'adolescents (18). Des programmes devraient par ailleurs couvrir les besoins de groupes spéciaux d'adolescents, notamment les adolescents handicapés, les adolescents présentant des maladies chroniques, les migrants et les réfugiés (19).



www.ogilviedesign.co.uk

3.5 Documents essentiels complétant les lignes directrices de l'OMS

- Disque pour le choix des méthodes contraceptives selon les critères de recevabilité médicale. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 (48)
- *Family planning: a global handbook for providers* (2018 edition). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (38)
- *Compendium of WHO recommendations for postpartum family planning*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (49)
- *Training resource package for family planning*. Genève, Organisation mondiale de la Santé ([https:// www.fptraining.org/](https://www.fptraining.org/)) (50)
- La délégation des tâches pour améliorer l'accès aux méthodes de contraception. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (51)
- *Reducing early and unintended pregnancies among adolescents: evidence brief*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017 (52)
- Le partage des tâches pour améliorer l'accès à la planification familiale/à la contraception : brève présentation. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017 (53)

- *Adolescents and family planning: what the evidence shows*. Washington, DC: International Center for Research on Women; 2014 (54)
- *High-impact Practices (HIPs) in family planning: adolescent-friendly contraceptive services – mainstreaming adolescent-friendly elements into existing contraceptive services*. Washington, DC: United States Agency for International Development; 2015 (55)
- *Youth contraceptive use: effective interventions – a reference guide*. Washington, DC: Population Reference Bureau; 2017 (56)
- *Global consensus statement for expanding contraceptive choice for adolescents and youth to include long-acting reversible contraception*. Washington, DC: Family Planning 2020; 2017 (57)

3.6 La mise en pratique des lignes directrices

En 2017, dans le cadre du projet général de l'OMS sur la planification familiale (Family Planning Umbrella Project), les lignes directrices et les recommandations les plus récentes de l'OMS relatives à la contraception ont été diffusées et communiquées aux responsables de l'élaboration des politiques, aux responsables de la programmation, aux représentants de la société civile, aux organisations non gouvernementales, aux universitaires et au personnel de l'OMS et à des autres institutions de l'Organisation des Nations Unies de trois Régions de l'OMS (Afrique, Méditerranée orientale, Asie du Sud-Est) (58). Ces acteurs ont ensuite orienté le personnel national au sujet des recommandations et actualisé leurs lignes directrices et leurs matériels de formation nationaux. Depuis, 47 pays (dont 20 ont mené leur tâche à bien) se sont attelés à l'actualisation de leurs lignes directrices nationales sur la planification familiale et de leur politique relative à la santé reproductive sur la base des *Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives* (40). Les 47 pays sont convenus d'utiliser un outil de travail – le *Disque OMS pour le choix des méthodes contraceptives selon les critères de recevabilité médicale* (48). Des mesures spéciales ont été adoptées pour pourvoir aux besoins des adolescents en matière de contraception, notamment l'actualisation des recommandations figurant dans les politiques, les lignes directrices et les matériels de formation nationaux.

4 Soins prénatals, per-partum et postnatals

4.1 Définitions

Les soins prénatals sont les soins dispensés par des professionnels de la santé qualifiés aux femmes et aux adolescentes enceintes pour assurer à la mère et à l'enfant les meilleures conditions de santé possibles pendant la grossesse (59).

Les soins per-partum sont les soins dispensés par des professionnels de la santé qualifiés aux femmes et aux adolescentes pendant l'accouchement pour assurer à la mère et à l'enfant les meilleures conditions de santé possibles (60).

Les soins postnatals sont les soins dispensés par des professionnels de la santé qualifiés aux femmes et aux adolescentes et à leur enfant jusqu'à six semaines après la naissance pour assurer à la mère et à l'enfant les meilleures conditions de santé possibles (60).

4.2 Justification

Dans de nombreux contextes, les grossesses chez les adolescentes sont courantes. En 2016, on a estimé à 21 millions le nombre des filles âgées de 15 à 19 ans qui étaient enceintes dans les pays en développement, 12 millions d'entre elles environ ayant accouché (28). Selon des estimations, 2,5 millions de filles âgées de moins de 16 ans dans les pays pauvres en ressources accouchent chaque année (29). Pour certaines adolescentes, la grossesse et l'accouchement sont planifiés et souhaités. Pour les autres, ce n'est pas le cas : la moitié environ des grossesses chez les filles âgées de 15 à 19 ans dans les pays en développement sont non désirées (28). Les facteurs favorisant des grossesses chez les adolescentes sont propres au contexte, tels le mariage d'enfants, la pauvreté, l'absence de perspectives et les valeurs sociales ou culturelles liées à la féminité et à la maternité (30).

Les événements de santé maternelle défavorables chez les adolescentes ont de sérieuses conséquences sanitaires et sociales. Pour ce qui est des conséquences sanitaires, les complications de la grossesse et de l'accouchement sont la cause principale de décès chez les filles âgées de 15 à 19 ans dans le monde, 99 % des décès maternels de femmes âgées de 15 à 49 ans étant survenus en 2015 dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (31,32). La mortalité maternelle est plus élevée dans le monde chez les filles âgées de 10 à 14 ans que chez les femmes et les filles âgées de 15 à 29 ans (61). Les mères adolescentes âgées de 10 à 19 ans sont plus exposées au risque d'éclampsie, d'endométrite puerpérale et d'infections systémiques que les femmes âgées de 20 à 24 ans (33). Quelque 3,9 millions d'avortements non sécurisés sont

par ailleurs pratiqués chaque année dans les pays en développement chez des filles âgées de 15 à 19 ans, ce qui contribue à accroître la morbidité et la mortalité maternelles et les problèmes de santé durables (28). Une grossesse précoce peut accroître les risques pour le nouveau-né comme pour la jeune mère. L'enfant d'une mère âgée de moins de 20 ans est davantage exposé au risque d'insuffisance pondérale à la naissance, de prématurité et de maladie néonatale grave (33). Dans certains endroits, les grossesses très rapprochées sont préoccupantes pour les jeunes mères car elles multiplient les risques pour la mère et pour l'enfant (34, 35).

Pour ce qui est des conséquences sociales, les adolescentes enceintes qui ne sont pas mariées peuvent être la cible d'une stigmatisation, d'un rejet ou d'actes de violence de la part de leur partenaire, de leurs parents et d'autres adolescents (30). Les filles qui sont enceintes avant l'âge de 18 ans sont plus susceptibles de subir des actes de violence dans le cadre du mariage ou d'une relation avec un partenaire que celles qui diffèrent leur grossesse (36). La grossesse chez une adolescente peut aussi compromettre ses chances futures en matière d'éducation et d'emploi (30, 37).

Les soins prénatals, per-partum et postnatals sont efficaces. Les bienfaits de ces interventions pour la santé sont clairs et bien établis pour les mères adolescentes et leurs enfants, en l'absence d'effets dommageables et d'inconvénients vérifiables (60). La plupart des décès maternels sont évitables au moyen d'interventions médicales connues (1).

Il convient toutefois de prêter attention à l'accès aux services de qualité et à la prestation de ces services. Les adolescentes qui souhaitent accéder à des soins qualifiés et en bénéficier avant, pendant et après une grossesse peuvent se heurter à des obstacles (62). Certains sous-groupes d'adolescentes, comme celles qui sont très jeunes, ou celles qui sont célibataires, les réfugiées et les adolescentes dans des situations de crise humanitaire, peuvent rencontrer des difficultés particulières pour accéder aux soins (63).

Aux termes de la législation relative aux droits de l'homme, les États ont l'obligation de dispenser des soins prénatals, per-partum et postnatals aux adolescentes. La protection de la santé reproductive et maternelle est considérée comme comparable à une obligation essentielle aux termes du droit à la santé, à savoir qu'elle constitue l'une des principales mesures minimales que doivent adopter les États pour donner sens à ce droit (64). L'obligation de veiller au respect des droits des adolescentes dans ce domaine fait partie intégrante de l'obligation qu'ont les États d'assurer l'accès universel à un ensemble complet d'interventions de santé sexuelle et reproductive avant, pendant et après une grossesse (16). Les soins de santé maternelle, qui s'inscrivent dans le cadre de la santé sexuelle et reproductive, doivent être gratuits, confidentiels et adaptés aux adolescentes, et non discriminatoires, et les obstacles à l'obtention des services, comme l'autorisation obligatoire d'un tiers, doivent être éliminés (15, 17).

4.3 Lignes directrices pertinentes de l'OMS⁵

4.3.1 Directives de l'OMS pour la prévention des grossesses précoces et de leurs conséquences en matière de santé reproductive chez les adolescentes dans les pays en développement. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011

Ces directives (18), qui concernent spécifiquement les adolescentes, contiennent des recommandations relatives aux mesures et aux recherches visant à prévenir les grossesses précoces et leurs conséquences défavorables pour la santé reproductive chez les adolescentes. Il s'agit essentiellement de réduire le nombre des mariages avant l'âge de 18 ans, de réduire le nombre des grossesses avant l'âge de 20 ans, d'augmenter l'utilisation de la contraception chez les adolescentes exposées au risque de grossesse non désirée, de réduire le nombre des rapports sexuels forcés chez les adolescentes, de réduire le nombre des avortements à risque chez les adolescentes, et d'accroître l'utilisation de soins qualifiés pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale chez les adolescentes. Pour ce qui est des soins prénatals, per-partum et postnatals, les recommandations qui concernent spécifiquement les adolescentes sont les suivantes :

Établissements de santé :

- Promouvoir l'intégration de la préparation à la naissance et aux situations d'urgence dans les stratégies de soins prénatals pour les adolescentes enceintes dans les foyers, dans la communauté et dans les établissements de santé.
- Étendre la disponibilité des soins obstétricaux d'urgence de base et des soins obstétricaux d'urgence complets et l'accès à ces soins à tous les groupes de population, y compris les adolescentes.

Acteurs individuels :

- Fournir des informations à toutes les adolescentes enceintes et aux autres acteurs concernés sur l'importance de recourir à des soins prénatals qualifiés.
- Fournir des informations à toutes les adolescentes enceintes et aux autres acteurs concernés sur l'importance de recourir à des soins obstétricaux qualifiés.

4.3.2 Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016

Ces lignes directrices (59), qui ne concernent pas exclusivement les adolescentes, contiennent des recommandations complètes sur les soins prénatals systématiques des femmes et des adolescentes enceintes. Elles décrivent essentiellement les pratiques fondées sur des bases

⁵ En 2017, l'OMS a regroupé ses recommandations relatives aux questions liées à la santé maternelle publiées avant et en 2017 dans le document *WHO Recommendations on Maternal Health (65)*. L'ouvrage couvre essentiellement les interventions sanitaires qui devraient être mises en œuvre pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale, et les comportements sanitaires que devraient avoir (ou ne pas avoir) les femmes pendant ces périodes pour prendre soin d'elles-mêmes et de leur enfant. En 2013, l'OMS a regroupé ses recommandations sur les soins postnatals de la mère et du nouveau-né publiées avant et en 2013 dans le document *WHO Recommendations on Postnatal Care of the Mother and Newborn (66)*. Ces lignes directrices traitent essentiellement du moment opportun, du nombre et du lieu des visites postnatales, et du contenu des soins postnatals pour toutes les mères et leur enfant pendant les six semaines suivant la naissance.

factuelles pendant les soins prénatals qui améliorent l'issue et contribuent à faire de la grossesse une expérience positive. Elles complètent les lignes directrices existantes de l'OMS sur la prise en charge de certaines complications de la grossesse.

4.3.3 Utilisation d'associations de micronutriments en poudre pour l'enrichissement à domicile de l'alimentation des femmes enceintes. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016

Ces lignes directrices (67), qui ne concernent pas exclusivement les adolescentes, donnent des orientations sur les effets et la sécurité d'emploi des associations de micronutriments en poudre pour l'enrichissement à domicile de l'alimentation des femmes enceintes. Elles indiquent essentiellement que l'utilisation systématique d'associations de micronutriments en poudre pendant la grossesse n'est pas recommandée en remplacement des suppléments de fer et d'acide folique pendant la grossesse pour améliorer les résultats sanitaires de la mère et du nouveau-né.

4.3.4 *Optimal serum and red blood cell folate concentrations in women of reproductive age for prevention of neural tube defects.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015

Ces lignes directrices (68), qui ne concernent pas exclusivement les adolescentes, donnent des orientations sur les concentrations sériques et érythrocytaires optimales de folates chez les femmes en âge de procréer pour prévenir les malformations du tube neural. Elles portent essentiellement sur les déterminants génétiques, biologiques et sociodémographiques du niveau des réserves en folates ; les concentrations sanguines de folates et le risque de malformation du tube neural ; et sur les effets des interventions nutritionnelles sur les concentrations sériques/plasmatiques et érythrocytaires de folates.

4.3.5 *Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014

Ces lignes directrices (69), qui ne concernent pas exclusivement les adolescentes, regroupent les recommandations relatives à la reconnaissance et à la prise en charge de l'usage de substances psychoactives et des troubles liés à cet usage chez les femmes enceintes. Elles portent essentiellement sur le dépistage et les interventions brèves, les interventions psychosociales, la désintoxication, le traitement de la dépendance, l'alimentation du nourrisson et la gestion du sevrage chez le nourrisson.

4.3.6 *Recommandations de l'OMS pour la prévention et le traitement de la prééclampsie et de l'éclampsie.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011

Ces lignes directrices (70), qui ne concernent pas exclusivement les adolescentes, contiennent des recommandations relatives à l'optimisation des soins de santé pour les femmes présentant une prééclampsie ou une éclampsie. Elles couvrent essentiellement la prescription de repos ; la réduction du sel dans les aliments ; la supplémentation en calcium et en vitamine D ; les

médicaments ; et les soins interventionnistes par opposition à l'expectative en cas de prééclampsie sévère avant terme, l'induction du travail en cas de prééclampsie à terme, et la prévention et le traitement de l'hypertension artérielle pendant le post-partum.

4.3.7 WHO recommendations for induction of labour. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011

Ces lignes directrices (71), qui ne concernent pas exclusivement les adolescentes, contiennent des recommandations relatives à l'amélioration de la qualité des soins et des résultats pour les femmes enceintes en cas d'induction du travail dans les situations où les ressources sont limitées. Elles couvrent essentiellement les cas où l'induction du travail peut être appropriée, les méthodes d'induction du travail, la prise en charge des événements défavorables liés à l'induction du travail et les contextes qui se prêtent à l'induction du travail.

4.3.8 WHO recommendations for augmentation of labour. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014

Ces lignes directrices (72), qui ne concernent pas exclusivement les adolescentes, contiennent des recommandations relatives aux interventions destinées à réduire la charge mondiale de morbidité liée au travail prolongé et à ses conséquences. Elles traitent essentiellement du diagnostic et de la prévention de l'absence de progression au premier stade du travail, du traitement de l'absence de progression au premier stade du travail moyennant l'accélération et des soins pendant l'accélération du travail.

4.3.9 Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018

Ces lignes directrices (73), qui ne concernent pas exclusivement les adolescentes, contiennent des recommandations complètes sur les pratiques essentielles liées aux soins per-partum dont devraient bénéficier toutes les femmes et les adolescentes enceintes pour que leur accouchement soit une expérience positive. Elles décrivent essentiellement les pratiques fondées sur des bases factuelles pendant les soins per-partum qui améliorent les résultats et font de l'accouchement une expérience positive, et complètent les lignes directrices existantes de l'OMS sur la prise en charge de certaines complications liées à la grossesse.

4.3.10 Recommandations de l'OMS pour la prévention et le traitement des infections maternelles périnatales (résumé en français). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015

Ces lignes directrices (74), qui ne concernent pas exclusivement les adolescentes, regroupent les recommandations relatives aux interventions efficaces pour réduire la charge mondiale de morbidité liée aux infections maternelles et à leurs complications pendant la période de l'accouchement. Elles décrivent essentiellement les recommandations fondées sur des bases factuelles relatives aux interventions destinées à prévenir et traiter les infections de l'appareil génital pendant le travail, l'accouchement ou la période puerpérale, afin d'améliorer les résultats pour la mère et pour l'enfant.

4.3.11 Recommandations de l'OMS pour la prévention et le traitement de l'hémorragie du post-partum. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012

Ces lignes directrices (75), qui ne concernent pas exclusivement les adolescentes, contiennent des recommandations relatives aux principes généraux applicables aux soins de l'hémorragie du post-partum. Elles couvrent essentiellement la prévention de l'hémorragie du post-partum (utérotoniques, prise en charge du cordon et massage utérin, prise en charge active de la délivrance), la prévention de l'hémorragie du post-partum en cas de césarienne, le traitement de l'hémorragie du post-partum (utérotoniques, liquides pour la réanimation et acide tranexamique, manœuvres et autres actes médicaux) et le traitement de la rétention placentaire.

4.3.12 WHO recommendations on tranexamic acid for the treatment of postpartum haemorrhage. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017

Ces lignes directrices (76), qui ne concernent pas exclusivement les adolescentes, actualisent les recommandations relatives à l'utilisation de l'acide tranexamique pour le traitement de l'hémorragie du post-partum compte tenu des nouveaux éléments d'information importants sur cette intervention. Elles remplacent et annulent les précédentes recommandations sur l'acide tranexamique pour le traitement de l'hémorragie du post-partum, publiées dans les *Recommandations de l'OMS de 2012 pour la prévention et le traitement de l'hémorragie du post-partum* (75). Ces lignes directrices établissent essentiellement que l'administration précoce d'acide tranexamique par voie intraveineuse (dans les trois heures suivant l'accouchement) est recommandée en complément des soins habituels pour les femmes chez lesquelles une hémorragie du post-partum est diagnostiquée cliniquement suivant un accouchement par voie basse ou par césarienne.

4.3.13 Daily iron supplementation in postpartum women: guideline. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016

Ces lignes directrices (77), qui ne concernent pas exclusivement les adolescentes, contiennent une recommandation conditionnelle relative à la supplémentation orale quotidienne en fer pour les femmes pendant les six à 12 semaines suivant l'accouchement afin d'améliorer les résultats sanitaires de la mère et du nouveau-né.

4.3.14 Recommandations de l'OMS : optimisation des rôles du personnel de santé par la délégation des tâches pour améliorer l'accès aux interventions de santé maternelle et néonatale. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012

Ces lignes directrices (78), qui ne concernent pas exclusivement les adolescentes, contiennent des recommandations pour tenter de surmonter la sérieuse pénurie de personnels de santé chargés de mettre en œuvre les interventions de santé de la mère et du nouveau-né. Elles décrivent essentiellement les interventions recommandées pour les personnels de santé non médicaux, les infirmiers/ères auxiliaires, les infirmières sages-femmes auxiliaires, les personnels infirmiers, les sages-femmes, les cliniciens associés (non médecins), les cliniciens associés (non médecins) de niveau avancé et les médecins non spécialisés.

4.3.15 WHO recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015

Ces lignes directrices (45), qui ne concernent pas exclusivement les adolescentes, regroupent les recommandations relatives aux interventions de promotion de la santé de la mère et du nouveau-né. Elles décrivent essentiellement les interventions relatives à la préparation à la naissance et aux complications, à la participation de l'homme à la santé de la mère et du nouveau-né, au partenariat avec les accoucheuses traditionnelles, à la prestation de soins de maternité qualifiés culturellement adaptés, au compagnon de choix à la naissance, à la mobilisation de la communauté moyennant des cycles participatifs d'apprentissage et d'action sous la conduite d'animateurs, et à la participation de la communauté aux processus d'amélioration de la qualité et à la planification et à la mise en œuvre des programmes.

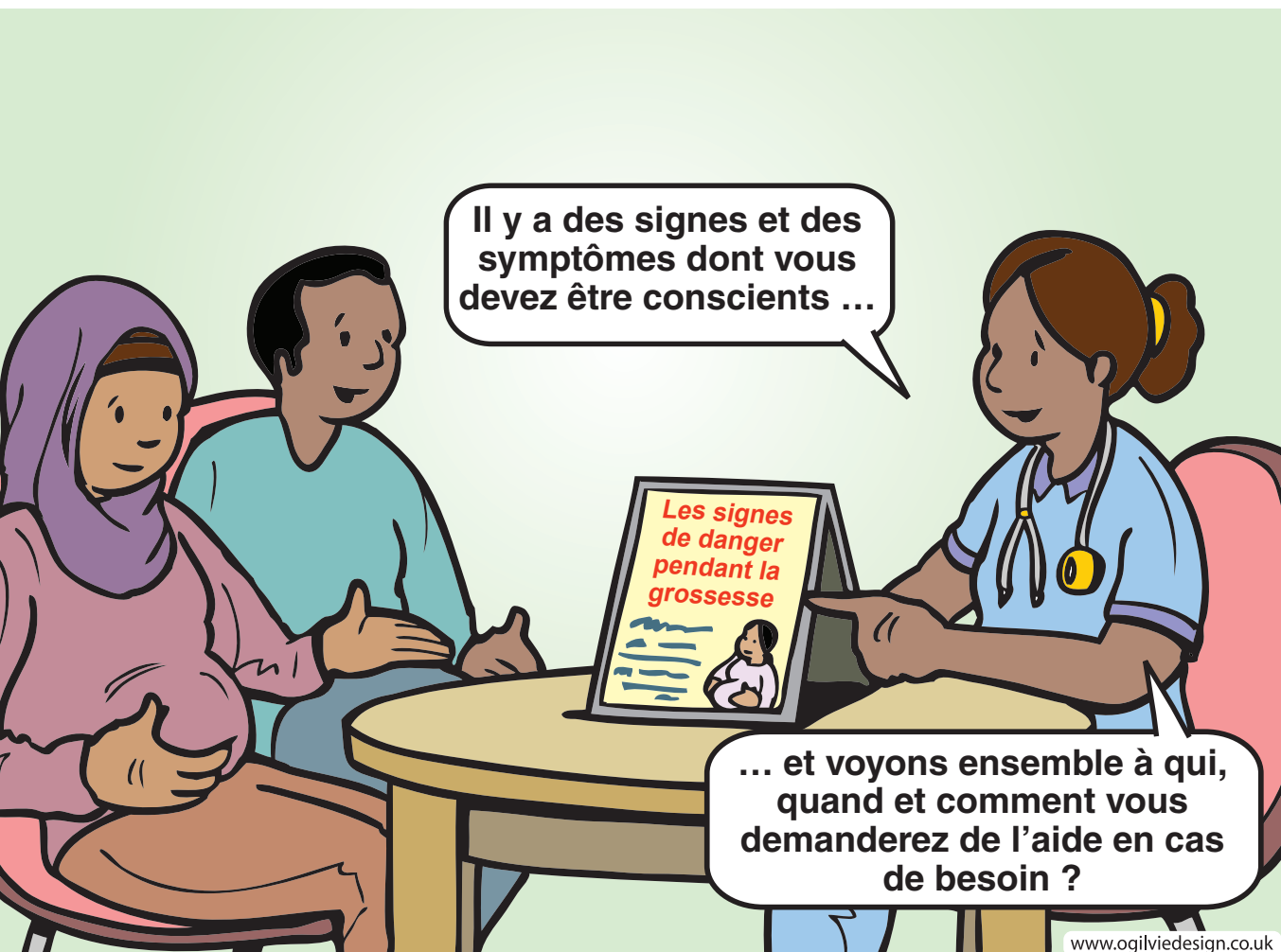
4.3.16 Recommandation de l'OMS relative à la mobilisation communautaire pour la santé de la mère et du nouveau-né au moyen de cycles d'apprentissage et d'action participatifs avec les associations féminines sous la conduite d'animateurs. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014

Ces recommandations (79), qui ne concernent pas exclusivement les adolescentes, portent sur la mobilisation communautaire en faveur de la santé de la mère et du nouveau-né au moyen de cycles participatifs d'apprentissage et d'action avec les associations féminines sous la conduite d'animateurs. Elles visent également à renforcer la connaissance des interventions importantes pour l'amélioration de la santé de la mère et du nouveau-né ; pour l'amélioration des soins dispensés au sein du foyer par les femmes et les membres de la famille ; pour renforcer l'appui communautaire à la santé de la mère et du nouveau-né ; et pour faciliter l'accès et le recours aux soins qualifiés.

4.4 Concepts clés à prendre en considération

Les adolescentes enceintes, en particulier celles qui sont célibataires, se heurtent souvent à des obstacles lorsqu'il s'agit d'accéder aux services de santé maternelle, notamment les soins prénatals, per-partum et postnatals. Les obstacles à l'accès incluent le manque d'informations sur l'importance du recours aux services de santé maternelle, le défaut de confidentialité et la stigmatisation (18). Des efforts devront être déployés pour assurer la disponibilité des soins prénatals, per-partum et postnatals, y compris les soins obstétricaux d'urgence de base et les soins obstétricaux d'urgence complets et l'accès à ces services (18).

Les services prénatals, per-partum et postnatals ne sont pas souvent adaptés aux besoins des adolescentes. Il est crucial que les agents de santé bénéficient en permanence d'une formation et d'un soutien appropriés qui leur fournissent les connaissances, les capacités de réflexion et les compétences requises pour dispenser des soins prénatals, per-partum et postnatals de qualité, adaptés aux adolescentes, conformément au droit de chacun à la santé, à la confidentialité et à l'absence de discrimination (18).



4.5 Documents essentiels complétant les lignes directrices de l'OMS

- *Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice*, 3rd edn. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 (60)
- *Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors*, 2nd edn. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017 (80)
- *Companion of choice during labour and childbirth for improved quality of care: evidence-to-action brief*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (81)
- La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014 (82)
- *Strengthening midwifery toolkit*. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2011 (83)
- *Fistule obstétricale : principes directeurs pour la prise en charge clinique et le développement de programmes*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006 (84)
- Tibingana-Ahimbisibwe B, Katabira C, Mpalampa L, Harrison RA. *The effectiveness of adolescent-specific prenatal interventions on improving attendance and reducing harm during and after birth: a systematic review*. *Int J Adolesc Med Health*. 2016;30:(3) (85)

4.6 La mise en pratique des lignes directrices

Le réseau GREAT (dont l'action est conforme aux lignes directrices, qui contribue à l'établissement des priorités de la recherche, qui fait la synthèse des données factuelles, qui applique les données factuelles et qui transfère les connaissances) a été établi en 2012 par l'OMS, l'Hôpital St Michael, l'Université de Toronto, et des partenariats internationaux avec des pays à revenu faible ou intermédiaire pour fournir des orientations et un appui aux acteurs du système de soins de santé concernant la mise en œuvre de lignes directrices relatives à la santé maternelle et périnatale pertinentes et reposant sur des bases factuelles (86). Le réseau GREAT a testé son modèle de réunion de deux jours avec les acteurs concernés, notamment des cliniciens (obstétriciens, sages-femmes), administrateurs, chercheurs et responsables de l'élaboration des politiques et l'OMS en 2012. Des groupes thématiques ont été organisés pour recenser les obstacles et des animateurs ont été désignés pour orienter la mise en œuvre ; une réunion a été utilisée pour établir les priorités courantes par la méthode du groupe nominal (87) et la méthode de la pertinence de la recherche-développement (88). Ce processus a conduit à la formulation d'un ensemble de recommandations destinées à éliminer les entraves à l'application des lignes directrices relatives à la santé maternelle et périnatale, et à la mise en place de groupes de travail chargés d'appuyer la mise en pratique de la stratégie de mise en œuvre sur la base des priorités fixées (89). Le modèle du réseau GREAT a ultérieurement été reproduit en Éthiopie, au Myanmar, en Ouganda et en République-Unie de Tanzanie (90).

5 L'avortement médicalisé

5.1 Définitions

L'avortement provoqué désigne la perte intentionnelle d'une grossesse intra-utérine par un moyen médical ou chirurgical (91).

L'avortement médicalisé fait référence à un avortement pratiqué selon une méthode recommandée par l'OMS (avortement médical, par aspiration, par dilatation et évacuation) ; il est adapté à la durée de la grossesse et il est pratiqué par un soignant qualifié (92).

Les avortements moins sécurisés désignent les avortements qui satisfont seulement à l'un de deux critères – soit l'avortement est pratiqué par un soignant qualifié mais utilisant une méthode dépassée (le curetage, par exemple), soit l'avortement est pratiqué selon une méthode sûre (administration de misoprostol, par exemple) mais en l'absence d'informations adéquates ou de l'appui d'une personne qualifiée (92).

Les avortements les moins sûrs sont les avortements pratiqués par des personnes non qualifiées utilisant des méthodes dangereuses (l'ingestion de substances caustiques, l'insertion de corps étrangers ou l'utilisation de préparations traditionnelles) (92).

5.2 Justification

Les avortements non sécurisés chez les adolescentes sont un problème important. Le nombre annuel des avortements non sécurisés pratiqués chez les filles âgées de 15 à 19 ans dans les pays en développement est estimé à 3,9 millions (28).

Les avortements non sécurisés chez les adolescentes ont des conséquences sanitaires majeures. Quelque 8 % de la mortalité maternelle entre 2003 et 2012 étaient imputables aux avortements (93). Les adolescentes sont plus susceptibles que les femmes plus âgées de solliciter l'aide d'agents non qualifiés pour un avortement, de déclencher elles-mêmes l'avortement, d'interrompre une grossesse au-delà du premier trimestre lorsque l'intervention est plus dangereuse, et de différer la demande de soins médicaux en cas de complications à la suite d'un avortement non sécurisé ; elles sont probablement moins informées au sujet de leurs droits concernant les soins pendant et après un avortement et moins enclines à déclarer un avortement (94).

L'avortement médicalisé comporte peu de risques sanitaires. Les personnes, les compétences et les normes médicales considérées comme sûres dans la pratique d'un avortement diffèrent selon qu'il s'agit d'un avortement médical ou d'un avortement chirurgical et dépendent également

de la durée de la grossesse (95). Un avortement médicalisé peut comporter moins de risque qu'une injection de pénicilline ou que la poursuite de la grossesse jusqu'à son terme (95,96).

Il convient toutefois de prêter attention aux lois et aux politiques liées à l'avortement et à la prestation de services de qualité. L'accès à des services d'avortement médicalisé est très restreint dans de nombreux pays, malgré les données relatives aux niveaux élevés de mortalité maternelle qui sont associés aux lois limitant les avortements (97,98). Des pays limitent encore l'accès des adolescentes à l'avortement médicalisé légal en instaurant des interventions relatives au consentement (des parents, du conjoint, des personnels de santé), à l'âge, à la situation de famille et des restrictions concernant les informations communiquées au public (94, 99). Là où des services d'avortement médicalisé sont disponibles pour les adolescentes, peu d'entre eux sont à leur écoute (94, 99). Il apparaît toutefois de plus en plus que là où l'avortement est pratiqué légalement pour des raisons socioéconomiques générales et à la demande d'une femme, et là où les services sécurisés sont accessibles, les avortements non sécurisés et la mortalité et la morbidité associées à l'avortement sont réduits (96,100,101).

Aux termes de la législation relative aux droits de l'homme, les États ont l'obligation de dispenser des services d'avortement médicalisé aux adolescentes. La mise en œuvre des mesures destinées à prévenir les avortements non sécurisés et à dispenser des soins postavortement constitue une partie de l'obligation fondamentale des États de protéger le droit à la santé sexuelle et reproductive, ce qui en fait l'une des principales mesures essentielles que doivent adopter les États pour donner sens à ce droit (15). Pour ce qui est des adolescentes en particulier, les États sont tenus d'assurer l'accès universel à un ensemble complet d'interventions de santé sexuelle et reproductive, incluant l'avortement médicalisé et les soins postavortement, que l'avortement soit légal ou non (16). Les mécanismes de défense des droits de l'homme ont aussi prôné la dépénalisation de l'avortement afin d'assurer l'accès des filles à l'avortement médicalisé et aux soins postavortement (15,17). L'élimination des obstacles, tel le consentement obligatoire d'un tiers, fait également partie de l'obligation des États d'assurer l'avortement médicalisé comme un élément des services de santé sexuelle et reproductive (15,17). Le refus de pratiquer un avortement et le maintien forcé d'une grossesse ont aussi été reconnus comme des formes de violence sexiste, pour l'élimination de laquelle les États ont l'obligation de déployer tous les moyens appropriés (102).

5.3 Lignes directrices pertinentes de l'OMS

5.3.1 Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012

Ces lignes directrices (95), qui ne concernent pas exclusivement les adolescentes, font la synthèse des recommandations relatives à la pratique d'avortements sécurisés. Elles décrivent essentiellement les méthodes pour un avortement chirurgical, pour un avortement médical, pour des grossesses d'âge gestationnel supérieur à 12 ou 14 semaines, pour les soins précédant un avortement provoqué et pour les soins postavortement. Les recommandations qui concernent spécifiquement les adolescentes sont les suivantes :

Pouvoirs publics :

- Un environnement favorable est nécessaire pour assurer que toutes les femmes qui y ont droit aient aisément accès à l'avortement médicalisé. Aménager les politiques afin que les droits des femmes soient respectés, protégés et appliqués, que des résultats sanitaires positifs soient obtenus pour les femmes, que les informations et les services en matière de contraception soient de qualité, et que les besoins particuliers des femmes et des adolescentes démunies, des survivantes d'un viol et des femmes vivant avec le VIH soient satisfaits.

5.3.2 Lignes directrices de l'OMS sur la prévention des grossesses précoces et de leurs conséquences en matière de santé reproductive chez les adolescentes dans les pays en développement. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011

Ces directives (18), qui concernent spécifiquement les adolescentes, contiennent des recommandations relatives aux mesures et aux recherches visant à prévenir les grossesses précoces et leurs conséquences défavorables pour la santé reproductive chez les adolescentes. Il s'agit essentiellement de réduire le nombre des mariages avant l'âge de 18 ans, de réduire le nombre des grossesses avant l'âge de 20 ans, d'augmenter l'utilisation de la contraception chez les adolescentes exposées au risque de grossesse non désirée, de réduire le nombre des rapports sexuels forcés chez les adolescentes, de réduire le nombre des avortements à risque chez les adolescentes, et d'accroître l'utilisation de soins qualifiés pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale chez les adolescentes. Pour ce qui est de l'avortement, les recommandations qui concernent spécifiquement les adolescentes sont les suivantes :

Pouvoirs publics :

- Faire en sorte que les lois et les politiques permettent aux adolescentes d'obtenir des services d'avortement médicalisé.

Communauté :

- Reconnaître et supprimer les obstacles à la fourniture de services d'avortement médicalisé aux adolescentes.

Établissements de santé :

- Veiller à ce que les adolescentes aient accès aux soins postavortement en tant qu'intervention médicale vitale, que l'avortement provoqué ou non soit légal ou contraire à la loi.
- Veiller à ce que les adolescentes qui ont avorté puissent obtenir des informations et des services de contraception postavortement, que l'avortement soit légal ou contraire à la loi.

Acteurs individuels :

- Permettre aux adolescentes d'obtenir des services d'avortement médicalisé en les informant, ainsi que les autres acteurs concernés, au sujet des dangers des méthodes non sécurisées d'interruption de grossesse, des services d'avortement médicalisé légaux disponibles, et de l'endroit où, et des conditions dans lesquelles, des services d'avortement légaux peuvent être obtenus.

5.3.3 Rôles des agents de santé dans la dispensation des soins liés à l'avortement sécurisé et de la contraception postavortement. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015

Ces lignes directrices (103), qui ne concernent pas exclusivement les adolescentes, regroupent les recommandations relatives à la sécurité, l'efficacité, la faisabilité et l'acceptabilité de la participation d'une gamme d'agents de santé à la prestation d'interventions recommandées et efficaces pour fournir des services d'avortement sécurisé et des soins postavortement, y compris la contraception postavortement. Elles présentent essentiellement des lignes directrices cliniques relatives à la communication d'informations sur l'avortement médicalisé, la fourniture de conseil pré- et postavortement, la gestion des services d'avortement et des soins postavortement au cours du premier trimestre et au-delà, la prise en charge de complications ne mettant pas la vie en danger et la fourniture de méthodes contraceptives postavortement.

5.3.4 Ligne directrice unifiée sur la santé et les droits des femmes vivant avec le VIH en matière sexuelle et reproductive. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017

Cette ligne directrice (43), qui ne concerne pas exclusivement les adolescentes, regroupe les recommandations relatives à la santé et aux droits des femmes vivant avec le VIH en matière de sexualité et de reproduction. Elle décrit les stratégies permettant d'établir un environnement favorable et de mettre en œuvre des interventions sanitaires en faveur de la santé et des droits des femmes vivant avec le VIH en matière de sexualité et de reproduction. Elle examine également les problèmes de mise en œuvre que posent pour les interventions sanitaires et la prestation des services le respect de l'égalité des sexes et la défense des droits humains.

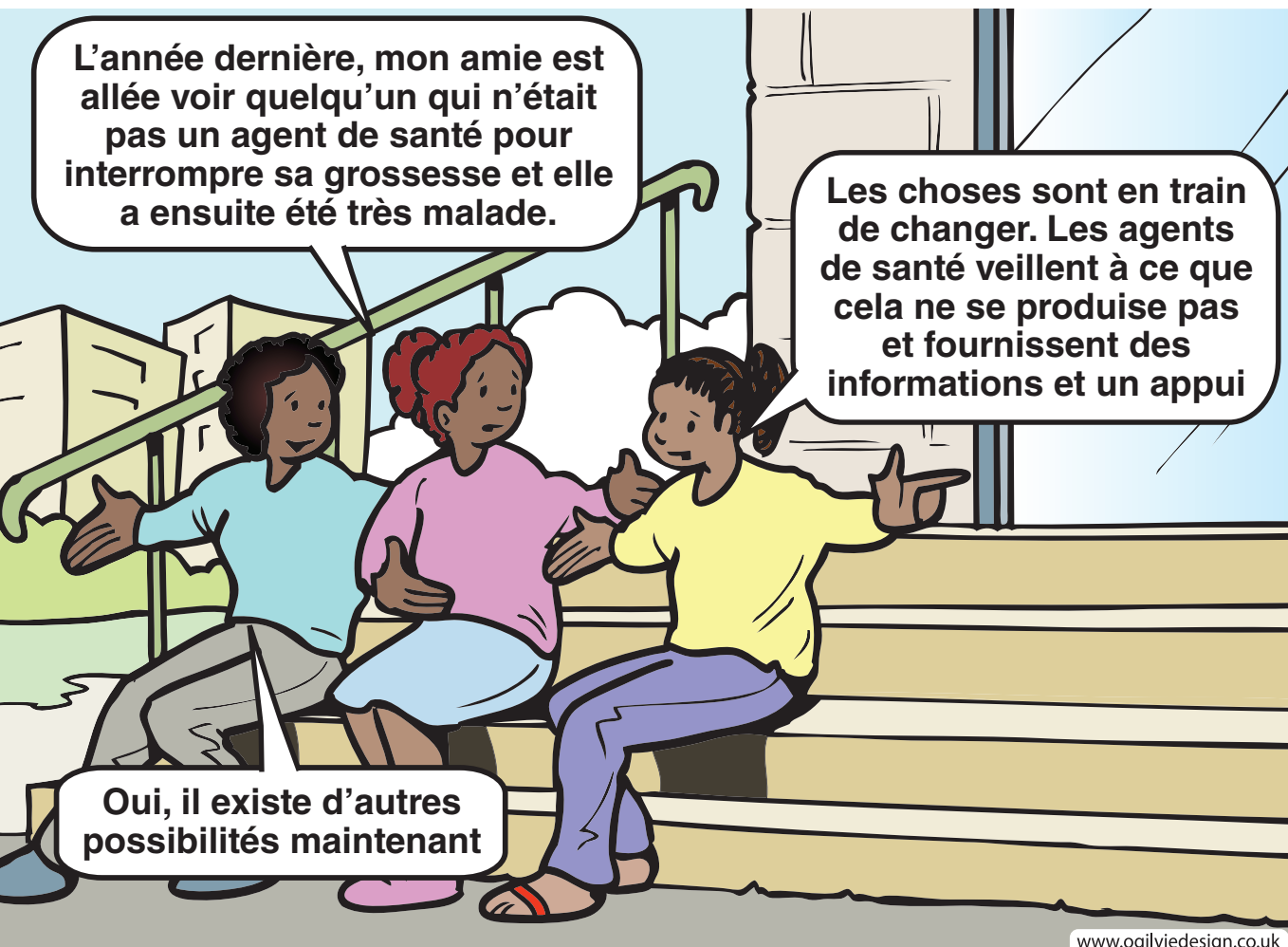
5.4 Concepts clés à prendre en considération

Les lois et les politiques restrictives contraignent souvent les adolescentes qui ont besoin de services d'avortement médicalisé à recourir à des avortements pratiqués illégalement et de façon non sécurisée (98). Les lois et les politiques relatives à l'avortement ne devraient pas générer des situations qui conduisent les adolescentes à solliciter des avortements non sécurisés (95). Les lois et les politiques devraient en revanche promouvoir le respect et la protection des femmes et des filles, et notamment contribuer à réduire la mortalité et la morbidité maternelles dues aux avortements non sécurisés en veillant à ce que toutes les femmes et toutes les filles aient accès en temps voulu à des services médicalisés. Les lois et les politiques devraient par ailleurs prévenir et combattre la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des femmes et des filles qui sollicitent des services d'avortement ou des soins postavortement (18,95).

Les adolescentes sont moins susceptibles que les femmes adultes d'obtenir des services d'avortement médicalisé (94). Les adolescentes et les autres acteurs concernés devraient être informés au sujet des dangers que comportent les avortements non sécurisés, des services d'avortement médicalisé légaux qui existent, et du lieu et des conditions dans lesquelles des services d'avortement peuvent être obtenus (18).

Les agents qui dispensent les services et les soins de santé liés à l'avortement ne sont généralement pas à l'écoute des adolescentes (99). Les agents de santé devraient être formés et bénéficier d'un appui pour informer et conseiller les adolescentes et leur dispenser des services

en fonction de leurs capacités, et pour pourvoir aux besoins particuliers des différents groupes d'adolescentes (18). Les services qui pratiquent l'avortement devraient s'abstenir de jugements de valeur et ne pas exercer la contrainte mais respecter la décision éclairée et volontaire des femmes et des filles d'interrompre une grossesse non désirée, inopportune ou accidentelle, ainsi que leur droit à l'autonomie, à la confidentialité et à l'intimité (18,95,104,105). Ces services devraient être disponibles au niveau des soins primaires, un système d'orientation étant en place pour les soins éventuellement requis à un niveau supérieur (95). La participation financière des usagers pouvant constituer un obstacle particulier à l'accès aux services d'avortement médicalisé pour les adolescentes, elles devraient être exemptées de ces frais (18,95). Les adolescentes célibataires peuvent subir des pressions pour avorter, et celles dont on soupçonne qu'elles sont contraintes d'avorter devraient être adressées pour un conseil et un appui social et juridique (95).



5.5 Documents essentiels complétant les lignes directrices de l'OMS

- *Clinical practice handbook for safe abortion*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014 (106)
- *Interagency statement: preventing gender-biased sex selection*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (107)
- Renner R-M, de Guzman A, Brahmi D. *Abortion care for adolescent and young women*. Int J Gynecol Obstet. 2014;126(1):1–7 (108)
- *Adolescents' need for and use of abortion services in developing countries*. New York: Guttmacher Institute; 2016 (94)
- *Provision of abortion care for adolescent and young women: a systematic review*. Chapel Hill, NC: Ipas; 2013 (109)

5.6 La mise en pratique des lignes directrices

L'OMS a aidé des pays, notamment le Ghana, le Kirghizistan, la Mongolie, la République de Moldova, la Roumanie et le Viet Nam, à adapter les orientations de l'OMS sur l'avortement médicalisé, souvent en utilisant le cadre de la stratégie de l'OMS pour renforcer les politiques et les programmes de santé sexuelle et génésique (110,111). En République de Moldova, par exemple, l'avortement figurait au nombre des 11 domaines prioritaires de la stratégie nationale 2005–2015 pour la santé reproductive. L'OMS, avec d'autres organisations internationales, a collaboré avec le Centre de formation à la santé reproductive, organisation non gouvernementale, pour l'élaboration des normes nationales relatives à l'avortement Médicalisé. Ces normes, fondées sur les recommandations de l'OMS, ont été approuvées en 2011 par le Ministère de la santé de Moldova (112). Le partenariat a par ailleurs appuyé une révision du programme de formation national ; la conception et l'adoption du modèle de soins complets pour les avortements pratiqués en ambulatoire ; le renforcement du système d'information pour la gestion sanitaire pour les avortements ; et l'homologation d'un protocole de qualité garantie associant mifépristone et misoprostol pour l'interruption de grossesse (112).

6 Prévention et traitement des infections sexuellement transmissibles

6.1 Définition

Les infections sexuellement transmissibles sont les infections dues à des bactéries, des virus et des parasites qui sont transmis par contact sexuel, par voie vaginale, anale ou orale. Certaines IST peuvent également se propager par contact sexuel peau contre peau ou par voie non sexuelle, ainsi de la mère à l'enfant pendant la grossesse ou l'accouchement. Il existe plus de 30 bactéries, virus et parasites connus à l'origine des IST (113).

6.2 Justification

Les infections sexuellement transmissibles chez les adolescents sont un problème important. Il n'existe pas d'estimations publiées de la prévalence ou de l'incidence des IST chez les adolescents à l'échelle mondiale, et rares sont les sources de données actuelles sur les IST chez les adolescents dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire. Là où il existe des systèmes de surveillance ventilés par âge, cependant, les adolescents représentent une part importante des cas. Chez les femmes en Afrique subsaharienne, il ressort des estimations que la prévalence de toutes les IST (à l'exception du virus *Herpes simplex* type 2) est plus élevée chez les filles de 15 à 24 ans que chez les femmes de 25 à 49 ans (114). De la même façon, en Europe, les jeunes femmes et les jeunes hommes de 15 à 24 ans représentaient 61 % de tous les cas de chlamydie en 2015 (115). Aux États-Unis d'Amérique, la moitié des IST en 2008 ont été déclarées chez les jeunes femmes et les jeunes hommes de 15 à 24 ans (116).

Les adolescentes peuvent être biologiquement plus sensibles à certaines IST en raison de l'immaturité de la muqueuse vaginale et de la fréquence accrue de l'ectropion utérin (117,118). Quant aux garçons, sous la pression des modèles stéréotypés de masculinité prescrivant la domination et la résistance, ils multiplient les partenaires (119). Le risque de contracter une IST est souvent supérieur pour certains groupes d'adolescents, tels les adolescentes et adolescents professionnels du sexe et leurs clients, et les garçons qui ont des rapports sexuels avec des hommes ou d'autres garçons (120–122).

Les infections sexuellement transmissibles chez les adolescents ont des conséquences sanitaires importantes. Les infections sexuellement transmissibles peuvent être cause d'inconfort et de douleurs et avoir des conséquences graves au-delà des effets immédiats de l'infection même (120). L'herpès et les IST génitales (syphilis) ou inflammatoires (chlamydie, gonorrhée, trichomonase) guérissables sont associés à un risque multiplié par deux ou par trois d'infection à VIH (123,124). Toutes les IST guérissables ont été liées à de graves complications de la

grossesse pour le nouveau-né, y compris la prématurité, l'insuffisance pondérale à la naissance et le décès (125,126). On estime ainsi à 215 000 le nombre annuel des mortinaissances et des morts fœtales et à 90 000 le nombre annuel des décès de nouveau-nés dus à la syphilis pendant la grossesse (127). Les IST comme la gonorrhée et la chlamydie sont des causes majeures d'infécondité (125). En 2012, on a estimé à 528 000 le nombre des cas de cancer du col de l'utérus et à 266 000 le nombre des décès par cancer du col de l'utérus dus au papillomavirus humain (128).

L'efficacité des services de prévention et de prise en charge des IST a été établie. Il a également été établi que les interventions comportementales (éducation complète à la sexualité, brève communication sur la sexualité,⁶ conseil pré- et postdépistage des IST, conseil sur les pratiques sexuelles à moindre risque et sur la réduction des risques, promotion du préservatif) et les méthodes de contraception locale (préservatifs masculin et féminin) contribuaient à la prévention des IST (120,129). Il existe des tests de diagnostic des IST précis, ainsi que des traitements qui permettent de guérir la chlamydie, la gonorrhée, la syphilis et la trichomonase, et des traitements efficaces contre l'herpès et l'hépatite B (120).

Il convient cependant de prêter attention à la conception et à la mise en œuvre de stratégies de prévention et à l'accès à des services de qualité et à leur prestation. Il est urgent de mettre en place des services de prévention et de prise en charge des IST pour les adolescents, notamment d'étendre sur une grande échelle la prise en charge des cas d'IST et la vaccination anti-PVH (120). Or de nombreux adolescents sont privés d'accès à des services intégrés de prévention et de prise en charge des IST (120). Même lorsque des services de prévention et de prise en charge des IST sont disponibles, les adolescents se heurtent souvent à des obstacles liés à la stigmatisation, à la honte, au coût et au défaut de confidentialité (130).

Aux termes de la législation relative aux droits de l'homme, les États ont l'obligation de fournir aux adolescents des services de prévention et de traitement des IST. Les États sont tenus de veiller à ce que les services de soins et de traitement des IST, qui font partie intégrante des services de santé sexuelle et reproductive, soient accessibles aux adolescents, quelle que soit leur situation de famille, à ce qu'ils soient gratuits, confidentiels, réactifs aux besoins des adolescents et non discriminatoires (15,17). L'élimination des obstacles tels que le consentement obligatoire d'un tiers fait également partie des obligations des États concernant la prestation de services liés au dépistage et au traitement des IST, en tant qu'élément constitutif des services de santé sexuelle et reproductive (15,17).

6 Une brève communication sur la sexualité fait référence à l'utilisation opportuniste du conseil par les agents de santé (personnels infirmiers, médecins, éducateurs sanitaires), avec moins de certitude quant à la durée de l'entretien ou à d'éventuels entretiens ultérieurs, pour évoquer les problèmes liés à la sexualité et les problèmes personnels ou psychologiques connexes et promouvoir le bien-être sexuel.

6.3 Lignes directrices pertinentes de l'OMS

6.3.1 WHO guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016

Ces lignes directrices (131), qui ne concernent pas exclusivement les adolescents, regroupent les recommandations relatives au traitement de la syphilis. Elles portent essentiellement sur le traitement de la syphilis précoce (primaire, secondaire, latente précoce d'une durée inférieure à deux ans), de la syphilis tardive (infection d'une durée supérieure à deux ans en l'absence de tréponématose avérée) et de la syphilis congénitale.

6.3.2 WHO guideline on syphilis screening and treatment for pregnant women. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017

Ces lignes directrices (132), qui ne concernent pas exclusivement les adolescentes, contiennent des recommandations actualisées relatives au dépistage et au traitement de la syphilis chez les femmes enceintes qui reposent sur les données factuelles les plus récentes et les tests sérologiques disponibles pour la syphilis. Elles sont inspirées des recommandations relatives au traitement de la syphilis chez les femmes enceintes et au traitement de la syphilis congénitale incluses dans les lignes directrices de 2016 *WHO Guidelines for the Treatment of Treponema pallidum (Syphilis)* (131).

6.3.3 WHO guidelines for the treatment of genital herpes simplex virus. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016

Ces lignes directrices (133), qui ne concernent pas exclusivement les adolescents, regroupent les recommandations relatives au traitement de l'herpès génital. Elles portent essentiellement sur le traitement de l'épisode clinique initial d'herpès génital, des épisodes cliniques récurrents d'herpès génital (traitement épisodique), des épisodes cliniques récurrents fréquents d'herpès génital, et des épisodes cliniques récurrents d'herpès génital sévères ou pénibles (traitement de suppression).

6.3.4 WHO guidelines for the treatment of *Chlamydia trachomatis*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016

Ces lignes directrices (134), qui ne concernent pas exclusivement les adolescents, regroupent les recommandations relatives au traitement de l'infection à *Chlamydia trachomatis*. Elles portent essentiellement sur les traitements recommandés pour la chlamydie génitale sans complication, la chlamydie anorectale, la chlamydie génitale chez les femmes enceintes, le lymphogranulome vénérien et l'ophtalmie du nouveau-né.

6.3.5 WHO guidelines for the treatment of *Neisseria gonorrhoeae*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016

Ces lignes directrices (135), qui ne concernent pas exclusivement les adolescents, regroupent les recommandations relatives au traitement de l'infection à *Neisseria gonorrhoeae*. Elles portent essentiellement sur les traitements recommandés pour les gonococcies génitales et anorectales et l'atteinte oropharyngée, le retraitement des gonococcies après un échec de traitement et

pour l'ophtalmie du nouveau-né. Il est rappelé que les pays doivent surveiller la résistance de *N. gonorrhoeae* aux antimicrobiens pour obtenir des informations aux fins de la formulation de recommandations nationales relatives au traitement des gonococcies.

6.3.6 *Guidelines on hepatitis B and C testing. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016*

Ces lignes directrices (136), qui ne concernent pas exclusivement les adolescents, contiennent des recommandations relatives au dépistage des hépatites B et C chroniques et complètent les lignes directrices de l'OMS sur la prévention, les soins et le traitement des hépatites B et C chroniques (137, 138). Elles portent essentiellement sur les personnes chez lesquelles un test de dépistage des hépatites B et C est indiqué, sur les modalités du dépistage des hépatites B et C, sur la confirmation de l'infection virale et le suivi de l'efficacité du traitement, et sur l'utilisation des taches de sang séché et d'autres stratégies destinées à promouvoir l'actualisation du dépistage et les liens avec les soins.

6.3.7 *Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015*

Ces lignes directrices (137), qui ne concernent pas exclusivement les adolescents, contiennent des recommandations sur la prévention, les soins et le traitement des hépatites B et C chroniques. Elles recommandent essentiellement l'utilisation de tests diagnostiques non invasifs pour évaluer le stade de l'hépatite et la pertinence du traitement ; le traitement prioritaire des personnes dont la maladie est la plus avancée et les plus exposées au risque de mortalité ; et l'utilisation d'analogues nucléosidiques et nucléotidiques qui réduisent fortement le risque de résistance (ténofovir ou entécavir chez l'adulte et l'adolescent âgé de plus de 11 ans ; entécavir chez les enfants âgés de 2 à 11 ans) pour les traitements de première et de deuxième intention.

6.3.8 *Guidelines for the screening, care and treatment of persons with chronic hepatitis C infection: updated version, April 2016. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016*

Ces lignes directrices (138), qui ne concernent pas exclusivement les adolescents, contiennent des recommandations relatives au dépistage, aux soins et au traitement de l'hépatite C chronique. Elles fournissent des orientations pour le dépistage de l'hépatite C ; les soins des personnes vivant avec le virus de l'hépatite C ; le traitement des personnes vivant avec le virus de l'hépatite C au moyen, dans la mesure du possible, de toutes les associations incluant exclusivement des antiviraux à action directe ; les schémas thérapeutiques de choix compte tenu du génotype du virus de l'hépatite C et des antécédents cliniques de la personne ; et l'évaluation de la pertinence de l'utilisation continue de certains médicaments.

6.3.9 *La prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés : lignes directrices unifiées. Mise à jour 2016. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016*

Ces lignes directrices (20), qui ne concernent pas exclusivement les adolescents, regroupent les recommandations relatives à la prévention, au diagnostic, au traitement et aux soins du VIH chez

cinq groupes de population clés : les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes ; les consommateurs de drogues par injection ; les personnes incarcérées ou dans d'autres lieux fermés ; les professionnels du sexe ; et les personnes transgenres. L'ouvrage présente un ensemble complet d'interventions et décrit les interventions du secteur de la santé, les facteurs déterminants, la prestation des services et les processus décisionnels, de planification et de suivi.

6.3.10 Prévention et traitement de l'infection à VIH et des autres infections sexuellement transmissibles chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et chez les personnes transgenres : Recommandations pour une approche de santé publique. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011

Ces lignes directrices (121), qui ne concernent pas exclusivement les adolescents, contiennent des recommandations relatives à la prévention et au traitement de l'infection à VIH et des autres IST chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et chez les personnes transgenres. Elles couvrent essentiellement la prévention de la transmission sexuelle ; le conseil et le dépistage du VIH ; les interventions visant à changer les comportements – information, éducation et communication ; la consommation de drogues et la prévention des infections véhiculées par le sang ; la prise en charge et le traitement de l'infection à VIH ; et la prévention et la prise en charge des autres IST.

6.3.11 Prévention et traitement du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles chez les travailleuses du sexe dans les pays à revenu faible ou intermédiaire : Recommandations pour une approche de santé publique. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012

Ces lignes directrices (122), qui ne concernent pas exclusivement les adolescents, contiennent des recommandations relatives à la prévention et au traitement de l'infection à VIH et des autres IST chez les professionnels du sexe et leurs clients. Elles couvrent essentiellement l'autonomisation de la communauté, la promotion du préservatif, le dépistage des IST asymptomatiques, le traitement présomptif périodique des IST, les programmes de fourniture d'aiguilles et de seringues, la vaccination contre le virus de l'hépatite B, le conseil et le dépistage volontaire du VIH et les traitements antirétroviraux.

6.3.12 Consolidated guideline on sexual and reproductive health and rights of women living with HIV. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017

Ces lignes directrices (43), qui ne concernent pas exclusivement les adolescentes, contiennent des recommandations relatives à la santé et aux droits des femmes vivant avec le VIH en matière de sexualité et de reproduction. Elles décrivent essentiellement des stratégies pour l'instauration d'un environnement favorable et la mise en œuvre d'interventions sanitaires destinées à protéger la santé et les droits des femmes vivant avec le VIH en matière de sexualité et de reproduction. Elles traitent également des problèmes de mise en œuvre que posent pour les interventions sanitaires et la prestation des services le respect de l'égalité des sexes et la défense des droits humains. Pour ce qui est des IST, les recommandations qui concernent spécialement les adolescentes sont les suivantes :

Établissements de santé :

- Vacciner les filles âgées de 9 à 13 ans contre le PVH. Un schéma à deux doses peut être utilisé chez les filles qui reçoivent une première dose avant l'âge de 15 ans. Les deux doses seront espacées de six mois. Il n'y a pas d'intervalle maximum entre les doses, mais il est conseillé de ne pas dépasser 12 ou 15 mois. Si l'intervalle entre les doses est inférieur à cinq mois, une troisième dose sera administrée six mois au minimum après la première dose. Les sujets immunodéprimés, notamment les personnes vivant avec le VIH, et les femmes âgées de 15 ans ou plus, seront également vaccinées ; trois doses (à 0, 1–2 et 6 mois) seront alors nécessaires pour assurer une protection complète.

6.3.13 Lutte contre le cancer du col de l'utérus : Guide des pratiques essentielles, 2^e éd. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014

Ces lignes directrices (139), qui ne concernent pas exclusivement les adolescentes, contiennent des recommandations relatives aux stratégies complémentaires de lutte contre le cancer du col de l'utérus, et insistent sur la collaboration nécessaire entre les programmes, les organisations et les partenaires. Elles décrivent essentiellement les éléments fondamentaux des programmes de lutte contre le cancer du col de l'utérus, notamment la mobilisation, l'éducation et le conseil au niveau de la communauté ; la vaccination contre le VPH ; le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus ; le diagnostic et le traitement du cancer invasif du col de l'utérus ; et les soins palliatifs. Les recommandations suivantes concernent spécialement les adolescentes :

Établissements de santé :

- Envisager l'introduction de la vaccination anti-PVH lorsque i) le cancer du col de l'utérus ou d'autres maladies liées au papillomavirus humain sont une priorité de santé publique ; ii) l'introduction du vaccin est compatible avec les programmes en place ; iii) un financement pérenne peut être assuré ; et iv) l'efficacité des stratégies de vaccination eu égard aux coûts a été prise en considération.
- Introduire la vaccination contre le PVH dans le cadre d'une stratégie coordonnée complète pour prévenir le cancer du col de l'utérus et les autres maladies liées au papillomavirus humain. L'introduction de la vaccination contre le PVH ne doit pas compromettre ni détourner le financement de l'élaboration ou du maintien des programmes efficaces de dépistage du cancer du col de l'utérus.
- Vacciner les filles âgées de 9 à 13 ans contre le PVH. Un schéma à deux doses pourra être appliqué aux filles qui ont reçu une première dose du vaccin avant l'âge de 15 ans. Les deux doses seront espacées de six mois. Il n'y a pas d'intervalle maximum entre les deux doses, mais il est toutefois conseillé de ne pas dépasser une durée de 12 à 15 mois. Si l'intervalle entre les deux doses est inférieur à cinq mois, une troisième dose sera administrée au minimum six mois après la première dose. Les sujets immunodéprimés, notamment les personnes vivant avec le VIH, et les femmes âgées de 15 ans ou plus, seront également vaccinés ; trois doses (à 0, 1–2 et 6 mois) seront alors nécessaires pour assurer une protection complète.
- Soumettre à un test de dépistage des lésions précancéreuses et du cancer du col de l'utérus les femmes et les filles qui ont commencé à avoir une activité sexuelle dès qu'une femme ou une fille est diagnostiquée positive pour le VIH, quel que soit son âge.

6.3.14 *Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017*

Ces lignes directrices (42), qui concernent spécifiquement les adolescents et les enfants (âgés de 0 à 18 ans), contiennent des recommandations relatives à la prestation aux survivants de sévices sexuels de soins de qualité qui tiennent compte du traumatisme subi. Elles couvrent essentiellement les recommandations relatives aux soins prodigués à la suite d'un viol et à la santé mentale, et les bonnes pratiques à respecter pour apporter un soutien psychologique de première intention après la divulgation, réduire au maximum la détresse au cours de l'entretien sur les antécédents, conduire l'examen et enregistrer les résultats. L'accent est mis par ailleurs sur la nécessité de promouvoir la sécurité, de proposer des choix, et de respecter les souhaits et l'autonomie des enfants et des adolescents. Ces lignes directrices appellent surtout l'attention sur les considérations éthiques lorsque les personnels de santé sont chargés de déclarer aux autorités désignées des sévices sexuels subis par des enfants et des adolescents. Pour ce qui est des IST, les recommandations qui intéressent tout spécialement les adolescents sont les suivantes :

Établissements de santé :

- Proposer un traitement présomptif ou prophylactique pour la gonorrhée, la chlamydie et la syphilis pour les enfants et les adolescents qui ont subi des sévices sexuels incluant un contact oral, génital ou anal au moyen d'un pénis ou un rapport bucco-génital, notamment dans les situations où il n'est pas possible d'effectuer des examens de laboratoire.
- Proposer une prise en charge syndromique des cas pour les enfants et les adolescents victimes de sévices sexuels et présentant des symptômes cliniques (écoulement vaginal/urétral – gonorrhée, chlamydie, trichomonase ; ulcères génitaux – virus *Herpes simplex*, syphilis, chancre), notamment dans les situations où il n'est pas possible d'effectuer des examens de laboratoire.
- Proposer la vaccination contre l'hépatite B sans immunoglobuline contre l'hépatite B, conformément aux orientations nationales.
- Proposer le vaccin anti-PVH pour les filles âgées de 9 à 14 ans, conformément aux orientations nationales.

6.3.15 *Communication brève relative à la sexualité : recommandations pour une approche de santé publique. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015*

Cette communication (140), qui ne concerne pas exclusivement les adolescents, contient des recommandations qui s'adressent aux responsables de l'élaboration des politiques sanitaires et aux décideurs des établissements de formation des professionnels de la santé sur les raisons justifiant le recours par les personnels de santé à des capacités de conseil pour résoudre les problèmes de santé sexuelle dans le contexte des soins de santé primaires. Il s'agit essentiellement de prévenir les IST et de préparer les agents de santé à la mise en œuvre efficace des recommandations formulées dans la communication.

6.4 Concepts clés à prendre en considération

Les adolescents ne connaissent pas, ou connaissent mal, les IST et les services de prévention et de prise en charge des IST (130). Les adolescents, notamment ceux qui tireraient le plus profit de la vaccination et du dépistage des IST, devraient être informés au sujet des IST lorsqu'ils sont en contact avec le système de santé et par les services de sensibilisation (20). Les stratégies de vaccination contre le PVH sont l'occasion d'intégrer cette information dans les écoles et les autres organisations et établissements communautaires (139).

Les services chargés de la prévention et de la prise en charge des infections sexuellement transmissibles n'atteignent généralement pas les adolescents ; dans le cas contraire, ils ne leur réservent pas un accueil favorable (130). Les stratégies de prévention des infections sexuellement transmissibles, qui incluent la communication d'informations (voir la section 2), la lutte contre les causes sociales des IST et de l'infection à VIH (voir la section 7), la promotion de l'utilisation du préservatif, et l'administration du vaccin anti-PVH, doivent être adaptées pour atteindre les adolescents et répondre à leurs besoins (120). Des efforts supplémentaires doivent être déployés pour veiller à ce que les adolescents, dès lors qu'ils savent ou pensent qu'ils ont contracté une IST, sollicitent des soins (120). Les services de prise en charge des infections sexuellement transmissibles doivent être à l'écoute des adolescents : les personnels de santé devraient bénéficier d'une formation et d'un appui pour informer, conseiller et soigner les adolescents compte tenu de leur aptitude à comprendre les traitements et les soins qui leur sont proposés, et des services de prévention et de prise en charge des IST devraient être fournis aux adolescents sans qu'il soit nécessaire d'avoir l'autorisation des parents ou d'un tuteur ni de les informer (120). Aucune question ne devrait par ailleurs être posée aux filles au sujet de leur activité sexuelle avant l'administration du vaccin anti-PVH (139).



6.5 Documents essentiels complétant les lignes directrices de l'OMS

- Stratégie mondiale du secteur de la santé contre les infections sexuellement transmissibles 2016–2021. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (120)
- Organisation mondiale de la Santé. Vaccins contre les papillomavirus humains : note de synthèse de l'OMS, mai 2017 – recommandations. *Vaccine*. 2017;35(43):5753–5755 (141)
- Guide d'introduction du vaccin anti-PVH dans les programmes nationaux de vaccination. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (142)
- La mise à l'échelle de l'introduction du vaccin anti-PVH. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (143)
- *Sexually transmitted diseases: treatment guidelines, 2015*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2015 (144)
- *HPV vaccine lessons learnt project overview*. Seattle, WA: PATH; 2015 (145)

6.6 La mise en pratique des lignes directrices

Depuis la publication en 2016 des lignes directrices relatives au traitement des IST pour la gonorrhée, les chlamydioses, la syphilis et l'herpès génital, tous les bureaux régionaux de l'OMS ont organisé des ateliers pour diffuser les lignes directrices aux points focaux dans les pays. Ces ateliers ont réuni, dans le cadre d'une manifestation commune, 22 pays des Régions du Pacifique occidental, de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale ; 12 pays de la Région des Amériques ; et 28 pays de la Région africaine. Les lignes directrices relatives aux infections sexuellement transmissibles ont également été diffusées à l'occasion des ateliers organisés pour diffuser les lignes directrices sur le VIH et la santé de la mère, de l'enfant et du nouveau-né.

Au Cambodge et au Myanmar, par exemple, des comités techniques sur les IST ont été chargés de réviser les lignes directrices nationales en s'inspirant des lignes directrices de l'OMS sur les IST. Au Brésil et au Cambodge, des crédits nationaux ont été alloués pour surveiller la résistance de la gonorrhée aux antimicrobiens aux fins de la révision des recommandations nationales relatives au traitement de la gonorrhée. Le Kenya et le Zimbabwe ont révisé leurs recommandations relatives au traitement des IST conformément aux lignes directrices de l'OMS et compte tenu des résultats de la surveillance de la résistance de la gonorrhée aux antimicrobiens.

7 Prévention et prise en charge du VIH

7.1 Définitions

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est un virus qui cible le système immunitaire et affaiblit les systèmes de défense de l'organisme contre les infections et certains types de cancer (146). Le VIH se transmet par l'échange de liquides biologiques contenant le virus, tels le sang, le lait maternel, le sperme et les sécrétions vaginales (147). Le stade le plus avancé de l'infection par le VIH est le syndrome de l'immunodéficience acquise (sida) (146). Il n'existe actuellement aucun moyen de guérir l'infection à VIH ou le sida (146).

Les antirétroviraux sont des médicaments utilisés pour traiter l'infection à VIH (147). Les antirétroviraux peuvent être utilisés pour la prophylaxie postexposition (traitement à court terme instauré dès que possible, et dans les 72 heures, après une exposition à haut risque au VIH pour réduire le risque d'infection par le virus), et aux fins de la prophylaxie préexposition (prévention de l'infection à VIH chez les personnes négatives pour le VIH mais exposées à un risque d'infection élevé) (146).

Le traitement antirétroviral fait référence à l'utilisation d'une association de trois antirétroviraux ou plus pour traiter l'infection par le VIH (147). Un traitement antirétroviral suppose un traitement à vie (147). Les synonymes employés sont « traitement antirétroviral combiné » et « traitement antirétroviral hautement actif » (147).

7.2 Justification

Le VIH chez les adolescents est un problème important, en particulier en Afrique subsaharienne. En 2017, on comptait approximativement 1,8 million d'adolescents vivant avec le VIH dans le monde, soit 5 % de la population vivant avec le VIH (148). Les adolescents représentent par ailleurs 16 % des nouvelles infections par le VIH chez les adultes (148). Certains adolescents sont beaucoup plus exposés que d'autres au risque d'infection par le VIH (149). En Afrique orientale et australe, par exemple, deux nouvelles infections par le VIH sur trois chez les jeunes en 2017 touchaient des filles, phénomène imputable aux inégalités entre les sexes et aux comportements préjudiciables associés à la masculinité, à la violence, à l'accès limité à l'éducation et à l'emploi, et aux faibles niveaux d'indépendance économique (150).

Le VIH chez les adolescents a des conséquences sanitaires majeures. L'infection à VIH non diagnostiquée et non traitée chez les adolescents est responsable d'une forte mortalité (151, 152). Les décès liés au sida chez les jeunes adolescents âgés de 10 à 14 ans ont été ramenés entre

2010 et 2015 à environ 20 000, et ce en grande partie grâce à la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (152). Les décès liés au sida chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans ont cependant continué d'augmenter, leur nombre ayant été estimé à 20 800 en 2015, en partie sous l'effet des caractéristiques particulières, notamment l'autonomie accrue, des adolescents plus âgés et des effets de ces caractéristiques sur l'observance du traitement et la continuité des soins (152). Les taux de mortalité des adolescents vivant avec le VIH sont plus élevés que ceux des enfants et des adultes vivant avec le VIH (151). Les adolescents constituent en fait la seule classe d'âge dans le monde pour laquelle la mortalité liée au sida n'a pas régressé entre 2000 et 2015 ; la mortalité liée au sida chez les adolescents a même plus que doublé pendant cette période (153).

Les services de prévention et de prise en charge de l'infection à VIH se sont avérés efficaces.

L'efficacité de l'ensemble suivant d'interventions a été établie pour la prévention du VIH chez les adolescents et les jeunes adultes : éducation complète à la sexualité, promotion et distribution de préservatifs, services de dépistage du VIH et de conseil, circoncision masculine médicale volontaire pour réduire les risques, réduction des risques pour les consommateurs de drogues par injection, et programmes de prévention ciblés pour les jeunes professionnel(le)s du sexe et les autres populations clés (154). Pour les adolescents exposés à un risque élevé d'infection à VIH, la prophylaxie préexposition doit être proposée avec l'ensemble d'interventions (154). Les données issues de la recherche et l'expérience des programmes montrent qu'il est important d'associer la fourniture d'informations, de conseil, de produits de base et de services de santé à des actions structurelles telles qu'un appui juridique et des pouvoirs publics en faveur de l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive et la mobilisation de la communauté pour une réflexion sur les normes sociales et les rôles dévolus à chaque sexe (154). Concernant le traitement et les soins, il a été démontré que la suppression de la charge virale moyennant l'instauration précoce du traitement antirétroviral chez les personnes vivant avec le VIH avait pour effet de réduire les taux de transmission sexuelle du VIH et les événements cliniques (155). L'autodépistage du VIH et le dépistage et le traitement communautaires peuvent par ailleurs améliorer le diagnostic de l'infection à VIH, la mise en route du traitement antirétroviral, et la suppression de la charge virale (156). Des interventions de santé mentale doivent enfin être incluses dans l'ensemble des services de soins pour toutes les personnes vivant avec le VIH, notamment les adolescents. L'intégration ou la mise en relation avec les services de santé mentale est recommandée là où des infrastructures de soins de santé et des personnels qualifiés sont disponibles (147).

Il convient toutefois de prêter attention aux stratégies de prévention et à leur mise en œuvre, et à l'accès aux services de qualité et à leur prestation.

Sur les 107 pays ayant répondu à l'ONUSIDA en 2016, 64 seulement étaient dotés d'une stratégie ou d'un plan concernant les adolescents et le VIH (151). La plupart des adolescents n'ont pas les connaissances de base sur les moyens de prévenir l'infection par le VIH : 34 % seulement des jeunes hommes et 28 % des jeunes femmes en Afrique subsaharienne entre 2012 et 2017 savaient comment prévenir l'infection à VIH (150). Les adolescentes, notamment, peuvent être incapables de négocier l'usage de préservatifs en raison d'un faible niveau d'indépendance économique, de la violence interpersonnelle et des écarts de pouvoir liés à l'âge et au sexe (150). Entre 2011 et 2016, l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque au cours des 12 mois précédents était inférieure à 50 % chez les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans dans 31 pays et pour les jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans dans 18 pays (154). Les options maîtrisées par les femmes comme la prophylaxie préexposition offrent par conséquent des moyens de prévention supplémentaires pour les jeunes femmes exposées. Les adolescents ont moins de chances que les adultes de

bénéficier d'un test de dépistage du HIV, et dans près de 60 % des 107 pays ayant répondu, l'accès des adolescents au traitement anti-VIH nécessitait le consentement des parents (151). Les innovations telles que l'autodépistage du VIH, consistant en un test effectué en privé par un adolescent, sont une autre option pour l'expansion des services. Il est toutefois important d'inclure des informations relatives au conseil et à l'orientation dans les kits d'autodépistage pour permettre aux adolescents d'obtenir des réponses à leurs questions et de faire face aux résultats des tests. En comparaison des enfants et des adultes vivant avec le VIH, les adolescents vivant avec le VIH ne bénéficient pas du même accueil de la part des services de soins anti-VIH et la continuité des soins les concernant et leurs taux de suppression de la charge virale sont inférieurs (152,157,158).

Aux termes de la législation relative aux droits de l'homme, les États ont l'obligation d'assurer la prévention de l'infection à VIH et la fourniture de soins anti-VIH aux adolescents. Les États sont tenus de veiller à ce que les adolescents aient accès à des services confidentiels de dépistage du VIH et de conseil et à des programmes de prévention et de traitement du VIH reposant sur des bases factuelles, mis en œuvre par des personnels qualifiés, respectueux du droit des adolescents à l'intimité et à la non-discrimination (15,17). Les États doivent par ailleurs veiller à ce que le droit à la santé des enfants, et des adolescents, ne soit pas menacé par un traitement discriminatoire, pouvant reposer sur le statut pour le VIH (16). L'élimination d'obstacles tels que le consentement obligatoire d'un tiers fait également partie des obligations des États concernant la prévention, le dépistage et le traitement du VIH, en tant qu'élément des services de santé sexuelle et reproductive (15,17).

7.3 Lignes directrices pertinentes de l'OMS

7.3.1 *HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV – recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013

Ce document d'orientation (159), qui concerne spécifiquement les adolescents, contient des recommandations sur la hiérarchisation, la planification et la fourniture de services de dépistage du VIH, de conseil, de traitement et de soins pour les adolescents. Il décrit essentiellement les recommandations relatives à la prestation de services liés au VIH destinés aux adolescents et présente des considérations opérationnelles, y compris des principes directeurs pour la mise en œuvre et l'expérience programmatique et les enseignements tirés, à l'usage des responsables de l'élaboration des politiques et des administrateurs. Les recommandations qui concernent spécifiquement les adolescents sont les suivantes :

Communauté :

- Envisager des approches communautaires pour améliorer l'observance des traitements et la continuité des soins chez les adolescents vivant avec le VIH.

Établissements de santé – dépistage du VIH et conseil :

- Épidémie généralisée, faible et concentrée : dispenser des services de dépistage du VIH et de conseil, reliés à des services de prévention, de traitement et de soins, pour les adolescents des populations clés dans tous les contextes.
- Épidémie généralisée : dispenser des services de dépistage du VIH et de conseil, reliés à des services de prévention, de traitement et de soins, pour tous les adolescents.
- Épidémie faible et concentrée : veiller à ce que des services de dépistage du VIH et de conseil, reliés à des services de prévention, de traitement et de soins, soient accessibles à tous les adolescents.

Établissements de santé – divulgation :

- Dispenser des services de conseil aux adolescents sur les avantages et les risques potentiels associés à la divulgation de leur statut pour le VIH à des tiers, et leur donner les moyens et le soutien nécessaires pour les aider à déterminer s'il convient de divulguer leur statut, quand, comment et à qui.

Établissements de santé – observance du traitement et continuité des soins :

- Former les personnels de santé pour qu'ils contribuent à l'observance du traitement et à l'amélioration de la continuité des soins chez les adolescents vivant avec le VIH.

7.3.2 Lignes directrices sur l'autodépistage du VIH et la notification aux partenaires. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016

Ces lignes directrices (160), qui ne concernent pas exclusivement les adolescents, actualisent les *Lignes directrices unifiées de l'OMS sur les services de dépistage du VIH (161)* et contiennent de nouvelles recommandations et des orientations supplémentaires relatives à l'autodépistage du VIH et aux services de notification assistée aux partenaires. Elles contiennent essentiellement des recommandations relatives à l'autodépistage du VIH⁷ et à la notification aux partenaires.⁸

7.3.3 WHO consolidated guidelines on HIV testing services. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015

Ces lignes directrices (161), qui ne concernent pas exclusivement les adolescents, regroupent les recommandations relatives aux services de dépistage du VIH. Elles traitent essentiellement des aspects et des éléments nécessaires à la prestation efficace des services de dépistage du VIH qui sont communs à tout un éventail de situations, de contextes et de populations. Les recommandations qui concernent spécifiquement les adolescents sont les suivantes :

7 L'autotest du VIH est le processus par lequel une personne prélève son propre échantillon (sécrétions buccales ou sang), effectue un test, et interprète le résultat, souvent dans un cadre privé, seule ou en présence d'une personne de confiance. De même que pour toutes les méthodes de dépistage du VIH, l'autotest doit toujours être volontaire, non coercitif et non obligatoire.

8 La notification aux partenaires, la divulgation ou la recherche des contacts sont définies comme un processus volontaire par lequel un agent de santé qualifié interroge la personne vivant avec le VIH au sujet de ses partenaires sexuels ou consommateurs de drogues par injection et, avec le consentement de la personne vivant avec le VIH, propose à ces partenaires des services de dépistage du VIH. La notification aux partenaires repose sur des méthodes passives ou assistées.

Établissements de santé :

- Épidémie généralisée, faible et concentrée : dispenser des services de dépistage du VIH, reliés à des services de prévention, de traitement et de soins, pour les adolescents des populations clés dans tous les contextes.
- Épidémie généralisée : dispenser des services de dépistage du VIH et de conseil, reliés à des services de prévention, de traitement et de soins, pour tous les adolescents.
- Épidémie faible et concentrée : veiller à ce que des services de dépistage du VIH et de conseil, reliés à des services de prévention, de traitement et de soins, soient accessibles à tous les adolescents.
- Dispenser des services de conseil aux adolescents sur les avantages et les risques potentiels associés à la divulgation de leur statut pour le VIH à des tiers, et leur donner les moyens et le soutien nécessaires pour les aider à déterminer s'il convient de divulguer leur statut, quand, comment et à qui.

7.3.4 Updated recommendations on first-line and second-line antiretroviral regimens and post-exposure prophylaxis and recommendations on early infant diagnosis of HIV: interim guidance. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018

Ces lignes directrices (162), qui ne concernent pas exclusivement les adolescents, contiennent des recommandations actualisées sur les schémas antirétroviraux destinés à traiter et prévenir l'infection à VIH et sur le diagnostic précoce du VIH chez le nourrisson. Elles contiennent essentiellement des recommandations relatives aux schémas de première intention privilégiés pour les adultes, les adolescents et les enfants lors de la mise en route d'un traitement antirétroviral, incluant désormais le dolutegravir et le raltegravir. Il est également recommandé que le dépistage virologique du VIH soit utilisé pour diagnostiquer l'infection à VIH chez les nourrissons et les enfants âgés de moins de 18 mois et que le traitement antirétroviral débute immédiatement pendant le prélèvement d'un deuxième échantillon destiné à confirmer le résultat positif initial du test virologique. Ces lignes directrices mettent l'accent sur une approche axée sur les femmes et l'établissement de liens solides entre les programmes de lutte contre le VIH et les programmes de santé sexuelle et reproductive en tant que facteurs déterminants pour la prestation de services de qualité aux adolescents.

7.3.5 Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015

Ces lignes directrices (163), qui ne concernent pas exclusivement les adolescents, donnent des orientations sur le moment où il convient de mettre en route le traitement antirétroviral et sur la prophylaxie anti-VIH préexposition. Elles indiquent essentiellement qu'un traitement antirétroviral doit être mis en route chez toutes les personnes vivant avec le VIH, quel que soit le taux de CD4, et que l'utilisation quotidienne d'une prophylaxie préexposition orale est recommandée comme méthode de prévention de choix pour les personnes exposées à un risque élevé d'infection à VIH dans le cadre d'un ensemble de méthodes de prévention. Les recommandations qui concernent spécifiquement les adolescents sont les suivantes :

Établissements de santé :

- Un traitement antirétroviral doit être mis en route chez tous les adolescents vivant avec le VIH, quel que soit le taux de CD4.

7.3.6 *Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of cotrimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014*

Ces lignes directrices (164), qui ne concernent pas exclusivement les adolescents, contiennent de nouvelles recommandations et actualisent les recommandations antérieures présentées en 2013 dans les *Lignes directrices unifiées de l'OMS sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH* (147). Elles reflètent essentiellement les avancées importantes dans l'utilisation des antirétroviraux pour prévenir le VIH avec des méthodes simplifiées de prophylaxie postexposition et simplifient les indications relatives à l'utilisation du cotrimoxazole pour prévenir les infections opportunistes, les infections bactériennes et le paludisme. Les recommandations qui concernent spécifiquement les adolescents sont les suivantes :

Établissements de santé :

- La prophylaxie par le cotrimoxazole est recommandée pour les nourrissons, les enfants et les adolescents vivant avec le VIH, quelles que soient les conditions cliniques et immunitaires. Tous les enfants âgés de moins de cinq ans doivent être traités en priorité, indépendamment du taux de CD4 et du stade clinique, ainsi que les enfants présentant une forme clinique sévère ou avancée d'infection à VIH (stades cliniques 3 ou 4 tels que définis par l'OMS), et ceux dont le taux de CD4 est inférieur ou égal à 350 cellules/mm³.
- Dans les situations où la prévalence du paludisme ou d'infections bactériennes graves est élevée, la prophylaxie par le cotrimoxazole doit être poursuivie jusqu'à l'âge adulte.
- Dans les situations où la prévalence du paludisme ou d'infections bactériennes graves est faible, la prophylaxie par le cotrimoxazole peut être interrompue chez les enfants âgés de cinq ans ou plus qui sont cliniquement stables ou chez lesquels la charge virale a été supprimée moyennant un traitement antirétroviral d'une durée d'au moins six mois et qui présentent un taux de CD4 supérieur à 350 cellules/mm³.

7.3.7 *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016*

Ces lignes directrices (147), qui ne concernent pas exclusivement les adolescents, contiennent les recommandations relatives au diagnostic de l'infection à VIH, aux soins des personnes vivant avec le VIH, et à l'utilisation des antirétroviraux pour traiter et prévenir l'infection à VIH. Elles organisent essentiellement les recommandations selon la ligne continue que constituent le dépistage, les soins et le traitement du VIH. Des orientations actualisées sur les schémas antirétroviraux de première et de deuxième intention et la prophylaxie postexposition et des recommandations relatives au diagnostic précoce du VIH chez le nourrisson ont été publiées en 2018 (voir la section 7.3.4). Les recommandations qui concernent spécifiquement les adolescents sont les suivantes :

Communauté :

- Envisager des approches communautaires pour améliorer l'observance du traitement et la continuité des soins chez les adolescents vivant avec le VIH.

Établissements de santé – diagnostic du VIH :

- Épidémie généralisée, faible et concentrée : dispenser des services de dépistage du VIH et de conseil, reliés à des services de prévention, de traitement et de soins, pour les adolescents des populations clés.
- Épidémie généralisée : dispenser des services de dépistage du VIH et de conseil, reliés à des services de prévention, de traitement et de soins, pour tous les adolescents.
- Épidémie faible et concentrée : veiller à ce que des services de dépistage du VIH et de conseil, reliés à des services de prévention, de traitement et de soins, soient accessibles à tous les adolescents.

Établissements de santé – traitement antirétroviral :

- Mettre en route un traitement antirétroviral chez tous les adolescents vivant avec le VIH, indépendamment du stade clinique tel que défini par l'OMS et du taux de CD4.
- Veiller à ce que le traitement antirétroviral de première intention pour les adolescents comprenne deux inhibiteurs nucléotidiques de la transcriptase inverse plus un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse ou un inhibiteur de transfert de brin médié par l'intégrase.
- Pour les enfants plus âgés et les adolescents pour lesquels il existe un plus grand nombre d'options thérapeutiques, envisager l'établissement de schémas antirétroviraux de troisième intention avec des médicaments nouveaux utilisés chez les adultes, comme l'étravirine, le darunavir et le raltegravir.

Établissements de santé – prévention, dépistage et prise en charge des co-infections :

- Tuberculose – administrer du cotrimoxazole à titre prophylactique aux nourrissons, aux enfants et aux adolescents vivant avec le VIH et une tuberculose active, indépendamment des symptômes cliniques et immunitaires.
- Cryptococcose – le dépistage systématique au moyen du CrAg chez les adolescents n'ayant jamais bénéficié d'un traitement antirétroviral et chez les enfants sous traitement antifongique préventif s'ils sont positifs pour le CrAg avant la mise en route du traitement antirétroviral n'est pas recommandé.

Services de santé à l'écoute des adolescents :

- Former les personnels de santé pour qu'ils contribuent à l'observance du traitement et à l'amélioration de la continuité des soins chez les adolescents vivant avec le VIH.
- Dispenser des services de conseil aux adolescents sur les avantages et les risques potentiels associés à la divulgation de leur statut pour le VIH, et leur fournir les moyens et le soutien nécessaires pour les aider à déterminer s'il convient de divulguer leur statut, quand, comment et à qui (recommandation conditionnelle).

7.3.8 Guidelines for managing advanced HIV disease and rapid initiation of antiretroviral therapy. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017

Ces lignes directrices (165), qui ne concernent pas exclusivement les adolescents, contiennent des recommandations relatives à une approche de santé publique pour soigner les personnes présentant une infection à VIH à un stade avancé, et au moment approprié pour mettre en route un traitement antirétroviral chez toutes les personnes vivant avec le VIH. Elles définissent essentiellement un ensemble d'interventions pour le dépistage, la prophylaxie, la mise en route rapide d'un traitement antirétroviral, et l'observance intensifiée destinées à réduire la morbidité et la mortalité associées au VIH. Il est également recommandé que la mise en route rapide d'un traitement antirétroviral (dans les sept jours suivant le diagnostic de l'infection à VIH) soit proposée aux personnes vivant avec le VIH à la suite de la confirmation du diagnostic et de l'évaluation clinique, et que le traitement antirétroviral soit mis en route le jour même du diagnostic d'infection à VIH dès lors que la personne est disposée et prête à entreprendre le traitement immédiatement, sauf s'il y a lieu de différer le traitement pour des raisons cliniques.

7.3.9 Lignes directrices unifiées sur le suivi des patients infectés par le VIH et la surveillance des cas selon une approche centrée sur la personne. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017

Ces lignes directrices (166), qui ne concernent pas exclusivement les adolescents, contiennent des orientations unifiées sur les systèmes de suivi des personnes vivant avec le VIH dans le cadre du système de surveillance de santé publique. Elles recommandent essentiellement l'utilisation d'identifiants uniques pour mettre les personnes vivant avec le VIH en relation avec tous les services de santé et l'utilisation de données systématiques pour les soins et la notification des indicateurs programmatiques, nationaux et mondiaux, notamment les principales cibles mondiales relatives au VIH.

7.3.10 Integrating collaborative TB and HIV services within a comprehensive package of care for people who inject drugs: consolidated guidelines. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016

Ces lignes directrices (167), qui ne concernent pas exclusivement les adolescents, contiennent des orientations unifiées sur l'intégration de services conjoints de lutte contre la tuberculose et le VIH dans un ensemble complet de soins des consommateurs de drogues par injection. Elles actualisent les lignes directrices OMS de 2008 sur les services conjoints de lutte contre la tuberculose et le VIH pour les consommateurs de drogues. Elles regroupent essentiellement les recommandations les plus récentes relatives à la prise en charge de la tuberculose, de la tuberculose associée au VIH, du VIH, des hépatites B et C, et des toxicomanies, ainsi que de l'alcoolisme, de la malnutrition, des maladies mentales et des besoins psychosociaux.

7.3.11 Guidelines on the public health response to pretreatment HIV drug resistance. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017

Ces lignes directrices (168), qui ne concernent pas exclusivement les adolescents, contiennent des orientations sur l'action de santé publique contre la résistance prétraitement aux inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse chez les personnes n'ayant pas été préalablement exposées aux antirétroviraux ou chez les personnes ayant été exposées aux antirétroviraux

chez lesquelles est mis, ou remis, en route un traitement antirétroviral de première intention. Elles complètent les lignes directrices unifiées de 2016 *Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection* (147).

7.3.12 Ligne directrice unifiée sur la santé et les droits des femmes vivant avec le VIH en matière sexuelle et reproductive. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017

Cette ligne directrice (43), qui ne concerne pas exclusivement les adolescentes, regroupe les recommandations relatives à la santé et aux droits des femmes vivant avec le VIH en matière de sexualité et de reproduction. Elle décrit essentiellement les stratégies qui permettent d'établir un environnement favorable et de mettre en œuvre des interventions sanitaires pour la santé et les droits des femmes vivant avec le VIH en matière de sexualité et de reproduction. Elle traite également des problèmes de mise en œuvre que posent pour les interventions sanitaires et la prestation des services le respect de l'égalité des sexes et la défense des droits humains. Les recommandations qui concernent spécifiquement les adolescentes sont les suivantes :

Établissements de santé – services de prévention et de prise en charge du VIH :

- Dispenser des services de conseil aux adolescentes sur les avantages et les risques potentiels associés à la divulgation de leur statut pour le VIH, et leur fournir les moyens et le soutien nécessaires pour les aider à déterminer s'il convient de divulguer leur statut, quand, comment et à qui.
- Mettre en route un traitement antirétroviral chez toutes les adolescentes vivant avec le VIH, indépendamment du stade clinique tel que défini par l'OMS et du taux de CD4 (recommandation conditionnelle).

Établissements de santé – services de santé à l'écoute des adolescentes :

- Veiller à ce que des services de santé à l'écoute des adolescentes soient mis en place dans les services de lutte contre le VIH pour assurer leur participation et l'amélioration des résultats.

7.3.13 Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés : mise à jour 2016. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016

Ces lignes directrices (20), qui ne concernent pas exclusivement les adolescents, regroupent les recommandations relatives à la prévention, au diagnostic, au traitement et aux soins du VIH pour les populations clés : les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogues par injection, les personnes incarcérées et dans d'autres lieux fermés, les professionnel(le)s du sexe, et les personnes transgenres. Elles présentent essentiellement un ensemble complet d'interventions et décrivent les interventions du secteur de la santé, les facteurs déterminants, la prestation des services, et le processus de la prise de décisions, de la planification et du suivi.

7.3.14 Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017

Ces directives cliniques (42), qui concernent spécifiquement les adolescents et les enfants (âgés de 0 à 18 ans), contiennent des recommandations relatives à la prestation aux survivants de sévices sexuels de soins de qualité reposant sur le traumatisme subi. Elles couvrent essentiellement les recommandations relatives aux soins consécutifs à un viol et aux bonnes pratiques applicables à l'enregistrement des antécédents médicaux, à la conduite des examens, à la fourniture d'un soutien psychologique et à l'enregistrement des résultats. Ces directives appellent également l'attention sur les considérations éthiques lorsque les personnels de santé sont chargés de déclarer aux autorités désignées des sévices sexuels subis par des enfants ou des adolescents. L'accent est mis par ailleurs sur la nécessité de promouvoir la sécurité, de proposer des choix et de respecter les souhaits et l'autonomie des enfants et des adolescents (concernant la participation des aidants). Pour ce qui est du VIH, les recommandations qui concernent spécifiquement les adolescents sont les suivantes :

Établissements de santé :

- Proposer une prophylaxie anti-VIH postexposition, le cas échéant, aux enfants et aux adolescents qui ont subi un viol incluant une pénétration orale, vaginale ou anale au moyen d'un pénis, et qui sont vus dans les 72 heures suivant l'événement.
- Fournir une ordonnance pour un traitement antirétroviral de 28 jours aux fins de la prophylaxie anti-VIH postexposition, après l'évaluation initiale des risques.
- Proposer si possible une trithérapie antirétrovirale, un schéma comportant deux médicaments étant néanmoins également efficace.
- Intégrer le conseil sur l'observance en tant qu'élément important dans la prophylaxie anti-VIH postexposition pour les survivants d'une agression sexuelle ou d'un viol.

7.3.15 Manuel d'orientation : contraceptifs hormonaux appropriés chez les femmes à risque élevé d'infection par le VIH. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017

Ce manuel d'orientation (44), qui ne concerne pas exclusivement les adolescentes, contient des recommandations relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives hormonales par les femmes exposées à un risque élevé d'infection par le VIH.

7.4 Concepts clés à prendre en considération

De nombreux adolescents ignorent comment prévenir l'infection à VIH et où accéder aux services de prévention du VIH (150). Les adolescents exposés au risque d'infection à VIH devraient pouvoir disposer de toute la gamme des méthodes et des interventions efficaces de prévention du VIH. Ces méthodes comprennent les informations et l'éducation en matière de santé sexuelle et reproductive (voir la section 2), les préservatifs masculins et féminins, les interventions destinées à modifier les comportements pour réduire le nombre des partenaires sexuels, l'utilisation d'aiguilles et de seringues propres, et le traitement de substitution des opioïdes (par la méthadone, par exemple) (20). Elles incluent également des services comme la circoncision masculine médicale

volontaire dans les situations où la charge de l'infection à VIH est importante, les antirétroviraux pour la prophylaxie préexposition, et le traitement des personnes vivant avec le VIH pour réduire la charge virale et prévenir une transmission ultérieure (20). Des efforts complémentaires doivent également être faits, telles la modification des normes sociales et des rôles dévolus aux deux sexes et l'autonomisation économique pour agir sur les causes structurelles du VIH (150).

De nombreux adolescents, notamment dans les populations clés, ignorent leur statut sérologique pour le VIH (151). Les adolescents ont besoin d'informations et d'une éducation complète sur le VIH et sur les services de dépistage du VIH à leur disposition (43). Les services de dépistage du VIH, y compris l'autotest, devraient être accessibles à tous les adolescents, avec la mise en relation avec les services de conseil et de traitement, et l'absence de politiques fixant un âge minimum pour le consentement ou rendant obligatoire l'autorisation des parents ou d'un tuteur ou la notification à ces personnes (43,159). De nombreux adolescents ont bénéficié de la distribution communautaire de kits d'autodépistage du VIH (160). Il pourra être nécessaire d'adapter les politiques relatives à l'accès au dépistage du VIH, en particulier celles qui portent sur l'âge du consentement, ou d'en élaborer de nouvelles pour que les adolescents aient accès à l'autodépistage du VIH (160).

Les adolescents ont du mal à atteindre et à obtenir les services de prévention et de prise en charge du VIH (152,157,158). Les services devraient être assurés compte tenu des horaires scolaires, dans des lieux où les adolescents sont protégés contre la stigmatisation et les problèmes associés à la divulgation, et sans frais prohibitifs pour les usagers (43,159). La mise en relation avec les services de soins pourra être améliorée à l'aide d'interventions faisant appel à d'autres adolescents, à des services communautaires et à des groupes d'entraide (20). L'accès peut par ailleurs être affecté par les politiques en vigueur, portant notamment sur l'âge du consentement aux rapports sexuels, le dépistage du VIH ou les traitements antirétroviraux (20,159). Les responsables de l'élaboration des politiques devraient faire en sorte que les politiques relatives au consentement protègent le droit des adolescents à faire eux-mêmes les choix concernant leur santé et leur bien-être, et tiennent compte des différents niveaux de maturité et de développement des adolescents. Les dispensateurs des services devraient être sensibilisés aux lois et aux politiques régissant l'âge du consentement pour veiller à ce que les adolescents aient accès aux services dont ils ont besoin (43,159).

Les services de prévention et de prise en charge du VIH ne sont pas souvent à l'écoute des adolescents. Les adolescents peuvent se heurter à des obstacles particuliers à chaque étape du diagnostic, du traitement et des soins du VIH, et ils peuvent avoir besoin de soutien pour s'orienter dans les services de soins du VIH (159). Les agents de santé et les personnels d'appui ont besoin d'une formation et de soutien pour fournir des informations et des services adaptés aux adolescents et aux différentes classes d'âge (159). Une planification et un appui efficaces sont par ailleurs nécessaires pour permettre aux adolescents de s'orienter dans le système de santé (159).

Pour ce qui est du diagnostic et du conseil postdépistage, l'information relative à une exposition potentielle au VIH peut avoir un impact émotionnel plus fort chez l'adolescent que chez l'adulte (159). Les programmes devront redoubler d'efforts pour aider les adolescents à comprendre leur diagnostic ; interpréter les informations concernant leurs droits (notamment en matière de confidentialité) ; les mettre en relation avec les interventions essentielles de traitement, de soins et de prévention du VIH ; et renforcer leur capacité à prendre des décisions éclairées concernant la prévention secondaire (159). Les adolescents devraient aussi avoir la possibilité

de poser des questions et de s'entretenir de questions liées à la sexualité (159). Les programmes devraient inclure un suivi dynamique rapide et des stratégies en faveur d'une reprise de la participation aux soins, notamment au moyen des technologies de la communication, comme les téléphones portables et l'envoi de messages textuels (20).

Pour ce qui est du traitement, la fréquence des consultations, le temps d'attente dans les services et l'obligation de manquer l'école dissuadent les adolescents de participer aux soins (159). Pour les adolescents en transition entre les soins pédiatriques et les soins des adolescents, ou entre les soins de l'adolescence et les soins de l'adulte, la difficulté de se diriger dans le système de soins de santé, la dissociation des services destinés aux adultes et des services pédiatriques, et l'incapacité des personnels de santé à gérer les situations de transition constituent des obstacles supplémentaires. Une planification et un soutien efficaces sont nécessaires pour assurer une transition aussi satisfaisante que possible aux adolescents (159). Là où un système de suivi de la charge virale est généralement disponible, envisager des contrôles plus fréquents de la charge virale chez les adolescents les plus exposés au risque de résistance aux antirétroviraux que pour les autres classes d'âge (159). Les adolescentes devraient par ailleurs bénéficier d'un conseil et d'un appui pour accéder aux services de contraception et de prévention de la transmission mère-enfant, compte tenu du fait que les adolescentes vivant avec le VIH sont plus exposées que les femmes adultes vivant avec le VIH au risque de grossesse accidentelle, de charges virales décelables pendant la grossesse et d'avoir un nourrisson vivant avec le VIH (20).

Pour ce qui est de la divulgation, la perte potentielle d'un soutien social ou économique ou la perte d'un partenaire peut être particulièrement difficile pour les adolescents, notamment si le partenaire est plus âgé et a un rôle prépondérant dans la relation (159). La notification au partenaire pour les adolescents, qu'il s'agisse de la personne vivant avec le VIH ou du partenaire que l'on informe de l'exposition au VIH, requiert la participation d'un agent de santé doué de sensibilité et s'abstenant de jugements de valeur, notamment la reconnaissance et la réduction au maximum des risques de violence entre partenaires intimes (159). Les adolescents devraient bénéficier d'une planification individualisée concernant la manière de divulguer leur statut pour le VIH, quand et à qui (159). Les soignants devraient envisager des moyens appropriés de contacter les adolescents pour leur apporter un appui en cas de besoin (160). L'utilisation des technologies de communication comme le téléphone portable et la messagerie textuelle pourra faciliter la divulgation, l'observance et la continuité, en particulier pour les adolescents et les jeunes (20).



7.5 Documents essentiels complétant les lignes directrices de l'OMS

- *Adolescent HIV testing, counselling and care: implementation guidance for health providers and planners.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014 (169)
- *HIV prevention among adolescent girls and young women: putting HIV prevention among adolescent girls and young women on the Fast-Track and engaging men and boys.* Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2016 (154)
- Principales considérations concernant la délivrance différenciée de traitements antirétroviraux à des populations particulières : enfants, adolescents, femmes enceintes ou allaitantes et populations clés. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017 (170)
- *The importance of sexual and reproductive health and rights to prevent HIV in adolescent girls and young women in eastern and southern Africa.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017 (171)
- *Clinical manual for male circumcision under local anaesthesia and HIV prevention services for adolescent boys and men.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (172)
- *WHO implementation tool for pre-exposure prophylaxis of HIV infection.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017 (173)

7.6 La mise en pratique des lignes directrices

Compte tenu du risque accru chez les adolescents de ne pas observer leur traitement antirétroviral et de se soustraire au suivi, l'OMS recommande dans ses lignes directrices que les programmes apportent un appui communautaire aux adolescents vivant avec le VIH pour améliorer la continuité des soins. Conformément à ces recommandations, l'organisation sud-africaine Kheth'Impilo a mis en œuvre un programme communautaire innovant à l'appui de l'observance qui repose sur la sensibilisation des adolescents vivant avec le VIH (174). Les personnes chargées de cette action de sensibilisation sont des agents de santé communautaires qualifiés qui vivent et travaillent dans la même zone géographique que leurs patients. Ils sont principalement chargés de mettre en relation les services où sont administrés les traitements antirétroviraux et la communauté en prodiguant un conseil et un appui communautaires en faveur de l'observance des traitements antirétroviraux aux personnes vivant avec le VIH et la tuberculose et leur famille. Dans ce programme, les personnes chargées de l'action de sensibilisation ont apporté un appui en faveur de l'observance et un soutien psychosocial réguliers aux personnes sous traitement antirétroviral et effectué des visites à domicile pour tenter de résoudre les problèmes faisant obstacle à l'observance. Chez les participants au programme une amélioration de la continuité des soins et de la suppression de la charge virale a été observée.

L'organisation zimbabwéenne Africaid a appliqué les lignes directrices de l'OMS pour concevoir son modèle novateur Zvandiri, qui dispense des services communautaires de traitement, de soins, de soutien et de prévention pour les enfants et les adolescents vivant avec le VIH, et qui a été étendu à l'ensemble du pays (175). Le modèle fait appel à des membres de la communauté spécialement formés ou accompagnés pour mettre en place des groupes de soutien organisés et fournir un appui communautaire adapté en faveur de l'observance de leurs traitements par les adolescents, et un conseil sur des questions psychosociales plus générales (176). Ces services sont intégrés dans les soins cliniques dispensés par les services publics et privés. Le modèle Zvandiri a été reconnu comme une intervention fondée sur les meilleures pratiques par l'OMS, l'Agence des États-Unis pour le développement international et la Communauté de développement de l'Afrique australe.

8 La violence à l'encontre des femmes et des filles : prévention, appui et soins

8.1 Définitions

La violence sexiste désigne la violence exercée à l'encontre d'une femme parce qu'elle est une femme ou la violence principalement dirigée contre les femmes. Cela inclut les actes qui infligent des tourments ou des souffrances d'ordre physique, mental ou sexuel, la menace de tels actes, la contrainte ou d'autres privations de liberté (177).

La violence à l'égard des femmes désigne tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée (178).

La violence d'un partenaire intime désigne tout comportement qui, dans le cadre d'une relation intime (partenaire ou ex-partenaire), cause un préjudice d'ordre physique, sexuel ou psychologique, notamment les agressions physiques, les rapports sexuels forcés, la violence psychologique et tout autre acte de domination (179).

La violence sexuelle désigne tout acte sexuel, tentative d'acte sexuel, ou tout autre acte exercé par autrui contre la sexualité d'une personne en faisant usage de la force, quelle que soit sa relation avec la victime, dans n'importe quel contexte. Cette définition englobe le viol, défini comme une pénétration par la force physique ou tout autre moyen de pression de la vulve ou de l'anus, au moyen du pénis, d'autres parties du corps ou d'un objet (179).

8.2 Justification

Les violences sexistes exercées à l'encontre des adolescentes sont un problème important. Chez les filles âgées de 15 à 19 ans ayant déjà eu une relation de couple, la prévalence de la violence exercée par le partenaire intime au cours de leur vie est de 29 % (180). La prévalence des sévices sexuels subis par les filles est estimée à environ 18 % chez les filles et à environ 8 % chez les garçons dans le monde (181). L'inégalité des sexes favorise les violences sexistes. Des femmes, comme des hommes, justifient souvent la violence à l'encontre des femmes et des filles, et le harcèlement sexuel est répandu, y compris dans des établissements supposés sûrs, comme les écoles (182, 183).

Les violences sexistes à l'encontre des adolescentes ont des conséquences sanitaires et sociales majeures. La violence du partenaire intime peut accroître le risque de grossesse accidentelle et

d'avortement provoqué (souvent dans de mauvaises conditions de sécurité) (180). Dans certaines situations, la violence du partenaire intime accroît également le risque d'infection par le VIH et d'autres IST (180). Pour ce qui est des effets préjudiciables sur la santé mentale, les sévices sexuels subis par les enfants et les adolescents et la violence exercée par le partenaire intime sont associés à un risque accru de dépression, d'état de stress post-traumatique, de pensées suicidaires et de tentatives de suicide (180,184). Les sévices sexuels subis par les enfants et les adolescents sont un facteur de risque pour un éventail de risques comportementaux pendant l'adolescence et à l'âge adulte, tels les rapports sexuels non protégés, l'abus d'alcool et l'usage de substances psychoactives (185).

L'efficacité de la prévention des violences sexistes et des services d'appui et de prise en charge a été établie. Il est avéré que les programmes de soutien parental destinés à prévenir la maltraitance des enfants peuvent aider à prévenir ultérieurement la violence entre partenaires intimes (186). Au nombre des autres stratégies d'intervention prometteuses figurent les interventions contre la violence dans les fréquentations en milieu scolaire et les interventions communautaires destinées à susciter des attitudes respectueuses de l'égalité des sexes chez les garçons et les filles (186). Les programmes qui sont apparus plus efficaces sont également ceux qui intègrent une action plurisectorielle et à plusieurs niveaux et une coordination intersectorielle, qui utilisent des investissements à plus long terme et une exposition aux idées répétée au fil du temps dans des contextes différents, qui placent l'analyse des rôles sociaux et du pouvoir des deux sexes au cœur de leur action, et qui s'occupent des survivants sans délai et avec empathie (187,188).

Il convient toutefois de renforcer les lois et les politiques, les stratégies de prévention et leur mise en œuvre, et l'accès à des services d'appui et de soins de qualité. L'instauration de mesures de prévention se fait en général par étapes et dans le contexte de projets à petite échelle (187). La divulgation par les femmes et les filles des violences qu'elles subissent se heurte à des obstacles majeurs, notamment liés à la stigmatisation, à l'opprobre et à la honte, et très peu de survivantes (de 10 % à 40 %) sollicitent une aide médicale ou juridique quelconque auprès d'une institution officielle (184,189). Bien que les personnels de santé soient probablement les premiers professionnels que rencontrent les femmes et les filles victimes de violences exercées par le partenaire intime ou d'actes de violence sexuelle, les personnels de santé formés et qui bénéficient d'un appui pour reconnaître les cas et prodiguer des soins sont peu nombreux (47,187). La couverture et la qualité des services dont ont besoin les survivantes sont limitées, notamment pour ce qui est des services de santé mentale, souvent parcellaires et concentrés en milieu urbain (187). S'il existe des lois dans la plupart des pays pour tenir responsables les auteurs d'actes de violence, leur application laisse souvent à désirer (187). Les politiques et les plans nationaux destinés à combattre la violence manquent de moyens, et la coordination intersectorielle nécessaire pour lutter contre les différentes formes de violence fait défaut, de même que la coordination au sein du système de santé entre les différents programmes et services (187).

Aux termes de la législation relative aux droits de l'homme, les États ont l'obligation de prévenir et de combattre la violence à l'encontre des femmes et des filles et de leur fournir un appui et des soins. Les États ont l'obligation de poursuivre par tous les moyens appropriés et sans retard une politique tendant à éliminer la violence fondée sur le genre, qui couvre les actes ou omissions de l'État partie ou de ses acteurs et ceux des acteurs non étatiques (16,102). L'action de l'État à cet égard inclura la prévention et l'élimination de la violence à l'égard des femmes fondée sur le genre dans toutes les sphères de l'interaction humaine, notamment dans la famille, la communauté, les écoles et en ligne et dans les autres espaces numériques (17,102).

8.3 Lignes directrices pertinentes de l'OMS

8.3.1 *Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017*

Ces directives (42), qui concernent spécifiquement les adolescents et les enfants (âgés de 0 à 18 ans), contiennent des recommandations relatives à la prestation aux survivants de sévices sexuels de soins de qualité reposant sur le traumatisme subi. Elles incluent des recommandations relatives aux soins dispensés à la suite d'un viol et aux bonnes pratiques applicables à l'enregistrement des antécédents médicaux, à la conduite des examens, à la fourniture d'un soutien psychologique, et à l'enregistrement des résultats. Ces directives cliniques appellent également l'attention sur les aspects éthiques à prendre en considération lorsque les personnels de santé sont chargés de déclarer aux autorités désignées des sévices sexuels subis par des enfants et des adolescents. L'accent est mis par ailleurs sur la nécessité de promouvoir la sécurité, de proposer des choix et de respecter les souhaits et l'autonomie des enfants et des adolescents, par exemple en ce qui concerne la participation des aidants. Les recommandations qui concernent spécifiquement les adolescents sont les suivantes :

Établissements de santé – prophylaxie postexposition du VIH et observance du traitement :

- Proposer une prophylaxie postexposition du VIH, le cas échéant, aux enfants et aux adolescents qui ont subi un viol incluant une pénétration orale, vaginale ou anale au moyen d'un pénis, et qui sont vus dans les 72 heures suivant l'événement.
- Fournir une ordonnance pour un traitement antirétroviral de 28 jours aux fins de la prophylaxie anti-VIH postexposition, après l'évaluation initiale des risques.
- Proposer si possible une trithérapie antirétrovirale, un schéma comportant deux médicaments étant néanmoins également efficace.
- Intégrer le conseil sur l'observance en tant qu'élément important dans la prophylaxie anti-VIH postexposition pour les survivants de sévices sexuels ou d'un viol.

Établissements de santé – prévention et prise en charge de la grossesse chez les filles qui ont été victimes de sévices sexuels

- Proposer la contraception d'urgence aux filles qui ont été victimes d'un viol par pénétration pénovaginale et qui sont vues dans les 120 heures (cinq jours) suivant l'événement.

Établissements de santé – prophylaxie postexposition pour les IST guérissables et évitables par la vaccination :

- Proposer un traitement présomptif ou prophylactique pour la gonorrhée, la chlamydie et la syphilis pour les enfants et les adolescents qui ont subi des sévices sexuels incluant un contact oral, génital ou anal au moyen d'un pénis ou un rapport bucco-génital, notamment dans les situations où il n'est pas possible d'effectuer des examens de laboratoire.
- Proposer une prise en charge syndromique des cas pour les enfants et les adolescents victimes de sévices sexuels et présentant des symptômes cliniques (écoulement vaginal/urétral – gonorrhée, chlamydie, trichomonase ; ulcères génitaux – virus *Herpes simplex*, syphilis, chancre), notamment dans les situations où il n'est pas possible d'effectuer des examens de laboratoire.

- Proposer la vaccination contre l'hépatite B sans immunoglobuline contre l'hépatite B, conformément aux orientations nationales.
- Proposer le vaccin anti-PVH pour les filles âgées de 9 à 14 ans, conformément aux orientations nationales.

Établissements de santé – interventions psychologiques et de santé mentale à court et à plus long terme :

- Ne pas utiliser le débriefing psychologique pour tenter de réduire le risque de symptômes d'état de stress post-traumatique, d'anxiété ou de dépression.
- Envisager la thérapie cognitivo-comportementale axée sur le traumatisme pour les enfants et les adolescents qui ont subi des sévices sexuels et présentent des symptômes d'état de stress post-traumatique.
- Envisager une intervention cognitivo-comportementale axée sur le traumatisme, lorsqu'elle est sûre et appropriée, pour associer au moins un aidant non incriminé, pour les enfants et les adolescents qui ont subi des sévices sexuels et présentent des symptômes d'état de stress post-traumatique et pour leur(s) aidant(s) non incriminé(s).
- Proposer des interventions psychologiques comme la thérapie cognitivo-comportementale aux enfants et aux adolescents qui présentent des troubles du comportement, et proposer une formation aux capacités de prise en charge à leurs aidants non incriminés.
- Proposer des interventions psychologiques comme la thérapie cognitivo-comportementale et la psychothérapie aux enfants et aux adolescents qui présentent des troubles émotionnels, et proposer une formation aux capacités de prise en charge à leurs aidants non incriminés.

8.3.2 Lutter contre la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle à l'encontre des femmes : Recommandations cliniques et politiques. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013

Ces lignes directrices (46), qui ne concernent pas exclusivement les adolescentes, contiennent des recommandations relatives à la lutte contre la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle à l'encontre des femmes et des filles dans les situations où les ressources sont limitées. Elles couvrent essentiellement la reconnaissance des cas de violence entre partenaires intimes et les soins cliniques des personnes touchées, les soins cliniques à la suite d'une agression sexuelle, la formation relative à la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle à l'encontre des femmes, la politique des pouvoirs publics et les approches programmatiques en matière de prestation des services, et la déclaration obligatoire de la violence entre partenaires intimes.

8.3.3 Prévenir les grossesses précoces et leurs conséquences en matière de santé reproductive chez les adolescentes dans les pays en développement. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011

Ces directives (18), qui concernent spécifiquement les adolescentes, contiennent des recommandations relatives aux mesures et aux recherches visant à prévenir les grossesses précoces et leurs conséquences défavorables pour la santé reproductive chez les adolescentes. Il s'agit essentiellement de réduire le nombre des mariages avant l'âge de 18 ans, de réduire le

nombre des grossesses avant l'âge de 20 ans, de développer l'utilisation de la contraception chez les adolescentes exposées au risque de grossesse accidentelle, de réduire le nombre des rapports sexuels forcés chez les adolescentes, de réduire le nombre des avortements à risque chez les adolescentes, et d'accroître l'utilisation de soins qualifiés pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale chez les adolescentes. Pour ce qui est de la violence à l'encontre des femmes et des filles, et en particulier des rapports sexuels forcés, les recommandations qui concernent spécifiquement les adolescents sont les suivantes :

Communauté :

- Instaurer des normes sociales qui contribuent à rendre inacceptables les rapports sexuels forcés.
- Mettre en œuvre des interventions destinées à amener les hommes et les garçons à évaluer d'un œil critique les normes qui régissent les relations entre les sexes et les comportements normatifs (approches favorisant le changement en matière d'égalité des sexes, par exemple) liés à la contrainte et à la violence sexuelles. Associer ces actions aux interventions plus générales destinées à influencer les normes sociales relatives à ces questions.

Acteurs individuels :

- Mettre en œuvre des interventions permettant aux adolescentes de résister aux relations sexuelles forcées et d'obtenir un appui en cas de rapports sexuels obtenus par la contrainte en renforçant leur estime de soi, en développant leurs aptitudes personnelles et sociales dans des domaines tels que la communication et la négociation, et en améliorant leurs liens avec les réseaux sociaux et leur capacité à obtenir un appui. Ces actions devront être associées à des interventions destinées à instaurer des normes sociales qui contribuent à rendre inacceptables les rapports sexuels forcés.
- Mettre en œuvre des programmes visant à renforcer les aptitudes personnelles et sociales en matière de communication et de négociation.

8.3.4 Ligne directrice unifiée sur la santé et les droits des femmes vivant avec le VIH en matière sexuelle et reproductive. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017

Cette ligne directrice (43), qui ne concerne pas exclusivement les adolescentes, regroupe les recommandations relatives à la santé et aux droits des femmes vivant avec le VIH en matière de sexualité et de reproduction. Elle décrit essentiellement les stratégies qui permettent d'établir un environnement favorable et de mettre en œuvre des interventions sanitaires pour la santé et les droits des femmes vivant avec le VIH en matière de sexualité et de reproduction. Elle traite également des problèmes de mise en œuvre que posent pour les interventions sanitaires et la prestation des services le respect de l'égalité des sexes et la défense des droits humains.

8.4 Concepts clés à prendre en considération

Là où il existe des services de prévention et de prise en charge des violences sexistes, il s'agit souvent d'initiatives expérimentales qui ne sont pas étendues à plus grande échelle ; qui évoluent progressivement et ne sont pas intégrées dans les plateformes existantes ; et qui ne suscitent guère de collaboration et de coordination intersectorielles. Pour atteindre les personnes qui ont besoin de soins et assurer la pérennité des mesures, il est important d'intégrer l'appui et les soins des adolescentes qui sont victimes de la violence d'un partenaire intime et de violences sexuelles dans les programmes et les services de santé sexuelle et reproductive, de lutte contre le VIH, de santé mentale et de santé des adolescents, et de ne pas isoler ces interventions (187). Si l'action du secteur de la santé est par ailleurs essentielle pour combattre la violence exercée à l'encontre des adolescentes, elle doit être complétée par des interventions communautaires et des interventions plurisectorielles visant à éliminer les normes sociales et les attitudes préjudiciables qui régissent les relations entre les sexes et justifient ou acceptent que perdure la violence à l'encontre des femmes et des filles (187).

Les agents de santé ne sont généralement pas préparés à traiter des violences sexistes, notamment à déclarer les sévices sexuels. Les agents de santé ont besoin d'une formation et d'un appui continu pour prodiguer des soins centrés sur les enfants et les adolescents qui soient adaptés à leur âge, satisfassent aux besoins des adolescents, et tiennent compte de l'évolution de la capacité des adolescents à déterminer quand et comment associer dans les meilleures conditions les parents, les tuteurs légaux et d'autres aidants concernés (42, 187). La déclaration des sévices sexuels, là où la loi l'exige, doit prendre en compte les situations où le fonctionnement des systèmes de protection n'est pas optimal et où des adolescents n'ayant pas atteint l'âge légal du consentement sexuel peuvent avoir des rapports sexuels entre pairs consentants (46).

Peu d'adolescentes sollicitent des services de prévention, de soutien et de soins liés aux violences sexistes. Il est important de faciliter l'utilisation réelle de ces services. Les personnels de santé, notamment au sein des communautés, peuvent y contribuer en sensibilisant le public aux signes, aux symptômes et aux conséquences sur la santé de la violence entre partenaires intimes et des sévices sexuels, et à la nécessité de réduire la stigmatisation et de solliciter des soins rapidement (189).



8.5 Documents essentiels complétant les lignes directrices de l'OMS

- *Global plan of action: health systems address violence against women and girls.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (187)
- *INSPIRE : sept stratégies pour mettre fin à la violence à l'encontre des enfants.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (190)
- *Lutte contre la violence de genre en milieu scolaire : orientations mondiales.* Paris, Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, 2016 (191)
- *16 ideas for addressing violence against women in the context of the HIV epidemic: a programming tool.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (192)
- *What works to prevent partner violence? An evidence overview.* London: London School of Hygiene and Tropical Medicine; 2011 (193)
- Lundgren R, Amin A. *Addressing intimate partner violence and sexual violence among adolescents: emerging evidence of effectiveness.* J Adolesc Health. 56(1):S42–S50 (186)

8.6 La mise en pratique des lignes directrices

Les lignes directrices de l'OMS *Lutter contre la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle à l'encontre des femmes* (46) et *Responding to Children and Adolescents who Have Been Sexually Abused* (42) sont actuellement mises en œuvre au Pakistan. Un guide clinique sur les soins de santé des survivants de violences entre partenaires intimes ou de violences sexuelles a été conçu en tant qu'outil destiné à la mise en œuvre des lignes directrices. Ce guide propose des orientations pratiques sur la manière de procéder ainsi que des auxiliaires professionnels et des instructions relatives à la prestation des soins cliniques. En 2016, le Ministère pakistanais de la santé, avec l'appui de l'OMS, a adapté et approuvé un guide clinique actualisé incluant un chapitre sur les mesures de lutte contre les sévices sexuels infligés aux enfants et aux adolescents. En 2018, le manuel clinique adapté a été utilisé pour deux sessions de formation de formateurs incluant des médecins et des visiteuses sanitaires organisées dans les provinces du Pendjab et de Khyber Pakhtunkhwa. Des plans sont en cours d'élaboration pour la formation en cascade jusqu'au niveau du district. La province du Pendjab élabore par ailleurs une composante suivi et évaluation pour mesurer l'amélioration des connaissances, des attitudes et des compétences des soignants, et la province de Khyber Pakhtunkhwa procédera à une évaluation de l'état de préparation d'un établissement pour déterminer les changements nécessaires au niveau de la prestation des services. L'utilisation effective des lignes directrices sera évaluée sur la base de l'évolution des connaissances, des attitudes et des compétences des soignants face aux actes de violence.

9 Prévention des pratiques traditionnelles préjudiciables

9.1 Définitions

Les pratiques culturelles traditionnelles reflètent les valeurs et les croyances auxquelles les membres d'une communauté sont attachés, souvent depuis des générations (194). Tous les groupes sociaux dans le monde ont des croyances et des pratiques culturelles particulières, dont certaines sont bénéfiques, d'autres ni bénéfiques ni dommageables, et d'autres encore qui peuvent être dangereuses pour un certain groupe, notamment les femmes (194). Ces pratiques traditionnelles préjudiciables comprennent les mutilations sexuelles féminines, le mariage d'enfants, l'infanticide des filles, la stigmatisation qui entoure la menstruation et les pratiques nutritionnelles (194).

Les mutilations sexuelles féminines désignent toutes les interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes ou toute autre lésion des organes génitaux féminins (infibulation, par exemple, ou ponction du clitoris) qui sont pratiquées pour des raisons non médicales (195). L'OMS distingue quatre catégories de mutilations sexuelles féminines (196).⁹

Le mariage d'enfants désigne un mariage officiel, ou une union informelle, dans lequel au moins l'un des conjoints a moins de 18 ans (197).

9.2 Justification

Les pratiques traditionnelles préjudiciables chez les adolescentes sont un problème important. On estime à plus de 200 millions le nombre des filles et des femmes vivant avec les conséquences de mutilations sexuelles féminines, pratiquées en grande majorité chez les filles âgées de moins de 18 ans (198). Les mutilations sexuelles féminines sont un problème mondial, surtout répandu dans 30 pays d'Afrique et quelques pays d'Asie et du Moyen-Orient (198,199). Dans certains pays, comme Djibouti, la Guinée, le Mali, la Somalie et le Soudan, la prévalence des mutilations sexuelles féminines est supérieure à 75 % chez les femmes et les filles âgées de 15 à 49 ans (200). Selon des estimations, cependant, bien que les mutilations sexuelles féminines demeurent courantes dans de nombreux contextes, une adolescente risque aujourd'hui environ trois fois moins qu'il y a 30 ans de subir des mutilations sexuelles féminines (201).

9 Type I : ablation partielle ou totale du clitoris (clitoridectomie) ou du prépuce ; type II : ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (excision) ; type III : rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris (infibulation) ; type IV : toutes les autres interventions nocives pratiquées sur les organes génitaux féminins à des fins non thérapeutiques, telles que la ponction, le percement, l'incision, la scarification et la cautérisation.

Quelque 12 millions de filles sont mariées chaque année avant l'âge de 18 ans (202). À l'échelle mondiale, les filles risquent environ cinq fois plus que les garçons d'être mariées avant l'âge de 15 ans (203). Dans 25 pays à forte prévalence, environ 36 % des femmes entre 18 et 22 ans étaient mariées avant l'âge de 18 ans (204). La proportion des femmes mariées pendant l'enfance a reculé de 15 % dans le monde au cours de cette dernière décennie (202). Les progrès ont cependant été inégaux selon les régions : tandis que l'Afrique septentrionale et le Moyen-Orient ont diminué de moitié environ le pourcentage des filles mariées avant l'âge de 18 ans, et que l'Asie australe a réduit de plus d'un tiers le risque pour une fille d'être mariée avant l'âge de 18 ans, les changements observés en Amérique latine et en Afrique subsaharienne ont été moins sensibles (202,205). Des études nationales témoignent néanmoins d'une immense diversité infranationale dans la prévalence du mariage d'enfants (206,207).

Les pratiques traditionnelles préjudiciables chez les adolescentes peuvent avoir des conséquences sanitaires et sociales graves. Les mutilations sexuelles féminines ne présentent aucun avantage connu pour la santé. Elles peuvent en revanche avoir des conséquences sanitaires immédiates, comme l'hémorragie, le choc, les infections et le décès (195). Elles peuvent également avoir des conséquences sanitaires et sociales à long terme, comme l'état de stress post-traumatique, les problèmes menstruels et des rapports sexuels douloureux et pénibles (195). Les femmes ayant subi des mutilations sexuelles féminines de type III, notamment, sont plus exposées que les femmes exemptes de mutilations sexuelles féminines au risque de travail difficile et d'hémorragie du post-partum (208). Les enfants dont la mère a subi des mutilations sexuelles féminines sont par ailleurs plus exposés au risque de mortinaissance et d'autres complications néonatales (209).

Quatre-vingt-dix pour cent des enfants de mères adolescentes âgées de 15 à 19 ans dans le monde sont nés dans le cadre du mariage, et le mariage d'enfants est probablement la cause des naissances précoces chez 75 % des filles qui ont leur premier enfant avant 18 ans dans 25 pays à forte prévalence (210). Les grossesses chez les adolescentes sont associées à une gamme de résultats sanitaires négatifs, en particulier chez les filles âgées de 10 à 14 ans (voir les sections 3 et 4) (33,211). Les femmes mariées avant l'âge de 18 ans peuvent par ailleurs être plus exposées au risque de violence entre partenaires intimes (voir la section 8) (210). Le mariage d'enfants a aussi des conséquences négatives sur le niveau d'instruction et la scolarisation des filles dans le secondaire et sur le niveau d'instruction des enfants de femmes mariées avant l'âge de 18 ans (210).

L'efficacité de la prévention des interventions préjudiciables liées aux pratiques traditionnelles a été établie. Les interventions qui font appel à un éventail d'actions, notamment la mobilisation de la communauté et les stratégies d'autonomisation des femmes, peuvent améliorer plusieurs résultats intéressant la santé sexuelle et reproductive des adolescentes et elles pourraient réduire les mutilations sexuelles féminines (212). D'autres stratégies d'intervention sont prometteuses, ainsi la législation contre les mutilations sexuelles féminines, le conseil en matière de prévention dans les services de santé, l'éducation sur les risques sanitaires associés aux mutilations sexuelles féminines, la formation des personnels de santé, la formation et la conversion des circonciseurs, la promotion de rites de substitution (dans certains contextes), l'approche de la déviance positive et un développement social complet incluant des services de proximité et de sensibilisation (212).

Pour prévenir le mariage d'enfants, les interventions doivent être multisectorielles et couvrir les nombreux déterminants du problème moyennant l'adoption et l'application de lois et de politiques ; la mobilisation des familles et des communautés ; la prestation de services sanitaires, sociaux

et juridiques ; et l'autonomisation des filles (18). Les approches reposant sur un programme de formation aux aptitudes personnelles et sociales et l'autonomisation sont des stratégies d'intervention prometteuses (213,214). Dans certains contextes, des interventions économiques telles que le versement d'allocations ou les programmes destinés à réduire les frais de scolarité ont contribué à réduire les taux de mariages d'enfants ou à relever l'âge du mariage ; elles seront cependant plus efficaces dès lors qu'elles seront associées à des mesures destinées à renforcer la confiance individuelle et les liens avec les réseaux sociaux (213,214). Les programmes visant à prévenir le mariage d'enfants auront des effets d'autant plus positifs qu'ils porteront directement sur les mariages d'enfants ou les facteurs structurels étroitement apparentés comme la scolarisation et non sur des sujets plus larges comme le VIH, la santé sexuelle et reproductive, ou l'autonomisation (213).

Il convient de prêter attention aux lois et aux politiques et aux stratégies de prévention.

Vingt-sept des 30 pays où sont pratiquées les mutilations sexuelles féminines sont dotés de lois ou de décrets qui les interdisent, or la pratique perdure (215). De plus, selon des informations récentes, les agents de santé qui pratiquent les mutilations sexuelles féminines sont de plus en plus nombreux dans différents contextes (216). L'application des lois et des politiques, le cas échéant, diffère gravement les progrès de l'élimination des mutilations sexuelles féminines. Les éléments de preuve sur les composantes et les séries d'interventions programmatiques qui ont le plus d'impact sur la modification des comportements individuels et des normes sociales liés aux mutilations sexuelles féminines font défaut. Il convient par ailleurs d'accélérer la mise en œuvre des stratégies prometteuses et de poursuivre l'évaluation de leur efficacité (217).

Quatre-vingt-dix-neuf pays disposent de lois autorisant le mariage d'une fille avant l'âge de 18 ans si ses parents donnent leur consentement (218). De plus, dans 30 pays où la loi interdit le mariage d'enfants, les filles ne sont pas nécessairement protégées en droit lorsque sont invoquées des exceptions coutumières ou religieuses (218). Des lois modèles régionales, comme la loi modèle du Forum parlementaire de la Communauté de développement d'Afrique australe sur l'éradication du mariage d'enfants et la protection des enfants déjà en couple, devraient être adoptées et un appui devrait être fourni aux pays pour la mise en œuvre et l'application de lois conformes à ces modèles (219). Compte tenu du fait que les lois ne sont à l'évidence pas suffisantes pour prévenir les mariages d'enfants, des mesures programmatiques devraient être adoptées pour compléter les changements législatifs, comme les mesures décrites ci-dessus, pour autonomiser les adolescentes, instaurer des normes respectueuses de l'égalité des sexes et promouvoir le niveau d'instruction des filles (18).

Aux termes de la législation relative aux droits de l'homme, les États ont l'obligation de prévenir et de combattre les pratiques traditionnelles préjudiciables. Conformément aux principes relatifs aux droits de l'homme, il convient d'adopter une stratégie globale pour prévenir et éliminer les pratiques préjudiciables. Les États doivent adopter des mesures législatives pour interdire explicitement ces pratiques, qui constituent une forme de violence sexiste, notamment appliquer des sanctions adéquates, assorties d'autres mesures juridiques et de moyens d'intervention, y compris des mesures sociales (102, 220). Ces mesures incluront l'attention à porter aux causes profondes des pratiques préjudiciables, le renforcement des capacités à tous les niveaux, et les mesures destinées à protéger les femmes et les enfants qui ont été victimes de pratiques préjudiciables (220).

9.3 Lignes directrices pertinentes de l'OMS

9.3.1 Lignes directrices de l'OMS sur la prise en charge des complications des mutilations sexuelles féminines. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016

Ces lignes directrices (195), qui ne concernent pas exclusivement les adolescentes, contiennent des recommandations sur la prise en charge des complications sanitaires des mutilations sexuelles féminines. Elles couvrent essentiellement la prévention et la prise en charge des complications obstétricales, gynécologiques et urologiques ; la promotion de la santé mentale et de la santé sexuelles des femmes ; et la fourniture d'informations et d'une éducation sur cette question. Les recommandations qui concernent spécifiquement les adolescentes sont les suivantes :

Établissements de santé – désinfibulation :

- Proposer la désinfibulation pour prévenir et traiter des complications urologiques, en particulier les infections urinaires récurrentes et la rétention d'urine, chez les filles et les femmes vivant avec une mutilation sexuelle féminine de type III.

Établissements de santé – santé mentale :

- Envisager une thérapie cognitivo-comportementale pour les filles et les femmes vivant avec une mutilation sexuelle féminine qui présentent des symptômes de troubles anxieux, de dépression ou d'état de stress post-traumatique.

9.3.2 Prévenir les grossesses précoces et leurs conséquences en matière de santé reproductive chez les adolescentes dans les pays en développement. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011

Ces directives (18), qui concernent spécifiquement les adolescentes, contiennent des recommandations relatives aux mesures et aux recherches visant à prévenir les grossesses précoces et leurs conséquences défavorables pour la santé reproductive des adolescentes. Il s'agit essentiellement de réduire le nombre des mariages avant l'âge de 18 ans, de réduire le nombre des grossesses avant l'âge de 20 ans, d'augmenter l'utilisation de la contraception chez les adolescentes exposées au risque de grossesse non désirée, de réduire le nombre des rapports sexuels forcés chez les adolescentes, de réduire le nombre des avortements non sécurisés chez les adolescentes, et d'accroître l'utilisation de soins qualifiés pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale chez les adolescentes. Pour ce qui est des pratiques traditionnelles préjudiciables, en particulier le mariage d'enfants, les recommandations qui concernent spécifiquement les adolescentes sont les suivantes :

Pouvoirs publics :

- Encourager les dirigeants politiques, les planificateurs et les dirigeants locaux à formuler et appliquer des lois et des politiques qui interdisent le mariage des filles avant l'âge de 18 ans.

Communauté :

- Mettre en œuvre des interventions destinées à différer le mariage des filles jusqu'à l'âge de 18 ans en influant sur les normes familiales et communautaires. Ces interventions devront être conçues en même temps que les interventions à l'intention des dirigeants politiques et des planificateurs.

- Accroître les possibilités d'éducation pour les filles par des voies institutionnelles ou non afin de différer le mariage des filles jusqu'à l'âge de 18 ans.

Acteurs individuels :

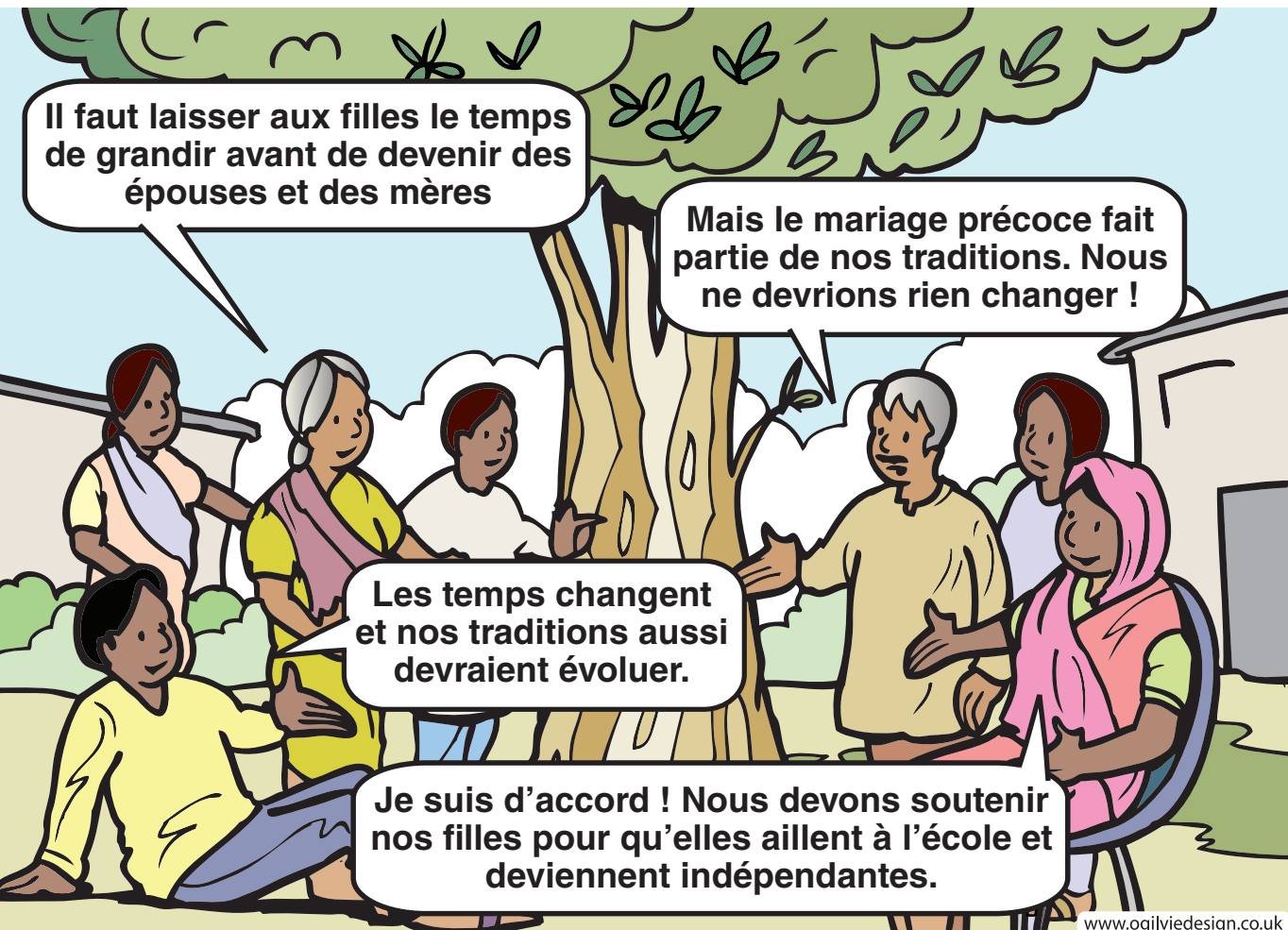
- Mettre en œuvre des interventions destinées à informer et autonomiser les filles, en association avec des interventions visant à influencer sur les normes familiales et communautaires, afin de différer le mariage des filles jusqu'à l'âge de 18 ans.

9.4 Concepts clés à prendre en considération

Les mutilations sexuelles féminines et le mariage d'enfants sont des pratiques traditionnelles anciennes, profondément ancrées, qui ne peuvent être inversées rapidement au moyen d'interventions reposant sur une composante unique. La prévention des mutilations sexuelles féminines et du mariage d'enfants requiert des interventions à long terme déployées sur plusieurs niveaux (18,195). Les interventions nécessaires doivent viser à obtenir l'engagement des responsables politiques et des moyens financiers pour s'attaquer aux pratiques traditionnelles préjudiciables, améliorer les cadres législatifs et accompagner les mécanismes de mise en œuvre, renforcer les systèmes d'enregistrement des données d'état civil qui donnent la preuve de l'âge des enfants aux fins de la déclaration du mariage d'enfants, et mettre en œuvre des interventions communautaires destinées à agir sur les lois coutumières ou religieuses et les normes sociales qui admettent ces pratiques (18,212). Des mesures complémentaires seront nécessaires pour améliorer les perspectives des adolescentes en matière d'éducation et d'emploi.

Certains dirigeants, y compris des personnels de santé, peuvent être eux-mêmes favorables aux mutilations sexuelles féminines et au mariage d'enfants (215). Tous les acteurs, aux niveaux communautaire, national, régional et international, devraient jouer un rôle dans la prévention des mutilations sexuelles féminines et du mariage d'enfants (195). Pour ce qui est des mutilations sexuelles féminines, des informations devraient être fournies aux agents de santé sur les différents types de mutilations sexuelles féminines et leurs conséquences sanitaires immédiates et à long terme pour qu'ils puissent contribuer à leur prévention (195). La médicalisation des mutilations sexuelles féminines (pratique des mutilations sexuelles féminines par des personnels de santé) n'est en aucun cas acceptable car elles sont contraires à l'éthique médicale : les mutilations sexuelles féminines sont une pratique préjudiciable, la médicalisation perpétue les mutilations sexuelles féminines, et les risques associés à ces interventions l'emportent sur les éventuels avantages perçus (195).

De nombreuses adolescentes qui ont subi des mutilations sexuelles féminines ou ont été mariées avant l'âge de 18 ans n'ont accès ni à des soins ni à un soutien. De plus, les filles et les femmes peuvent tarder à solliciter des soins en raison de la gêne ou de la honte qu'elles ressentent (195). Il est important d'informer les adolescentes et les autres acteurs concernés au sujet des conséquences des mutilations sexuelles féminines et du mariage d'enfants, ainsi que sur les services sanitaires, sociaux et juridiques à leur disposition. Il faut que les filles mariées et les filles qui ont subi des mutilations sexuelles féminines aient accès à des soins physiques et psychosociaux et puissent les utiliser pour bénéficier de leurs effets sanitaires et sociaux immédiats et à long terme (18,195).



9.5 Principaux documents complétant les lignes directrices de l'OMS

- *Care of girls and women living with female genital mutilation: a clinical handbook*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (196)
- Intégration de la prévention et de la prise en charge des complications liées aux mutilations sexuelles féminines dans les programmes d'études en soins infirmiers et en soins *obstétricaux* – guide du formateur. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001 (221)
- Éliminer les mutilations sexuelles féminines : Déclaration interinstitutions. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (222)
- Stratégie mondiale visant à empêcher le personnel de santé de pratiquer des mutilations sexuelles féminines. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (223)
- Salam RA, Faqqah A, Sajjad N, Lassi ZS, Das JK, Kaufman M, et al. *Improving adolescent sexual and reproductive health: a systematic review of potential interventions*. J Adolesc Health. 2016;59(4 Suppl.):S11–S28 (212)

- Kalamar AM, Lee-Rife S, Hindin MJ. *Interventions to prevent child marriage among young people in low- and middle-income countries: a systematic review of the published and gray literature*. J Adolesc Health. 2016;59(3 Suppl.):S16–S21 (213)
- *Ending child marriage: progress and prospects*. New York, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2014 (205)
- Wodon QT, Male C, Nayihouba KA, Onagoruwa AO, Savadogo A, Yedan A, et al. *Economic impacts of child marriage: global synthesis report*. Washington, D.C., Groupe de la Banque mondiale, 2017 (210)

9.6 La mise en pratique des lignes directrices

En avril 2016, le Ministre zambien à la condition féminine a finalisé et publié la stratégie nationale destinée à mettre fin au mariage d'enfants. En décembre 2017, un plan d'action national multisectoriel chiffré a été conçu pour orienter l'action intégrée complète visant à combattre le mariage d'enfants. Les deux documents ont été élaborés avec l'appui technique du programme mondial destiné à accélérer l'action visant à mettre fin aux mariages d'enfants et les deux documents sont alignés sur les *Directives de l'OMS Prévenir les grossesses précoces et leurs conséquences en matière de santé reproductive chez les adolescentes dans les pays en développement (18)*. Deux districts pilotes ont été choisis pour la mise en œuvre initiale du plan d'action multisectoriel. L'Assemblée nationale zambienne et l'Union interparlementaire ont également organisé un séminaire parlementaire sur le mariage précoce et le mariage forcé d'enfants, et dressé une liste des mesures que pourraient adopter les parlementaires pour jouer un rôle plus actif dans le processus de mise en œuvre national, notamment approuver et appuyer la législation, la surveillance, l'allocation des crédits et la représentation (224).

Bibliographie

- 1 Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016–2030). Genève, Chaque femme, chaque enfant, 2015.
- 2 Cadre pour une action mondiale accélérée en faveur des adolescents : orientations pour la mise en œuvre. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017.
- 3 Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017.
- 4 Édition révisée : principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité – une approche factuelle. Paris, Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, 2018.
- 5 Chandra-Mouli V, Vipul Patel S. Mapping the knowledge and understanding of menarche, menstrual hygiene and menstrual health among adolescent girls in low- and middle-income countries. *Reprod Health*. 2017;1(14):14–30.
- 6 Woog V, Singh S, Browne A, Philbin J. Adolescent women's need for and use of sexual and reproductive health services in developing countries. New York: Guttmacher Institute; 2015 (<https://www.guttmacher.org/fact-sheet/adolescent-womens-need-and-use-sexual-and-reproductive-health>).
- 7 En finir avec le sida : Progrès vers les cibles 90–90–90 – Mise à jour des données mondiales du sida. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2017 (http://www.unaids.org/en/resources/documents/2017/20170720_Global_AIDS_update_2017).
- 8 Fonner VA, Armstrong KS, Kennedy CE, O'Reilly KR, Sweat MD. School-based sex education and HIV prevention in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2014;9(3):e89692.
- 9 Shepherd J, Kavanagh J, Picot J, Cooper K, Harden A, Barnett-Page E, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of behavioural interventions for the prevention of sexually transmitted infections in young people aged 13–19: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess*. 2010;14(7):1–206,iii–iv.
- 10 Kivela J, Ketting E, Baltussen R. Cost analysis of school-based sexuality education programs in six countries. *Cost Eff Resour Alloc*. 2013;11:17–17.
- 11 Kivela-Kempers J., Ketting E., Baltussen R. Programmation d'éducation sexuelle à l'école : analyse de coût et de rentabilité dans six pays, résumé analytique. Paris, Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, 2011.
- 12 Montgomery P, Knerr W. Review of the evidence on sexuality education: report to inform the update of the UNESCO International Technical Guidance on Sexuality Education. Paris, Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, 2016.
- 13 Éducation sexuelle complète : nouveaux éléments d'information, enseignements et pratiques : une étude mondiale. Paris, Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, 2015.

- 14 Réduire la pauvreté dans le monde à travers l'enseignement primaire et secondaire universel : enfants, adolescents et jeunes non scolarisés : situation et tendances dans le monde. Document d'orientation 32, bulletin d'information 44. Paris, Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, 2017.
- 15 Comité des droits économiques, sociaux et culturels. Observation générale n° 22 sur le droit à la santé sexuelle et procréative. New York, Nations Unies, Conseil économique et social, 2016.
- 16 Convention relative aux droits de l'enfant. Observation générale n° 15 sur le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible. New York, Nations Unies, 2013.
- 17 Convention relative aux droits de l'enfant. Observation générale n° 20 sur la mise en œuvre des droits de l'enfant pendant l'adolescence. New York, Nations Unies, 2016.
- 18 Prévenir les grossesses précoces et leurs conséquences en matière de santé reproductive chez les adolescentes dans les pays en développement : Directives de l'OMS. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011.
- 19 Garantir les droits de l'homme lors de la fourniture d'informations et de services en matière de contraception : Orientations et recommandations. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014.
- 20 La prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés : mise à jour 2016. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016.
- 21 Standards pour l'éducation sexuelle en Europe : un cadre de référence pour les décideurs politiques, les autorités compétentes en matière d'éducation et de santé et les spécialistes. Cologne, Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Europe et Centre fédéral allemand pour l'éducation à la santé, 2010.
- 22 Standards pour l'éducation sexuelle en Europe : conseils de mise en œuvre. Cologne, Centre fédéral pour l'éducation à la santé, 2013.
- 23 Orientations opérationnelles de l'UNFPA pour l'éducation complète à la sexualité : une approche axée sur les droits de l'homme et l'égalité des genres. New York, Fonds des Nations Unies pour la population, 2014.
- 24 Évaluation des programmes d'éducation complète à la sexualité : une approche centrée sur les résultats en matière d'égalité des genres et d'autonomisation. New York, Fonds des Nations Unies pour la population, 2015.
- 25 Preventing through education. Ministerial declaration. Paris, Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, 2008.
- 26 Ministerial Commitment on Comprehensive Sexuality Education and Sexual and Reproductive Health Services for Adolescents and Young People in Eastern and Southern Africa. Le Cap, 2013.
- 27 Festin MPR, Kiarie J, Solo J, Spieler J, Malarcher S, Van Look PF, et al. Moving towards the goals of FP2020: classifying contraceptives. *Contraception*. 2016;94(4):289–294.
- 28 Darroch J, Woog V, Bankola A, Ashford L. Adding it up: costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents. New York: Guttmacher Institute; 2016.
- 29 Neal S, Matthews Z, Frost M, Fogstad H, Camacho AV, Laski L. Childbearing in adolescents aged 12–15 years in low resource countries: a neglected issue – new estimates from demographic and household surveys in 42 countries. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2012;91(9):1114–1118.
- 30 Girlhood, not motherhood: preventing adolescent pregnancy. New York, Fonds des Nations Unies pour la population, 2015.

- 31 Global health estimates 2015: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2015. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016.
- 32 Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015 – Estimations de l’OMS, de l’UNICEF, de l’UNFPA, du Groupe de la Banque mondiale et de la Division de la population des Nations Unies. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015.
- 33 Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG*. 2014;121(Suppl. 1):40–48.
- 34 Kozuki N, Lee ACC, Silveira MF, Victora CG, Adair L, Humphrey J, et al. The associations of birth intervals with small-for-gestational-age, preterm, and neonatal and infant mortality: a meta-analysis. *BMC Publ Health*. 2013;13(Suppl. 3):S3–S3.
- 35 Norton M, Chandra-Mouli V, Lane C. Interventions for preventing unintended, rapid repeat pregnancy among adolescents: a review of the evidence and lessons from high-quality evaluations. *Glob Health Sci Pract*. 2017;5(4):547.
- 36 Adolescent pregnancy: a review of the evidence. New York, Fonds des Nations Unies pour la population, 2013.
- 37 Merrick T. Making the case for investing in adolescent reproductive health: a review of evidence and PopPov research contributions. Washington, DC: Population and Poverty Research Initiative and Population Reference Bureau; 2015.
- 38 Family planning: a global handbook for providers (2018 edition). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018.
- 39 Chandra-Mouli V, Parameshwar PS, Parry M, Lane C, Hainsworth G, Wong S, et al. A never-before opportunity to strengthen investment and action on adolescent contraception, and what we must do to make full use of it. *Reprod Health*. 2017;14(1):85.
- 40 Critères de recevabilité médicale pour l’adoption et l’utilisation continue de méthodes contraceptives, 5^e éd. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015.
- 41 Une sélection de recommandations pratiques relatives à l’utilisation de méthodes contraceptives. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016.
- 42 Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017.
- 43 Ligne directrice unifiée sur la santé et les droits des femmes vivant avec le VIH en matière sexuelle et reproductive. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017.
- 44 Manuel d’orientation : contraceptifs hormonaux appropriés chez les femmes à risque élevé d’infection par le VIH. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017.
- 45 WHO recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015.
- 46 Lutter contre la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle à l’encontre des femmes : recommandations cliniques et politiques. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013.
- 47 Normes mondiales pour la qualité des services de santé destinés aux adolescents. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015.

- 48 Disque pour le choix des méthodes contraceptives selon les critères de recevabilité médicale. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015.
- 49 Compendium of WHO recommendations for postpartum family planning. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016.
- 50 Training resource package for family planning. Genève, Organisation mondiale de la Santé (<https://www.fptraining.org/>).
- 51 La délégation des tâches pour améliorer l'accès aux méthodes de contraception. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013.
- 52 Reducing early and unintended pregnancies among adolescents: evidence brief. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017.
- 53 Le partage des tâches pour améliorer l'accès à la planification familiale/à la contraception : Brève présentation. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017.
- 54 Adolescents and family planning: what the evidence shows. Washington, DC: International Center for Research on Women; 2014.
- 55 High-impact Practices (HIPs) in family planning: adolescent-friendly contraceptive services – mainstreaming adolescent-friendly elements into existing contraceptive services. Washington, D.C., Agence des États-Unis pour le développement international, 2015.
- 56 Youth contraceptive use: effective interventions – a reference guide. Washington, DC: Population Reference Bureau; 2017.
- 57 Global consensus statement for expanding contraceptive choice for adolescents and youth to include long-acting reversible contraception. Washington, DC: Family Planning 2020; 2017.
- 58 Kabra R, Ali M, Kiarie J. Design and initial implementation of the WHO FP umbrella project to strengthen contraceptive services in the sub Saharan Africa. *Reprod Health*. 2017;14(1):74.
- 59 Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016.
- 60 Soins liés à la grossesse, à l'accouchement, au post-partum et à la période néonatale : guide de pratiques essentielles, 2^e éd. (la 3^e édition est disponible en anglais et en slovène). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015.
- 61 Kassebaum NJ, Barber RM, Bhutta ZA, Dandona L, Gething PW, Hay SI, et al. Global, regional, and national levels of maternal mortality, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;388(10053):1775–1812.
- 62 Banke-Thomas OE, Banke-Thomas AO, Ameh CA. Factors in uencing utilisation of maternal health services by adolescent mothers in low- and middle-income countries: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):65.
- 63 Chynoweth SK. Advancing reproductive health on the humanitarian agenda: the 2012–2014 global review. *Conflict Health*. 2015;9(1):11.
- 64 Comité des droits économiques, sociaux et culturels. Observation générale n° 14 sur le droit à la santé. New York, Conseil économique et social, 2000.
- 65 WHO recommendations on maternal health. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017.

- 66 WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013.
- 67 Use of multiple micronutrient powders for point-of-use fortification of foods consumed by pregnant women. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016.
- 68 Optimal serum and red blood cell folate concentrations in women of reproductive age for prevention of neural tube defects. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015.
- 69 Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014.
- 70 WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011.
- 71 WHO recommendations for induction of labour. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011.
- 72 WHO recommendations for augmentation of labour. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014.
- 73 Recommandations de l’OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l’accouchement. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018.
- 74 WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015.
- 75 Recommandations de l’OMS pour la prévention et le traitement de l’hémorragie du post-partum. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012.
- 76 WHO recommendations on tranexamic acid for the treatment of postpartum haemorrhage. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017.
- 77 Daily iron supplementation in postpartum women: guideline. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016.
- 78 Optimisation des rôles du personnel de santé par la délégation des tâches pour améliorer l’accès aux interventions de santé maternelle et néonatale. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012.
- 79 Recommandation de l’OMS relative à la mobilisation communautaire pour la santé de la mère et du nouveau-né au moyen de cycles d’apprentissage et d’action participatifs avec les associations féminines sous la conduite d’animateurs. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014.
- 80 Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors, 2nd edn. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017.
- 81 Companion of choice during labour and childbirth for improved quality of care: evidence-to-action brief. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016.
- 82 La prévention et l’élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l’accouchement dans des établissements de soins. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014.
- 83 Strengthening midwifery toolkit. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011.
- 84 Fistule obstétricale : principes directeurs pour la prise en charge clinique et le développement de programmes. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.

- 85 Tibingana-Ahimbisibwe B, Katabira C, Mpalampa L, Harrison RA. The effectiveness of adolescent-specific prenatal interventions on improving attendance and reducing harm during and after birth: a systematic review. *Int J Adolesc Med Health*. 2016 ;30:(3).
- 86 The GREAT Network: what we do. GREAT Network (<https://greatnetworkglobal.org/about-us/#whatwedo>).
- 87 Jones J, Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. *BMJ*. 1995;311(7001):376–380.
- 88 Fitch K, Bernstein S, Aguilar M, Bernard Burnand, Juan Ramon LaCalle, Pablo Lazaro, et al. The RAND/UCLA appropriateness method user's manual. Santa Monica, CA: RAND Corporation; 2001.
- 89 Straus SE, Moore JE, Uka S, Marquez C, Gulmezoglu AM. Determinants of implementation of maternal health guidelines in Kosovo: mixed methods study. *Implement Sci*. 2013;8:108.
- 90 Vogel JP, Moore JE, Timmings C, Khan S, Khan DN, Defar A, et al. Barriers, facilitators and priorities for implementation of WHO maternal and perinatal health guidelines in four lower-income countries: a GREAT Network research activity. *PloS One*. 2016;11(11):e0160020.
- 91 International classification of diseases: the global standard for diagnostic health information, 11th revision. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018.
- 92 Ganatra B, Gerdtts C, Rossier C, Johnson BR Jr, Tunçalp Ö, Assi A, et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet*. 2017;390(10 110):2372–2381.
- 93 Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2(6):e323–e333.
- 94 Adolescents' need for and use of abortion services in developing countries. New York: Guttmacher Institute; 2016.
- 95 Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012.
- 96 Bartlett LA, Berg CJ, Shulman HB, Zane SB, Green CA, Whitehead S, et al. Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstet Gynecol*. 2004;103(4):729–737.
- 97 Chae S, Desai S, Crowell M, Sedgh G, Singh S. Characteristics of women obtaining induced abortions in selected low- and middle-income countries. *PloS One*. 2017;12(3):e0172976.
- 98 Abortion policies and reproductive health around the world. New York, Département des affaires économiques et sociales du Secrétariat de l'ONU, 2014.
- 99 Bayer L, Cheetham N, Robbins S. Youth and unsafe abortion: A global snapshot. Washington DC: Advocates for Youth; 2011.
- 100 Berer M. National laws and unsafe abortion: the parameters of change. *Reprod Health Matt*. 2004;12(24 Suppl.):1–8.
- 101 Jewkes R, Rees H, Dickson K, Brown H, Levin J. The impact of age on the epidemiology of incomplete abortions in South Africa after legislative change. *BJOG*. 2005;112(3):355–359.
- 102 Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes. Recommandation générale n° 35 sur la violence à l'égard des femmes fondée sur le genre, portant actualisation de la recommandation générale n° 19. New York, Nations Unies, 2017.

- 103 Rôles des agents de santé dans la dispensation des soins liés à l'avortement sécurisé et de la contraception post-avortement. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015.
- 104 Rapport sur la santé dans le monde 2005 : donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.
- 105 Global perspectives on unplanned pregnancies: a framework for action from the World Contraception Day Coalition. Berlin: World Contraception Day Coalition; 2014.
- 106 Clinical practice handbook for safe abortion. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014.
- 107 Interagency statement: preventing gender-biased sex selection. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011.
- 108 Renner R-M, de Guzman A, Brahmi D. Abortion care for adolescent and young women. *Int J Gynecol Obstet.* 2014;126(1):1–7.
- 109 Provision of abortion care for adolescent and young women: a systematic review. Chapel Hill, NC: Ipas; 2013.
- 110 Stratégie pour renforcer les politiques et les programmes de santé sexuelle et génésique. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.
- 111 Van Look PFA, Cottingham J. The World Health Organization's safe abortion guidance document. *Am J Publ Health.* 2013;103(4):593–596.
- 112 Comendant R, Sagaidac I, Hodorogea S. Achievements in sexual and reproductive health and rights: improved access and quality of abortion services for women in the Republic of Moldova. *Entre Nous.* 2016;85:26–27.
- 113 Infections sexuellement transmissibles (IST) – principaux repères. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016.
- 114 Torrone EA, Morrison CS, Chen P-L, Kwok C, Francis SC, et al. Prevalence of sexually transmitted infections and bacterial vaginosis among women in sub-Saharan Africa: an individual participant data meta-analysis of 18 HIV prevention studies. *PLoS Med.* 2018;15(2):e1002511.
- 115 Chlamydia: annual epidemiological report for 2015. Solna, Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, 2017.
- 116 Satterwhite CL, Torrone E, Meites E, Dunne EF, Mahajan R, Ocfemia MC, et al. Sexually transmitted infections among US women and men: prevalence and incidence estimates, 2008. *Sex Transm Dis.* 2013;40(3):187–193.
- 117 Kleppa E, Holmen SD, Lillebo K, Kjetland EF, Gundersen SG, Taylor M, et al. Cervical ectopy: associations with sexually transmitted infections and HIV – a cross-sectional study of high school students in rural South Africa. *Sex Transm Infect.* 2015;91(2):124–129.
- 118 Sexually transmitted disease surveillance 2016. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2017.
- 119 Kågesten A, Gibbs S, Blum RW, Moreau C, Chandra-Mouli V, Herbert A, et al. Understanding factors that shape gender attitudes in early adolescence globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS One.* 2016;11(6):e0157805.
- 120 Stratégie mondiale du secteur de la santé contre les infections sexuellement transmissibles 2016–2021, vers l'élimination des IST. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016.

- 121 Prévention et traitement de l'infection à VIH et des autres infections sexuellement transmissibles chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et chez les personnes transgenres : recommandations pour une approche de santé publique. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011.
- 122 Prévention et traitement de l'infection à VIH et des autres infections sexuellement transmissibles chez les travailleuses du sexe dans les pays à revenu faible ou intermédiaire : recommandations pour une approche de santé publique. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012.
- 123 Freeman EE, Weiss HA, Glynn JR, Cross PL, Whitworth JA, Hayes RJ. Herpes simplex virus 2 infection increases HIV acquisition in men and women: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Aids*. 2006;20(1):73–83.
- 124 Sexton J, Garnett G, Rottingen JA. Metaanalysis and metaregression in interpreting study variability in the impact of sexually transmitted diseases on susceptibility to HIV infection. *Sex Transm Dis*. 2005;32(6):351–357.
- 125 Gottlieb SL, Low N, Newman LM, Bolan G, Kamb M, Broutet N. Toward global prevention of sexually transmitted infections (STIs): the need for STI vaccines. *Vaccine*. 2014;32(14):1527–1535.
- 126 Johnson HL, Ghanem KG, Zenilman JM, Erbelding EJ. Sexually transmitted infections and adverse pregnancy outcomes among women attending inner city public sexually transmitted diseases clinics. *Sex Transm Dis*. 2011;38(3):167–171.
- 127 Newman L, Kamb M, Hawkes S, Gomez G, Say L, Seuc A, et al. Global estimates of syphilis in pregnancy and associated adverse outcomes: analysis of multinational antenatal surveillance data. *PLoS Med*. 2013;10(2):e1001396.
- 128 Cervical cancer incidence and mortality worldwide in 2012. Lyon, Centre international de recherche sur le cancer, 2012.
- 129 Kalamar AM, Bayer AM, Hindin MJ. Interventions to prevent sexually transmitted infections, including HIV, among young people in low- and middle-income countries: a systematic review of the published and gray literature. *J Adolesc Health*. 2016;59(3 Suppl.):S22–S31.
- 130 Newton-Levinson A, Leichter JS, Chandra-Mouli V. Sexually transmitted infection services for adolescents and youth in low- and middle-income countries: perceived and experienced barriers to accessing care. *J Adolesc Health*. 2016;59(1):7–16.
- 131 WHO guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016.
- 132 WHO guideline on syphilis screening and treatment for pregnant women. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017.
- 133 WHO guidelines for the treatment of genital herpes simplex virus. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016.
- 134 WHO guidelines for the treatment of *Chlamydia trachomatis*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016.
- 135 WHO guidelines for the treatment of *Neisseria gonorrhoeae*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016.
- 136 Guidelines on hepatitis B and C testing. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016.


- 137 Lignes directrices pour la prévention, les soins et le traitement en faveur des personnes atteintes de l'infection à hépatite B chronique. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015.
- 138 Guidelines for the screening, care and treatment of persons with chronic hepatitis C infection: updated version, April 2016. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016.
- 139 La lutte contre le cancer du col de l'utérus : guide des pratiques essentielles, 2^e éd. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014.
- 140 Communication brève relative à la sexualité : recommandations pour une approche de santé publique. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015.
- 141 Organisation mondiale de la Santé. Vaccins contre les papillomavirus humains : note de synthèse de l'OMS, mai 2017 – recommandations. *Vaccine*. 2017;35(43):5753–5755.
- 142 Guide d'introduction du vaccin anti-PVH dans les programmes nationaux de vaccination. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016.
- 143 La mise à l'échelle de l'introduction du vaccin anti-PVH. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016.
- 144 Sexually transmitted diseases: treatment guidelines, 2015. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2015.
- 145 HPV vaccine lessons learnt project overview. Seattle, WA: PATH; 2015.
- 146 VIH/sida, résumé analytique. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018.
- 147 Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016.
- 148 Global AIDS monitoring 2018. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2017.
- 149 The gap report: no one left behind. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2014.
- 150 The youth bulge and HIV. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2018.
- 151 En finir avec le sida: Progresser vers les cibles 90–90–90 – Mise à jour des données mondiales du sida. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2017.
- 152 Slogrove AL, Mahy M, Armstrong A, Davies MA. Living and dying to be counted: what we know about the epidemiology of the global adolescent HIV epidemic. *J Int AIDS Soc*. 2017;20(Suppl. 3):21520.
- 153 Pour chaque enfant, mettre fin au sida : Septième bilan de situation, 2016. New York, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2016.
- 154 HIV prevention among adolescent girls and young women: putting HIV prevention among adolescent girls and young women on the Fast-Track and engaging men and boys. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2016.
- 155 Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *New Engl J Med*. 2011;365(6):493–505.
- 156 Petersen M, Balzer L, Kwarsiima D, Sang N, Chamie G, Ayieko J, et al. Association of implementation of a universal testing and treatment intervention with HIV diagnosis, receipt of antiretroviral therapy, and viral suppression in east Africa. *JAMA*. 2017;317(21):2196–2206.

- 157 Auld AF, Agolory SG, Shiraishi RW, Wabwire-Mangen F, Kwesigabo G, Mulenga M, et al. Antiretroviral therapy enrollment characteristics and outcomes among HIV-infected adolescents and young adults compared with older adults: seven African countries, 2004–2013. *Morb Mortal Wkly Rep.* 2014;63(47):1097–1103.
- 158 Lamb MR, Fayorsey R, Nuwagaba-Biribonwoha H, Viola V, Mutabazi V, Alwar T, et al. High attrition before and after ART initiation among youth (15–24 years of age) enrolled in HIV care. *Aids.* 2014;28(4):559–568.
- 159 HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV – recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013.
- 160 Guidelines on HIV self-testing and partner notification. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016.
- 161 WHO consolidated guidelines on HIV testing services. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015.
- 162 Updated recommendations on first-line and second-line antiretroviral regimens and post-exposure prophylaxis and recommendations on early infant diagnosis of HIV: interim guidance. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018.
- 163 Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015.
- 164 Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of co-trimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014.
- 165 Guidelines for managing advanced HIV disease and rapid initiation of antiretroviral therapy. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017.
- 166 Le suivi des patients infectés par le VIH et la surveillance des cas selon une approche centrée sur la personne : Lignes directrices unifiées. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017.
- 167 Integrating collaborative TB and HIV services within a comprehensive package of care for people who inject drugs: consolidated guidelines. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016.
- 168 Guidelines on the public health response to pretreatment HIV drug resistance. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017.
- 169 Adolescent HIV testing, counselling and care: implementation guidance for health providers and planners. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014.
- 170 Principales considérations concernant la délivrance différenciée de traitements antirétroviraux à des populations particulières : enfants, adolescents, femmes enceintes ou allaitantes et populations clés. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017.
- 171 The importance of sexual and reproductive health and rights to prevent HIV in adolescent girls and young women in eastern and southern Africa. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017.
- 172 Clinical manual for male circumcision under local anaesthesia and HIV prevention services for adolescent boys and men. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018.
- 173 WHO implementation tool for pre-exposure prophylaxis of HIV infection. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017.

- 174 Grimwood A, Fatti G, Mothibi E, Malahlela M, Shea J, Eley B. Community adherence support improves programme retention in children on antiretroviral treatment: a multicentre cohort study in South Africa. *J Int AIDS Soc.* 2012;15(2):17-381.
- 175 Field lessons: strengthening health services and outcomes for adolescents living with HIV. New York: Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2013.
- 176 Mavhu W, Willis N, Mufuka J, Mangenah C, Mvududu K, Bernays S, et al. Evaluating a multi-component, community-based program to improve adherence and retention in care among adolescents living with HIV in Zimbabwe: study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Trials.* 2017;18(1):478.
- 177 Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes : recommandation générale n° 19. New York, Nations Unies, 1992.
- 178 Résolution A/RES/48/104 de l'Assemblée générale des Nations Unies : Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes. New York, Nations Unies, 1993.
- 179 La violence à l'encontre des femmes : violence d'un partenaire intime ou de nature sexuelle à l'encontre des femmes – principaux repères. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017.
- 180 Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes : prévalence et conséquences sur la santé de la violence du partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013.
- 181 Stoltenborgh M, van IJzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreat.* 2011;16(2):79–101.
- 182 Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes : la violence sexuelle. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012.
- 183 Attitudes and social norms on violence. New York, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2017.
- 184 Sumner S, Mercy J, Saul J, Motsa-Nzuzza N, Kwesigabo G, Buluma R, et al. Prevalence of sexual violence against children and social services utilization: seven countries, 2007–2013. *Morb Mortal Wkly Rep.* 2015;64(21):565–569.
- 185 Maniglio R. The impact of child sexual abuse on health: a systematic review of reviews. *Clin Psychol Rev.* 2009;29(7):647–657.
- 186 Lundgren R, Amin A. Addressing intimate partner violence and sexual violence among adolescents: emerging evidence of effectiveness. *J Adolesc Health.* 2015;56(1):S42–S50.
- 187 Global plan of action: health systems address violence against women and girls. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016.
- 188 Arango DJ, Morton M, Gennari F, Kiplesund S, Ellsberg M. Interventions to prevent or reduce violence against women and girls: a systematic review of reviews. Washington, DC: World Bank Group; 2014.
- 189 Namy S, Carlson C, O'Hara K, Nakuti J, Bukuluki P, Lwanyaaga J, et al. Towards a feminist understanding of intersecting violence against women and children in the family. *Soc Sci Med.* 2017;184(Suppl. C):40–48.
- 190 INSPIRE : sept stratégies pour mettre fin à la violence à l'encontre des enfants. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016.

- 191 Lutte contre la violence de genre en milieu scolaire : orientations mondiales. Paris, Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, 2016.
- 192 16 ideas for addressing violence against women in the context of the HIV epidemic: a programming tool. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013.
- 193 What works to prevent partner violence? An evidence overview. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine; 2011.
- 194 Fact sheet no. 23: harmful traditional practices affecting the health of women and children. Genève, Nations Unies : Haut-Commissariat aux droits de l'homme, 1995.
- 195 Lignes directrices de l'OMS sur la prise en charge des complications des mutilations sexuelles féminines. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016.
- 196 Care of girls and women living with female genital mutilation: a clinical handbook. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018.
- 197 Convention relative aux droits de l'enfant, 20 novembre 1989. New York, Nations Unies, 1989.
- 198 UNICEF data : Female genital mutilation. New York, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2018.
- 199 Female genital mutilation/cutting : a global concern. New York, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2016.
- 200 Female genital mutilation/cutting: data and trends. Washington, DC: Population Reference Bureau; 2017.
- 201 Female genital mutilation: what might the future hold? New York, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2014.
- 202 Child marriage: latest trends and future prospects. New York : Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2018.
- 203 UNICEF data: Child marriage. New York, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2018.
- 204 Male C, Wodon Q. Child marriage and early childbirth: trend and profile for 25 countries. Washington, D.C., Banque mondiale, 2017.
- 205 Ending child marriage: progress and prospects. New York, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2014.
- 206 Koski A, Clark S, Nandi A. Has child marriage declined in sub-Saharan Africa? An analysis of trends in 31 countries. *Pop Dev Rev.* 2017;43(1):7–29.
- 207 Srinivasan P, Khan N, Verma R, Giusti D, Theis J, Chakraborty S. District-level study on child marriage in India: what do we know about the prevalence, trends and patterns? Washington, DC: International Center for Research on Women; 2015.
- 208 Berg RC, Underland V. The obstetric consequences of female genital mutilation/cutting: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol Int.* 2013;15.
- 209 WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome: female genital mutilation and obstetric outcome – WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet.* 2006;367(9525):1835–1841.

- 210 Wodon QT, Male C, Nayihouba KA, Onagoruwa AO, Savadogo A, Yedan A, et al. Economic impacts of child marriage: global synthesis report. Washington, D.C., Groupe de la Banque mondiale, 2017.
- 211 Motherhood in childhood: facing the challenge of adolescent pregnancy. New York, Fonds des Nations Unies pour la population, 2013.
- 212 Salam RA, Faqqah A, Sajjad N, Lassi ZS, Das JK, Kaufman M, et al. Improving adolescent sexual and reproductive health: a systematic review of potential interventions. *J Adolesc Health*. 2016;59(4 Suppl.):S11–S28.
- 213 Kalamar AM, Lee-Rife S, Hindin MJ. Interventions to prevent child marriage among young people in low- and middle-income countries: a systematic review of the published and gray literature. *J Adolesc Health*. 2016;59(3 Suppl.):S16–S21.
- 214 Chae S, Ngo T. The global state of evidence on interventions to prevent child marriage. New York: Population Council; 2017.
- 215 Shell-Duncan B, Naik R, Feldman-Jacobs C. A state of the art synthesis on female genital mutilation/cutting: what do we know? New York: Population Council; 2016.
- 216 Shell-Duncan B, Njue C, Moore Z. The medicalization of female genital mutilation/cutting: what do the data reveal? New York: Population Council; 2017.
- 217 Muteshi JK, Miller S, Belizán JM. The ongoing violence against women: female genital mutilation/cutting. *Reprod Health*. 2016;13:44.
- 218 Arthur M, Earle A, Raub A, Vincent I, Atabay E, Latz I, et al. Child marriage laws around the world: minimum marriage age, legal exceptions, and gender disparities. *J Women Politics Policy*. 2018;39(1):51–74.
- 219 The Model Law on Eradicating Child Marriage and Protecting Children Already in Marriage. Johannesburg, Forum parlementaire de la Commission de développement d’Afrique australe, 2016.
- 220 Recommandation générale/observation générale conjointe n° 31 du Comité pour l’élimination de la discrimination à l’égard des femmes et n° 18 du Comité des droits de l’enfant sur les pratiques préjudiciables. New York, Nations Unies, 2014.
- 221 Intégration de la prévention et de la prise en charge des complications liées aux mutilations sexuelles féminines dans les programmes d’études en soins infirmiers et en soins obstétricaux – guide du formateur. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001.
- 222 Éliminer les mutilations sexuelles féminines : Déclaration interinstitutions. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.
- 223 Stratégie mondiale visant à empêcher le personnel de santé de pratiquer des mutilations sexuelles féminines. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.
- 224 Outcome document of the parliamentary seminar on parliamentarians to take action to end child, early, and forced marriage. Lusaka, Assemblée nationale zambienne, 2018.



Même si cela nous met mal à l'aise, nous devons reconnaître les besoins des adolescents en matière de santé sexuelle et reproductive

Et c'est à nous d'y répondre



**Organisation
mondiale de la Santé**

Département Santé et recherche génésiques
Organisation mondiale de la Santé
20, Avenue Appia, 1211 Genève 27
Suisse
Fax: +41 22 791 4171
Courriel: reproductivehealth@who.int
Site Web: www.who.int/reproductivehealth

ISBN 978-92-4-251460-5



9 789242 514605