



HAL
open science

Evaluation d'une formation à la santé de la reproduction pour des lycéens de la ville d'Oudomxay au nord du Laos

Séverin Gerard

► **To cite this version:**

Séverin Gerard. Evaluation d'une formation à la santé de la reproduction pour des lycéens de la ville d'Oudomxay au nord du Laos. Sciences du Vivant [q-bio]. 2003. hal-01733326

HAL Id: hal-01733326

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733326>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Double.
164565

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE



Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de médecine générale

par

Séverin GERARD

Le 6 juin 2003

**EVALUATION D'UNE FORMATION A LA SANTE DE LA REPRODUCTION
POUR DES LYCEENS DE LA VILLE D'LOUDOMXAY
AU NORD DU LAOS**

Examineurs de la thèse :

Monsieur T. MAY	Professeur	Président
Monsieur J.P. DESCHAMPS	Professeur	
Monsieur D. SIBERTIN-BLANC	Professeur	Juges
Monsieur E. GEHIN	Docteur en médecine	

BIBLIOTHEQUE MEDECINE NANCY 1^U



D

007 216530 1

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de médecine générale

par

Séverin GERARD

Le 6 juin 2003

**EVALUATION D'UNE FORMATION A LA SANTE DE LA REPRODUCTION
POUR DES LYCEENS DE LA VILLE D'LOUDOMXAY
AU NORD DU LAOS**

Examineurs de la thèse :

Monsieur T. MAY	Professeur	Président
Monsieur J.P. DESCHAMPS	Professeur	
Monsieur D. SIBERTIN-BLANC	Professeur	Juges
Monsieur E. GEHIN	Docteur en médecine	



UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY I

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Claude BURLET

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Jacques ROLAND

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Hervé VESPIGNANI

Assesseurs

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

de la Vie Facultaire :

Mme le Docteur Chantal KOHLER

Mr le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Mr le Professeur Henry COUDANE

Mr le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Georges GRIGNON

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN – Etienne LEGAIT – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET
Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT – Roger BENICHOUX – Marcel RIBON
Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE
Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT
Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT
Pierre LAMY – Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ
Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT
Gérard DEBRY – Georges GRIGNON – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI
Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Pierre BERNADAC – Jean FLOQUET
Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES
Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER
Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY
Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS -
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT - Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Eric LABOUYRIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Alain BERTRAND – Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Jean-Claude HOFFFEL – Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT

Professeur Michel CLAUDON – Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM

Professeur Jacques FELBLINGER

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

3^{ème} sous-section : (Biologie cellulaire)

Professeur Claude BURLET

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Professeur Bernard FORTIER

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Philippe CANTON – Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Guy PETIET

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur Bernard LEGRAS – Professeur François KOHLER

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTÉ – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS - Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Michel WEBER – Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Henri HEPNER – Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes)

Professeur Jean-Pierre KAHN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie)

Professeur Colette VIDAILHET – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean-Marie ANDRE

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel SCHMITT – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)

Professeur François DAP

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Jean-Marie POLU - Professeur Yves MARTINET

Professeur Jean-François CHABOT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Étienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL –

Professeur Christian de CHILLOU de CHURET

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Pierre MATHIEU – Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Gérard FIEVE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme)

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Gilbert THIBAUT – Professeur Francis PENIN

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean DE KORWIN KROKOWSKI – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Michel VIDAILHET
Professeur Pierre MONIN – Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)

Professeur Hubert GERARD

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Antoine RASPILLER – Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Michel STRICKER – Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

27^{ème} section : INFORMATIQUE

Professeur Jean-Pierre MUSSE

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Daniel BURNEL

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ

Épidémiologie, économie de la santé et prévention

Professeur Tan XIAODONG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Jean-Pascal FYAD

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT – Docteur Jean-Claude GUEDENET

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Yves GRIGNON – Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Xavier HERBEUVAL – Docteur Jean STRACZEK

Docteur Sophie FREMONT – Docteur Isabelle GASTIN – Dr Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Christian BEYAERT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Michèle WEBER – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Alain LOZNIIEWSKI – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Mickaël KRAMER – Docteur François ALLA

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication (type biologique))

Docteur Pierre GILLOIS

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteur Jean-Claude HUMBERT – Docteur François SCHOONEMAN

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marie-Nathalie SARDA

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Damien LOEUILLE

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

19^{ème} section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Michèle BAUMANN

32^{ème} section : CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE

Monsieur Jean-Claude RAFT

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-Yves JOUZEAU

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Odile PERRIN – Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY – Madame Anne GERARD
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES
Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Alain AUBREGE
Docteur Louis FRANCO

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Michel PIERSON
Professeur Michel BOULANGE – Professeur Alain LARCAN
Professeur Michel WAYOFF – Professeur Daniel ANTHOINE – Professeur Claude HURIET
Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur René-Jean ROYER
Professeur Pierre GAUCHER – Professeur Claude CHARDOT – Professeur Adrien DUPREZ
Professeur Paul VERT – Professeur Jean PREVOT

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972) <i>Université de Stanford, Californie (U.S.A)</i>	Professeur Mashaki KASHIWARA (1996) <i>Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)</i>
Professeur Paul MICHIELSEN (1979) <i>Université Catholique, Louvain (Belgique)</i>	Professeur Ralph GRÄSBECK (1996) <i>Université d'Helsinki (FINLANDE)</i>
Professeur Charles A. BERRY (1982) <i>Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)</i>	Professeur James STEICHEN (1997) <i>Université d'Indianapolis (U.S.A)</i>
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982) <i>Brown University, Providence (U.S.A)</i>	Professeur Duong Quang TRUNG (1997) <i>Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)</i>
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982) <i>Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)</i>	
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982) <i>Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)</i>	
Professeur Harry J. BUNCKE (1989) <i>Université de Californie, San Francisco (U.S.A)</i>	
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989) <i>Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)</i>	
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996) <i>Université de Pennsylvanie (U.S.A)</i>	

A notre maître et président de thèse,

Monsieur le Professeur T. MAY

Professeur de Maladies Infectieuses et Tropicales

Vous nous faites l'honneur de présider cette thèse et de juger ce travail.

Internes, nous avons pu bénéficier de votre compétence et de l'ampleur de vos connaissances.

Nous avons énormément apprécié les qualités humaines et relationnelles qui vous animent.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de toute notre gratitude et de notre profond respect.

A notre maître et juge,

Monsieur le Professeur J.P. DESCHAMPS

Professeur honoraire

Chevalier dans l'ordre des Palmes Académiques

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail et nous vous en remercions.

Votre expérience et votre savoir en santé publique nous ont éclairé tout au long de sa réalisation.

Nous apprécions la disponibilité dont vous faites part à tout instant malgré vos nombreuses activités.

Soyez assuré de notre gratitude, notre admiration et notre profond respect.

A notre maître et juge,

Monsieur le Professeur D. SIBERTIN-BLANC

Professeur de Pédopsychiatrie

Nous vous sommes très reconnaissant d'avoir accepté de juger notre travail pourtant éloigné de votre activité première.

Durant nos études, vous nous avez brillamment éclairé sur la pédopsychiatrie, spécialité complexe mais fascinante.

Veillez trouver ici l'expression de notre profond respect.

A notre juge,

Monsieur le Docteur E. GEHIN,

Nous te remercions d'avoir accepté de juger ce travail.

Tu nous as guidé et soutenu tout au long de sa réalisation, avec une constance à nulle autre pareille.

Nous sommes heureux et fiers d'avoir travaillé à tes côtés.

Sois assuré de notre profond respect et de notre amitié.

A Thounmanie,

Pour sa gentillesse, sa bonne humeur, et parce que tout ce travail n'aurait pu être accompli sans elle.

A Douangtha, Malayvanh, Sandrine, Vithith, Sa, Phetsamone, Sayasin et tous les lao avec qui nous avons collaboré,

Sok di.

A Anne Harmer,

Pour sa gentillesse et son précieux concours.

A tous mes collègues internes.

A mes parents,

Pour leur amour et leur force. Pour m'avoir soutenu tout au long de mes études.
Pour m'avoir appris ce que je cherchais sans le savoir.

A ma sœur,

Pour son amour et parce qu'elle est ma sœur préférée.

A mon frère,

Pour son amour et sa joie de vivre. Big up.

A mon grand-père,

Pour son amour, et parce que la maîtrise de soi est la chose la plus importante dans la vie.

A mes grand-mères,

Pour leur amour et leur foi.

A toute ma famille, si précieuse.

A Fabrice, mon frère,

Pour sa compréhension intuitive, sa complicité depuis toujours, et parce qu'il a ouvert la voie.

Et contre la géaultimaxisation des esprits.

A Lulu, pour sa force et sa bonne humeur.

A Lulu, parce qu'un jour, je l'ai oubliée...

A tous mes amis.

A Anouk,
Pour avoir ouvert le tome trois.

SERMENT

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque".

TABLE DES MATIERES

Liste des abréviations.....	p 19
INTRODUCTION.....	p 20
PRESENTATION DU LAOS.....	p 22
I : Présentation générale.....	p 23
II : Données socio-économiques.....	p 24
III : La province d'Oudomxay.....	p 25
L'INITIATIVE POUR LA SANTE DE LA REPRODUCTION.....	p 27
I : Historique.....	p 28
A/ La Conférence du Caire.....	p 28
B/ La Conférence de Beijing.....	p 30
II : L'Initiative pour la Santé de la Reproduction.....	p 31
III : L'Initiative pour la Santé de la Reproduction au Laos.....	p 33
LE PROJET D' « ENFANTS D'AILLEURS ».....	p 35
I : L'ONG « Enfants d'ailleurs ».....	p 36
A/ Le projet de soins de santé primaires.....	p 36
B/ Le projet de santé de la reproduction.....	p 38
II : Phase préparatoire des formations.....	p 39
A/ Contexte.....	p 39
B/ Moyens.....	p 39
C/ Réunions préparatoires.....	p 40
D/ Données disponibles sur la santé de la reproduction des adolescents.....	p 42
1) Enquête de l'UJL.....	p 43
a) Caractéristiques générales des répondants.....	p 44
b) Exposition aux médias.....	p 44
c) Connaissance des moyens de contraception.....	p 44
d) Utilisation des moyens de contraception.....	p 45
e) Connaissance de la physiologie de la reproduction.....	p 46
f) Connaissance des MST.....	p 47
g) Connaissance du VIH/sida.....	p 47
h) Connaissance des drogues.....	p 48
i) Comportement sexuel.....	p 48
2) Enquête de MSF.....	p 49

a)	Caractéristiques générales des répondants.....	p 50
b)	Habitudes de soins.....	p 50
c)	Représentations et connaissances à propos des MST.....	p 51
d)	Représentations et connaissances à propos du sida.....	p 51
e)	Représentations et attitudes en matière de Sexualité.....	p 52
f)	Connaissance et utilisation des moyens de contraception.....	p 52
3)	Discussion.....	p 53
a)	Enquête de l'UJL.....	p 53
b)	Enquête de MSF.....	p 55
4)	Conclusion.....	p 56
III :	Première enquête de connaissances et de comportements.....	p 56
A/	Contexte.....	p 56
B/	Objectifs.....	p 57
C/	Méthodologie.....	p 57
1)	Distribution des questionnaires.....	p 57
2)	Saisie et analyse des données.....	p 59
D/	Résultats.....	p 59
1)	Retour des réponses.....	p 59
2)	Caractéristiques générales des répondants.....	p 60
3)	Connaissances.....	p 61
4)	Comportements.....	p 64
5)	Analyse selon le groupe d'âge.....	p 66
6)	Analyse selon le sexe.....	p 69
7)	Discussion.....	p 72
8)	Conclusion.....	p 75
IV :	Formations.....	p 76
A/	Préparation du matériel de formation et éducation des formateurs.....	p 76
B/	Séances de formation de la première phase.....	p 78
1)	Détail des séances.....	p 79

2) Résultats du test d'évaluation.....	p 84
3) Conclusion.....	p 85
C/ Séances de formation de la deuxième phase.....	p 86
1) Ecole des Ethnies.....	p 87
2) Done Saat.....	p 88
a) Détail des séances.....	p 88
b) Test d'évaluation.....	p 90
i. Objectifs et méthodologie.....	p 90
ii. Résultats.....	p 91
iii. Discussion.....	p 102
iv. Conclusion.....	p 104
D/ Séances de formation de la troisième phase.....	p 105
E/ Séances de formation de la quatrième phase.....	p 106
V : Deuxième enquête de connaissances et de comportements.....	p 107
A/ Objectifs.....	p 107
B/ Contexte.....	p 107
C/ Méthodologie.....	p 108
1) Distribution des questionnaires.....	p 108
2) Saisie et analyse des données.....	p 108
D/ Résultats.....	p 109
1) Retour des réponses.....	p 109
2) Caractéristiques générales des répondants.....	p 109
3) Connaissances.....	p 111
4) Comportements.....	p 113
5) Analyse selon le groupe d'âge.....	p 117
6) Analyse selon le sexe.....	p 117
7) Synthèse.....	p 120
8) Conclusion.....	p 121
DISCUSSION.....	p 122
CONCLUSION.....	p 131
BIBLIOGRAPHIE.....	p 133
ANNEXE I.....	p I
ANNEXE II.....	p XV
ANNEXE III.....	p LXXII

Liste des abréviations.

- ASV : Agent de santé villageois
- CIPD : Conférence internationale sur la population et le développement
- DIU : Dispositif intra-utérin
- DPE : Direction provinciale de l'éducation
- DPS : Direction provinciale de la santé
- DSD : Direction de la santé du district
- EDA : Enfants d'ailleurs
- FNUAP : Fonds des Nations Unies pour les activités de population
- ISR : Initiative pour la santé de la reproduction
- JOICFP : Japanese organization for international cooperation in family planning
- MSF : Médecins sans frontières
- MST : Maladie sexuellement transmissible
- OMS : Organisation mondiale de la santé
- ONG : Organisation non-gouvernementale
- PNB : Produit national brut
- PNUD : Programme des Nations Unies pour le développement
- RDP Lao : République démocratique populaire lao
- SMI : Santé maternelle et infantile
- UJL : Union des jeunes lao
- UNESCAP : United Nations economic and social commission for Asia and Pacific
- VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

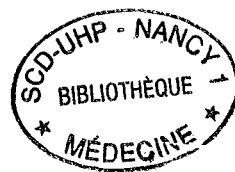
INTRODUCTION

En 1994 avait lieu au Caire, en Egypte, la Conférence internationale sur la population et le développement. Des dirigeants de 179 pays, réunis sous l'égide des Nations Unies, prenant acte des conséquences d'une mauvaise gestion de la santé de la reproduction sur le développement, décidaient d'un programme d'action qui devait permettre d'améliorer dans leur pays, la prise en charge de ces problèmes.

Parmi les nombreuses initiatives internationales qui résultèrent de cette prise de conscience, l'Initiative pour la santé de la reproduction (ISR), née en 1997 d'une coopération entre la Communauté Européenne et le Fonds des Nations Unies pour les activités de populations (FNUAP), devait concerner sept pays d'Asie du sud-est, dont le Laos. Dans ce pays, l'ISR devait focaliser ses efforts sur l'amélioration de la santé de la reproduction des adolescents.

En 1999, les dirigeants locaux du FNUAP pour l'ISR contactèrent une Organisation non-gouvernementale présente à Oudomxay, au nord du Laos, « Enfants d'ailleurs » (EDA), afin de développer un programme de formation sur le thème de la santé de la reproduction à l'attention des élèves des trois établissements secondaires de la ville.

Le présent travail a pour objectif de présenter l'évaluation de l'impact de cette formation auprès des lycéens. Après avoir brièvement présenté le Laos, l'historique de l'ISR sera rappelé. A partir des données déjà disponibles sur la santé de la reproduction des adolescents, nous verrons ce qui a motivé la réalisation de deux enquêtes de connaissance et de comportement encadrant ce projet. Dans un deuxième temps, les formations d'EDA seront détaillées. Enfin, à partir de la comparaison des résultats des deux enquêtes, nous tenterons d'évaluer ces activités.



Chapitre I

PRESENTATION DU LAOS

I : Présentation générale.

D'une superficie de 236 800 km², s'étendant sur 1200 km des montagnes du nord (frontière avec la Chine et la Birmanie) aux plaines alluviales du sud (frontière avec le Cambodge), c'est un pays enclavé entre la Thaïlande à l'ouest (le Mékong sert de frontière sur une grande partie de son trajet) et le Vietnam à l'est dont il est séparé par la chaîne annamitique (cf. Annexe I - Carte 1).

Jouant à la fois le rôle de carrefour commercial et migratoire, et de tampon, ce territoire peuplé d'un peu plus de 5 millions d'habitants (soit une densité moyenne très faible : environ 20 hab/km²) est une mosaïque pluriethnique : le nombre de groupes et de sous-groupes ethniques varie selon la classification adoptée mais quatre grandes familles ethno-linguistiques sont distinguées :

- famille Tai-Kadaï : 60 à 66% (dont les Lao représentent 52,5%)
- famille Austro-asiatique : 23 à 26% (dont les Khamu représentent 48%)
- famille Miao Yao : 6 à 10% (principalement les Mhong)
- famille Sino-Tibétaine : 3 à 4%.

Le peuplement s'est réalisé par vagues descendantes successives au cours des siècles, principalement à partir de la Chine.

A la fin des années soixante, un classement fut établi selon l'étage écologique d'habitat : ainsi furent reconnus les Lao loum (« Lao des plaines »), vivant en dessous de 400 m d'altitude, les Lao theung (« Lao des vallées hautes / des pentes »), vivant entre 400 et 900 m, et les Lao song (« Lao des montagnes ») vivant au-dessus de 900 m. Le classement par famille ethno-linguistique et celui qui prend en compte l'étage écologique d'habitat sont presque superposables : ainsi, les Lao loum correspondent à la famille Tai-Kadaï, les Lao theung correspondent à la famille Austro-asiatique et les Lao song correspondent aux familles Miao Yao et Sino-Tibétaine.

Sur le plan politique, le pays est depuis 1975 un pays communiste (« République Démocratique Populaire Lao »), dont le modèle (« le grand frère ») est le Vietnam voisin.

Le pays est divisé en 17 provinces gérées par des gouverneurs, avec une relative autonomie, auxquelles s'ajoute une zone spéciale gérée par l'armée.

II : Données socio-économiques [1 ; 2].

La superficie du pays est occupée à 45% par la forêt, les terres cultivées ne représentant que 6%, principalement des rizières. Les systèmes d'irrigation des cultures, s'ils commencent à se développer dans le sud du pays, sont plus rares dans le Nord du pays, dont le relief est plus tourmenté.

Les principales ressources proviennent de la forêt (bois de coupe) et des rivières (barrages hydro-électriques) et une grande partie des échanges commerciaux est réalisée avec la Thaïlande, la Chine et le Vietnam. Le tourisme, en très forte expansion, est en passe de devenir une des principales source de devises.

La population est à nette prédominance rurale. La population urbaine totale représente 22%, dont la moitié environ vit dans les deux principales villes du pays : Vientiane, la capitale, avec 250 000 habitants, et Savannakhet, grande ville commerciale du sud, avec 109 000 habitants.

L'espérance de vie à la naissance est de 53 ans pour les hommes et 55 ans pour les femmes. Une part minime (1%) des dépenses publiques est affectée à la santé. Comme beaucoup de pays dits en développement, la population est jeune : environ 45% de moins de 15 ans, et presque 55% de moins de 19 ans. Le taux de croissance annuel est de 2,6% . Le Laos a ainsi un des taux de croissance annuel les plus élevés des pays d'Asie et du Pacifique [2] (cf. Annexe I - Tableau 1). La mortalité maternelle est supérieure à 500 pour 100 000 naissances.

Le pays figure parmi l'un des plus pauvres de la planète : le PNB par tête par an est d'environ 360\$, mais 46% de la population a des revenus inférieurs à 100\$ par an et 22% vit en-dessous du seuil de pauvreté absolue (seuil minimal permettant d'avoir 2100 calories par jour).

Seulement 11% de la population a accès à l'électricité, 18% à un système sanitaire adapté, et 44% à de l'eau potable (selon les critères du PNUD). Environ 50% de la population est illétrée en Lao, avec une nette disparité selon le sexe : si, en moyenne, 25% des hommes ne savent ni lire ni écrire, presque 60% des femmes ne le peuvent pas.

La religion dominante est le bouddhisme Theravada, largement mêlé à l'animisme et au chamanisme.

III : La province d'Oudomxay.

En 2000, cette province du Nord-Ouest du Laos compte 241 219 habitants, dont 15 463 vivent dans le chef-lieu provincial, Oudomxay. Il s'agit d'une province montagneuse quasiment entièrement recouverte par la forêt. Au Nord existe une frontière avec la Chine, une autre avec le Vietnam, et à l'ouest, les provinces de Luang Namtha et de Bokeo la séparent de la Thaïlande. Vers le sud, la principale route nationale, qui part de Chine ou du Vietnam et qui descend jusqu'au Cambodge, permet de rejoindre Luang-Prabang, et, de là, la capitale Vientiane puis le sud. La ville d'Oudomxay s'est donc naturellement développée au carrefour commercial entre la Chine et la Thaïlande d'une part, et d'autre part entre le Vietnam et le reste du pays. Elle est le siège d'un transit important de commerçants, de chauffeurs de poids lourds et, de plus en plus, de touristes.

La riziculture traditionnelle de côtesaux représente une part importante de la production locale.

La répartition ethnique est la suivante :

- Les Lao loum sont essentiellement représentés par les Taï Lao. Ils représentent 47,1% des habitants de la ville et 28,6% des habitants de la province.
- Les Lao theungs sont représentés par les Khamu. Ils représentent 28,5% des habitants de la ville et 58,2% des habitants de la province.
- Les Lao Soung sont représentés à plus de 90% par les Mhong. Ils représentent environ 20% des habitants de la ville d'Oudomxay, et environ 10% des habitants de la province. On compte également une importante communauté sino-tibétaine (Ho, Pounoi) dans la ville d'Oudomxay.

Cette province est donc une province « ethnique » : alors que dans le pays, l'ethnie majoritaire est les Taï lao, on retrouve ici une majorité de Khamu et une importante composante Mhong.

Chapitre II

L'INITIATIVE POUR LA SANTE DE LA REPRODUCTION

I : Historique.

Ce projet de coopération entre la Communauté Européenne et les Nations Unies est né de la prise de conscience, par tous les acteurs mondiaux du développement, de l'importance capitale de la santé de la reproduction. Deux conférences internationales en particulier, ont marqué l'esprit des décideurs politiques de nombreux pays : en premier lieu, la conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) qui s'est tenue en septembre 1994 au Caire (« Conférence du Caire »), a permis d'établir un lien entre population, développement et émancipation des femmes. Par la suite, la quatrième conférence mondiale sur les femmes, qui s'est déroulée en septembre 1995 à Beijing (Pékin), a souligné les rapports étroits existant entre développement et égalité entre les sexes.

A/ La Conférence du Caire.

Organisée par le département des affaires sociales et économiques de la division de la population des Nations Unies, en collaboration avec le fonds des Nations Unies pour les activités des populations (FNUAP), cette réunion internationale a rassemblé 179 Etats au Caire en 1994. Au terme d'une semaine de discussion, un programme d'action sur 20 ans était adopté. L'idée centrale de cette conférence était que l'émancipation des femmes et le fait de leur procurer un meilleur accès à l'éducation, aux soins et à l'emploi est un facteur de développement.

A partir des statistiques de l'organisation mondiale de la santé (OMS) et de la Banque mondiale recueillies dans les années 1990, divers constats ont été faits. La plupart d'entre eux concernaient la santé de la reproduction [3]:

- Plus de 500 000 femmes meurent chaque année des complications de la grossesse et de l'accouchement, et, dans 99 % des cas, ces décès maternels se situent dans des pays en développement. Plus de 50 millions de complications liées à la

grossesse sont, tous les ans, à l'origine d'une maladie de longue durée ou d'une infirmité.

- Chaque année, 78 000 femmes meurent d'un avortement pratiqué dans des conditions dangereuses, presque toutes dans un pays en développement.
- 350 millions de couples n'ont pas accès à un choix de méthode de contraception sans danger et de coût acceptable, et plus de 100 millions de femmes qui n'ont pas actuellement de méthode de contraception, souhaiteraient retarder la naissance de leur prochain enfant ou ne plus avoir d'enfants.
- Dans le monde , une femme sur trois a été battue, contrainte à avoir des rapports sexuels ou a subi des sévices sexuels.
- Les réfugiés, les personnes déplacées et tous les individus victimes de catastrophes naturelles de grande ampleur, affrontent des difficultés particulières à satisfaire leurs besoins en matière de santé de la reproduction.

Les pays signataires s'engageaient, en conséquence, à assurer que :

- 60 % des services de soins de santé primaire et de planning familial soient satisfaisants sur le plan qualitatif et quantitatif en 2005, que 80 % le soient en 2010, afin d'obtenir en 2015 un accès universel à ces services.
- La demande de planification familiale non satisfaite soit réduite de moitié en 2005, de 75 % en 2010, et n'existe plus en 2015.
- Dans les zones où la mortalité maternelle est élevée, 40 % des naissances se passent en présence d'un(e) accoucheur(euse) qualifié(e) d'ici 2005, et 80 % d'ici 2015.
- Le taux d'analphabétisme des femmes et des filles en 1990 soit réduit de moitié en 2005.

- 90 % des enfants des deux sexes suivent l'école primaire en 2010, et la totalité en 2015.
- La mortalité infantile soit inférieure à 35 pour mille, et la mortalité avant cinq ans inférieure à 45 pour mille en 2015.
- La mortalité maternelle périnatale de 1990 soit réduite de moitié en 2000, et de moitié encore en 2015.
- L'espérance de vie à la naissance soit supérieure ou égale à 75 ans en 2015.
- L'avortement ne soit plus utilisé comme méthode de contraception.

En 1999, en marge de l'assemblée générale des Nations Unies, une réunion spéciale intitulée CIPD+5 permettait entre autre d'ajouter des objectifs concernant l'épidémie du VIH qui avait été sous-estimée en 1994 : ainsi, face à la menace de cette pandémie, et conscients de ce que la moitié des nouveaux cas de séropositivité pour le VIH touchaient des jeunes de 15 à 24 ans, il fallait garantir que 90 % des jeunes âgés de 15 à 24 ans aient accès à une information et des services leur permettant d'éviter l'infection par le VIH avant 2005. Enfin, étaient abordés également dans cette conférence l'atténuation de la pauvreté, la protection de l'environnement et les schémas de consommation, la famille et les migrations de population.

B/ La Conférence de Beijing [4].

Sous l'égide des Nations Unies, 190 Etats se réunissaient en 1995 à Beijing lors de la quatrième conférence mondiale de la femme. Dans l'esprit de la conférence du Caire, la déclaration finale mettait en exergue l'émancipation des femmes et l'équité entre les sexes.

De nombreux articles de la Déclaration de Beijing rappelaient que les droits des femmes faisaient partie de la charte des Nations Unies et de la déclaration universelle des droits de l'homme, et que, dans tous les cas dans lesquels ces droits n'étaient pas respectés, les pays signataires se donnaient pour objectif de les appliquer. Par ailleurs, l'équité des

femmes et des hommes, dans tous les aspects de la vie sociale et économique, ainsi que dans la vie familiale, étaient soulignée.

L'article 17 de cette déclaration rappelait que « la reconnaissance et la réaffirmation expresses du droit de toutes les femmes à la maîtrise de tous les aspects de leur santé, en particulier de leur fécondité, sont un élément essentiel du renforcement de leur pouvoir d'action ».

Les pays signataires s'engageaient à « assurer l'égalité d'accès à l'éducation et aux soins de santé, ainsi qu'un traitement égal des femmes et des hommes, et à améliorer la santé en matière de sexualité et de procréation ainsi que l'éducation des femmes » (Article 30).

II : Mise en place de l'Initiative pour la Santé de la Reproduction.

A partir de ces deux conférences internationales, les volontés gouvernementales et non-gouvernementales (de nombreuses ONG invités avaient été des acteurs importants), convaincues du bienfondé de l'idée que développement et santé de la reproduction sont étroitement liés, ont convergé pour aboutir à des initiatives variées ayant pour objectif commun d'améliorer la santé de la reproduction.

En Europe, un forum parlementaire s'est tenu en Belgique en mai 1995. Les participants ont demandé aux gouvernements de mobiliser les ressources nécessaires pour permettre à toutes les personnes d'avoir accès aux soins de santé en matière de reproduction d'ici à 2015.

Particulièrement touchée au vu des indicateurs de la Banque mondiale et de l'OMS, l'Asie du sud-est a retenu l'attention des parlementaires et de la commission européenne. Un projet de collaboration entre les structures du FNUAP, présentes dans la région, et la Communauté Européenne allait permettre de mettre en application le programme d'action de la CIPD. L'ISR était officiellement proclamée en janvier 1997, après accord sur le

financement entre la commission européenne et le directeur du FNUAP, et effectivement opérationnelle en avril.

L'originalité de cette initiative était de faire collaborer des gouvernements et des ONG avec un objectif commun : l'amélioration de la santé de la reproduction, en particulier à destination des populations les plus défavorisées.

Sept pays étaient retenus comme ayant le plus urgemment besoin de cette action : le Bangladesh, le Népal, le Pakistan, le Sri Lanka, le Vietnam, le Cambodge et la RDP Lao. Des stratégies différentes étaient adoptées en fonction des réalités locales : au Bangladesh, l'accent était mis sur l'amélioration des services gouvernementaux existants ; au Népal et au Pakistan, il s'agissait d'une approche communautaire de la santé de la reproduction ; enfin, au Sri Lanka, au Vietnam, au Cambodge et au Laos, des projets destinés spécifiquement aux adolescents étaient mis en route. Au total, 42 programmes étaient débutés.

Reprenant les conclusions du programme d'action de la conférence du Caire, les objectifs de l'ISR étaient de diminuer le taux de fertilité, et de faire décroître la morbidité et la mortalité maternelle et infantile.

Les résultats escomptés étaient de contribuer à :

- Développer les capacités locales administratives en terme de santé de la reproduction, les intégrer aux services de soins de santé primaire et améliorer la qualité des services.
- Promouvoir la participation communautaire dans ce domaine.
- Promouvoir l'équité entre les sexes.
- Développer des actions destinées aux populations les plus touchées et les plus vulnérables.
- Améliorer la cohérence des stratégies et des politiques nationales.

III : L'Initiative pour la Santé de la Reproduction au Laos.

Orientés dès le début vers une action d'éducation des populations, et prolongeant l'idée qu'un développement durable passe par une modification des comportements, les efforts de l'ISR se sont donc naturellement concentrés sur les adolescents.

Les dirigeants de l'Etat, présents à la conférence du Caire, avaient déjà été sensibilisés à la nécessité d'améliorer la santé reproductive. En 1995, la première politique nationale d'espacement des naissances était adoptée. Ce document reconnaissait l'importance d'une telle politique pour le pays, et le lien qui existe entre croissance de la population et développement économique. Afin d'améliorer la santé maternelle et infantile, cette politique recommandait de manière assez vague que « le nombre d'enfants nés de la même mère ne doit pas porter atteinte à sa santé et avoir de grands risques d'engendrer pour elle des conséquences délétères » [5]. Par ailleurs, seules les femmes mariées âgées de plus de 25 ans et mères de deux enfants pouvaient avoir accès gratuitement aux services de la planification familiale.

En 1999, les réunions préparatoires entre les responsables du FNUAP pour l'ISR et les responsables gouvernementaux ont permis d'obtenir des modifications dans les grands programmes d'action nationaux au Laos. En particulier, la politique nationale de développement et de la population de la RDP Lao, adoptée par le comité du plan de l'Etat en juin 1999 se dirigeait nettement vers l'accomplissement des objectifs de la CIPD et de l'ISR dans le pays.

La première partie de cette politique nationale reprend clairement une partie des conclusions de la CIPD. Ainsi peut-on lire : « La Conférence Internationale sur la Population et le Développement qui s'est déroulée au Caire, Egypte, en 1994, a appelé les pays à accorder leurs politiques de développement et de population avec le Programme d'Action adopté lors de la Conférence. Cet objectif doit servir à améliorer la qualité de vie de l'ensemble de la population du pays, minorités comprises, assurer la justice sociale et réduire progressivement la pauvreté » [6]. Le premier des objectifs généraux concerne également la capacité des couples à « raisonnablement et de manière responsable déterminer le nombre et

l'espacement des naissances de leurs enfants en prenant compte leurs conditions socio-économiques personnelles » [6]. La gratuité des services de la planification familiale est étendue à toutes les femmes mariées. Parmi les buts poursuivis par cette politique nationale, figurent en premier lieu l'amélioration de la santé de la reproduction : diminution de la morbidité et de la mortalité maternelle et infantile, accessibilité du planning familial ; l'amélioration du statut de la femme et des populations ethniques en facilitant l'accès à l'éducation et à la santé ; enfin un objectif spécifique est souligné : « fournir aux adolescents une éducation sexuelle et en santé de la reproduction [et] prendre des mesures effectives pour réduire le nombre de grossesses non désirées et précoces avant 18 ans. Dans le même temps, promouvoir l'éducation des adolescents et des jeunes adultes sur la prévention des maladies sexuellement transmissibles dont le VIH/sida » [6].

C'est dans ce contexte positif que les responsables du FNUAP pour l'ISR contactent l'ONG « Enfants d'ailleurs » afin de participer à l'initiative.

Chapitre III

LE PROJET D'« ENFANTS D'AILLEURS »

I : L'ONG « Enfants d'ailleurs ».

A/ Le projet de soins de santé primaire.

L'ONG est présente de manière régulière au Laos depuis 1996 dans le cadre d'un projet de soins de santé primaire (SSP) qui concerne 18 villages répartis sur deux districts de la province d'Oudomxay. EDA a mis en place un système pyramidal classique de soins de santé primaire, avec un échelon au niveau des villages, un deuxième au niveau du district, et un dernier au niveau de la province. Cette pyramide du système de santé est tout à fait superposable à la pyramide des services administratifs de santé au niveau de la province (Direction provinciale de la santé - DPS) et du district (Direction de la santé du district - DSD). Chaque province de la RDP Lao étant relativement indépendante en pratique (à la manière d'un Etat fédéral) à l'exception de la province dite spéciale de Xaysomboon, gérée directement par l'armée, la plupart des prises de décisions sont faites au niveau provincial. En outre, le programme de SSP est totalement intégré à la politique provinciale de santé. Les activités du Docteur Etienne Géhin, chef de projet, et de sa femme Lucienne, administratrice et logisticienne, ont concerné :

- *A l'échelon de la province* : formation des équipes soignantes de l'hôpital d'Oudomxay, renforcement des infrastructures et achat de matériel.

- *A l'échelon du district* :
 - Formation des équipes soignantes des hôpitaux des deux districts de Namo et de Mueng La, renforcement des infrastructures et achat de matériel.

 - Formation d'équipes mobiles composées de membres de la Direction de la Santé du District et de l'hôpital de district et chargés de superviser les activités des villages ayant trait aux soins de santé primaire d'une part, de recueillir les indicateurs de santé des villages du projet d'autre part.

- *A l'échelon des villages :*

- Mise en place d'un réseau d'Agents de Santé Villageois (ASV) formés à des notions d'hygiène, de prévention et d'éducation sanitaire, et à la surveillance d'un certain nombre d'indicateurs de santé (nombre de cas de diarrhée, de fièvre, d'infections respiratoires, contrôle de la croissance des enfants de moins de cinq ans, vaccinations).
- Formation d'infirmiers villageois chargés de diagnostiquer les pathologies les plus courantes, de reconnaître celles qui doivent être prises en charge à l'échelon du district, et de traiter au niveau local les autres.
- Mise en place d'un fonds de roulement de médicaments essentiels (apport initial par l'ONG, puis service payant à un coût acceptable pour les villageois afin de réapprovisionner le fonds) géré par les dirigeants des villages et les infirmiers villageois.
- Mise en place d'une banque de riz afin d'augmenter l'autosubsistance des villageois en facilitant la jonction entre les périodes de récolte du riz, gérée par les villages, et fonctionnant sur le même principe que le fonds de roulement de médicaments essentiels. Par ailleurs, cette structure a servi de banque au sens strict au moment où la monnaie subissait une forte inflation en 1997 : l'épargne en riz étant moins dépréciée que l'épargne en argent.
- Enfin, secondairement, lorsque le niveau d'hygiène était suffisant, mise en place d'un système d'eau courante et de latrines, afin de diminuer le péril fécal.

L'ONG travaille en étroite collaboration avec la DPS par l'intermédiaire d'un médecin homologue le Docteur Thounmanie. Par ailleurs, elle dispose de locaux de travail dans l'enceinte de la DPS d'Oudomxay, et emploie un secrétaire/traducteur/logisticien monsieur Vithith et un chauffeur monsieur Sa.

B/ Le projet de santé de la reproduction.

Début 1999, les responsables du FNUAP pour l'ISR de Vientiane contactent le Docteur Géhin et lui proposent de travailler dans le cadre de l'initiative. Les discussions permettent de faire ressortir trois objectifs principaux :

- Améliorer l'accès et l'utilisation des services de santé de la reproduction au niveau de la province, du district et des villages, en insistant particulièrement sur les services destinés aux adolescents.
- Mettre en route une campagne d'information à l'attention des lycéens d'Oudomxay dans le domaine de la santé de la reproduction.
- Former du personnel local capable : d'une part de réaliser ces activités d'éducation de manière autonome à la fin de l'ISR, d'autre part, de former des successeurs.

Les résultats escomptés sont :

- Avoir contribué à une meilleure capacité organisationnelle de la DPS et des hôpitaux afin de garantir un service de maternité sans risque, une efficacité accrue dans la prévention des MST, un service de planning familial cohérent.
- Avoir contribué à améliorer le niveau technique du personnel responsable de la santé de la reproduction dans les hôpitaux et les villages.
- Avoir contribué à améliorer les infrastructures hospitalières qui prennent en charge la santé de la reproduction.
- Avoir contribué à obtenir une prise de conscience des adolescents sur les problèmes de santé de la reproduction, et finalement, une modification des comportements à risque.

- Avoir contribué à pérenniser les activités de formation des lycéens en santé de la reproduction.

Les trois objectifs principaux devaient être atteints avant novembre 2000, date de clôture de l'ISR.

II : Phase préparatoire des formations.

A/ Contexte.

En 1999, la ville d'Oudomxay comptait trois établissements scolaires secondaires dans lesquels l'ONG souhaitait réaliser des formations : le lycée provincial (ou lycée d'Oudomxay), le lycée du district (ou lycée de Mueng Xay) et l'Ecole des Ethnies. Ce dernier présente la particularité de regrouper des adolescents issus de familles ethniques, démunies ou socialement défavorisées, de cinq provinces du nord du pays. Les adolescents qui sortent de ses bancs sont principalement destinés à devenir enseignants ou militaires.

B/ Moyens.

Afin d'atteindre notre objectif, nous devons donc obtenir l'aval des autorités compétentes, préparer le matériel de formation (cours écrits, support visuel, méthodologie), les moyens d'évaluer cette formation, et éduquer du personnel local.

De plus, EDA devait recruter des collaborateurs supplémentaires : un médecin chargé d'épauler les activités de formation, le Docteur Siviengkhone, et une traductrice supplémentaire, également professeur au lycée de Mueng Xay, madame Douangtha.

C/ Réunions préparatoires.

Malgré l'accord des autorités de Vientiane pour débiter le programme de formation dès le mois de mai 1999, les activités à Oudomxay n'ont pu commencer qu'en octobre, d'une part en raison des réticences de la DPS et de l'ensemble des dirigeants politiques locaux (le sujet de notre programme paraissait trop sensible pour être adressé aux lycéens), d'autre part, en l'absence de financement effectif.

Devant la quasi-inexistence de données épidémiologiques concernant les connaissances et les comportements des adolescents lao en terme de santé de la reproduction, en particulier dans une province « ethnique » comme la province d'Oudomxay, les dirigeants du FNUAP ont proposé à EDA de réaliser, avant les formations, une enquête auprès des lycéens, étude qui serait reconduite à la fin de l'ISR afin de tenter d'objectiver la prise de conscience à laquelle nous souhaitions aboutir.

En octobre 1999, une réunion était organisée au FNUAP à Vientiane pour se mettre d'accord sur le contenu du programme d'EDA. Par ailleurs, des indicateurs pertinents pour l'enquête étaient recherchés en collaboration avec le Docteur Alessio Panza, coordinateur régional de l'ISR à Bangkok.

En janvier 2000, après avoir obtenu l'aval de l'institut national de statistiques de Vientiane et de l'école de santé publique de Londres, le questionnaire définitif était rédigé (cf. Annexe I – Questionnaire 1), et six thèmes étaient retenus pour les formations :

- Physiologie de la reproduction.
- Grossesse et grossesses à risque.
- Accouchement et accouchements à risque, post-partum et allaitement.
- Plannification familiale.
- Maladies sexuellement transmissibles / sida, consommation de substances addictives et comportements à risque.
- Equilibre entre les genres.

Souhaitant s'assurer du soutien de l'ensemble des acteurs de la province, EDA programmait le 10 février une conférence d'ouverture des activités d'éducation sexuelle en direction des adolescents à Oudomxay. Cette réunion, principalement destinée aux autorités administratives provinciales (DPS, gouverneur, police) aux associations de masse (union des jeunes lao, union des femmes Lao, association des anciens), et animée par le Docteur Sisavath du centre national de prévention des MST et du sida, a permis de sensibiliser les dirigeants locaux aux problèmes liés à la santé de la reproduction et aux conséquences néfastes d'une mauvaise gestion de ce problème. Le Docteur Sisavath a ainsi pu, grâce à son autorité morale et médicale, convaincre les autorités du sérieux du sujet.

Dans un deuxième temps, il a semblé important de justifier une action spécifique à destination des adolescents dans le cadre de la santé de la reproduction. Le 9 mars, une deuxième conférence était donc organisée à Oudomxay, dans laquelle madame Anne Harmer (responsable du FNUAP pour l'ISR à Vientiane) et le Docteur Saysavanh (consultante pour le FNUAP en santé de la reproduction) ont développé ce sujet. Le personnel soignant de l'hôpital provincial, la Direction Provinciale de la Santé, l'Union des jeunes lao, l'Union des femmes lao, les directeurs des trois établissements secondaires de la ville et des jeunes du lycée de Mueng Xay étaient présents. La période critique de l'adolescence était évoquée : passage de l'enfance à l'âge adulte, moment d'expériences multiples. Les animatrices ont insisté sur l'urgence d'informer les jeunes, de sensibiliser parents et éducateurs afin de prévenir les comportements à risque, face, entre autres dangers, à l'épidémie du sida. Par ailleurs, le Docteur Saysavanh a décrit les différents risques des grossesses précoces, des grossesses rapprochées, des avortements provoqués, des MST et du sida. Enfin, le sort de certaines populations plus vulnérables a été évoqué : les femmes, souvent victimes de leur manque d'éducation et de la pression masculine, les ethnies éloignées qui ne peuvent accéder aux soins et les plus pauvres. Durant la réunion, l'ensemble des participants a pu exprimer son point de vue et montrer son accord avec l'analyse des animatrices, et les réticences initiales sur le sujet étaient tombées.

Nous avons pu mesurer par la suite l'impact très positif qu'avaient eu ces réunions préparatoires, tant sur les membres de la DPS, que sur ceux de la direction provinciale de l'éducation (DPE), mais également sur les membres de notre équipe.

D/ Données disponibles sur la santé de la reproduction des adolescents.

Fin 1999, au début du projet d'EDA, aucune donnée chiffrée sur la santé de la reproduction des adolescents n'existe. Début 2000, lorsque nous sommes sur le point de débiter notre projet de formations à Oudomxay, seules deux enquêtes ont déjà été réalisées dans ce domaine.

La première a été mise en place par l'Union des jeunes lao (UJL), en collaboration directe avec le FNUAP dans le cadre du projet LAO/97/P03 et une ONG japonaise, JOICFP (Japanese organization for international cooperation in family planning). Selon ses auteurs, elle avait pour but de « répondre au besoin de compréhension et d'information [des adolescents] concernant la connaissance et l'utilisation des moyens contraceptifs, la connaissance de la reproduction, la connaissance des MST et du VIH/sida, et de connaître le comportement des jeunes en santé de la reproduction » [7]. Entre juillet et août 1999, 2999 maisonnées et 1560 jeunes non mariés âgés de 15 à 25 ans ont été interrogés par les équipes locales de l'UJL dans toute les provinces de la RDP Lao sur le mode d'interviews. Les données récoltées ont été interprétées par le Centre National de Statistiques de Vientiane avec le support technique de consultants du FNUAP à Vientiane.

La deuxième étude a été réalisée dans le cadre de l'ISR par MSF (Projet RAS/98/P45). Le domaine concerné ici était plus étroit que dans l'enquête de l'UJL, puisqu'il s'agissait « d'évaluer les connaissances, les représentations et les comportements de la population face aux MST et au VIH/sida ainsi que les risques potentiels de transmission de la maladie ». MSF, « désireux de s'impliquer plus avant dans la lutte contre les MST et le VIH/sida au Laos, mais disposant de peu de connaissances, attitudes et comportement, notamment sexuels, devant ces maladies, particulièrement chez les jeunes » [8], a conduit son enquête dans les trois provinces où l'organisation était déjà présente dans des projets de Soins de Santé Primaires (SSP) : Champasak, Bokeo et Sekong. Au total, 778 personnes de 15 à 49 ans ont été interrogées par les collaborateurs de MSF entre janvier et mars 2000 sur le mode d'interviews. Nous nous intéresserons ici plus spécifiquement aux résultats concernant les jeunes âgés de 15 à 24 ans.

1) Enquête de l'UJL.

Plusieurs échantillons représentatifs ont été sélectionnés au hasard pour conduire cette étude. Dans un premier temps, 151 villages répartis dans le pays ont été retenus. Dans chaque village, une vingtaine de maisonnées étaient tirées au sort. Au total, sur les 3008 foyers choisis, 2999 ont accepté de participer à l'enquête. Parmi ceux-ci, 1897 répondants potentiels âgés de 15 à 25 ans et célibataires étaient retrouvés, dont 1560 ont été interviewés.

Le questionnaire utilisé est structuré à l'attention d'utilisateurs entraînés et adapté par l'UJL à l'environnement et à la culture Lao en accord avec le gouvernement et le FNUAP. Il comprend des questions fermées et des questions ouvertes dont certaines sont précodées.

Le questionnaire a été stratifié de la manière suivante :

- Connaissance et utilisation des moyens contraceptifs
- Connaissance de la physiologie de la reproduction
- Connaissance des MST
- Connaissance du VIH/Sida
- Connaissances des drogues
- Comportement sexuel.

Dans leur rapport, les auteurs soulignent que, si la partie concernant les Caractéristiques générales des répondants était bien structurée et que le précodage des réponses ouvertes était adapté, en revanche, les parties plus spécifiques traitant des connaissances en reproduction et des comportements en santé de la reproduction étaient mal adaptées : en particulier, le précodage de certaines questions ouvertes n'était pas exhaustif au vu des réponses retrouvées, et les concepts difficiles n'étaient pas ou peu introduits par une explication des enquêteurs.

a) Caractéristiques générales des répondants.

Il s'agit de 1560 adolescents célibataires dont l'âge est compris entre 15 et 25 ans. La moitié (49,5%) d'entre eux a entre 15 et 17 ans ; 24,9% ont entre 18 et 19 ans ; 25,6% ont entre 20 et 25 ans.

Plus de la moitié (52,6%) des répondants sont de sexe masculin.

Un sur huit (12,1%) se décrit sans aucune éducation.

Des catégories socio-professionnelles ont également été proposées : 8,8% travaillent pour le gouvernement, ou dans le secteur privé ; 57,1% sont des agriculteurs ; 25,1% sont des lycéens ou des étudiants.

b) Exposition aux médias.

Soucieux de choisir un support potentiellement plus efficace pour toucher les adolescents dans l'éventualité d'une action future, les auteurs ont tenté d'estimer l'exposition des jeunes aux médias : il en ressort que la radio et la télévision (avec respectivement 76,7% et 72,5% des réponses) sont les plus citées, loin devant les journaux. Les répondants sont légèrement plus exposés s'ils sont dans la tranche d'âge la plus vieille, s'ils sont de sexe masculin, ou s'ils sont étudiants ou lycéens.

c) Connaissance des moyens de contraception.

Plus de la moitié (55,1%) des jeunes interrogés ont déjà entendu parler ou connaissent des moyens de contraception. Parmi ces méthodes, la plus citée est le préservatif avec 50,4% des réponses, puis la pilule avec 36,4%. Il est intéressant de noter que les méthodes

traditionnelles sont cités à égalité avec le DIU et les injections de progestatif retard dans environ 29% des cas.

Les répondants déclarant avoir un minimum d'éducation connaissent un moyen contraceptif dans presque trois fois plus de cas que ceux qui se déclarent sans éducation (59,7% contre 21,2%).

Les principales sources d'informations sur les méthodes contraceptives citées sont : les amis (32,9%), la télévision (23,1%) et la radio (21,2%). Les éducateurs (parents, professeuses) sont retrouvés dans seulement 11% des réponses, et les centres de soins, les pharmacies ou la presse sont à égalité avec 8%.

A la question « pensez-vous que le préservatif peut empêcher la grossesse ? », 42,2% des jeunes répondent par l'affirmative. Ce taux de réponse augmente avec l'âge et il est meilleur chez les répondants de sexe masculin que chez ceux de sexe féminin (46,2% contre 37,8%). Les répondants déclarant avoir un minimum d'éducation connaissent l'effet contraceptif du préservatif dans quatre fois plus de cas que ceux qui se déclarent sans éducation (46,4% contre 11,6%).

Plus des trois-quarts (75,8%) des jeunes interrogés estiment que l'avortement provoqué est dangereux, 4,9% estiment qu'il est sans danger, mais 19,2% déclarent ne pas savoir.

d) Utilisation des moyens de contraception.

Un peu plus d'un adolescent sur 20 (5,4%) a déjà utilisé un moyen de contraception, parmi lesquels le préservatif est retrouvé dans 57,4% des réponses.

L'utilisation d'une méthode contraceptive augmente avec l'âge (3% pour les 15-17 ans, 6% pour les 18-19 ans et 12% pour les 20-25 ans) et varie avec le sexe (8,8% pour les garçons et 1,8% pour les filles).

Les différents lieux d'approvisionnement en moyens de contraception retrouvés sont : la pharmacie (36,5%), l'hôpital (24,3%) et les marchés (4,1%). Il faut souligner que la catégorie « autre » est citée dans 35,1% des réponses ; elle pourrait correspondre aux projets gouvernementaux et non gouvernementaux.

Parmi les utilisateurs de préservatif (3,1% des répondants), la majorité (77,4%) l'utilise à chaque rapport sexuel.

e) Connaissance de la physiologie de la reproduction.

Une série de sept affirmations de type Vrai/Faux était proposée aux adolescents. Le pourcentage de bonnes réponses est le suivant :

- Une femme peut être enceinte après avoir eu un rapport sexuel non protégé avec un homme (71%)
- Une jeune femme peut être enceinte après le premier rapport sexuel non protégé (44%)
- La période la plus favorable pour être enceinte est la période qui précède les règles (40%)
- L'ovulation (période de fertilité) se produit 14 jours après le début des règles (29%)
- Un préservatif a une date de péremption (30%)
- Même si l'homme se retire avant l'éjaculation, il existe un risque de grossesse (15%)
- L'abstinence sexuelle périodique est une méthode sûre pour éviter la grossesse (13%)

Les bonnes réponses augmentent légèrement avec l'âge des répondants.

Moins de 17% des jeunes interrogés a discuté de sexualité durant l'adolescence, et parmi ceux-ci, les deux tiers l'ont fait avec des amis.

f) Connaissance des MST.

Presque un répondant sur deux (48,6%) connaît ou a déjà entendu parler des MST. Parmi eux, les sources d'information étaient : la famille et les amis (34,7%), la radio (18,8%), la télévision (18,1%), la presse (16,2%), et le personnel de santé (7,0%).

Les adolescents plus âgés connaissent mieux les MST que les plus jeunes (61,5% contre 41,6%) et les répondants de sexe masculin mieux que ceux de sexe féminin (55,1% contre 41,4%). Ceux qui déclarent ne pas avoir d'éducation les connaissent beaucoup moins bien que les autres (21,2% contre 52,4%).

Une série de six propositions de type Vrai/Faux concernant la prévention des MST était proposée aux répondants. Le pourcentage de bonnes réponses est le suivant :

- Ne pas avoir de rapports sexuels avec une personne infectée (42%)
- Utiliser un préservatif à chaque rapport sexuel (41%)
- Ne pas avoir de partenaires multiples (40%)
- Prendre un médicament immédiatement après un rapport sexuel (23%)
- Se laver après chaque rapport sexuel (24%)
- Prendre un médicament avant un rapport sexuel avec un(e) professionnel(le) (20%)

Les bonnes réponses augmentent légèrement avec l'âge des répondants.

g) Connaissance du VIH/sida.

Les trois-quarts (75,0%) des jeunes interrogés connaissent ou ont déjà entendu parler du VIH/sida. Ceux qui déclarent ne pas avoir d'éducation le connaissent moins que les autres (33% contre 81%) et les femmes moins que les hommes (68% contre 81%).

Les principales sources d'information sur le sujet sont : la famille et les amis (24,3 %), la télévision (23,4%), la radio (22,9%), la presse (18,9%) et le personnel de santé (7,0%).

Parmi ceux qui ont déjà entendu parler du VIH/sida, certains connaissent des modes de contamination : rapport sexuel (48%), injection avec une aiguille souillée (22%), transfusion sanguine (20%), transmission materno-fœtale (7%).

Une série de six propositions de type Vrai/Faux concernant la prévention de l'infection par le VIH était proposée aux répondants. Le pourcentage de bonnes réponses est le suivant :

- Ne pas avoir de rapport sexuel avec un(e) professionnel(le) (60%)
- Ne pas avoir de partenaires multiples (62%)
- Prendre un médicament avant un rapport sexuel (36%)
- Se laver après chaque rapport sexuel (39%)
- Utiliser un préservatif à chaque rapport sexuel (55%)
- Ne pas échanger des seringues (56%)

Les bonnes réponses augmentent significativement avec l'âge des répondants.

h) Connaissance des drogues.

Presque 44% des répondants savent qu'il existe des drogues toxiques pour l'organisme, et les jeunes gens sont plus informés que les jeunes filles (48,5% contre 38,8%).

Dans cette enquête, 1,8% des adolescents interrogés reconnaissent avoir déjà consommé des substances addictives (sans précision desquelles), dont 97% sont de sexe masculin.

i) Comportement sexuel.

Seuls 8,2% (3,9% des jeunes filles) des répondants déclarent avoir déjà eu au moins un rapport sexuel (ce pourcentage augmente avec l'âge des jeunes interrogés). Parmi ceux-ci, 20,7% ont utilisé un préservatif lors de leur premier rapport sexuel. Ceux qui déclarent ne pas

avoir d'éducation donnent plus souvent une réponse positive que les autres (15,3% contre 7,2%).

Plus de la moitié (54,1%) des répondants déclare que les rapports sexuels avant le mariage ne sont pas acceptables, alors que 19,6% sont d'avis inverse. La grossesse avant le mariage est également socialement inacceptable pour 69,9% des jeunes interrogés, alors qu'elle est acceptable pour 15,5% d'entre eux.

Parmi les jeunes hommes interrogés, 4,6% ont déjà eu des relations sexuelles avec des « serveuses ».

2) Enquête de MSF.

L'objectif principal de cette enquête était « d'évaluer le niveau de connaissance et les comportements à risque de la population en âge de procréer, face aux MST/sida dans trois provinces du Laos » [8]. Plusieurs autres objectifs étaient identifiés par l'auteur du rapport : identifier des groupes de population particulièrement vulnérables, tenter d'évaluer leurs besoins en terme d'éducation, tenter d'évaluer les besoins du personnel de santé en matière de MST et VIH/sida.

L'enquête a donc été décomposée en trois parties en fonction de la province dans laquelle elle avait lieu : à Champasak, province fortement peuplée, la population générale a été étudiée à l'aide d'un questionnaire rempli en présence d'un enquêteur (afin de fournir des explications) ainsi qu'à l'aide d'entretiens semi-directifs individuels. Ainsi, pour la première partie, 34 villages ont été tirés au sort, au sein desquels 16 foyers étaient choisis aléatoirement. Enfin, au sein de chaque maisonnée, une personne au hasard parmi les occupants âgés de 15 à 49 ans était retenue, de même sexe que l'enquêteur, afin de faciliter le recueil des informations. Au total, 16 personnes, 8 hommes et 8 femmes étaient ainsi interrogés. Pour la deuxième partie, certains sous-groupes professionnels étaient choisis : chauffeurs (camions, bus et tuk-tuk), serveuses de bars et hôtels, employés d'usine, et personnel de santé. A Bokeo et à Sekong, seule la population générale a été étudiée. Le questionnaire, réalisé par le personnel de MSF, comprend des questions fermées et des

questions ouvertes précodées le plus souvent possible. L'auteur souligne que « en raison de contraintes administratives », la durée initiale de l'enquête a été raccourcie de plusieurs mois.

Comme nous l'avons dit précédemment, nous nous intéresseront ici aux résultats concernant la population âgée de 15 à 24 ans.

a) Caractéristiques générales des répondants.

On retrouve 144 personnes, dont 55,6% sont des femmes.

Près de la moitié (47,2%) sont ou ont été mariés ; 76,3% des 15-19 ans sont célibataires ; 33,3% des répondants a au moins un enfant. Il n'y a pas de différence significative selon le niveau d'éducation.

Parmi les répondants, 42,4% ont un niveau d'école secondaire ou plus ; 84,7% des personnes interrogées sait lire le Lao. Les catégories socio-économiques retrouvées sont : riziculteurs (67,4%), en cours d'étude (11,1%) et sans emploi (8,3%).

Ils lisent le journal dans 41% des cas et seuls 7% d'entre eux se sont déjà rendus à l'étranger. Dans 74,5% des cas, les jeunes interrogés habitent sur leur lieu de naissance.

b) Habitudes de soins.

Plus d'un-quart (27%) d'entre eux a été malade dans les trois derniers mois : paludisme (38,5%), syndrômes grippaux (15,4%). Pour se soigner, ils utilisent l'automédication (30%), qui, combinée à la consultation d'un médecin privé représente 60 % des recours, le service public dans 21% des cas, et la médecine traditionnelle (12,8%).

c) Représentations et connaissances à propos des MST.

Presque trois-quart 72,2% des répondants pensent qu'il est possible de contracter une maladie lors d'un rapport sexuel (pas de différence significative selon le sexe).

Parmi les jeunes interrogés, 25% peuvent citer les leucorrhées et/ou les uréthrites ; 73,5% des répondants capables de citer un symptôme à rattacher à une MST ou le nom d'une MST, l'attribuent au Sida.

Une minorité (3,5%) des personnes sondées a déjà eu un ou plusieurs épisodes de MST.

L'auteur précise également en synthèse que, dans la population totale de l'enquête, « les MST ne sont pas perçues comme facteur de risque vis à vis du sida » [8].

d) Représentations et connaissances à propos du sida.

Dans 71,3% des cas, les répondants ont entendu parler ou connaissent le sida, la plupart du temps par leurs proches (36,9%), puis par la télévision (28,1%), la radio (13,6%), enfin le personnel de santé (8,7%).

Environ 60% des répondants ne peut nommer aucun symptôme de la maladie.

Les modes de transmission du sida connus par les jeunes n'ont pas été étudiés de manière spécifique (dans la population générale, presque trois quarts des personnes qui connaissent le sida savent que la transmission par voie sexuelle est possible, plus de 20% citent les aiguilles et plus de 10% le sang).

Plus d'un-cinquième (21,1%) des répondants s'estime à risque d'être malade du sida, en particulier ceux qui ont des partenaires multiples. Ils sont en revanche gênés quant à l'attitude à adopter face à un malade du sida : 36% ne savent pas ; parmi les autres on note

une réaction de rejet pour 36% d'entre eux, environ 30% le réconforteraient personnellement, et près de 40% l'adresserait directement à une structure de soins.

e) Représentations et attitude en matière de sexualité.

Parmi les répondants, 12,6% approuvent la sexualité pré-maritale.

f) Connaissance et utilisation des moyens de contraception.

Environ 25% des répondants connaissent un moyen de contraception, parmi lesquels sont cités la pilule (58,3%), puis le préservatif (13,9%) et les injections de progestatif retard (11,1%); 20% de ceux qui connaissent la pilule l'utilisent, soit 5% de l'ensemble des répondants.

Plus des deux-tiers (69%) des jeunes interrogés connaissent le préservatif, principalement comme protection contre le sida (58,2%) mais peu comme moyen de contraception (8,2%). Seuls 6,1% de ceux qui le connaissent (4% de l'ensemble des répondants) disent l'avoir utilisé au moins une fois; 41,1% de ceux qui n'utilisent pas le préservatif ne savent pas où se le procurer. Ceux qui l'utilise le trouve principalement dans les pharmacies et les hôpitaux.

L'auteur note qu'il existe, dans la population générale, un « taux assez élevé de l'utilisation de la méthode naturelle dite d'abstinence périodique (ne coûte rien, facilement disponible) [...] on peut s'interroger sur l'efficacité de cette méthode compte tenu de la faible proportion de femmes qui connaissent leur période de fécondité » [8].

3) Discussion.

Pour ces deux enquêtes, les adolescents interrogés ont été choisis de manière aléatoire. Les répondants ont été questionnés sur le principe des interviews. L'avantage de cette méthode, lié à la présence d'un enquêteur, est la possibilité de préciser des notions ou des concepts difficiles à comprendre pour les personnes interrogées. Mais, dans l'étude de l'UJL, les auteurs précisent en préambule que, finalement, peu d'explications ont été données par les enquêteurs. Le biais principal de la méthode de l'interview est lui aussi lié à la présence d'une personne qui dirige l'entretien : au vu des sujets sensibles abordés, celle-ci peut être un facteur limitatif de la qualité de l'information qui va être donnée par les répondants. Dans l'enquête de MSF, les auteurs ont voulu atténuer l'impact de ce biais en faisant réaliser les interview par des enquêteurs de même sexe que la personne interrogée.

a) Enquête de l'UJL.

L'étude de l'exposition aux médias parmi les répondants permet de mettre en évidence l'importance attendue de la télévision et de la radio. Cette notion est intéressante car elle permet de mieux centrer les moyens médiatiques à développer lors de campagnes d'information de masse destinées aux jeunes de 15-25 ans. Mais, si cette exposition aux médias permet d'envisager la diffusion verticale d'informations, lorsqu'il s'agit de chercher des renseignements sur les moyens de contraception, sur les MST et le sida, et sur la sexualité en général, les jeunes interrogés se tournent spontanément vers leurs amis. Or, ceux-ci ne disposent probablement pas d'informations plus précises sur ces sujets, et on peut imaginer que des renseignements erronés circulent ainsi entre les adolescents. Ce mode de diffusion des informations permet alors d'envisager un autre type d'action lorsqu'il s'agit d'éduquer les adolescents sur le thème de la santé de la reproduction : même si on ne touche directement qu'une partie de la population adolescente lors de telles activités, dans une zone donnée, dans un deuxième temps, ces informations devraient parvenir à l'ensemble de cette population.

L'étude de la connaissance des moyens de contraception souligne la prééminence du préservatif, mais les méthodes naturelles sont citées dans cette enquête dans près d'un tiers

des cas. Or l'enquête de l'UJL montre également que les adolescents interrogés ont des connaissances faibles et partielles en ce qui concerne la physiologie de la reproduction, même si elles augmentent avec l'âge des répondants et leur niveau d'éducation. En particulier, on notera que 40% des répondants citent la période qui précède les règles (l'intitulé de la question ne laissait-il pas place au doute ?) comme étant la période la plus favorable pour être enceinte, moins de 30% savent que l'ovulation se produit 14 j après le début des règles, et seulement 44% pensent qu'une jeune femme peut être enceinte après le premier rapport sexuel (la notion que les jeunes filles ne peuvent avoir de grossesse après leur premier rapport sexuel semble être une notion assez répandue au Laos). On peut donc mesurer le risque de grossesses non désirées, de grossesses précoces et d'avortements provoqués dans ce contexte. Par ailleurs, si la moitié environ des répondants connaît ou a déjà entendu parler d'un moyen de contraception, un sur vingt seulement en a déjà utilisé. Parmi les 8% qui ont déjà eu des rapports sexuels, un sur cinq seulement a utilisé un préservatif lors du premier rapport sexuel (on n'a pas de notion de l'utilisation de moyen de contraception lors de rapports sexuels ultérieurs). Enfin, si les conséquences sur la santé publique de ces faibles connaissances de la physiologie de la reproduction sont aisément perceptibles, les répercussions sociales sont également importantes : dans cette enquête, si la moitié seulement des répondants pensent que les relations sexuelles avant le mariage ne sont pas acceptables, la grossesse avant le mariage leur semble socialement inacceptable dans près de trois quart des cas.

Paradoxalement, les connaissances sur le sida sont légèrement meilleures que celles sur les autres MST, ce qui va dans le sens de l'impression générale des intervenants dans ce domaine au Laos. Une des explications est probablement que, depuis la prise de conscience occidentale de l'importance de l'épidémie de sida dans le monde, de nombreux projets gouvernementaux et non gouvernementaux sur le thème de la prévention du sida ont été financés. Au Laos en particulier, plusieurs programmes sida se sont développés depuis 1995, et si on peut se réjouir de l'efficacité de leur action sur l'augmentation réelle des connaissances de l'ensemble de la population lao à propos du sida, on constate que cela peut aboutir à des situations paradoxales comme celle qui est mise en évidence ici (nous verrons plus loin un autre exemple de connaissances partielles en santé de la reproduction, à propos de l'utilité du préservatif, dans l'enquête de MSF). En ce qui concerne les modes de transmission du sida, aucune donnée concernant les adolescents n'est disponible dans cette étude.

b) Enquête de MSF.

Dans l'étude des caractéristiques générales des répondants réalisée dans ce travail, nous retiendrons le côté statique de la population étudiée : trois-quarts d'entre eux vivent sur leur lieu de naissance. Deux enseignements importants en découlent : dans l'éventualité d'une action massive d'éducation en santé de la reproduction au niveau du pays, tous les districts devront être ciblés afin d'atteindre le maximum de personnes (on ne peut pas espérer une diffusion nationale des informations à partir d'actions locales qui ne couvriraient pas l'ensemble du territoire). D'autre part, une action ponctuelle devrait avoir des répercussions locales pendant plusieurs années.

En ce qui concerne les connaissances des MST, trois-quarts des répondants pensent qu'il est possible de contracter une maladie lors d'un rapport sexuel. Mais, si cette notion de base semble bien connue, en revanche, trois-quarts de ceux qui peuvent citer un symptôme à rattacher à une MST l'attribuent au sida. Il s'agit là probablement d'un autre exemple de connaissances partielles paradoxales liées à la présence des programmes sida.

A propos du sida, trois-quarts des répondants le connaissent, mais il est intéressant de noter que 60% ne peuvent citer aucun symptôme de cette maladie. L'étude de l'attitude éventuelle des répondants si un de leur proche était atteint souligne bien la gêne ressentie face à cette maladie.

L'examen de la connaissance des moyens de contraception donne des résultats différents de l'enquête de l' UJL : parmi les moyens cités, la pilule arrive en premier, et on ne retrouve pas de données chiffrées sur les méthodes naturelles. Le préservatif, s'il est connu de plus de deux tiers des répondants, est vu essentiellement comme un moyen de se protéger du sida, et seulement 8% des répondants qui le connaissent citent son rôle de moyen de contraception. Les lieux d'approvisionnement retenus sont essentiellement les pharmacies et les hôpitaux.

4) Conclusion.

Si ces deux enquêtes permettaient d'apporter des éléments intéressants à notre réflexion, sur les modalités de déroulement de notre action à venir, et de préciser des impressions subjectives rapportées par plusieurs intervenants ayant une expérience laotienne en santé de la reproduction (mauvaises connaissances de la physiologie de la reproduction, connaissances faibles et/ou partielles des moyens de contraception, des MST et du sida), plusieurs facteurs limitants rendaient difficile l'extrapolation de ces résultats à Oudomxay :

- Des discordances entre ces deux études, notamment dans les résultats concernant les moyens de contraception, nous faisaient penser que, dans la province d'Oudomxay, province dont la majorité de la population appartient à une ethnie différente (les Khamu) de l'ethnie principale du pays (les Taï lao), les connaissances seraient probablement encore autres. Ceci confirmait que, pour affiner nos impressions et avant de débiter les formations que nous voulions réaliser dans les lycées de la ville, il était important de recueillir des données locales.
- Nous souhaitions éliminer le biais de l'enquêteur : lorsqu'il s'agit de sexualité, on peut espérer recueillir plus d'informations et de qualité différente en réalisant une enquête anonyme.

III : Première enquête de connaissances et de comportements.

A/ Contexte.

Lors de cette première enquête, l'Ecole des Ethnies comptait 313 élèves, dont 59 filles, des classes M3, M4, M5 (dans le système éducatif lao, la classe de M1 correspond à la première année de secondaire, et la classe M6 à la dernière). Le lycée provincial regroupait

463 étudiants, dont 190 filles répartis dans les classes de M4, M5, M6. Le lycée de Mueng Xay est destiné aux classes de M1, M2, M3, M4, M5, M6. C'est un gros établissement qui comptait 1261 élèves, dont 491 filles.

B/ Objectif.

Les enquêtes de MSF et de l'UJL avaient permis de mettre en évidence certaines notions sur les connaissances et les comportements des adolescents en matière de santé de la reproduction, mais nous voulions avoir une idée plus précise des connaissances, en particulier sur la physiologie, la planification familiale, les maladies sexuellement transmissibles et l'accouchement, des adolescents qui fréquentaient les lycées d'Oudomxay. Nous voulions savoir si leur comportement les exposait aux risques de mariage précoce, de grossesse précoce, d'avortement, de maladies sexuellement transmissibles et s'ils utilisaient des substances addictives.

C/ Méthodologie.

1) Distribution des questionnaires.

Dans un premier temps, nous avons traduit notre questionnaire en lao, et nous l'avons imprimé grâce au matériel d'EDA. Nous avons ensuite formé le personnel lao d'EDA à la distribution et au recueil anonyme de ces enquêtes. Puis, après avoir obtenu l'accord des administrations des différents lycées, nous avons organisé la distribution des questionnaires, au cours de laquelle nous avons pris le temps nécessaire (entre une et deux heures en moyenne) pour donner des explications détaillées aux élèves (réunis parfois en plein air car il était impossible de trouver une salle pouvant contenir par exemple les 1200 élèves du lycée de Mueng Xay), afin de nous assurer de la bonne compréhension du questionnaire. Les membres de l'ONG ont répondu aux problèmes soulevés par les lycéens à la lecture des questions. Cette enquête étant confidentielle et anonyme, nous les avons distribuées dans des enveloppes avec

les consignes explicites de ne rien noter de superflu ni sur les questionnaires (pas de nom) ni sur les enveloppes, et de fermer ces dernières avant de les rendre. Elles ont ensuite été collectées quelques jours plus tard par les services administratifs des lycées et nous ont été remises en mains propres.

- Première distribution le 07 avril 2000 à l'Ecole des Ethnies.

Nous avons pu donner les enquêtes et les explications à la totalité des 313 élèves en classes de M3, M4, et M5. Les professeurs et le Directeur de l'établissement étaient présents également. Ceux-ci ont sollicité de notre part que nous leur montrions le déroulement du premier cours de notre formation (physiologie de la reproduction). Nous avons donc programmé une séance supplémentaire et préliminaire avec les professeurs et le Directeur-adjoint le 18 avril.

- Deuxième distribution le 10 avril 2000 au lycée provincial.

Nous avons également donné les questionnaires et les explications à l'ensemble des 463 élèves en classes de M4, M5, et M6.

Les professeurs et la Directrice-adjointe du lycée étaient présents.

- Troisième distribution le 17 avril 2000 au lycée de Mueng Xay.

De même que dans les autres établissements, nous avons pu donner enquêtes et explications aux 1261 élèves en classes de M1, M2, M3, M4, M5, et M6.

Les professeurs et la Directrice de l'établissement étaient présents. Comme à l'Ecole des Ethnies, ceux-ci ont demandé à ce que nous leur fassions le premier cours avant de le faire à l'ensemble des lycéens. Nous avons donc prévu de faire une séance première avec les professeurs, la Directrice et les délégués des différentes classes le 19 avril.

2) Saisie et analyse des données.

Pour tirer le meilleur parti des données recueillies, nous avons choisi d'utiliser le logiciel EpiInfo6®. Nous avons donc créé un questionnaire/cache à partir du questionnaire des enquêtes (cf. Annexe I – Questionnaire 2). La saisie des informations a respecté le caractère anonyme de l'étude. Certaines questions ouvertes ont été précodées, d'autres ont été saisies à la fois de manière ouverte et précodée, ce qui nous a permis d'en faire une analyse plus précise. Enfin, le logiciel utilisé nous permettait de réaliser des analyses croisées si nous le jugions nécessaire. Le cache ayant été réalisé en français, la saisie était en général réalisée par deux personnes, dont une traduisait les réponses du lao en français, et ce travail a nécessité deux semaines pleines.

D/ Résultats.

1) Retour des réponses.

L'effectif des trois établissements était de 2037 élèves, tous n'ont pu être touchés, il y avait des absents lors des séances de distribution et d'explications. Il était impossible d'identifier tous les absents et de leur faire parvenir les questionnaires. Néanmoins nous pensons avoir distribué près de 2000 enveloppes, et nous en avons récupéré 1273, ce qui fait un **taux de retour de 60%** environ.

Si nous analysons le retour d'après les tranches d'âge et l'effectif des classes, nous nous apercevons que ce sont **les plus jeunes (12 à 13 ans) qui se sont le moins mobilisés**. Les classes M1 et M2 n'existent qu'au lycée de Mueng Xay, elles comprennent 592 élèves. Il n'y a que 100 réponses du groupe d'âge 12 à 13 ans (qui correspond approximativement à ces classes), ce qui fait un taux de retour de 17%. Plus des quatre cinquièmes de ce groupe de pré-adolescents ne se sentent pas encore concernés. Par contre si on fait le ratio des réponses sur les questionnaires distribuées **aux plus de 14 ans on trouve une participation de 83%**.

L'analyse par sexe montre une mobilisation plus forte des **filles 72%** contre **57% pour les garçons**.

2) Caractéristiques générales des répondants.

Sur un effectif de 1273 personnes qui ont répondu, 1265 nous ont donné leur âge. L'échantillonnage s'échelonne de 12 à 25 ans. Nous les avons réparti suivant les classes reconnues par l'O.M.S. De 10 à 14 ans la pré-adolescence, de 15 à 19 l'adolescence et de 20 à 25 la jeunesse (cf. Tableau 1.1).

Il y a **533 filles** qui ont répondu pour 738 garçons, soit **41,9% des répondants**. L'ensemble des trois établissements comprend 740 filles pour 1297 garçons, soit un taux global de filles de 36,3% que l'on peut analyser par établissements (cf. Tableau 1.2).

Toutes les personnes qui ont répondu à la question sur la situation familiale (1267) se déclarent célibataires ; 1248 ont répondu à la question concernant le nombre d'enfants, 7 personnes mentionnent avoir 1 enfant et 2 personnes en ont 2.

La répartition ethnique est différente de celle de la population générale de la ville (48,3% de Lao loum, 28,1% de Lao theung et 23,7% de Lao song) et de la province (29,2% de Lao loum, 57,7% de Lao theung et 13,1% de Lao song) (cf. Tableau 1.3).

Remarque : nous avons séparé les Taï lao, c'est le groupe le plus important, des autres Taï, car il y a beaucoup de Taï lü et de Taï dam à Oudomxay, qui se différencient par leurs traditions propres et leur langue. Parmi les Lao song, nous avons fait une catégorie pour les Mhong qui sont les plus nombreux à Oudomxay.

Tableau 1.1 : répartition des répondants par tranche d'âge.

Age	12 à 14 ans	15 à 19 ans	20 à 25 ans
Pourcentage	15,60%	77,00%	7,40%

Tableau 1.2 : répartition des genres par lycée.

	Filles	Garçons	Total	Taux de filles
Ecole des Ethnies	59	254	313	18,80%
Oudomxay	190	273	463	41,00%
Mueng Xay	491	770	1261	38,90%
Total	740	1297	2037	36,30%

Tableau 1.3 : répartition ethnique dans les lycées, la ville et la province d'Oudomxay.

Ethnie	Taï Lao	Autres Taï	Khamou	Mhong	Autres
Lycéens	54,30%	9,80%	26,20%	7,60%	2,10%
Oudomxay (ville)	48,20%		28,10%	23,70%	
Oudomxay (province)	29,20%		57,70%	13,10%	

3) Connaissances.

- Physiologie de la reproduction.

La question qui testait ces connaissances (« A quel moment du cycle menstruel, une relation sexuelle peut-elle entraîner une grossesse ? ») n'a recueilli que 860 réponses, soit 68,2% des répondants ; 22,9% des réponses donnent la période qui précède et qui peut englober l'ovulation, 20,9% donnent la période qui suit et qui peut englober l'ovulation. Par contre, 8% citent les règles et 15,7% la fin du cycle. **Seules 4 personnes ont répondu positivement aux périodes cumulées du 5e au 16e jour soit 0,5%** (cf. Tableau 1.4).

Tableau 1.4 : connaissance de la période de fécondabilité.

Pendant les règles	8,00%
Du 5e au 10e jour après les règles	22,90%
Du 12e au 16e jour après les règles	20,90%
<i>Du 5e au 16e jour après les règles</i>	<i>0,50%</i>
Du 18e au 26e jour après les règles	15,70%

- Méthodes contraceptives.

Il y a 972 personnes qui connaissent au moins une méthode, soit **76,4%** des répondants. La méthode la plus souvent citée est le **préservatif à 83,1%**, ensuite les chiffres chutent à 5% environ pour la pilule et le D.I.U ; sont très peu citées la stérilisation (16 personnes), les injections (10 personnes) et les méthodes naturelles (6 personnes).

On compte 1212 élèves qui connaissent l'utilité du préservatif, soit **95,3% des répondants**, et **89,9% savent où se le procurer** (cf. Tableau 1.5).

L'hôpital est considéré comme le lieu privilégié pour se fournir en moyens contraceptifs (62,1%), puis la consultation SMI (6,4%), les pharmacies (1,7%) et très rarement les médecins privés.

Tableau 1.5 : lieux d'approvisionnement en préservatifs.

SMI	2,80%
Hôpital	50,40%
Pharmacie	57,50%
Médecins privés	0,30%

- Sida.

On dénombre 1189 élèves qui répondent positivement à la question "connaissez-vous le sida ?", soit **92% des répondants**.

Seuls 12 le connaissent sans savoir comment on le contracte. **92,2% citent les rapports sexuels, mais seulement 16% parlent du sang ou des injections**. Personne ne connaît la transmission materno-foetale et plusieurs pensent que le don du sang est un mode de transmission pour le donneur.

Parmi les moyens d'information sur le sida, ce sont les médias qui sont le plus souvent cités, en particulier la télévision, mais la radio et les journaux ne sont pas oubliés (cf. Tableau 1.6). Le rôle attribué au personnel hospitalier est important.

Tableau 1.6 : moyens d'informations sur le sida.

Médias	58,00%
Programmes sida	9,00%
Hôpital	37,00%
Pharmacies privées	2,00%
Médecins privés	1,00%

- Accouchement.

Ils sont 1020, soit **80,1%** des adolescents, à avoir répondu que l'accouchement peut présenter des dangers. Mais ils ne sont plus que 519 (**40,8%**), à donner des raisons. Ce sont les complications qui font le plus peur et en particulier les hémorragies, pour la moitié des réponses. L'âge de la mère est relevé dans 8,5% des réponses (cf. Tableau 1.7)

Tableau 1.7 : raisons de la dangerosité potentielle de l'accouchement.

Complications	27,20%
Lieu inapproprié	2,20%
Age de la mère	8,50%
Nombre de grossesses	0,40%
Absence de suivi médical	3,40%
Non respect des tabous	0,50%

4) Comportements.

- Comportement sexuel.

Pour les lycéens, l'âge moyen auquel il est possible pour une jeune fille d'avoir un enfant est 16,1 ans, avec deux pics de fréquence dans les réponses : 15 ans (35,4% des répondants) et 18 ans (20,8%) (cf. Tableau 2.1).

Remarque : dans la traduction en Lao, comme dans l'idée des rédacteurs, cette question prend en compte d'une part les capacités physiologiques (« A quel âge pensez-vous qu'une jeune fille a-t-elle la possibilité physiologique de concevoir un enfant ? »), mais également l'idée d'âge raisonnable (« A quel âge pensez-vous qu'il soit raisonnable pour une jeune fille de faire un enfant ? »).

En ce qui concerne le début des rapports sexuels, les adolescents interrogés le situent à 14-15 ans pour une fille, et à 15 ans pour un garçon (cf. Tableaux 2.2 et 2.3).

Il y a **1112 élèves qui n'ont jamais eu de relations sexuelles soit 88,1%** et 121 ont répondu positivement, soit 9,5%.

Ce groupe de 121 lycéens se compose de **116 garçons** et 5 filles, dont l'âge moyen est de 17,8 ans, 1 seule personne a déjà un enfant, ce sont les Mhong et les Khamous, qui proportionnellement sont les plus représentés. 104 (85,9%) n'ont pas de relations régulières, 64 (52,9%) ont plusieurs partenaires, 27 (22,3%) utilisent les services des professionnel(le)s, **66 (54,6%) se munissent de préservatifs alors qu'ils sont 117 (96,7%) à le connaître.**

Ils sont 60 à connaître les services de la planification familiale, pour, en très grande majorité utiliser le préservatif. On note 8 cas de gonorrhée traitées (6.7%), 1 cas de leucorrhée, 5 cas de lymphogranulomatose (cf. Tableau 2.4), soit en tout **11,6% des répondants ayant déjà eu des relations sexuelles, traités pour des MST**; 109 (93,2%) pensent qu'il existe des moyens pour se protéger des M.S.T.

Ils sont 23 (19,5%) à fumer régulièrement du tabac, 72 (61%) à consommer de l'alcool, 3 (2,5%) à consommer du cannabis et autant des amphétamines, ils connaissent un peu mieux la physiologie de la reproduction que le reste de l'échantillonnage ; 113 (93,3%) connaissent le sida, 97% savent qu'il se transmet par les rapports sexuels, 106 (87,6%) répondent que l'accouchement peut présenter des dangers. Trois élèves déclarent avoir des relations régulières et 100 de manière occasionnelle.

Tableau 2.1 : âge estimé pour la première grossesse.

12 ans	13 ans	14 ans	15 ans	16 ans	17 ans	18 ans	19 ans	20 ans
3,20%	3,00%	14,10%	35,40%	5,93%	1,80%	20,80%	1,60%	4,60%

Tableau 2.2 : âge estimé des premiers rapports sexuels pour une fille.

12 ans	13 ans	14 ans	15 ans	16 ans	17 ans	18 ans	19 ans	20 ans
5,10%	5,30%	19,20%	34,00%	6,20%	2,40%	13,40%	0,90%	1,80%

Tableau 2.3 : âge estimé des premiers rapports sexuels pour un garçon.

12 ans	13 ans	14 ans	15 ans	16 ans	17 ans	18 ans	19 ans	20 ans
4,20%	3,10%	7,60%	30,20%	10,90%	3,00%	16,20%	0,90%	7,90%

Tableau 2.4 : expérience personnelle de MST parmi les lycéens ayant déjà eu des rapports sexuels.

Gonorrhée(s) traitée(s)	6,60%
Condylome(s)	0,00%
Leucorrhées	0,80%
Lymphogranulomatose	4,10%

- Expérience personnelle des MST.

Une minorité (3,5%) des répondants ont déjà ressenti des brûlures urinaires. Deux personnes signalent avoir ressenti ce symptôme 20 fois en 1999, la majorité se situe à 3 fois. 84,7% des lycéens pensent qu'il existe des règles pour se protéger des MST.

- Comportement addictif.

Nous avons recueilli 1144 réponses à ces questions soit 89,9% de réponses. **L'alcool est une habitude pour près de la moitié des lycéens**, le tabac est utilisé pour 6,9% d'entre eux. Le cannabis, les amphétamines et la colle peu utilisés, l'opium ne l'est pas du tout. Si nous examinons le groupe des personnes qui ont des relations sexuelles, les taux sont plus élevés (cf. Tableaux 2.5 et 2.6).

Tableau 2.5 : consommateurs de substances addictives parmi les répondants.

Substances Utilisateurs	Tabac 6,90%	Alcool 40,70%	Cannabis 0,30%	Amphétamines 0,70%	Opium 0,00%	Colle 0,10%
-------------------------	----------------	------------------	-------------------	-----------------------	----------------	----------------

Tableau 2.6 : consommateurs de substances addictives parmi les répondants ayant déjà eu des rapports sexuels.

Substances Utilisateurs	Tabac 19,50%	Alcool 61,00%	Cannabis 2,50%	Amphétamines 2,50%	Opium 0,00%	Colle 0,00%
-------------------------	-----------------	------------------	-------------------	-----------------------	----------------	----------------

5) Analyse selon le groupe d'âge.

- Les pré-adolescents (12-14 ans).

Ce sont eux qui ont le moins bien participé (197 réponses), et le taux de retour dans cette population est d'environ 33%. Près de la moitié a déjà 14 ans.

On retrouve plus de filles (49%) et de Lao loum (63,5%) que chez l'ensemble des répondants.

Leurs connaissances en physiologie de la reproduction et en moyens de contraception sont moins bonnes que les plus âgés, mais leur connaissance du sida est presque aussi bonne, et ils citent les rapports sexuels comme mode de transmission dans 91,1% des cas. Ils sont aussi nombreux que la population générale à estimer que l'accouchement est potentiellement dangereux, mais ils ne sont que 20,3% à donner une explication.

Les âges proposés pour la première grossesse (17,1 ans), pour les rapports sexuels des filles (16,4 ans) et des garçons (17,4 ans), sont un peu plus élevés que pour l'échantillon global.

Quatre (2%) d'entre eux avouent avoir déjà eu des rapports sexuels.

Quatre consomment régulièrement du tabac, et 48 (24,4%) de l'alcool.

- Le groupe de l'adolescence proprement dite (15-19 ans).

Comme il s'agit du sous-groupe le plus important (975 personnes), **les résultats sont similaires à ceux de la population totale.**

- Les jeunes (20-25 ans).

Ce petit groupe de 93 personnes est essentiellement composé des jeunes de 20 ans (81,7% des 20-25 ans).

Dans ce groupe, on ne retrouve que 17 filles (18,3% du total). Normalement, les élèves entrent en classe de M6 (la dernière classe de l'enseignement secondaire) à 17 ans.

Ils sont plus à avoir donné des réponses erronées au sujet de la question sur la physiologie de la reproduction. 9,6% citent la période des règles et surtout 20,4% mentionnent la période qui précède juste les règles.

Leurs connaissances des moyens de contraception et du sida sont presque superposables à celles des répondants en général.

Leur connaissance de la dangerosité potentielle de l'accouchement est quasiment identique à celle de la population globale, hormis le fait que le non respect des tabous est retrouvé dans quatre fois plus de cas dans cet échantillon lorsqu'il s'agit d'en donner une cause.

Les âges moyens donnés pour la procréation et les premiers rapports sexuels sont superposables à ceux donnés par l'ensemble des répondants.

Vingt lycéens de cette tranche d'âge, soit **22,2% ont eu des relations sexuelles**. Parmi ces derniers, 25% utilisent les services des professionnelles, **65% utilisent des préservatifs**, ce qui est plus que le groupe global.

Quatre personnes de plus de 19 ans (**86%**) estiment qu'il existe des règles pour se protéger des MST C'est un peu moins que le groupe total.

Il y a plus de fumeurs de tabac (10,8%) et surtout beaucoup plus de buveurs réguliers (51,6%).

- Tableaux comparatifs pour les trois classes d'âge.

Tableau 3.1 : connaissance de la période de fécondabilité en fonction de la tranche d'âge.

	12 à 14 ans	15 à 19 ans	> 19 ans
Pendant les règles	5,60%	8,40%	9,60%
Du 5e au 10e jour après les règles	13,70%	25,10%	21,50%
Du 12e au 16e jour après les règles	13,20%	23,30%	14,00%
Du 18e au 26e jour après les règles	12,70%	16,00%	20,40%

Tableau 3.2 : connaissance du sida en fonction de la tranche d'âge.

12 à 14 ans	15 à 19 ans	> 19 ans
84,30%	93,90%	92,50%

Tableau 3.3 : connaissance du rôle du préservatif en fonction de la tranche d'âge.

12 à 14 ans	15 à 19 ans	> 19 ans
93,40%	96,10%	97,80%

Tableau 3.4 : consommation de substances addictives en fonction de la tranche d'âge.

	12 à 14 ans	15 à 19 ans	> 19 ans
Tabac	3,00%	7,40%	10,80%
Alcool	25,60%	43,00%	51,60%
Cannabis	0,00%	0,20%	1,10%
Amphétamines	0,00%	0,80%	1,10%
Opium	0,00%	0,00%	0,00%
Colle	0,00%	0,10%	0,00%

6) Analyse selon le sexe.

Les filles sont 533, l'âge moyen se situe à 16,1 ans. *Les garçons sont 738, pour un âge moyen de 16,8 ans.*

La répartition ethnique est différente de la répartition générale : la proportion de Lao loum est plus élevée chez les filles que chez les garçons dans les lycées (cf. Tableau 3.5).

Les connaissances de la physiologie de la reproduction sont meilleures chez les filles, même si elles restent très partielles (cf. Tableau 3.6).

Les connaissances des moyens de contraception sont légèrement différentes en fonction du sexe : **70% des filles connaissent une méthode contraceptive, pour 81% des**

garçons. Comme dans l'ensemble de la population, c'est le préservatif qui est le plus souvent cité, puis la pilule.

Une fille sur huit (13%) pense trouver les contraceptifs à la SMI, *pour 6,3% de garçon.* Elles sont 86,7% à proposer l'hôpital, *pour 92,2%* ; 1,4% à la pharmacie pour 3,3% et 0,3%, pour 1,2% chez un médecin privé.

Les connaissances sur le sida, ses modes de transmission et les lieux où l'on peut obtenir une information sur le sujet sont les mêmes chez les filles que chez les garçons.

Par contre seules 409 filles pensent que l'accouchement peut être dangereux soit 77%, alors que les garçons sont 609 (82%). Les raisons données pour cette dangerosité potentielle sont légèrement différente en fonction du sexe, en particulier, on retrouve plus de réponses « âge de la mère » et « absence de suivi médical » chez les filles, et plus de réponses « complications » chez les garçons (cf. Tableau 3.7).

L'appréciation de l'âge des premiers rapports sexuels et de la première grossesse est peu variable d'un sexe à l'autre.

En revanche, la population féminine, certes légèrement plus jeune, avoue un taux très bas de **relations sexuelles** (5 personnes, 1%), en comparaison de ce qu'annoncent **les garçons (116 personnes, 16%).**

Filles et garçons pensent à plus de 90% qu'il existe des règles à respecter pour éviter les MST.

Il existe de notables différences dans la consommation de substances addictives (cf. Tableau 3.8)

Tableau 3.5 : répartition ethnique selon le sexe.

Ethnie	Tai Lao	Autres Tai	Khamou	Mhong	Autres
Filles	61,80%	10,70%	21,80%	4,00%	1,50%
Garçons	48,90%	9,20%	29,40%	10,20%	2,30%
Tous les lycéens	54,30%	9,80%	26,20%	7,60%	2,10%
Oudomxay (ville)	48,20%		28,10%	23,70%	
Oudomxay (province)	29,20%		57,70%	13,10%	

Tableau 3.6 : connaissance de la période de fécondabilité en fonction du sexe.

	Filles	Garçons
Pendant les règles	4,80%	10,20%
Du 5e au 10e j après les règles	28,90%	18,60%
Du 12e au 16e j après les règles	23,60%	19,00%
Du 18e au 26e j après les règles	14,80%	16,30%

Tableau 3.7 : raisons de la dangerosité potentielle de l'accouchement en fonction du sexe.

	Filles	Garçons
Complications	23,30%	30,10%
Lieu	1,30%	3,00%
Age de la mère	10,90%	6,80%
Nombre de grossesses	0,80%	0,10%
Absence de suivi médical	5,30%	2,00%
Non respect des tabous	0,40%	0,70%

Tableau 3.8 : consommation de substances addictives en fonction du sexe.

	Filles	Garçons
Tabac	2,00%	11,40%
Alcool	36,00%	51,40%
Cannabis	0,00%	0,60%
Amphétamines	0,00%	1,30%
Opium	0,00%	0,00%
Colle	0,00%	0,10%

7) Discussion.

Dans l'ensemble, le taux de retour des questionnaires a été assez peu important, et il nous a permis de constater que les quatre-cinquièmes des pré-adolescents (12-14 ans) ne se sentaient pas concernés par le thème abordé. Reliant cette information à l'âge moyen donné par les répondants pour les premiers rapports sexuels (15 ans), nous avons donc estimé qu'il serait préférable de focaliser notre action sur les adolescents à partir de 14 ans. Les adolescents ont probablement discuté du questionnaire avec leurs familles, et, en raison de la sensibilité du sujet abordé, il est possible que certains adultes n'aient pas souhaité que leurs enfants retournent le questionnaire, ce qui pourrait expliquer le taux de retour assez bas observé.

Malgré un rapport en leur défaveur dans les lycées, les filles avaient mieux participé à cette enquête que les garçons. Dans la société lao, des changements récents avaient eu lieu, avec notamment l'adoption de la Politique Nationale de Développement et de la Population en 1999. Mais ces changements intervenus à Vientiane n'avaient pas encore atteint les autres provinces en général et Oudomxay en particulier : la planification familiale, la grossesse, l'accouchement, et tout ce qui concerne les enfants en général est traditionnellement une affaire de femme. C'est probablement ce qui expliquait la meilleure participation des filles lors de notre enquête. Par ailleurs, le taux de filles parmi les plus de dix-neuf ans était très faible : les filles suivent-elles le cursus avec moins de difficultés que les garçons ? Ou bien leur famille ou les enseignants sont-ils moins permissifs avec elles lorsqu'il s'agit de redoubler ?

En ce qui concerne la répartition ethnique dans les lycées, nous avons pu constater la surreprésentation des Lao loum par rapport à la province. Ceci nous permettait d'envisager plus facilement de comparer nos résultats avec ceux des autres enquêtes déjà réalisées, et peut-être, dans une certaine mesure, de les extrapoler au niveau national. En revanche, alors même que nous avons inclus l'Ecole des Ethnies dont les élèves font presque exclusivement partie des minorités ethniques, celles-ci seraient finalement peu touchées par notre programme de formation dans les lycées. On retrouve beaucoup d'enfants du personnel administratif de la province à Oudomxay. Ils sont presque tous Lao loum, ce qui explique peut-être la surreprésentation de cette ethnie dans les lycées de la ville.

Comme nous l'attendions, les résultats concernant la connaissance de la physiologie de la reproduction étaient très mauvais, les filles étant cependant un peu mieux informées que les garçons. La question sur la période de fécondabilité, difficile mais précise, l'avait bien mis en évidence. Ces résultats, qui allaient dans le même sens que ceux retrouvés lors de l'enquête de l'UJL, nous confortaient dans l'idée qu'il s'agissait d'un des points clés de l'activité d'éducation à mettre en œuvre à l'attention des adolescents, puisque nous souhaitions diminuer le nombre de grossesses précoces, d'avortement provoqués, de grossesses à risque, et de complication de l'accouchement.

En ce qui concerne les connaissances des moyens de contraception, les résultats de notre enquête se rapprochaient de ceux de l'UJL : le préservatif était cité en premier lieu. De plus, et contrairement aux résultats de MSF, le double rôle du préservatif (méthode contraceptive, et prévention du sida) semblait bien connu des lycéens d'Oudomxay. La méthode naturelle n'était que très peu citée comme méthode de contraception, et les adolescents connaissaient bien les lieux d'approvisionnement en contraceptifs, même si nous relevions une information paradoxale : la SMI était très peu citée. En réalité, c'est à la consultation SMI, située au centre de la ville d'Oudomxay, loin de l'hôpital, que se font les consultations de planification familiale. Elles sont gratuites ainsi que les préservatifs, les pilules, les injections et la pose de D.I.U. Il peut y avoir des réticences à fournir les jeunes non mariés à la SMI, même si la loi l'autorise depuis la nouvelle Politique Nationale de Développement et de la Population de 1999 [11]. Les pharmaciens et les médecins qui ont une activité privée peuvent aussi délivrer les contraceptifs.

Les connaissances liées au sida étaient un peu moins faciles à mettre en évidence à partir de nos résultats : bien sûr, la quasi-totalité des lycéens connaissaient le sida, ce qui était déjà une victoire, mais nous nous apercevions que cette question de type « oui/non » était peu informative, ne donnait qu'une impression générale. Par contre, l'ignorance presque totale des modes de contaminations autres que la voie sexuelle nous permettait d'envisager certaines orientations dans nos formations. Contrairement aux enquêtes de l'UJL et de MSF, les médias étaient la source d'information sur le thème la plus citée, mais il était intéressant de constater que l'hôpital venait en second rang. En effet, une partie des activités d'EDA dans le cadre de l'ISR étaient dirigés vers le personnel soignant : amélioration des capacités d'accueil, et formations spécifiques sur le sida et les MST. Enfin, l'impact des programmes sida antérieurs

(et de la télévision thaïlandaise) se faisait sentir dans nos résultats, car les plus jeunes (12-14 ans) connaissaient presque aussi bien cette maladie que leurs aînés.

Les résultats concernant la connaissance de l'accouchement avaient retenu toute notre attention : aucune donnée sur ce thème n'avait été retrouvée. Si quatre-cinquième des lycéens pensaient que l'accouchement pouvait être dangereux, la moitié seulement pouvait donner des raisons. Les complications, en particulier les hémorragies, étaient connues, mais le lieu de l'accouchement, l'absence de suivi médical de la grossesse, et le nombre de grossesses antérieures de la mère ne semblaient pas les inquiéter. L'âge de la mère était cité moins d'une fois sur dix. Ces données nous confortaient dans l'impression subjective que nous avons eue, il serait capital d'informer les jeunes sur les risques de l'accouchement. Par ailleurs, dans une société lao encore largement marquée par l'importance du respect des tabous, les lycéens ne semblaient pourtant pas en tenir compte dans le cadre de la santé péri-natale, et ce d'autant plus qu'ils étaient plus jeunes. Peut-être est-ce encore l'influence de la télévision thaïlandaise, plus grande chez les pré-adolescents, qui se révélait dans nos résultats.

Pour ce qui concerne la partie « comportements » de l'enquête, nous étions bien conscients qu'il s'agissait là d'une section délicate, dont les résultats devraient être interprétés en gardant à l'esprit qu'il s'agissait de comportements avoués par les lycéens. Même si nous avons éliminé le biais de l'enquêteur, parler de son comportement en matière de sexualité reste une affaire délicate.

Nous n'avions aucune notion antérieure des âges auxquels des adolescents estimaient possible d'avoir des relations sexuelles pour les filles et pour les garçons. L'âge de 15 ans nous servirait donc de base.

Le résultat concernant l'âge raisonnable pour une première grossesse, était par contre attendu : nous savions qu'il y aurait un pic de fréquence vers 15 ans. En effet, nos collaborateurs lao nous avaient appris que dans de nombreuses ethnies de la province, 15 ans correspondait à l'âge minimum pour se marier (et donc avoir des enfants). A nouveau, cette donnée nous renforçait dans nos convictions que l'amélioration de la santé de la reproduction passait par une information sur les risques liés aux grossesses précoces.

Les résultats concernant le sous-groupe déclarant avoir déjà eu des rapports sexuels étaient attendus : plus de garçons, avec de meilleures connaissances de la santé de la reproduction en général. Mais s'ils avaient de bonnes connaissances des moyens de contraception, ils ne semblaient pas mettre en pratique leurs acquis : à peine plus de la moitié d'entre eux utilisaient un préservatif lors de leurs rapports sexuels, et le taux de MST avouées était important.

Enfin, parmi les comportements addictifs, la consommation d'alcool était importante chez les lycéens, d'autant plus s'ils étaient de sexe masculin ou s'ils avaient déjà eu des rapports sexuels.

8) Conclusion.

Comme nous l'attendions, les connaissances des lycéens en ce qui concerne la physiologie de la reproduction étaient très faibles. Ils ignoraient presque totalement les facteurs de risques liés à la grossesse et à l'accouchement, ils n'étaient que partiellement informés sur les MST et le sida. Notre programme de formation dans les lycées semblait donc avoir toute sa place.

De plus, à la lumière de ces résultats, il nous paraissait important de recentrer notre objectif principal : nous devons focaliser nos efforts sur l'éducation des lycéens des classes de M3 à M6. Un autre programme serait nécessaire si on voulait toucher les ethnies minoritaires et les adolescents les plus jeunes. Par ailleurs, certains objectifs secondaires devenaient plus clairs : donner aux lycéens des bases en physiologie de la reproduction, les informer sur les risques des grossesses précoces et les risques inhérents à l'accouchement, les sensibiliser au rôle de la SMI, réduire l'écart existant entre les connaissances des filles et celles des garçons, améliorer les connaissances sur les modes de transmission du sida et sur les moyens de contraception, et les sensibiliser aux conséquences des conduites à risque.

IV : Formations.

A/ Préparation du matériel de formation et éducation des formateurs.

Pour simplifier notre travail, nous avons commencé par réaliser un support écrit qui devait servir non seulement de base lors des séances de formation dans les lycées, mais également de référence écrite pour les équipes de formateurs. Nous avons donc opté pour des curricula les plus complets possible sur les différents thèmes abordés, en misant sur les capacités des équipes d'éducateurs pour les mettre au niveau des lycéens.

Pour ce qui concerne la méthodologie de ces formations, à l'exception de celle qui concernait l'équilibre entre les genres, pour laquelle une méthodologie spécifique a été élaborée dans un deuxième temps, elle était basée sur le principe de l'interactivité avec les élèves et du travail en groupes (cf. Annexe III).

Les mois de mars et avril 2000, dans l'attente d'avoir réalisé l'enquête préliminaire d'une part, et de convenir de dates pour nos formations d'autre part, nous avons donc rédigé ces curricula, en collaboration avec le personnel lao, qui nous a éclairé sur les points plus spécifiques à aborder dans le contexte socio-culturel dans lequel nous nous trouvions. Par ailleurs, l'expérience laotienne du chef de projet, qui travaillait dans la ville depuis déjà quatre ans, et la parfaite compréhension, la motivation, et la coopération de notre médecin homologue, ont permis une communication d'emblée aisée entre tous les membres de l'équipe.

Les expatriés préparaient une première version des curricula et de la méthodologie, que nous discussions tous ensemble. Nous prenions le temps d'anticiper les questions qui pourraient nous être posées et nous faisons le point sur les parties essentielles du cours et celles qui l'étaient moins. Monsieur Vithith, madame Douangtha et le Docteur Thounmanie étaient chargés de la traduction de tout le matériel en Lao. Une fois que celle-ci était finie, l'ensemble de l'équipe se retrouvait pour améliorer la traduction, rediscuter de la méthodologie (les membres lao de l'équipe soulignaient à ce moment les points qui pourraient

à leur avis être problématiques dans le cadre particulier de la culture et de la tradition Lao et élaboraient des solutions appropriées) et des exercices. L'appui pédagogique de madame Douangtha, professeur de langues au lycée de Mueng Xay, nous était alors particulièrement utile et nous a permis de réaliser des séances vraiment interactives ; une grande partie de nos efforts était tournée vers l'application d'une méthodologie efficace et ludique. Nous avons donc pu disposer de six curricula accompagnés de leur méthodologie (cf. Annexe II – Livret de formation).

Dans un deuxième temps, afin d'évaluer l'impact immédiat de nos formations sur les lycéens, nous avons préparé des tests, en rapport direct avec les sujets traités dans les curricula et concernant les points qui nous semblaient cruciaux. Un pré-test serait effectué avant la première séance, et trois post-tests, reprenant les mêmes items que le pré-test, seraient réalisés par la suite : le premier, au début de la troisième séance, concernant les deux premiers curricula, le deuxième, au début de la cinquième séance, concernant le troisième et le quatrième cours, et le dernier, réalisé à la fin de la dernière séance, concernant le cinquième curricula. Le sixième cours, sur l'équilibre entre les genres, étant composé uniquement d'exercices destinés à amorcer une réflexion, il ne nous semblait pas pertinent d'effectuer un test de connaissances à son propos (cf. Annexe II- Livret de formation et Annexe III – méthodologie des formations). Ces questionnaires d'évaluation ont été également élaboré en complète collaboration avec le personnel lao (cf. Annexe I – Questionnaires 3 à 6).

Ces étapes terminées, nous avons débuté la réalisation du matériel pédagogique dont nous aurions besoin pendant la séance : un curriculum par élève, des tableaux récapitulatifs de la méthodologie pour les animateurs, de nombreux transparents (curriculum, schémas, exercices), et les tests d'évaluations. Par ailleurs, nous avons recherché d'autres supports ludiques (en particulier des films) en rapport avec nos formations. Nous avons trouvé par exemple une vidéo sur l'allaitement maternel, réalisée en 1998 par les services de la santé maternelle et infantile du district de Vientiane, qui pouvait être utilisée dans la séance sur l'accouchement et les suites de couche.

A la fin du mois d'avril, nous disposions donc d'une première version de notre matériel pédagogique et d'une équipe de cinq personnes, dont trois lao, capables de dispenser les formations.

B/ Séances de formation de la première phase.

Du 19 avril au 26 mai 2000 (soit avant la fin de l'année scolaire en cours), nous avons pu effectuer les trois premières séances dans les trois lycées d'Oudomxay.

Après avoir décidé des différentes dates avec les services administratifs des lycées, nous avons pu disposer d'une salle dans chacun de ceux-ci. Notre équipe d'animateurs se composait au minimum de deux personnes : le Docteur Thounmanie ou le Docteur Siviengkhone, et madame Douangtha qui apportait son savoir-faire pédagogique et son autorité professorale ; dans la mesure du possible, nous avons essayé d'augmenter cette équipe d'un des deux médecins expatriés

Les leçons se sont passées de manière relativement stéréotypée : après la présentation de l'équipe aux élèves, nous débutions le cours par l'explication des objectifs du jour. Nous essayions ensuite d'évaluer le niveau de connaissance préliminaire des lycéens sur ce sujet : après avoir formé des groupes, nous distribuions des feuilles sur lesquelles les élèves devaient répondre à quelques questions (par exemple "Que savez-vous de la transmission du sida", "Que se passe-t-il durant la puberté"). Des rapporteurs venaient ensuite tour à tour lire les feuilles qui correspondaient aux réponses de leur groupe; les animateurs posaient alors des questions ou faisaient des remarques susceptibles d'orienter la discussion vers les points qu'il leur paraissait intéressant de développer.

La suite du cours s'appuyait sur le support auditif (lecture et explications) et visuel (transparents) que constitue le curriculum. Nous nous servions au maximum de schémas préparés par avance et nous en dessinions d'autres au fur et à mesure de la séance pour éclaircir les points qui semblaient poser problème. Les animateurs maintenaient une grande interactivité tout au long des explications en utilisant fréquemment le système des questions au public. Par ailleurs, des exercices étaient prévus pour assurer des ruptures dans le déroulement du cours.

A la fin des explications, nous laissions le temps nécessaire aux élèves afin qu'ils nous posent des questions. Ce moment était très important pour eux et pour nous, et nous y consacrons entre 30 et 60 minutes à la fin de chaque séance.

Il est intéressant de noter un point particulier : le nombre des élèves, assez élevé (entre 51 et 148 par séance), facteur qui nous semblait limitatif a priori. Après 9 séances avec les lycéens, la qualité des cours ne semblait pas en avoir pâti, sans doute grâce à la méthodologie utilisée et au contenu, d'un grand intérêt pour ces jeunes en manque crucial d'informations sur le thème abordé, mais encore du fait de l'habitude des élèves lao de travailler dans des classes chargées (il n'est pas rare que les classes comptent une cinquantaine d'élèves). Par ailleurs, la quantité et la qualité des questions posées, qui débordaient largement le contenu des formations, nous ont révélé que nos curricula avaient trouvé des oreilles particulièrement attentives.

La séance se clôturait par la distribution du curriculum photocopié à chaque étudiant (auquel nous ajoutions des schémas lorsque cela était possible), par la relecture des objectifs (et la confirmation par les élèves qu'ils étaient atteints) et par la présentation du sujet de la séance suivante.

Malheureusement, en raison du délai très court dont nous avons disposé pour réaliser ces formations (la fin de l'année scolaire était déjà très proche lorsque nous avons débuté notre travail dans les lycées), nous n'avons pas eu le temps de préparer le pré-test qui aurait dû servir d'évaluation. En revanche, le questionnaire étant prêt au mois de mai, nous avons décidé de distribuer tout de même un post-test (qui concernait les deux premiers cours). D'une part, il était intéressant de former notre équipe à les réaliser, d'autre part, nous pensions que l'enquête de connaissance et de comportement, distribuée peu de temps auparavant, pourrait nous donner une idée des résultats du pré-test que nous n'avions pu conduire.

1) Détail des séances de formation.

- *18 avril 2000.*

Présentation du cours sur la physiologie de la reproduction aux professeurs et au Directeur-adjoint de l'Ecole des Ethnies.

Les réticences initiales, qui venaient d'une part du sujet abordé, et d'autre part des différences entre notre formation et le (bref) programme scolaire officiel, ont été rapidement dépassées. Au total, le curriculum et la méthodologie ont été très appréciés, et les professeurs et l'administration nous ont donné leur plein accord pour réaliser la première séance aux lycéens ainsi que l'ensemble de celles à venir.

- *19 avril 2000.*

Présentation du cours sur la physiologie de la reproduction aux élèves de classe M6 (les plus âgés) du lycée provincial. 141 élèves (sur un total de 176) et deux professeurs étaient présents.

La salle dont nous avons pu disposer était très vétuste et très sale, mais le déroulement de la séance ne s'en est pas trouvé altéré.

Nous avons été très surpris par la qualité d'écoute des lycéens et ce malgré leur nombre ; le travail en groupes n'a pas non plus posé de problème.

De très nombreuses questions nous ont été posées, notamment sur les irrégularités du cycle menstruel, ce qui a bien confirmé que sur ce sujet les élèves manquaient d'information.

- *20 avril 2000.*

Présentation du cours sur la physiologie de la reproduction aux professeurs, à la Directrice du lycée de Mueng Xay ainsi qu'aux délégués de classe.

Comme à l'Ecole des Ethnies, les réticences initiales ont été vite oubliées, et l'aspect ludique de notre formation, très apprécié.

De nombreuses questions nous ont été également posées, sur les irrégularités du cycle menstruel, sur la fécondation et sur la grossesse.

- *27 avril 2000.*

Présentation du cours sur la physiologie de la reproduction aux élèves des classes M4 et M5 de l'Ecole des Ethnies. 123 élèves (sur un total de 160) et 3 professeurs étaient présents.

Nous avons pu disposer d'un grand gymnase pour faire cette séance, et nous avons constaté à cette occasion que les caractères sur les transparents projetés étaient un peu difficiles à lire pour les élèves placés au fond de la salle. Leur taille a donc été modifiée par la suite.

De nouveau, les questions ont été nombreuses, la participation excellente malgré le nombre, et l'engouement bien visible, bien que l'âge moyen plus bas de ces lycéens eût pu faire craindre une écoute moins attentive.

- *4 mai 2000.*

Présentation du cours sur la physiologie de la reproduction aux élèves de classe M6 du lycée de Mueng Xay. 68 élèves (sur un total de 86) et un professeur étaient présent.

Lors des questions à la fin de la séance, celles sur l'irrégularité du cycle menstruel ou sur les risques de grossesse lors des rapports sexuels non protégés ont été les plus fréquentes.

- *11 mai 2000.*

Présentation du cours sur la grossesse normale et les grossesses à risque aux élèves de classe M5 de l'Ecole des Ethnies. 52 élèves (sur un total de 56) étaient présents.

Nous avons fait le cours dans la même salle que le 27 avril. L'absence des élèves de classe M4 était due à leurs examens de fin d'année.

Les questions ont porté plus spécialement sur les grossesses multiples, les malformations et sur le développement intra-utérin.

- *12 mai 2000.*

Présentation du cours sur la grossesse normale et les grossesses à risque aux élèves de classe M6 du lycée Provincial. 112 élèves (sur un total de 176) étaient présents.

Nous avons fait le cours dans la même salle que le 19 avril.

Notre équipe a été sollicitée sur le développement intra-utérin, les signes de la grossesse normale.

- *13 mai 2000.*

Présentation du cours sur la grossesse normale et les grossesses à risque aux élèves de classe M6 du lycée de Mueng Xay. 62 élèves (sur un total de 86) et un professeur étaient présents.

Nombreuses questions sur les grossesses à risque et sur l'accouchement.

- *18 mai 2000.*

Présentation du cours sur l'accouchement et les suites de couche (dont l'allaitement maternel) aux élèves des classes M4 et M5 de l'Ecole des Ethnies. 94 élèves (sur un total de 160) étaient présents.

Nous avons distribué le premier post-test aux élèves en le leur expliquant point par point avec un transparent. Nous avons donné les mêmes consignes de confidentialité lors de nos explications que celles données lors de la distribution des enquêtes de connaissance préalable. Les questionnaires ont été récupérés au bout de 10 minutes.

Le cours est très apprécié, en particulier la vidéo sur l'allaitement maternel.

- *19 mai 2000.*

Présentation du cours sur l'accouchement et les suites de couche (dont l'allaitement maternel) aux élèves de classe M6 du lycée Provincial. 148 élèves (sur un total de 176) étaient présents.

La distribution du post-test s'est déroulée de la même manière qu'à l'Ecole des Ethnies.

A cause du vol du matériel vidéo, nous n'avons malheureusement pas pu utiliser ce support.

Néanmoins, l'intérêt porté à cette leçon par les élèves a une nouvelle fois été très grand, et les questions ont été très nombreuses, en particulier sur les complications de l'accouchement.

- *26 mai 2000.*

Présentation du cours sur l'accouchement et les suites de couche (dont l'allaitement maternel) aux élèves de classe M6 du lycée de Muang Xay. 59 élèves (sur un total de 86) étaient présents.

Distribution du post-test.

Nombreuses questions sur les risques de l'accouchement, sur les mesures du bassin, sur la physiologie.

- *Remarques.*

Malgré la proximité des examens de fin d'année pour les classes M5 et M6 (à partir du 1er juin), le nombre d'élèves présents et le caractère très pointu de leurs questions nous a montré tout l'intérêt que revêtait pour ces jeunes une formation sur le sujet de la santé de la reproduction.

Les qualités pédagogiques de madame Douangtha, mais aussi du Docteur Thounmanie et du Docteur Siviengkhone ont été pour notre équipe un élément déterminant et ont assuré une interactivité soutenue avec les élèves. Il n'était pas rare que des discussions s'engagent, après les séances, de manière informelle, entre les lycéens, et entre les lycéens et les intervenants.

2) Résultats du test d'évaluation.

Comme nous l'avons déjà dit précédemment, nous n'avons pas eu le temps de réaliser le pré-test, et nous pensions utiliser les résultats de l'enquête de connaissance et de comportement, réalisée peu de temps avant les formations, pour avoir une idée de ce qu'auraient pu être les résultats du pré-test.

Malheureusement, ayant dû modifier le contenu des curricula au contact des réalités d'Oudomxay, et ayant donc également changé les tests d'évaluation en relation, nous n'avons pu utiliser cette solution que pour une seule question, celle concernant la période de fécondabilité (« A quel moment du cycle menstruel, une relation sexuelle peut-elle entraîner une grossesse ? »).

Pour cette question, nous avons pu constater une amélioration des connaissances (cf. Tableau 4.1). Tout d'abord, le **taux de réponse était nettement supérieur** à celui de l'enquête. Ensuite, la **fréquence des réponses adéquates a progressé** de manière significative. Enfin, le nombre de réponses concernant la période cumulée de 5 à 16 jours (réponse 2 et réponse 3) est passé de **0,5% pour l'enquête à 5,9% pour le post-test**. Nous avons beaucoup de mal à comprendre le fait que la progression des connaissances sur la période de fécondabilité ait été si minime. Le contenu de la formation sur la physiologie de la reproduction était-il mal adapté ? Les formateurs de notre équipe l'avaient-ils bien assimilé ? L'équipe de traducteurs nous apporta alors un élément de réponse : la question, en français comme en lao, laissait à penser qu'une seule réponse était correcte (« A quel moment » au lieu de « A quel(s) moment(s) »). Ne souhaitant modifier cette question importante (elle faisait en effet également partie de l'enquête de connaissance et de comportement, et nous craignions des confusions), et au risque de sous-estimer l'impact de notre formation, nous avons choisi

de donner des explications spécifiques en ce sens (plusieurs réponses sont possibles à cette question) lors des distributions ultérieures des tests de connaissance et lors de la distribution de l'enquête de connaissance et de comportement à la fin du projet.

Tableau 4.1 : « A quel moment du cycle menstruel une relation sexuelle peut-elle entraîner une grossesse? ».

	Enquête	Post-test
Pendant les règles	8,00%	5,70%
<i>De 5 à 10 jours après les règles</i>	22,90%	38,50%
<i>De 12 à 16 jours après les règles</i>	20,90%	46,40%
<i>De 18 à 26 jours après les règles</i>	15,70%	15,80%
Taux de réponse	68,00%	97,00%

3) Conclusion.

Malgré le peu de temps dont nous disposions, nous avons réussi à débiter notre programme de formation dans les trois lycées d'Oudomxay.

Le matériel pédagogique et la méthodologie donnaient des résultats satisfaisants (malgré l'absence de données d'évaluation chiffrées, notre impression était globalement très positive) et les trois séances que nous avons pu réaliser avaient reçu un accueil chaleureux de la part des lycéens. Les formateurs lao de notre équipe étaient également satisfaits et leur motivation, déjà grande, s'en trouvait d'autant renforcée.

Par ailleurs, nous avons réalisé que nous avons sous-estimé les problèmes liés à la traduction, et nous avons alors décidé de révéifier méthodiquement l'ensemble des curricula et de la méthodologie.

Enfin, les délais qui nous restaient avant la date de clôture prévue de l'ISR (novembre 2000), nous imposaient d'avoir rempli nos objectifs initiaux au début de la rentrée scolaire suivante. Or, nous n'avons pas encore formé de personnel lao en dehors des membres de notre équipe, et seuls trois des six curricula prévus avaient été testés en conditions réelles.

L'un des gros villages suivis par EDA dans le cadre du programme de SSP, Done Saat, dans le district de Mueng La, accessible en période de mousson et proche d'Oudomxay, comptait environ 150 jeunes de 12 à 25 ans. De plus, le travail dans les rizières de plaines (la majorité des rizières de Done Saat), connaît une période de creux relatif de mi-juillet à fin août. Il était donc envisageable de tenter de recruter le maximum de jeunes possible à Done Saat durant cette période pour effectuer nos formations. Par ailleurs, à l'Ecole des Ethnies, la majorité des étudiants étant pensionnaires, il serait peut-être possible durant la même période d'y effectuer les formations que nous n'avions pas eu le temps de réaliser durant l'année scolaire.

C/ Séances de formation de la deuxième phase.

Après accord du FNUAP, et après avoir pris contact avec les responsables de Done Saat ainsi que le responsable local de l'UJL, nous avons décidé de programmer les six séances de formations que nous comptons réaliser à la rentrée à Oudomxay, lors du mois d'août dans le village de Done Saat.

Par ailleurs, une seule séance de formation a pu être prévue à l'Ecole des Ethnies, et nous avons choisi d'y réaliser le cours sur l'équilibre entre les genres le 19 juillet, date à laquelle la Directrice du FNUAP à Vientiane, madame Patrizia Franceschinis, et deux consultants du FNUAP pour la santé de la reproduction, le Docteur Saysavanh et le Docteur Islam, avaient prévu de venir voir l'avancement de notre projet à Oudomxay.

Fin mai, une réunion avec madame Khéosavang, directrice de l'UJL à Oudomxay et membre du parlement lao, nous avait permis d'envisager d'incorporer des jeunes de l'UJL dans notre équipe de formateurs. Madame Khéosavang, convaincue de l'importance de la santé de la reproduction à Oudomxay depuis les conférences de février et mars 2000, était un de nos soutiens les plus actifs dans la province. Grâce à son importance politique nationale, les négociations avec les dirigeants politiques locaux ont été facilitées et ce, dès le départ du projet.

De plus, nous décidions de recruter deux professeurs parmi les enseignants de chaque lycée d'Oudomxay (soit six personnes en tout) pour faire également partie de l'équipe de

formateurs. Ces enseignants participeraient l'année suivante à la réalisation des formations dans leurs lycées respectifs. Durant les formations du mois de mai, quelques professeurs, en particulier en biologie, ravis par le thème abordé, s'étaient déjà portés volontaires pour l'année scolaire à venir.

Durant le mois de juin et le début du mois de juillet, nous avons donc travaillé avec notre équipe, déjà formée à notre programme d'éducation, augmentée de membres de l'UJL et de cinq professeurs des lycées d'Oudomxay (madame Douangtha, déjà membre de notre équipe, étant professeur dans l'un des trois établissements secondaires). Nous avons ainsi pu améliorer le contenu des curricula, la méthodologie, et la traduction grâce à ces collaborateurs supplémentaires. En particulier, il a été décidé de réaliser un seul document à remettre aux élèves, un livret de formation, reprenant les contenus pertinents des curricula agrémentés de dessins, en lieu et place des curricula photocopiés.

1) Ecole des Ethnies.

Dans le contexte socio-culturel du Laos en général et d'Oudomxay en particulier, il nous semblait difficile à la fois d'introduire les notions d'équilibre entre les genres et d'obtenir une modification des comportements dans ce domaine, et ce, d'autant plus que la société française ne nous semblait pas spécialement avoir intégré ces notions. Traiter ce thème de manière trop directive, dans une culture lao trop différente de la nôtre, aurait abouti, nous en avons la certitude, à un échec. Nous avons donc opté, en accord avec l'ensemble de l'équipe, pour une séance de réflexion, basée sur des exercices et des jeux, dont le but était d'obtenir une prise de conscience, de la part des adolescents, des différences qui existaient dans leur société entre les rôles et les comportements attribués classiquement aux hommes, et ceux attribués aux femmes, sans volonté d'imposer un changement, mais avec l'espoir d'amorcer simplement la discussion entre les garçons et les filles.

Nous avons donc réalisé la première formation de ce type à l'Ecole des Ethnies le 19 juillet, en présence de madame Patrizia Franceschinis, directrice du FNUAP à Vientiane, et du Docteur Saysavanh, consultante en santé de la reproduction au FNUAP, à la classe de M5, en présence de trois professeurs.

Aucune évaluation de connaissances n'était possible pour cette formation, mais nous avons pu constater un accueil favorable de la part des enseignants et des lycéens, et les discussions entre lycéens à l'issue de la séance ont duré plus d'une heure. Notre objectif semblait donc avoir été atteint.

2) Done Saat.

Du 4 au 27 août 2000 nous avons pu effectuer six séances (soit la totalité de notre programme) dans le village de Done Saat.

Après avoir décidé des différentes dates avec les services administratifs du gouverneur du district, le chef du village, le représentant de l'Association des Jeunes Lao de Done Saat et les jeunes eux-mêmes, nous avons pu disposer d'une salle attenante aux bâtiments de l'administration du district. Notre équipe d'animateurs se composait au minimum de trois personnes : le Docteur Thounmanie ou le Docteur Siviengkhone, un membre de l'UJL de la province et un des deux médecins expatriés.

La méthodologie déjà appliquée dans les lycées a été à nouveau utilisée, et cette fois encore, les impressions de l'équipe sur l'impact de notre formation auprès des jeunes ont été extrêmement positives.

a) Détail des séances.

- 4 août 2000.

Présentation du cours sur la physiologie de la reproduction à 70 adolescents de Done Saat. Le gouverneur du district de Mueng La, le chef du village de Done Saat, le représentant de l'UJL de Done Saat et le Docteur Khamla du DSD ont également suivi la formation.

Nous avons été à nouveau surpris par la qualité d'écoute des adolescents et ce malgré leur nombre ; le travail en groupes n'a pas non plus posé de problème. De nombreuses questions nous ont été posées, notamment sur les irrégularités du cycle menstruel, ce qui a bien confirmé que sur ce sujet les élèves manquaient d'information.

- *10 août 2000.*

Présentation des cours sur la grossesse normale et les grossesses à risque et sur l'accouchement normal et les accouchements à risque à 69 jeunes de Done Saat. Le représentant de l'UJL de Done Saat et le Docteur Khamla du DSD ont également suivi la formation.

Réalisation du premier post-test concernant les cours sur la physiologie de la reproduction et sur la grossesse normale et les grossesses à risque. Les questions ont porté plus spécialement sur les grossesses multiples et le développement intra-utérin.

- *17 août 2000.*

Présentation des cours sur la planification familiale et sur les MST/HIV-SIDA et les comportements à risque à 49 jeunes de Done Saat. Réalisation du deuxième post-test concernant les cours sur l'accouchement normal et l'accouchement à risque et sur la planification familiale. Le représentant de l'UJL de Done Saat et le Docteur Khamla du DSD ont également suivi la formation.

La démonstration de l'utilisation du préservatif a été particulièrement appréciée.

- *27 août 2000.*

Présentation du cours sur l'équilibre entre les genres à 52 jeunes de Done Saat. Réalisation du troisième et dernier post-test concernant les cours sur les MST/HIV-sida et les comportements à risque. Le représentant de l'UJL de Done Saat et le Docteur Khamla du DSD ont également suivi la formation.

Distribution du Livret de formation sur la Santé de la Reproduction rassemblant les six curricula augmentés de schémas.

b) Test d'évaluation.

i. Objectifs et méthodologie.

Afin d'évaluer l'impact immédiat de notre formation, nous avons créé des questionnaires basés sur les points cruciaux de cinq des six sujets abordés (cf. Annexe I – Questionnaires 3 à 6). Le dernier curriculum, composé uniquement d'exercices destinés à amorcer une réflexion sur l'équilibre entre les genres ne pouvant faire l'objet d'un test de connaissances.

Les 12 questions des post-tests, bien sûr identiques à celle du pré-test effectué lors de la première séance, ont été réparties en trois groupes en fonction des sujets abordés, et ont été distribués lors de trois séances différentes. Nous n'avons pas souhaité réaliser un unique questionnaire post-formation (même si la brièveté de la période de formation à Done Saat nous aurait permis de le faire) afin de tester la qualité des outils d'analyse que nous voulions réutiliser dans les lycées d'Oudomxay lors de la formation sur la santé de la reproduction qui aurait lieu au début de l'année scolaire 2000.

Nous avons créé, comme nous l'avons fait pour l'enquête initiale de connaissances et de comportements, un questionnaire/cache avec le logiciel EpiInfo, ce qui nous a permis de saisir et d'analyser facilement les données recueillies, et surtout d'envisager d'utiliser à nouveau ce cache lors des tests d'évaluation ultérieurs.

ii. Résultats.

- Remarque.

Dans l'intitulé des questions du test d'évaluation de connaissances, les propositions **en gras** correspondent aux bonnes réponses.

- Caractéristiques générales des répondants.

L'âge des jeunes interrogés est compris entre **12 et 23 ans**. La tranche d'âge la plus importante est celle des **15-19 ans**: **70,5%** en moyenne (moyenne effectuée sur quatre séances). Comme lors de l'enseignement dans les lycées, nous nous apercevons que le taux de participation augmente avec l'âge des adolescents, et que la grande majorité des moins de 15 ans ne se sent pas concernée par les sujets abordés (cf. Tableau 5.1).

Les filles sont légèrement plus présentes que les garçons: en moyenne **55%** contre **45%**.

Tous les jeunes de ce village sont des Lao loum.

Tableau 5.1 : représentation des adolescents en fonction de la tranche d'âge.

	12-14 ans	15-19 ans	20 ans et +	Total
Done Saat	44,00	96,00	15,00	155,00
Présents à la formation*	8,00	39,60	8,25	55,85
Taux de participation	18,20%	40,60%	55,00%	39,50%

* (moyennes sur 4 séances)

- Connaissance de la physiologie de la reproduction.

Question 1 :

" A quel moment du cycle menstruel une relation sexuelle peut-elle entraîner une grossesse?

- a) Pendant les règles ?
- b) De 5 à 10 jours après le premier jour des règles ?**
- c) De 10 à 16 jours après le premier jour des règles ?**
- d) De 16 à 26 jours après le premier jour des règles ? "

Tableau 5.2 : test d'évaluation des connaissances – question 1 à Done Saat.

	Pré-test			Post-test		
	Filles	Garçons	Total	Filles	Garçons	Total
Réponse a)	13,20%	6,70%	10,30%	6,70%	4,80%	7,30%
Réponse b)	52,60%	60,00%	55,90%	56,70%	47,60%	51,00%
Réponse c)	28,90%	26,70%	27,90%	40,00%	47,60%	45,30%
Réponse d)	15,80%	36,70%	25,00%	0,00%	23,80%	10,90%
Taux de réponse	100,00%	100,00%	100,00%	93,30%	100,00%	96,40%
Réponses b) et c) seules	12,30%	7,40%	10,30%	13,30%	19,00%	15,10%

Cette question cruciale sur la physiologie de la reproduction permet d'avoir une idée objective de la compréhension qu'ont les jeunes du cycle menstruel et des conséquences qui en découlent. La progression des connaissances, qui est visible dans toutes les réponses à cette question lors du post-test, est particulièrement nette lorsqu'on regarde l'augmentation du nombre de réponse c) : elle est citée dans **27,9%** des cas dans le pré-test et dans **45,3%** des cas dans le post-test.

Après la formation, il existe très peu de différences entre les réponses des filles et des garçons, à part pour la réponse d) (citée par les filles dans 0% des cas, par les garçons dans 23,8% des cas).

Enfin, si nous regardons la seule tranche d'âge des 19-23 ans, nous nous rendons compte que leurs réponses sont bien meilleures que celles de l'échantillon global, et ce avant et après la formation: respectivement 80% et 77,7% pour la réponse b) (contre 55,9% et 51%

pour l'échantillon global), 70% et 77,7% pour la réponse c) (contre 27,9% et 45,3% pour l'échantillon global), et 60% et 66,7% pour les réponses b) et c) seules (contre 10,3% et 15,1% pour l'échantillon global).

Question 2 :

" Parmi les propositions suivantes, entourez celles qui sont exactes:

- a) L'ovulation se produit 28 jours avant les règles.
- b) Les spermatozoïdes peuvent parfois vivre jusqu'à 7 jours.**
- c) Le début de la puberté se situe entre 11 et 13 ans pour les filles comme pour les garçons.**
- d) Avoir des rapports sexuels sans utiliser de moyen de contraception peut entraîner une grossesse. "**

Tableau 5.3 : test d'évaluation des connaissances – question 2 à Done Saat.

	Pré-test			Post-test		
	Filles	Garçons	Total	Filles	Garçons	Total
Réponse a)	18,40%	16,70%	17,60%	6,70%	14,30%	9,10%
Réponse b)	5,20%	33,30%	17,60%	66,70%	85,70%	69,10%
Réponse c)	42,10%	33,30%	38,20%	60,00%	66,70%	63,60%
Réponse d)	55,30%	63,30%	58,90%	73,30%	87,10%	79,10%
Taux de réponse	94,70%	100,00%	97,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Réponses b), c), d) seules	1,50%	1,50%	1,50%	30,30%	27,10%	29,00%

L'intitulé de la réponse a) a été choisi par les membres Lao de notre équipe. Il faut savoir en effet que dans le vocabulaire courant Lao, les mots décrivant l'ovulation et les règles sont souvent confondus. Nous avons pu constater la diminution du nombre de réponse a) : 17,6% dans le pré-test, 9,1% dans le post-test.

La réponse b) fait référence à la notion que la seule méthode naturelle de contraception (en évitant les jours "à risque") est très peu fiable en raison de la durée de vie très variable (et parfois longue) des spermatozoïdes. Nous avons observé l'augmentation du nombre de réponse b) après la formation, en particulier chez les filles où il est passé de 5,2% à 66,7%.

Le taux de réponses b), c) et d) seules a beaucoup progressé après la formation puisqu'il est passé de 1,5% à 29%.

Il est également intéressant de noter que les réponses des garçons sont sensiblement meilleures que celles des filles pour cette question.

- Connaissance de la grossesse.

Question 3 :

" Au début de la grossesse, quel est le premier signe qui apparaît:

- a) L'apparition des mouvements du fœtus ?
- b) L'augmentation du volume de l'utérus ?
- c) La disparition des règles ?**
- d) La prise de poids ? "

Tableau 5.4 : test d'évaluation des connaissances – question 3 à Done Saat.

	Pré-test			Post-test		
	Filles	Garçons	Total	Filles	Garçons	Total
Réponse a)	15,80%	33,30%	23,50%	10,00%	28,60%	16,40%
Réponse b)	31,60%	46,70%	38,20%	26,70%	33,30%	27,30%
Réponse c)	73,70%	66,70%	70,60%	100,00%	85,70%	94,50%
Réponse d)	21,10%	33,30%	26,50%	23,30%	47,60%	32,00%
Taux de réponse	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Réponse c) seule	27,90%	13,20%	21,10%	73,30%	47,60%	63,60%

Ce signe d'alerte (la disparition des règles) nous semblait important à souligner.

La très nette progression des connaissances (en particulier l'augmentation du pourcentage des réponses c) seule qui passe de 21,1% à 63,6%) est manifeste.

Il faut encore noter le moins bon score des garçons sur cette question, et que 100% des filles donnent la réponse c).

Question 4 :

" Parmi les situations suivantes, trouvez celles pour lesquelles madame X, qui est enceinte de 2 mois, doit aller consulter à l'hôpital:

- a) **Son mari trouve qu'elle est pâle et fatiguée.**
- b) **Elle a eu des saignements génitaux après avoir travaillé dans la rizière.**
- c) Elle a eu mal au dos depuis qu'elle a travaillé dans la rizière.
- d) **Elle a des sécrétions génitales verdâtres et malodorantes depuis trois jours. "**

Tableau 5.5 : test d'évaluation des connaissances – question 4 à Done Saat.

	Pré-test			Post-test		
	Filles	Garçons	Total	Filles	Garçons	Total
Réponse a)	60,50%	56,70%	58,80%	66,70%	76,20%	69,10%
Réponse b)	21,10%	33,30%	26,50%	80,00%	71,00%	78,20%
Réponse c)	31,60%	23,30%	27,90%	3,30%	6,80%	5,50%
Réponse d)	10,50%	26,70%	17,60%	66,70%	76,20%	69,10%
Taux de réponse	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Réponses a), b), d) seules	0,00%	0,00%	0,00%	43,30%	47,60%	45,20%

Cette question s'intègre dans le cadre de la prévention des grossesses à risque: la réponse a) fait référence aux signes cliniques de l'anémie, la réponse b) aux hémorragies génitales, et la réponse d) aux infections génitales, tous trois facteurs de risque durant la grossesse et l'accouchement.

La progression des pourcentages est très nette, surtout pour les réponses a), b) et d) seules (0% avant la formation, 45,2% après).

Les réponses des filles et des garçons sont similaires.

Question 5 :

" Les consultations à la SMI pendant la grossesse:

- a) Servent à mesurer la taille du bassin de la femme enceinte.
- b) Servent à connaître la position du fœtus.
- c) Sont conseillées pour toutes les femmes.
- d) Doivent être faites au 3e, au 5e, au 6e et au 9e mois de grossesse. "

Tableau 5.6 : test d'évaluation des connaissances – question 5 à Done Saat.

	Pré-test			Post-test		
	Filles	Garçons	Total	Filles	Garçons	Total
Réponse a)	18,40%	16,40%	17,60%	69,20%	52,40%	61,70%
Réponse b)	18,40%	26,70%	22,10%	34,60%	42,90%	38,30%
Réponse c)	36,80%	36,80%	36,80%	50,00%	66,70%	57,40%
Réponse d)	65,80%	76,70%	70,60%	92,30%	72,40%	84,50%
Taux de réponse	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Toutes les réponses	5,30%	3,30%	4,80%	23,10%	22,70%	22,90%

Cette question s'intègre dans le cadre de l'amélioration de la détection, pendant la grossesse, des facteurs de risque pour l'accouchement. Les réponses a) et b) doivent être soulignées, d'autant plus que EDA a assuré des formations sur ce thème pour les médecins à l'hôpital provincial et dans les hôpitaux de district. La réponse d) fait référence aux consignes de la SMI de Vientiane qui nous ont semblé appropriées dans le contexte du Laos.

L'augmentation des pourcentages après formation est encore une fois très nette, avec un score légèrement meilleur pour les filles, même si nous pouvons nous rendre compte qu'il faudra bien insister à l'avenir sur les points b) et c).

Enfin, si nous regardons la seule tranche d'âge des 19-23 ans, nous nous rendons compte que le taux de réponse b) positives est nettement supérieur avant et après la formation: respectivement 40% et 71,4% (contre 22,1% et 38,3% dans l'échantillon global).

- Connaissance de l'accouchement et des suites de couche.

Question 6 :

" Parmi les propositions suivantes, entourez celles qui sont exactes:

- a) **Les contractions sont des douleurs dans le ventre et dans le dos.**
- b) **La délivrance est la période la plus dangereuse de l'accouchement car il y a un risque élevé d'hémorragies.**
- c) **L'allaitement maternel est conseillé.**
- d) **Il faut donner le colostrum au nourrisson car cela contient beaucoup de vitamines. "**

Tableau 5.7 : test d'évaluation des connaissances – question 6 à Done Saat.

	Pré-test			Post-test		
	Filles	Garçons	Total	Filles	Garçons	Total
Réponse a)	71,10%	66,70%	69,10%	88,50%	81,80%	85,40%
Réponse b)	26,30%	26,70%	26,50%	53,80%	40,90%	47,90%
Réponse c)	28,90%	43,30%	35,30%	73,10%	63,60%	68,80%
Réponse d)	28,90%	46,70%	36,80%	92,30%	68,20%	81,30%
Taux de réponse	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Toutes les réponses	10,50%	13,30%	11,80%	26,90%	18,20%	22,90%

La dangerosité potentielle de la délivrance nous semblait importante à souligner, dans la mesure où, pour la plupart des jeunes interrogés lors de la formation, une fois que l'enfant est sorti, l'accouchement (et la période risquée) est terminé. Nous avons voulu également insister sur l'allaitement maternel, en particulier sur l'importance de donner le colostrum. Nous avons en effet pu apprendre qu'au Laos, la tradition rurale veut que l'on jette le colostrum (et que le bébé soit, pendant cette période, allaité par une nourrice).

L'augmentation des pourcentages est encore franche pour toutes les réponses après la formation.

- Connaissance des moyens de contraception.

Question 7 :

" Connaissez-vous au moins une méthode pour éviter d'avoir des enfants ?

- a) Citez une méthode: _____
- b) Savez-vous où l'on peut obtenir cette méthode ? _____
- c) Quelle est la seule méthode contraceptive qui protège également des MST ? _____

Tableau 5.8 : test d'évaluation des connaissances – question 7 à Done Saat.

		Pré-test			Post-test		
		Filles	Garçons	Total	Filles	Garçons	Total
Réponse a)	Préservatif	52,60%	83,30%	66,20%	26,90%	100,00%	60,40%
	Pilule	18,40%	6,70%	13,20%	15,40%	0,00%	8,30%
	DIU	26,30%	10,00%	19,10%	19,20%	0,00%	10,40%
	Injection	0,00%	3,30%	1,50%	0,00%	0,00%	0,00%
	Chirurgie	2,60%	0,00%	1,50%	38,50%	0,00%	20,80%
	Naturelle	5,20%	3,30%	4,40%	0,00%	0,00%	0,00%
	Peut citer une méthode	100,00%	96,70%	98,50%	100,00%	100,00%	100,00%
Réponse b)	SMI	5,20%	3,30%	4,40%	23,10%	0,00%	12,50%
	Hôpital	96,30%	80,30%	85,30%	83,50%	95,50%	89,00%
	Pharmacie	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	Médecin privé	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
		Peut citer un lieu	97,40%	83,30%	89,70%	100,00%	95,50%
Réponse c)	Préservatif	15,80%	13,30%	14,70%	53,80%	31,80%	43,80%

Ces questions ouvertes nous ont permis de constater que les adolescents, qui avaient déjà une très bonne connaissance des moyens de contraceptions et des lieux où l'on peut se les procurer, ont toutefois bien profité de notre formation. Il existe des disparités qualitatives entre filles et garçons.

Par ailleurs, la connaissance du double rôle du préservatif (moyen de contraception et protection contre les MST) reste faible après la formation.

Question 8 :

" L'utilisation de moyens contraceptifs (entourez les réponses exactes):

- a) **Permet d'éviter à une femme d'être enceinte.**
- b) Fait grossir.
- c) Empêche de travailler dans la rizière.
- d) Peut être dangereuse pour la santé. "

Tableau 5.9 : test d'évaluation des connaissances – question 8 à Done Saat.

	Pré-test			Post-test		
	Filles	Garçons	Total	Filles	Garçons	Total
Réponse a)	60,50%	46,70%	54,40%	100,00%	95,50%	95,80%
Réponse b)	18,40%	46,70%	30,90%	38,50%	26,90%	30,30%
Réponse c)	15,80%	26,70%	20,60%	5,30%	22,70%	14,60%
Réponse d)	23,70%	20,00%	22,10%	13,20%	9,10%	10,60%
Taux de réponse	100,00%	100,00%	100,00%	96,10%	100,00%	97,90%
Réponse a) seule	52,60%	33,30%	44,10%	72,70%	54,50%	64,40%

Les réponses b) et c) sont deux des arguments les plus fréquemment utilisé par les femmes aux consultations de SMI lorsqu'elles expliquent pourquoi elles ont peur de prendre la pillule. Le pourcentage de réponses a) a largement augmenté après la formation, ainsi que le pourcentage de réponses a) seule.

Le score des filles est meilleur que celui des garçons, sauf pour le point b) qui totalise encore 38,5% de réponses positives parmi elles après la formation.

Question 9 :

" L'utilisation des services de la planification familiale (entourez les réponses exactes):

- a) Ne concerne que les femmes.
- b) **Permet d'améliorer la santé des mères et des enfants.**
- c) Est seulement utile aux personnes de plus de 25 ans. "

Tableau 5.10 : test d'évaluation des connaissances – question 9 à Done Saat.

	Pré-test			Post-test		
	Filles	Garçons	Total	Filles	Garçons	Total
Réponse a)	52,60%	56,70%	54,40%	57,70%	36,30%	47,90%
Réponse b)	42,10%	40,00%	41,20%	57,70%	81,80%	68,80%
Réponse c)	15,80%	13,30%	14,70%	24,60%	13,60%	15,00%
Taux de réponse	94,70%	90,00%	92,60%	96,10%	100,00%	95,80%
Réponse b) seule	28,90%	26,60%	27,90%	23,00%	54,50%	37,50%

La réponse a) fait également écho à notre cours sur l'équilibre entre les genres. La réponse c) nous a semblé intéressante dans la mesure où les anciennes directives de la SMI n'autorisaient la distribution gratuite de moyens de contraception qu'aux femmes mariées de plus de 25 ans.

Les résultats à cette question sont assez contrastés: autant les garçons semblent avoir profité de l'enseignement (avant la formation, 56,7% d'entre eux pensent que l'utilisation des services de la planification familiale ne concerne que les femmes, et seulement 40% d'entre eux pensent que celle-ci permet d'améliorer la santé des mères et des enfants; après la formation, ils ne sont plus que 36,3% à cocher la réponse 1) et ils sont 81,8% à cocher la réponse 2)), autant les filles ont des résultats similaires avant et après les cours.

- Connaissance des MST et du sida.

Question 10 :

" Parmi les propositions suivantes, entourez celles qui sont exactes:

- a) Le sida peut être guéri par des antibiotiques.
- b) Le sida ne peut être transmis que par les rapports sexuels.
- c) Le sida est une maladie mortelle.**
- d) Certaines MST peuvent entraîner une stérilité définitive chez les femmes.**
- e) Le préservatif permet de se protéger du sida mais pas des autres MST.
- f) Le préservatif est aussi un moyen de contraception efficace. "**

Tableau 5.11 : test d'évaluation des connaissances – question 10 à Done Saat.

	Pré-test			Post-test		
	Filles	Garçons	Total	Filles	Garçons	Total
Réponse a)	7,90%	10,00%	8,80%	3,80%	18,20%	10,40%
Réponse b)	26,30%	40,00%	32,40%	42,30%	27,30%	39,60%
Réponse c)	63,20%	70,00%	66,20%	84,60%	98,90%	91,70%
Réponse d)	10,50%	10,00%	10,30%	38,40%	31,80%	37,50%
Réponse e)	31,60%	23,30%	27,90%	19,20%	9,10%	16,70%
Réponse f)	52,60%	43,30%	48,50%	100,00%	100,00%	100,00%
Taux de réponse	100,00%	90,00%	95,60%	100,00%	100,00%	100,00%
Réponses c), d), f) seules	0,00%	0,00%	0,00%	11,50%	18,20%	14,60%

Bien que globalement améliorées après la formation, les connaissances sur ce sujet restent partielles et on note parfois des résultats paradoxaux (comme l'augmentation des réponses b) chez les filles dans le post-test). En revanche, le nombre de réponse c), d) et f) seules est passé de 0% à 14,6 %.

- Connaissance des drogues et des conduites à risque.

Question 11 :

" Parmi les propositions suivantes, entourez celles qui sont exactes:

- a) **Les drogues sont des produits toxiques pour le corps humain.**
- b) **Les drogues entraînent une dépendance.**
- c) **L'opium est une drogue.**
- d) **Les amphétamines sont une drogue. "**

Tableau 5.12 : test d'évaluation des connaissances – question 11 à Done Saat.

	Pré-test			Post-test		
	Filles	Garçons	Total	Filles	Garçons	Total
Réponse a)	76,30%	70,00%	73,50%	100,00%	90,90%	95,80%
Réponse b)	42,10%	56,70%	48,50%	95,90%	95,50%	95,80%
Réponse c)	21,10%	50,00%	33,80%	91,30%	86,40%	89,60%
Réponse d)	26,30%	53,30%	38,20%	91,80%	90,90%	91,70%
Taux de réponse	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Toutes les réponses	15,80%	26,70%	20,60%	76,90%	77,30%	77,10%

L'ensemble des réponses des adolescents sur ce sujet s'est amélioré après la formation.

Question 12 :

" Parmi les propositions suivantes, entourez celles qui sont exactes:

- a) **La prise de drogue modifie la perception de la réalité.**
- b) **La prise de drogue augmente le risque de contracter une MST.**
- c) **Le viol, la violence où la prostitution peuvent être la conséquence de la prise de drogue.**
- d) La prise de drogue renforce la volonté. "

Tableau 5.13 : test d'évaluation des connaissances – question 12 à Done Saat.

	Pré-test			Post-test		
	Filles	Garçons	Total	Filles	Garçons	Total
Réponse a)	55,30%	76,70%	64,70%	95,70%	100,00%	97,90%
Réponse b)	15,80%	16,70%	16,20%	69,60%	54,50%	64,60%
Réponse c)	31,60%	30,00%	30,90%	87,00%	90,90%	87,50%
Réponse d)	63,20%	66,70%	64,70%	73,90%	81,80%	77,10%
Taux de réponse	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Réponses a), b), c) seules	0,00%	0,00%	0,00%	23,10%	18,20%	20,80%

L'augmentation des pourcentages de bonnes réponses est nette, en particulier la réponse b), plus spécifique de la santé de la reproduction, qui passe de 16,2% à 64,6% après la formation. En revanche la réponse d), qui totalisait déjà 64,7% des réponses dans le pré-test, est citée dans 77,1% des cas après la formation.

iii. Discussion.

Le test d'évaluation des connaissances réalisé dans un délai court à l'issue d'une formation permet essentiellement d'évaluer la compréhension de cette formation par les élèves. C'est donc dans ce sens que nous avons analysé nos résultats.

La progression globale des bonnes réponses dans le post-test nous confirmait l'impression subjective que nous avons eu jusque là sur la bonne réceptivité des élèves à notre formation et à la méthodologie appliquée. Certains points particuliers ont cependant attiré notre attention.

Comme on pouvait s'y attendre, les bonnes réponses augmentaient globalement avec l'âge des adolescents.

Pour ce qui concerne la question sur la période de fécondabilité, si le nombre de bonnes réponses avait augmenté, nous restions tout de même insatisfaits des résultats obtenus dans l'absolu. Les disparités existant entre les garçons et les filles avant la formation s'étaient réduites, mais nous avons pris note qu'il nous faudrait à l'avenir encore plus simplifier et préciser le message sur ce thème.

Les questions sur l'utilité du suivi médical de la grossesse et sur l'intérêt de celui-ci pour toutes les femmes montraient que cet aspect n'avait pas été bien perçu par les adolescents. Nous avons donc discuté avec les formateurs pour qu'ils insistent d'avantage sur ce point lors du cours sur la grossesse.

Les réponses concernant les moyens de contraception s'étaient améliorées de manière satisfaisante dans le post-test par rapport au pré-test. Seul le double-rôle du préservatif (moyen de contraception et protection contre les MST) n'avait pas bien été compris, et ce point qui nous semblait déjà un enjeu capital avant la formation à Done Saat à la lecture des résultats de l'enquête de MSF [8] nous paraissait mériter encore plus d'explications dans le futur.

Les réponses sur l'utilité du planning familial n'avaient pas progressé chez les filles à l'issue des cours. Si son intérêt pour améliorer la santé materno-infantile était bien perçu, les filles concevaient encore la planification familiale comme une question essentiellement féminine. Il est vrai que, dans la province d'Oudomxay, les anciens textes de la Politique Nationale d'Espacement des Naissances de 1995 n'avait probablement pas encore été supplantés par ceux de la Politique Nationale de Développement et de la Population de 1999 : l'espacement des naissances était donc encore dans les esprits de tous une affaire de femme, et il nous faudrait insister particulièrement sur ce point dans nos formations afin de modifier les comportements.

A propos des MST et du sida, les bonnes réponses avaient globalement augmenté dans le post-test, mais les points spécifiques que nous voulions tester, comme les modes de transmission autres que les rapports sexuels, n'étaient pas encore très bien perçus.

Enfin, la formation sur les drogues et les conduites à risque semblait avoir été particulièrement bien comprise par les adolescents, à l'exception d'un point : pour eux, la prise de drogue renforçait la volonté. Nous avons du mal à comprendre comment ce message avait pu être perçu alors que nous avons le sentiment de faire passer le message inverse durant la séance sur ce thème, jusqu'à ce que les traducteurs nous expliquent qu'en lao « volonté » et « force » se disaient de la même manière, ce qui changeait le sens de la proposition. Nous avons donc dû modifier cet item.

iv. Conclusion.

Le cycle de formations à Done Saat nous a permis d'améliorer notre matériel. Sur le fond, d'abord, nous avons tiré profit des résultats du test d'évaluation pour modifier certains points de nos curricula. Sur la forme, ensuite, ces séances nous ont permis de tester d'autres modes de présentation, d'autres schémas, et certains formateurs ont même composé des chansons sur les thèmes abordés.

Ensuite, nous avons pu tester en conditions réelles l'ensemble des outils pédagogiques qui seraient ensuite réutilisés dans les lycées d'Oudomxay.

Nous avons également pu former un certain nombre de jeunes de l'UJL à la mise en place de ces formations : motivés par le sujet et convaincus par la méthode employée, certains ont même projeté de renouveler l'expérience dans d'autres villages.

Enfin, les lao d'EDA avaient acquis une certaine expérience lors de ces formations, et il serait de moins en moins nécessaire de les épauler lors des formations ultérieures.

D/ Séances de formation de la troisième phase.

Forts des enseignements tirés de l'expérience de Done Saat, nous avons à nouveau modifié le contenu du livret de formation, et nous avons décidé d'en faire réaliser un tirage de qualité supérieure à Vientiane.

D'autre part, sur une idée des professeurs qui collaboraient avec nous, et en plus des exemplaires que nous donnerions à chaque lycéen qui suivrait la formation, nous avons décidé qu'une dizaine d'exemplaires du livret de formation seraient à la disposition des adolescents dans les bibliothèques de chacun des établissements secondaires d'Oudomxay. Cette idée nous paraissait d'autant plus intéressante qu'on sait que, au Laos, dans le domaine de la sexualité, comme l'avait démontré l'enquête de l'UJL, les principaux informateurs des adolescents sont leur pairs [7]. L'information que nous souhaitions transmettre pourrait ainsi circuler entre les lycéens en dehors de nos formations avec un support écrit.

Par ailleurs, les responsables du FNUAP pour l'ISR, nous avaient appris fin août que l'initiative serait certainement prolongée jusqu'en mai 2002.

Lors des formations à Done Saat, les médecins expatriés du projet avaient passé le relais aux lao de l'équipe. Ils avaient bien saisi le déroulement des séances, et leur maîtrise du contenu des curricula leur avaient permis d'assumer seuls les séances de questions des élèves. Par ailleurs, nous avons, lors de la préparation des cours pour Done Saat, nous avons formé deux professeurs de chaque lycée au contenu théorique des formations et nous leur avons expliqué la méthodologie. Nous devons donc organiser un nouveau cycle d'enseignement afin de mettre en pratique les connaissances de notre nouvelle équipe.

Il nous a semblé plus pertinent de réaliser une série complète de six formations dans l'un des trois lycées plutôt que de débiter ces séances dans chacun des trois lycées, ainsi, même si l'ISR n'était pas prolongée, un cycle complet serait terminé avant novembre.

Les professeurs de l'Ecole des Ethnies étant très motivés, nous y avons donc organisé cette session durant le mois de septembre. Du 7 au 26 septembre, les six cours de notre formation ont été réalisés à l'attention des classes de M4 et M5 de l'Ecole des Ethnies.

- 7 septembre 2000 : pré-test de connaissances et cours sur la physiologie de la reproduction. 139 élèves.
- 8 septembre 2000 : cours sur la grossesse. 94 élèves (les lycéens de M4 n'ont pas pu assister à cette séance).
- 21 septembre 2000 : premier post-test de connaissances et cours sur l'accouchement. 142 élèves.
- 25 septembre 2000 : cours sur la planification familiale, deuxième post-test et cours sur les MST/sida et les conduites à risque. 148 élèves.
- 27 septembre 2000 : troisième post-test et cours sur l'équilibre entre les genres. 126 élèves.

Nous avons laissé les rênes de cet enseignement aux professeurs et aux membres de l'UJL que nous avons formés. Les laos d'EDA (le Docteur Thounmanie, le Docteur Siviengkhone et madame Douangtha) assurant le rôle de superviseur. L'impression des équipes était que l'ensemble de la formation s'était bien déroulée, ce qui a effectivement été confirmé en pratique lors de l'analyse du test d'évaluation des connaissances post-formation : les résultats s'amélioraient nettement, de manière assez similaire à ce qui s'était produit à Done Saat.

A la fin du mois de septembre, nous avons eu la confirmation de la prolongation de l'ISR jusqu'en mai 2002.

E/ Séances de formation de la quatrième phase.

Durant la période d'octobre 2000 à mai 2002, les professeurs que nous avons formés ont réalisé de manière autonome l'ensemble des cycles d'enseignement sur la santé de la reproduction dans chacun des trois lycées d'Oudomxay. Pendant cette phase, le contenu du livret de formation n'a plus été modifié au vu des résultats des tests d'évaluation post-formation, mais ce sont plutôt les explications orales des animateurs qui étaient adaptées en fonction. On trouvera la liste des séances réalisées pendant cette période en Annexe I.

V : Deuxième enquête de connaissances et de comportements.

A/ Contexte.

Initialement prévue en mai 2002 à l'issue du cycle de formations et juste avant la clôture de l'ISR, cette deuxième enquête n'a pu être mise en place qu'en septembre, ce qui posait un problème de taille : lors de l'année scolaire précédente, dans les lycées de Mueng Xay et d'Oudomxay, les formations avaient été effectuées à l'attention des classes M4, M5, et M6. En septembre, la quasi-totalité des élèves qui étaient en M6 auraient quitté l'enseignement secondaire, à l'exception des redoublants, et tous les nouveaux arrivants en M4 n'auraient pas suivi la formation. De même, à l'Ecole des Ethnies, lors de l'année scolaire précédente, les classes de M3 à M5 avaient été formées, mais en septembre, les anciens M5 seraient partis dans un des deux autres établissements secondaires d'Oudomxay, et les nouveaux M3 n'auraient pas suivi nos cours. Au total, environ 60% seulement des lycéens que nous allions interroger auraient suivi nos formations. Nous nous exposons donc au risque de sous-estimer l'impact de notre formation, mais il nous a semblé préférable d'opter pour une distribution à l'ensemble de ces classes afin de garder le plus possible une population comparable à celle de l'enquête initiale.

B/ Objectifs.

Nous souhaitons donc, à la fin de l'ISR et du projet d'EDA pour la santé de la reproduction à Oudomxay, évaluer l'impact de nos formations dans les lycées de la ville depuis le mois d'avril 2000, durant lequel l'enquête initiale sur les connaissances et les comportements avait été réalisée. La partie de la seconde enquête concernant les connaissances des lycéens devait nous apporter des informations à ce sujet.

Par ailleurs, l'objectif initial du projet qui était de donner aux lycéens d'Oudomxay, par le biais d'activités d'éducation et d'information sur des sujets touchant à la reproduction,

une connaissance suffisante, apte à induire une prise de conscience leur permettant d'adopter des comportements responsables, avait-il été atteint ? Nous attendions de la section de la deuxième enquête sur les comportements des lycéens qu'elle nous donne des éléments de réponse.

C/ Méthodologie.

1) Distribution des questionnaires.

En 2002, l'Ecole des Ethnies compte 311 élèves, dont 79 filles, des classes M3, M4 et M5, qui ont tous reçu le questionnaire ; le lycée provincial recense 1943 étudiants, et le questionnaire a été remis aux 807 lycéens, dont 291 filles, des classes M4 à M6 ; enfin on dénombre 1914 élèves au lycée de Mueng Xay, et les classes de M4 à M6, soit 701 adolescents dont 389 filles, ont reçu le questionnaire.

Au total, durant la première semaine de septembre, 1900 enquêtes ont été distribuées dans les trois lycées d'Oudomxay, puis collectés par les professeurs en charge de la formation dans ces établissements.

De même qu'en 2000, l'anonymat a été respecté tout au long de ce processus.

2) Saisie et analyse des données.

Le questionnaire/cache créé en 2000 avec EpiInfo® a été à nouveau utilisé pour la saisie des données, suivant les mêmes modalités que lors de la première enquête, et l'analyse a également été effectuée à l'aide de ce logiciel.

D/ Résultats.

1) Retour des réponses.

L'effectif des élèves concernés dans les trois établissements est de 1819 élèves, et nous avons pu collecter 1353 questionnaires, soit un taux de retour de plus de **71 %** (*le taux de retour lors de la première enquête était de 60 % environ*). L'analyse par sexe montre une mobilisation plus forte des **filles 81%** contre **69% pour les garçons** (*en 2000, ces chiffres étaient respectivement de 72% et 57%*).

2) Caractéristiques générales des répondants.

Sur un effectif de 1353 personnes qui ont répondu, 1340 nous ont donné leur âge. L'échantillonnage s'échelonne de 12 à 25 ans. Comme en 2000, nous les avons réparti suivant les classes reconnues par l'O.M.S. De 10 à 14 ans la pré-adolescence, de 15 à 19 l'adolescence et de 20 à 25 la jeunesse (cf. Tableau 6.1).

Il y a 612 filles qui ont répondu pour 736 garçons soit **45,2%** (*41,9% en 2000*) (cf. Tableau 6.2).

Par comparaison, l'ensemble des élèves sondés dans les trois établissements comprend 759 filles pour 1060 garçons, soit un taux global de filles à **41,7%** (*contre 36,3% en 2000*) que l'on peut analyser par établissements (cf. Tableau 6.3).

Toutes les personnes (1352) qui ont répondu à la question sur la situation familiale se déclarent célibataires.

La répartition ethnique est différente de celle de la population générale de la ville (47,1% de Lao loum, 28,5% de Lao theung et 24,4% de Lao sung) et de la province (28,6% de Lao loum, 58,2% de Lao theung et 13,2% de Lao sung). Par rapport à l'année 2000, on

note une diminution des Taï non lao dans la Province et dans la ville, tandis qu'il existe une forte hausse de la population Pounoy en provenance de la province de Phongsaly, en particulier dans la ville d'Oudomxay. Cela se ressent également dans la répartition ethnique des lycéens, même si les Taï lao restent surreprésentés par rapport à la ville ou à la province (cf. Tableau 6.4).

Tableau 6.1 : répartition des répondants par tranche d'âge, en 2000 et 2002.

Age	12 à 14 ans	15 à 19 ans	20 à 25 ans
Pourcentage en 2000	15,60%	77%	7,40%
Pourcentage en 2002	8,70%	86,70%	4,60%

Tableau 6.2 : répartition des répondants par genre, en 2000 et 2002.

	Réponses filles	Réponses garçons
Pourcentage en 2000	41,90%	58,10%
Nombre en 2002	612	736
Pourcentage en 2002	45,20%	54,40%

Tableau 6.3 : répartition des genres par lycée, en 2000 et 2002.

	Filles	Garçons	Total	Taux de filles (2002)	Taux de filles (2000)
Ethnies	79	232	311	25,40%	18,80%
Oudomxay	291	410	701	41,50%	41,00%
Mueng Xay	389	418	807	48,20%	38,90%
Total	759	1060	1819	41,70%	36,30%

Tableau 6.4 : répartition ethnique dans les lycées, la ville et la province d'Oudomxay en 2002.

Ethnie	Taï Lao	Autres Taï	Khamou	Mhong	Autres
Lycéens	59,30%	2,70%	24,20%	7,20%	4,80%
Oudomxay (ville)	47,10%		28,50%	24,40%	
Oudomxay (province)	28,60%		58,20%	13,20%	

3) Connaissances.

- Physiologie de la reproduction.

Entre 1248 et 1249 lycéens ont répondu à la question sur la période de fécondabilité, soit environ **92%** (*contre 68% en 2000*) ; **54,2%** des réponses donnent la période qui précède et qui peut englober l'ovulation (*contre 22,9% en 2000*), **37,5%** donnent la période qui suit et qui peut englober l'ovulation (*contre 20,9% en 2000*). **300 lycéens ont répondu positivement aux périodes cumulées du 5e au 16e jour soit 22,2%** (*contre 0,5% en 2000*) (cf. Tableau 6.5).

Tableau 6.5 : connaissance de la période de fécondabilité, en 2000 et 2002.

	2000	2002
Pendant les règles	8,00%	14,90%
Du 5e au 10e jour après les règles	22,90%	54,20%
Du 12e au 16e jour après les règles	20,90%	37,50%
Du 18e au 26e jour après les règles	15,70%	9,70%
<i>Du 5e au 16e jour après les règles</i>	0,50%	22,20%
Pas de réponse	32,00%	7,80%

- Méthodes contraceptives.

On retrouve 1331 personnes qui connaissent au moins une méthode de contraception soit **94,5%** (*contre 76,4% en 2000*). La méthode la plus souvent citée est le **préservatif à 85,1%** (*83,1% en 2000*), ensuite les chiffres chutent à **10%** pour la **pilule** (*5% en 2000*), 4% environ pour le D.I.U ou l'abstinence (*respectivement 5% et moins de 1% en 2000*) ; sont très peu citées la stérilisation masculine et féminine, les injections, ou les méthodes naturelles, *comme en 2000*.

Il y a 1220 élèves qui savent où trouver un tel moyen de contraception, soit un peu plus de **90 %** (*contre 69% en 2000*). **L'hôpital** est encore plus considéré comme le lieu privilégié pour se fournir en moyens contraceptifs qu'en 2000 : **71,8%** *contre 62,1%*, et on

peut noter en règle générale une variété plus grande dans les réponses à cette question. La consultation **SMI**, par exemple, recueille **12,9%** des réponses (*6,4% en 2000*), la distribution par les pharmaciens, très peu citée en 2000 (*1,7%*), passe à **5,7%**, et l'accès au préservatif grâce aux médecins privés, cité dans *moins de 1% des cas en 2000*, apparaît désormais dans **4,3%** des réponses. L'utilité du préservatif est connue par 1316 élèves, soit **96,8%** d'entre eux, un chiffre relativement stable par rapport aux résultats de 2000 (*95,3%*), et **96,8%** (*89,9% en 2000*) savent où se le procurer (cf. Tableau 6.6).

Tableau 6.6 : lieux d'approvisionnement en préservatifs, en 2000 et 2002.

	2000	2002
SMI	2,80%	1,60%
Hôpital	50,40%	46,60%
Pharmacie	57,50%	78,90%
Médecins privés	0,30%	0,70%

- Sida.

Une très grande majorité (1323) des élèves, **96,5% d'entre eux, répondent qu'ils connaissent cette maladie**. En 2000, le taux de réponse positive était déjà excellent (*92%*).

En ce qui concerne le mode de transmission, **96,8% des jeunes citent les rapports sexuels** (*contre 93% en 2000*), mais leur connaissance a surtout progressé concernant les autres modes de transmission : **47,5% parlent du sang ou des injections** (*contre 16% en 2000*), et la **transmission materno-fœtale recueille 20,8%** des réponses alors qu'elle n'était *pas du tout citée en 2000*.

Contrairement aux résultats de 2000, ce ne sont plus les médias qui apportent le plus d'information sur le sida. On notera en particulier la progression de l'impact des différents « programmes sida » qui ont largement contribué à la formation des lycéens (cf. Tableau 6.7).

Tableau 6.7 : moyens d'informations sur le sida, en 2000 et 2002.

	2000	2002
Médias	48,70%	34,70%
Programmes sida	7,70%	15,80%
Hôpital	30,70%	42,70%
Pharmacies privées	1,40%	2,50%
Médecins privés	0,90%	3,30%

- Accouchement.

Plus de neuf adolescents sur dix (**92,5%**) ont répondu que l'accouchement peut présenter des dangers (*contre 80,1% en 2000*). Lors de la première enquête, seuls 40,8% des adolescents pouvaient donner une explication pertinente. En 2002, ils sont **83,4%**.

Ce sont les **complications** qui font le plus peur et en particulier les **hémorragies**, pour la moitié des réponses. La notion de **suivi médical de la grossesse**, *très rarement citée en 2000*, se retrouve maintenant fréquemment avec **18,1%**. **L'âge de la mère** (dans cette catégorie, la réponse « accouchement avant 15 ans » est largement la plus fréquente) reste également souvent cité (cf. Tableau 6.8).

Tableau 6.8 : raisons de la dangerosité potentielle de l'accouchement, en 2000 et 2002.

	2000	2002
Complications	27,20%	57,40%
Lieu inapproprié	2,20%	1,80%
Age de la mère	8,50%	11,30%
Nombre de grossesses	0,40%	0,10%
Absence de suivi médical	3,40%	18,10%
Non respect des tabous	0,50%	0,30%

4) Comportements.

Il y a 1260 élèves qui ont répondu à la question sur l'âge estimé raisonnable pour une première grossesse, soit **93,1%** (*contre 93,5% en 2000*). La moyenne des réponses donne **17,9**

ans, la médiane étant à 18 ans. Ce résultat est très différent de la première enquête dans laquelle l'âge moyen donné était 16,1 ans, avec une médiane à 15 ans (cf. Tableau 7.1).

En ce qui concerne le début des rapports sexuels, les adolescents interrogés le situent à 15 ans pour une fille ou pour un garçon. Par rapport à la première enquête, on notera la plus grande fréquence de la réponse « 18 ans » pour le début des rapports sexuels pour une fille (cf. Tableaux 7.2 et 7.3).

Tableau 7.1 : âge estimé pour la première grossesse, en 2000 et 2002.

	12 ans	13 ans	14 ans	15 ans	16 ans	17 ans	18 ans	19 ans	20 ans
2000	3,20%	3,00%	14,10%	35,40%	5,90%	1,80%	20,80%	1,60%	4,60%
2002	1,40%	2,50%	2,50%	8,50%	3,00%	3,20%	56,00%	3,00%	8,30%

Tableau 7.2 : âge estimé des premiers rapports sexuels pour une fille, en 2000 et 2002.

	12 ans	13 ans	14 ans	15 ans	16 ans	17 ans	18 ans	19 ans	20 ans
2000	5,10%	5,30%	19,20%	34,00%	6,20%	2,40%	13,40%	0,90%	1,80%
2002	6,20%	15,00%	10,30%	29,60%	6,60%	2,60%	21,10%	1,20%	2,10%

Tableau 7.3 : âge estimé des premiers rapports sexuels pour un garçon, en 2000 et 2002.

	12 ans	13 ans	14 ans	15 ans	16 ans	17 ans	18 ans	19 ans	20 ans
2000	4,20%	3,10%	7,60%	30,20%	10,90%	3,00%	16,20%	0,90%	7,90%
2002	3,30%	6,30%	6,50%	32,20%	7,70%	5,50%	20,30%	2,00%	8,10%

On compte 1099 élèves qui n'ont jamais eu de relations sexuelles soit 80,5%, et 248 qui ont répondu positivement, soit 18,3%. Lors de la première enquête en 2000, ces chiffres étaient respectivement de 88,1% et 9,5%.

Ce groupe de 248 élèves, se compose de **237 garçons** et 11 filles, dont l'âge moyen est de **17,8 ans** (*comme en 2000*). Contrairement à la première enquête où les Mhong et les Khamous étaient proportionnellement les plus représentés, en 2002, ce sont surtout des Tai Lao (52%), puis viennent les Khamou (25%) et les Mhong (13%); **85,1%** n'ont pas de relations régulières (*85,9% en 2000*) et **44,8%** ont plusieurs partenaires (*52,9% en 2000*).

Presque un sur six (**15,7%**) utilise les services des professionnel(le)s (*22,3% en 2000*), **81,9%** se munissent de préservatifs alors qu'ils sont **96,8%** à le connaître (*en 2000, ces pourcentages étaient respectivement de 54,6% et 96,7%*); **89,1%** d'entre eux pensent qu'il existe des moyens pour se protéger des M.S.T (*contre 93,2% en 2000*). Les différentes MST rapportées dans les réponses de cette population sont principalement des gonorrhées traitées (*comme en 2000*) (cf. Tableau 7.4), au total **10,8%** des répondants ayant déjà eu des rapports sexuels ont déjà eu l'expérience d'une MST.

Ils sont **39,5%** à fumer régulièrement du tabac (*19,5% en 2000*), **83,5%** à consommer de l'alcool (*61% en 2000*), 1,6 % à consommer du cannabis et **5,2 % des amphétamines** (*2,5% en 2000*).

Comme en 2000, ils connaissent un peu mieux la physiologie de la reproduction que le reste de l'échantillonnage (cf. Tableau 7.5).

Presque la totalité des répondant (96,8%) connaît le sida (*93,3% en 2000*), **96,8%** savent qu'il se transmet par les rapports sexuels (*97% en 2000*), 92,5% répondent que l'accouchement peut présenter des dangers (*87,6% en 2000*).

Au total, sur l'ensemble des questions de connaissances, les réponses de cette population sont très légèrement meilleures que celles de la population générale, tout comme en l'an 2000.

Tableau 7.4 : expérience personnelle de MST parmi les lycéens ayant déjà eu des rapports sexuels, en 2000 et 2002.

	2000	2002
Gonorrhées traitées	6,60%	5,80%
Condylome	0,00%	1,60%
Leucorrhées	0,80%	0,80%
Lymphogranulomatose	4,10%	2,80%

Tableau 7.5 : connaissance de la période de fécondabilité parmi les lycéens ayant déjà eu des rapports sexuels.

	Population générale	Rapports sexuels +
Pendant les règles	14,90%	11,70%
Du 5e au 10e jour après les règles	54,20%	58,00%
Du 12e au 16e jour après les règles	37,50%	48,00%
Du 18e au 26e jour après les règles	9,70%	6,10%
<i>Du 5e au 16e jour après les règles</i>	22,20%	28,20%
Pas de réponse	7,80%	7,20%

- Comportement addictif.

97% des lycéens répondent à ces questions (89,9 % en 2000) à ces questions. **L'alcool est une habitude pour 77,5% des lycéens (40,7% en 2000)**, le **tabac** est utilisé par 17% d'entre eux (6,9% en 2000). Le cannabis, les amphétamines, la colle et l'opium sont peu utilisés (cf. Tableau 7.6).

Tableau 7.6 : comparaison de la consommation de substances addictives entre les répondants ayant déjà eu des rapports sexuels et la population totale, en 2000 et 2002.

	Tabac	Alcool	Cannabis	Amphétamines	Opium	Colle
Population totale 2000	6,90%	40,70%	0,30%	0,70%	0,00%	0,10%
Rapports sexuels + 2000	19,00%	59,50%	2,40%	2,40%	0,00%	0,00%
Population totale 2002	17,00%	77,50%	0,60%	1,40%	0,30%	0,40%
Rapports sexuels + 2002	39,50%	83,50%	1,60%	5,20%	1,20%	1,60%

5) Analyse selon le groupe d'âge.

En 2000, nous avons analysé les réponses des adolescents selon leur tranche d'âge. En 2002, il a semblé moins intéressant de répéter cette analyse : en effet, sur 1353 questionnaires retournés, 1163 (soit 86 %) tombent dans la catégorie 15-19 ans (*en 2000, ils étaient 76,6%*).

6) Analyse selon le sexe.

Les filles sont 612, l'âge moyen se situe à 16,1 ans. Les garçons sont 736, pour un âge moyen de 17,2 ans.

Comme en 2000, la répartition ethnique est différente de la répartition générale (cf. Tableau 8.1).

L'écart qui existait en 2000 entre les connaissances des filles et celles des garçons pour ce qui concerne la question sur la physiologie de la reproduction s'est considérablement atténué, et on constate des réponses quasiment équivalentes dans les deux sexes, avec toutefois des réponses légèrement meilleures pour les filles (cf. Tableau 8.2).

Seulement **88,5% des filles connaissent une méthode contraceptive, pour 96,6% des garçons** (*en 2000, on trouvait respectivement 70% et 81%*). Comme en 2000, c'est le préservatif qui est le plus souvent cité, puis la pilule, sans grande différence entre les réponses des filles et celles des garçons. 16,3% des filles pensent trouver les contraceptifs à la SMI, *pour 10,1% de garçons*. Elles sont 72,4% à proposer l'hôpital, *pour 70,8% de garçons* ; 4,9% la pharmacie *pour 6,4% de garçons* et 2%, *pour 3,5% de garçons* chez un médecin privé. 96,1% des filles connaissent l'utilité du préservatif (*contre 97,4% des garçons*) et les lieux indiqués pour le trouver sont les mêmes, avec les mêmes chiffres que pour l'ensemble de tous les lycéens.

On dénombre 96,7% des filles qui connaissent le sida et un mode de transmission du virus, *contre 97,6% des garçons*. Comme dans l'analyse globale sur tous les lycéens, les rapports sexuels viennent largement en tête des modes de contamination par le sida, mais les autres modes sont plus citées qu'en 2000 avec une répartition identique entre les garçons et les filles. Les moyens d'informations sur le sida cités sont les mêmes que l'ensemble des répondants.

On retrouve 92,5% de filles et de garçons qui pensent que l'accouchement peut être dangereux (cf. Tableau 8.3).

L'appréciation de l'âge des premiers rapports sexuels pour une fille et pour un garçon, et de la première grossesse est très peu différente d'un sexe à l'autre.

Par contre, la population féminine, certes légèrement plus jeune, avoue un taux très bas de **relations sexuelles** (1,8%), en comparaison de ce qu'annoncent *les garçons (38,9%)*.

Il existe de notables différences dans la consommation de substances addictives (cf. Tableau 8.4).

Tableau 8.1 : répartition ethnique selon le sexe en 2002.

Ethnie	Tai Lao	Autres Tai	Khamou	Mhong	Autres
Filles	67,20%	3,50%	19,40%	3,30%	6,40%
Garçons	52,80%	2,00%	28,40%	10,60%	3,50%
Tous les lycéens	59,30%	2,70%	24,20%	7,20%	4,80%
Oudomxay (ville)	47,10%		28,50%		24,40%
Oudomxay (province)	28,60%		58,20%		13,20%

Tableau 8.2 : connaissance de la période de fécondabilité en fonction du sexe, en 2000 et 2002.

	2000		2002	
	Filles	Garçons	Filles	Garçons
Pendant les règles ?	4,80%	10,20%	14,50%	15,10%
Du 5e au 10e jour après les règles	28,90%	18,60%	58,70%	50,50%
Du 12e au 16e jour après les règles	23,60%	19,00%	37,90%	37,10%
Du 18e au 26e jour après les règles	14,80%	16,30%	10,00%	9,50%
Du 5e au 16e jour après les règles	0,20%	0,40%	24,30%	20,20%

Tableau 8.3 : raisons de la dangerosité potentielle de l'accouchement en fonction du sexe, en 2000 et 2002.

	2000		2002	
	Filles	Garçons	Filles	Garçons
Complications	23,30%	30,10%	58,30%	56,80%
Lieu inapproprié	1,30%	3,00%	2,60%	1,20%
Age de la mère	10,90%	6,80%	10,30%	12,20%
Nombre de grossesses	0,80%	0,10%	0,00%	0,10%
Absence de suivi médical	5,30%	2,00%	17,20%	18,80%
Non respect des tabous	0,40%	0,70%	0,30%	0,10%

Tableau 8.4 : consommation de substances addictives en fonction du sexe, en 2000 et 2002.

	2000		2002	
	Filles	Garçons	Filles	Garçons
Tabac	2,00%	11,40%	2,10%	29,50%
Alcool	36,00%	51,40%	78,10%	78,00%
Cannabis	0,00%	0,60%	0,20%	1,00%
Amphétamines	0,00%	1,30%	0,30%	2,30%
Opium	0,00%	0,00%	0,00%	0,50%
Colle	0,00%	0,10%	0,30%	0,50%

7) Synthèse.

Comme en 2000, les filles ont plus participé aux réponses que les garçons. Les réponses tendent à s'équilibrer entre les filles et les garçons : les connaissances de ces derniers ont bien progressé, et alors qu'en 2000, on pouvait dire que les filles répondaient mieux que les garçons, cela devient beaucoup moins évident en 2002.

La répartition ethnique des élèves, par rapport à celle de l'agglomération et encore plus de la province, est toujours largement en faveur des Lao loum.

En ce qui concerne la physiologie de la reproduction, l'augmentation du nombre de bonnes réponses est nette. **A la question « A quel moment du cycle menstruel, une relation sexuelle peut-elle entraîner une grossesse », les lycéens citent les périodes cumulées du 5^e au 16^e jours après les règles dans 22,2 % des cas en 2002 contre 0,5 % en 2000.**

La connaissance des moyens de contraception s'est également améliorée (**94,5% des adolescents citent une méthode pertinente, contre 76,4% en 2000**). **Sur un plan qualitatif, l'apport des formations n'a que peu modifié les réponses citées. C'est toujours le préservatif qui est largement donné en premier avec 85,1 % des réponses. Les élèves connaissent également nettement mieux les lieux où se procurer un moyen de contraception (90% contre 69% en 2000).**

Les questions sur le sida montrent que les lycéens connaissent bien cette maladie (96,5% contre 92% en 2000). Les réponses concernant les moyens d'information sur la maladie montrent une progression dans l'esprit des jeunes du rôle de l'hôpital. A propos des modes de contamination pour cette pathologie, la progression des réponses concernant un autre mode de contamination que les rapports sexuels nous montre que les adolescents ont bien été sensibilisé à cet aspect de l'épidémie (en particulier la transmission par le sang et/ou les injections pass de 16% à 47,5% des réponses, et la transmission materno-fœtale, inconnue en 2000, est citée maintenant dans 20,8% des réponses).

La proportion d'adolescents qui pense que l'accouchement peut être dangereux a bien progressé après les formations (92,5% contre 80,1%), et ils sont beaucoup plus nombreux à pouvoir donner une explication pertinente (83,4% contre 40,8%).

Tout comme en 2000, la majorité d'entre eux pensent qu'il est possible d'avoir des **relations sexuelles vers 15 ans**. **L'âge possible et raisonnable pour avoir des enfants pour une fille** s'est nettement élevé par rapport à 2000 (**17,9 ans contre 16,1 lors de la première enquête**).

Ils sont **18,3% à pratiquer les relations sexuelles, contre 9,5% en 2000**. **Ceux qui ont des rapports sexuels à cet âge, utilisent dans 81,9% des cas un préservatif** alors qu'ils étaient seulement **54,6% en 2000**. Par ailleurs, la **baisse concomitante du nombre de MST avoué (10,8% contre 11,6% en 2000)** dans cette population est peu importante.

La consommation d'alcool, chez les lycéens, est de plus en plus commune alors que l'on avance en âge et que l'on est un garçon. Le tabac est relativement peu présent. Les lycéens semblent être à l'abri des autres toxiques qui restent marginaux dans ce milieu, à l'exception des **amphétamines** dont la consommation a notablement augmenté. En ce qui concerne ce point particulier, il est intéressant de noter que le volume des activités lié au trafic d'amphétamines s'est considérablement accru dans la province entre 2000 et 2002, ce qui constituera certainement un enjeu local de santé publique dans les années à venir.

8) Conclusion.

L'ensemble des connaissances en matière de santé de la reproduction s'est amélioré entre les deux enquêtes. En ce qui concerne la partie qui a trait aux comportements, tous les résultats semblent montrer une évolution dans le bon sens, à l'exception de la consommation de substances addictives, qui paraît avoir nettement augmenté en 2002.

Chapitre IV

DISCUSSION

En 1999, au début du projet d'EDA à Oudomxay, nous nous étions donné deux objectifs principaux :

- A travers des activités d'information, d'éducation, de formation des lycéens sur les sujets qui touchent à la reproduction, nous souhaitons donner aux adolescents une connaissance suffisante, apte à induire une prise de conscience, qui devait leur permettre d'adopter des comportements responsables.
- Par ailleurs, nous voulions former du personnel local capable : d'une part de réaliser ces activités d'éducation de manière autonome à la fin de l'ISR, d'autre part, de former des successeurs, afin que ces actions d'enseignement puissent se pérenniser.

En 2000, notre premier objectif a été précisé à la lecture des résultats de la première enquête. Nous voulions : donner aux lycéens des bases en physiologie de la reproduction, les informer sur les risques des grossesses précoces et les risques inhérents à l'accouchement, les sensibiliser au rôle de la SMI, réduire l'écart existant entre les connaissances des filles et celles des garçons, améliorer les connaissances sur les modes de transmission du sida et sur les moyens de contraception, et les sensibiliser aux conséquences des conduites à risque.

Ces objectifs ont-ils été atteints ?

Afin d'évaluer l'impact de nos formations, nous avons projeté de nous baser sur la comparaison entre les résultats des deux enquêtes de connaissances et de comportement qui ont encadré ces activités.

Pour ce qui est des connaissances des lycéens, nous avons vu que, dans leur ensemble, elles se sont nettement accrues après les formations.

Les réponses tendent à s'équilibrer entre les filles et les garçons : les connaissances de ces derniers ont bien progressé, et alors qu'en 2000, on pouvait dire que les filles répondaient mieux que les garçons, cela devient beaucoup moins évident en 2002, ce qui est un résultat intéressant, en particulier pour le thème de la contraception.

Les connaissances en physiologie de la reproduction, testées par la question sur la période de fécondabilité (cf. Annexe I – Questionnaire 1), se sont bien améliorées.

Les étudiants connaissent mieux les moyens de contraception, et notamment les différents lieux d'approvisionnement. A ce sujet, notre objectif, faire mieux connaître l'existence de la SMI et son rôle, a été atteint. Ceci nous paraît être un atout pour le futur, et ce d'autant plus que les adolescents ont bien ressenti la nécessité d'un suivi médical de la grossesse, comme nous l'avons mis en évidence dans nos résultats.

Les connaissances sur les MST et le sida ont également progressé à l'issue des formations, et le point particulier des différents modes de transmission du sida sur lequel nous avons décidé de focaliser nos efforts durant notre programme, est effectivement mieux connu des adolescents.

En ce qui concerne les risques liés à l'accouchement, nous avons objectivé une amélioration des connaissances dans leur ensemble, et, sur le plan qualitatif, nous avons été très satisfaits de constater l'augmentation, parmi les différentes réponses données pour expliquer la dangerosité potentielle de l'accouchement, des réponses « âge de la mère » et « absence de suivi médical ». Nous avons particulièrement insisté sur ces deux notions durant les formations.

Pour ce qui est de la partie comportementale de l'enquête, nous avons également constaté une amélioration à l'exception d'un seul point.

L'âge moyen jugé raisonnable par les lycéens pour la première grossesse est passé de 16,1 ans dans la première enquête, à 17,9 ans dans la deuxième. Ce résultat nous semble traduire la prise de conscience de la dangerosité des grossesses précoces, ce qui était un de nos objectifs.

Le nombre d'adolescents ayant déjà eu des rapports sexuels a augmenté entre les deux enquêtes. Ils semblent plus conscients des risques encourus pour leur santé, puisque le nombre de rapports sexuels protégés a également augmenté en 2002.

Enfin, la consommation de substances addictives semble avoir nettement augmenté dans la deuxième enquête.

Au total, si l'on se réfère à la synthèse des résultats des deux enquêtes, il semble que l'impact du projet ait été positif, et ce, d'autant plus que, comme nous l'avons dit précédemment, ces résultats sous-estiment probablement l'influence réelle du projet (60% des lycéens interrogés durant la deuxième enquête avaient effectivement reçu la formation en santé de la reproduction).

Cependant, certains facteurs extérieurs à notre programme ont pu biaiser ces résultats. En effet, d'autres intervenants ont été susceptibles de véhiculer des informations sur le même thème qu'EDA et durant la même période : actions gouvernementales et provinciales, autres ONG ou les médias, notamment la télévision. Les connaissances globales sur le sida ou les moyens de contraception font partie des résultats biaisés. D'autre part, certaines informations n'ont a priori été apportées que par notre projet : ce sont les résultats spécifiques, et les notions auxquelles ils réfèrent rejoignent partiellement nos objectifs : amélioration des connaissances sur la physiologie de la reproduction, sur les risques des grossesses précoces et les risques inhérents à l'accouchement, sur le rôle de la SMI, sur les modes de transmission du sida, sensibilisation des lycéens aux conséquences des conduites à risque. Pour avoir la certitude de l'influence exclusive de notre projet sur l'amélioration de ces connaissances, il aurait fallu comparer les résultats de l'enquête post-formation avec ceux d'une population de lycéens n'ayant pas suivi nos formations. Si nous avions opté pour exclure un des lycées d'Oudomxay de notre projet, il aurait été impossible de nous assurer que les informations transmises aux élèves des deux autres établissements ne parviennent pas aux jeunes de ce lycée. D'autre part, il aurait été très délicat d'expliquer ce choix aux autorités administratives et éducatives de la province, celles-là même qui nous avaient demandé de faire une formation de masse à Oudomxay. Si nous avions opté pour prendre un lycée témoin dans une autre province, ce qui aurait demandé des moyens supplémentaires, aurions-nous pu extrapoler les résultats obtenus dans le contexte d'Oudomxay ?

Par ailleurs, nous avons au départ le projet ambitieux d'évaluer la modification des comportements des lycéens grâce à notre enquête. En réalité, et les résultats nous l'ont confirmé (en particulier les augmentations apparentes de la consommation de substances addictives et du nombre de rapports sexuels), même si nous avons éliminé le biais de l'enquêteur en utilisant un questionnaire anonyme rendu sous enveloppe, nous n'avons pas pu mettre en évidence un changement de comportement des élèves, mais plutôt une modification des comportements *déclarés*. L'évaluation de la modification des comportements ne pourra se

faire qu'à distance de notre action, par le recueil des indicateurs de santé de la reproduction à Oudomxay : diminution du nombre de grossesses précoces, du nombre d'avortements provoqués, du nombre de grossesses et d'accouchements compliqués, de la morbi-mortalité maternelle et infantile péri-natale, du nombre de MST, etc...

Ainsi, si la comparaison des résultats de la partie connaissance des deux enquêtes a permis une bonne évaluation de l'impact du projet dans la quasi-totalité des domaines testés, la deuxième partie, elle, a seulement donné une idée imprécise de la modification du comportement des lycéens d'Oudomxay, qui ne pourrait être évaluée qu'à plus long terme, et grâce au relevé d'indicateurs pertinents dans le domaine de la santé de la reproduction.

Que nous apporte la comparaison avec les enquêtes de l'UJL et de MSF, et celle réalisée en avril 2002 par le national committee for the control of aids bureau (NCCAB) [9] ? Cette dernière étude a été menée auprès des utilisateurs du centre des jeunes de Vientiane, une structure mise en place par save the children UK (SCUK) qui propose diverses activités culturelles, un conseil et des formations en santé de la reproduction, et des consultations médicales pour les adolescents. On y retrouve en majorité des jeunes de 15 à 19 ans, dont 58,6% de filles, et seulement un peu plus de la moitié d'entre eux sont des lycéens.

En ce qui concerne les connaissances sur la physiologie de la reproduction, les études de MSF et de l'UJL vont dans le même sens que notre première enquête : elles sont faibles et partielles. Une nouvelle fois, ceci donne une idée du risque de grossesses précoces ou non désirées, du risque d'avortements provoqués, du risque d'accouchements compliqués. Une grande partie de la morbi-mortalité maternelle et infantile péri-natale pourrait être réduite grâce à l'amélioration des connaissances dans le seul domaine de la physiologie de la reproduction. L'enquête du NCCAB, réalisée après un an de fonctionnement du centre des jeunes de Vientiane, retrouve des résultats que l'on peut rapprocher de ceux de la deuxième enquête d'EDA : des connaissances plus grandes et plus précises.

De même, les conclusions de l'UJL, du NCCAB et des deux enquêtes d'EDA concernant les moyens de contraception retrouvent une bonne connaissance avec une prééminence du préservatif. En revanche, dans l'étude de MSF, les répondants citent plutôt la pilule en premier lieu, mais ceci est peut-être la conséquence de la présence de l'industrie pharmaceutique lao dans la province de Champasak dans laquelle la majorité des personnes

ont été interrogées pour ce travail. De plus, MSF a mis en évidence une mauvaise connaissance du double rôle du préservatif (méthode contraceptive et protection contre les MST). Enfin, dans l'étude du NCCAB et dans la deuxième enquête d'EDA, c'est à dire après une période de formations, on peut voir une amélioration de la connaissance du préservatif et du nombre de rapports protégés (par rapport à l'étude de l'UJL ou à la première enquête d'EDA). Ainsi, dans ce domaine également, le gain apporté par des activités d'éducation est bien visible.

La connaissance du sida et des MST est relativement bonne dans toutes les enquêtes, mais seules les enquêtes post-formations (EDA, NCCAB) retrouvent une bonne connaissance des modes de transmission autres que par voie sexuelle. Ce point reste donc capital à développer dans des actions d'éducation concernant le sida.

La dangerosité potentielle de l'accouchement n'a été explorée que par EDA et la comparaison n'est donc pas possible avec les autres études.

En ce qui concerne le comportement sexuel des adolescents, EDA et le NCCAB ont mis en évidence une sous-utilisation apparente du préservatif par rapport au niveau de connaissance du sida. La modification attendue du comportement des adolescents post-formations n'a donc pas été mise en évidence par ces études. Il faut cependant tenir compte des réserves qui ont déjà été signalées concernant les enquêtes de comportement.

Enfin, EDA et le NCCAB ont retrouvé une importante alcoolisation parmi les adolescents. Cet éthylisme est fréquemment retrouvé au Laos, même s'il est nié la plupart du temps. Dans ce pays, il serait donc pertinent de réaliser des activités de santé publique visant à diminuer la consommation d'alcool.

Au total, quel que soit le type de formation dispensée (en petits groupes et par des pairs pour SCUUK ou formation de masse pour EDA), la comparaison des différentes enquêtes réalisées montre que l'amélioration des connaissances est manifeste après un programme d'éducation en santé de la reproduction.

D'autres enseignements peuvent être tirés de cette expérience à Oudomxay.

En premier lieu, une éducation de masse, touchant un très grand nombre d'adolescents dans un secteur donné, effectuée par des professeurs ayant reçu une formation spécifique, peut donner des résultats satisfaisants. Au départ, nous avons plutôt envisagé de réaliser des formations en petits groupes, destinées, par exemple aux délégués de classe, qui seraient ensuite chargés de transmettre l'information à leurs pairs, ce qui aurait permis de donner un aspect plus ludique à notre formation (en incluant par exemple des jeux de rôles) et aurait facilité la discussion avec les adolescents. Finalement, à la demande des professeurs et des élèves, nous avons dû éduquer l'ensemble des lycéens. Nous avons donc modifié légèrement la méthodologie appliquée, mais, tout au long de ces formations, nous n'avons jamais rencontré d'obstacle sérieux lié à cet effectif important. Ceci démontre qu'un programme touchant à la santé de la reproduction peut tout à fait s'intégrer à un programme scolaire officiel.

Deuxièmement, des résistances au projet d'EDA sont venues très tôt et elles étaient de deux ordres : d'une part, il fallait convaincre les dirigeants de la province de la pertinence de notre action, et les deux réunions préparatoires qui ont eu lieu en février et mars 2000 à Oudomxay ont permis d'y aboutir. Le choix des participants, et le soutien de madame Khéosavang, acteur local d'envergure politique nationale, ont été déterminants, plus encore que le poids de l'administration centrale, déjà convaincue grâce à l'action des dirigeants du FNUAP à Vientiane. D'autre part, il a fallu vaincre les réticences des professeurs et de l'administration des lycées. Il nous semble intéressant de souligner à nouveau quelques éléments de l'argumentaire que nous avons utilisé. Globalement, le point de vue des professeurs était : si vous faites une formation sur le thème de la sexualité en expliquant l'utilisation des moyens de contraception, le nombre de rapports sexuels va augmenter parmi les élèves. Nous développons alors principalement trois arguments : d'abord, les mentalités ont évolué depuis que vous (professeurs) avez été adolescents, essentiellement sous l'influence de la télévision thaïlandaise, et les comportements sexuels s'en sont trouvés modifiés, notamment l'âge pour les premiers rapports sexuels s'est certainement abaissé. Deuxièmement, et c'est la conséquence du premier point, les adolescents se posent plus jeunes des questions sur la sexualité, et si on n'intervient pas pour diffuser une information fiable, ils interrogeront leurs pairs, aussi mal renseignés qu'eux pour la plupart. Enfin, une menace récente pèse sur ces adolescents : le sida. Tout au long des négociations qui ont eu

lieu avec les professeurs et l'administration des lycées, nous avons pu constater l'efficacité de ces arguments, ce qui nous a amenés à nous poser une question : au-delà de notre expérience à Oudomxay et de la culture lao, ce type d'argumentation ne pourrait-il pas s'appliquer dans d'autres contextes ? Il serait certainement intéressant de faire cette expérience.

En ce qui concerne le livret de formation que nous avons conçu, plusieurs remarques s'imposent. Tout d'abord, nous avons espéré pouvoir l'utiliser à la fois comme support théorique pour les formateurs, et comme support écrit des leçons pour les élèves. S'il s'est effectivement révélé efficace pour les enseignants, et malgré toutes les simplifications que nous avons effectuées, il restait probablement trop complexe pour les élèves. Nous nous en sommes aperçus lors de notre expérience à Done Saat en discutant avec les jeunes du village. Nous n'avons pas le temps nécessaire de créer un deuxième livret plus spécifiquement destiné aux élèves, mais concevoir ces deux types de support nous semblent maintenant plus pertinents pour augmenter encore l'impact d'une telle formation dans des lycées. Deuxièmement, l'idée des professeurs de doter chaque bibliothèque d'un certain nombre d'exemplaires de notre livret est certainement intéressante à retenir : cela nous a permis de diffuser plus largement nos idées, et peut-être d'atteindre les adolescents plus jeunes qui n'avaient pas été touchés directement lors des formations.

D'autre part, l'un des points forts du projet, mis en avant dans le rapport d'évaluation du FNUAP [10], a été l'étroite collaboration avec de nombreux services de l'administration provinciale et l'implication de membres des associations de masse. Si le travail en commun était depuis longtemps une réalité entre EDA et la DPS, la coopération avec les services de l'éducation et avec les professeurs a été initiée lors de la mise en place des formations sur la santé de la reproduction. Cette approche pluri-disciplinaire a permis d'utiliser à la fois les qualités du personnel médical (rigueur scientifique de l'information) et des professeurs (pédagogie, autorité morale sur les élèves) depuis la conception jusqu'à la réalisation des leçons.

Ce qui nous permet maintenant de nous intéresser à la pérennisation de notre projet. Nous avons fourni un matériel pédagogique, une méthodologie, formé des personnes qui à leur tour ont éduqué des successeurs. Ces derniers ont déjà l'expérience d'au moins un cycle de formation dans chacun des lycées d'Oudomxay. La solution qui nous semble garantir au maximum que ces activités vont perdurer, serait d'intégrer notre formation au programme

scolaire officiel. Cela sous-entend d'impliquer les dirigeants politiques au niveau central, et de modifier avec leur accord ce programme au niveau national. Mais, une tâche de cette ampleur est-elle du domaine d'une ONG qui travaille à l'échelon local ? La réponse est probablement non, et si on essaie de reproduire ce type d'activités de formation dans des lycées ultérieurement et dans un autre contexte, on se heurtera certainement à des difficultés lorsqu'il s'agira de les rendre pérennes. Dans le cas d'EDA, ce sont les responsables de l'ISR qui ont entamé les négociations avec le gouvernement lao : en effet, depuis mai 2002, dans le cadre de la deuxième phase de l'ISR, des discussions sont en cours pour essayer d'intégrer les leçons de notre projet au programme scolaire officiel. Cependant, même si ces interventions aboutissent, si ce type d'enseignement spécifique est dispensé par les professeurs lao, il faudra en outre leur assurer une formation.

On le voit bien, de nos objectifs initiaux, le véritable défi consistait à tenter de pérenniser cette action. Il faut pour cela que la société lao fasse des choix, et qu'un financement approprié soit décidé au niveau politique, ce qui dépasse certainement le cadre d'action et les capacités d'une ONG.

Enfin, il aurait certainement été intéressant de comparer notre projet à d'autres actions similaires dans un contexte semblable (formation dans des lycées, dans le domaine de la santé de la reproduction, dans un autre pays asiatique). Malheureusement, si nous sommes presque certains que de telles expériences ont déjà été menées, et que des rapports internes ont été rédigés, elles n'ont fait l'objet d'aucune publication officielle, ce que nous ne pouvons que regretter. Malgré le soutien des experts du FNUAP à Vientiane (madame Anne Harmer, monsieur Vincent Fauveau) aucune référence bibliographique n'a pu être retrouvée. Notre impression est que, au Laos, et c'est probablement un phénomène plus général encore, l'ensemble des expériences en santé publique, quelque soit leur domaine, ne dispose pas de diffusion suffisante. On peut facilement imaginer l'intérêt que cela représenterait pour les projets ultérieurs si ces données étaient publiées.

CONCLUSION

A partir de janvier 2000 et dans le cadre de l'Initiative pour la Santé de la Reproduction, l'ONG « Enfants d'ailleurs » a mis en place des formations en santé génésique pour les lycéens de la ville d'Oudomxay. Cet enseignement avait pour objectif d'entraîner une prise de conscience des adolescents et de limiter les conduites à risque dans ce domaine.

Deux enquêtes anonymes, encadrant ce projet, ont été réalisées dans les établissements secondaires concernés par les formations. Si la comparaison des résultats de ces deux études a rendu possible l'évaluation de l'impact du projet sur l'amélioration des connaissances des lycéens, la modification attendue des comportements ne pouvait être rendue visible par ce moyen.

La collaboration étroite et permanente entre EDA et les autorités médicales et éducatives locales est l'un des facteurs clés de la réussite de ce projet.

Les enseignements tirés de cette expérience contribueront peut-être à tracer les grandes lignes d'autres programmes d'éducation de masse en santé de la reproduction. Pour cela, il sera intéressant dans le futur de confronter ces résultats à ceux d'autres projets de formation sur le même thème.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- National statistic centre, *Basic statistics about the socio-economic development in the Lao PDR*, Vientiane, 2000.
- 2- UNESCAP, *Population Data Sheet*, Publications officielles des Nations-Unies, Bangkok, 1999.
- 3- *Programme d'action de la CIPD*, Publications officielles des Nations-Unies, New-York, 1994.
- 4- *Déclaration de Beijing*, Publications officielles des Nations-Unies, New-York, 1995.
- 5- State planning committee, *National Birth Spacing Policy of the Lao PDR*, Vientiane, 1995.
- 6- State planning committee, *National Population and Development Policy of the Lao PDR*, Vientiane 1995.
- 7- Lao people's revolutionary youth union, *Report of the Adolescent Reproductive Health Survey*, Vientiane, 2000.
- 8- Brun P., *Connaissances, représentations et comportements face aux MST/sida au Laos*, rapport, FNUAP, Vientiane, 2000.
- 9- National committee for the control of aids bureau, *Knowledge, attitudes and behaviour survey on reproductive health among adolescents who are using youth centre for health and development in Vientiane municipality*, rapport, FNUAP, Vientiane, 2002.
- 10- Schack Hansen O., Roque F.H., Chansomphou V., *Evaluation Report*, FNUAP, Vientiane, 2001.

ANNEXE I

Carte 1 : carte de la RDP Lao.

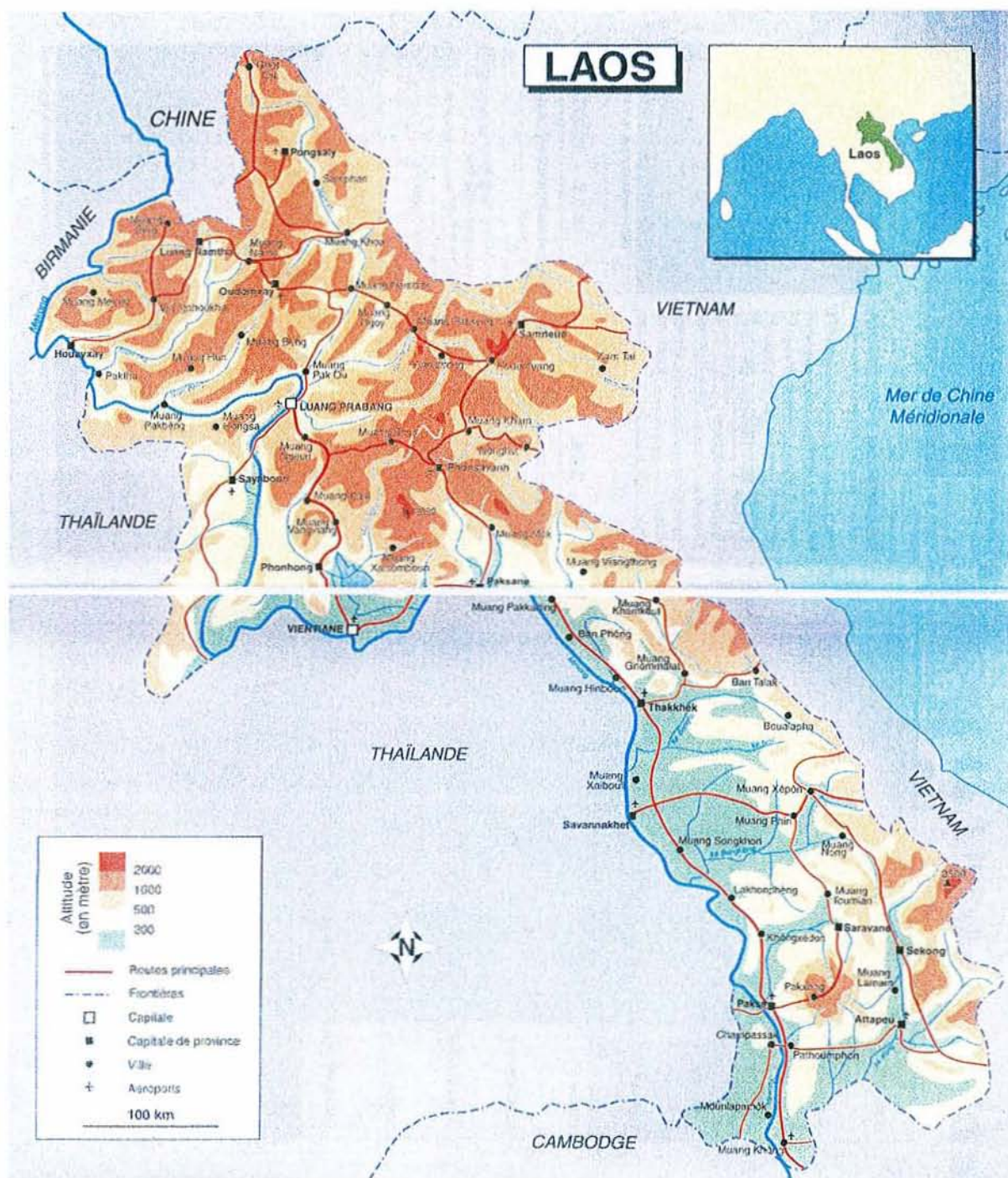


Tableau 1 : Indicateurs démographiques des pays de l'est et du sud-est asiatique en 1999 [3].

Pays	Population (millions)	Taux de croissance annuel	Taux de natalité (‰)	Taux de mortalité (‰)	Taux de fertilité (par femme)	Naissances chez des femmes de 15 à 19ans (% des naissances totales)	Espérance de vie à la naissance		Mortalité infantile (‰)
							Femmes	Hommes	
Chine	1266,8	0,9	15,7	7,0	1,8	1,3	73	68	40
Japon	126,7	0,2	9,5	7,3	1,4	1,1	84	77	4
Mongolie	2,6	1,6	14,7	6,3	2,5	11,9	68	65	49
Cambodge	11,9	2,4	34,9	11,3	4,9	2,1	60	53	81
Indonésie	209,3	1,4	21,9	7,4	2,5	12,9	68	64	46
RDP Lao	5,3	2,6	38,8	13,0	5,6	13,3	55	53	90
Malaysie	22,7	2,3	25,0	4,5	3,1	4,9	75	70	8
Myanmar	47,9	1,8	20,8	9,1	2,7	6,5	63	59	71
Philippines	74,5	2,0	27,7	5,7	3,5	7,7	71	67	34
Singapour	4,0	3,5	14,2	5,0	1,7	1,6	80	75	5
Thaïlande	61,8	0,9	17,0	7,9	2,0	5,8	72	68	30
Vietnam	78,7	1,5	21,5	6,7	2,5	6,1	70	66	36

Questionnaire 1 : enquête sur les connaissances et les comportements des lycéens d'Oudomxay en matière de santé de la reproduction.

Age :

Sexe :

Statut (étudiant, chômeur, titulaire d'un emploi) :

Situation familiale (célibataire, marié, concubinage) :

nombre d'enfants :

Ethnie :

A quel moment du cycle menstruel, une relation sexuelle peut-elle entraîner une grossesse :

- | | | |
|---------------------------------------|-----|-----|
| - pendant les règles ? | oui | non |
| - de 5 à 10 jours après les règles ? | oui | non |
| - de 12 à 16 jours après les règles ? | oui | non |
| - de 18 à 26 jours après les règles ? | oui | non |

Connaissez-vous au moins une méthode pour éviter d'avoir des enfants ?

Citez une méthode :

Savez-vous où l'on peut obtenir cette méthode ?

Connaissez-vous le Sida ?

Comment peut-on le contracter ?

Où peut-on avoir des informations sur le Sida ?

Savez-vous à quoi sert le préservatif ?

Où peut-on se le procurer ?

A votre avis, l'accouchement peut-il être dangereux ?

oui

non

Pourquoi ?

A quel âge pensez-vous qu'une jeune fille peut faire un enfant ?

A quel âge pensez-vous qu'il est possible d'avoir des relations sexuelles ?

Pour une fille ?

Pour un garçon ?

Vous-même avez-vous déjà eu des relations sexuelles ?

Régulières ?

Occasionnelles ?

Avec des partenaires différentes ?

Combien de partenaires en 1999 ?

Avez-vous déjà eu des relations sexuelles avec des "professionnel(le)s" ?

Utilisez-vous des préservatifs ?

Utilisez-vous les services du planning familial ? oui non

Quelle méthode utilisez-vous ?

 préservatif pilule injection D.I.U autres

Avez-vous déjà été traité pour : gonorrhée ? oui
non

 condylome ? oui non

 leucorrhées ? oui non

 lymphogranulomatose ? oui

non

Avez-vous déjà eu des douleurs urinaires ?

Combien de fois en 1999 ?

Pensez-vous qu'il existe des règles à suivre pour éviter les M.S.T ?

Consommez-vous régulièrement : du tabac ? oui non

 de l'alcool ? oui non

 du cannabis ? oui non

 des amphétamines ? oui non

 de l'opium ? oui non

 sniffez-vous la colle ? oui non

Questionnaire 2 : questionnaire/cache EpiInfo® pour l'enquête sur les connaissances et les comportements des lycéens d'Oudomxay en matière de santé de la reproduction.

- {N1} Age ##
- {N2} Sexe (H,F) <A>
- {N3} Statut (Etudiant, Chômeur, Salarié) <A>
- {N4} Situation familiale (CElibataire,MAri,,COncubinage) <A >
- {N5} Ethnie (LL,MH,IK,TH,KH,PS,LH,AU) <A >
- {N6} Nombre d'enfants #
- {N7} A quel âge pensez-vous qu'une jeune fille peut faire un enfant ? ##
- A quel âge pensez-vous qu'il est possible d'avoir des rapports sexuels :
- {N8A} pour une fille ? ## {N8B} pour un garçon ? ##
- {N9A} Vous-même, avez-vous déjà eu des relations sexuelles ? <A>
- {N9B} régulières ? <A> {N9C} occasionnelles ? <A>
- {N10} avec un(e) seul(e) partenaire ? <A>
- {N11} avec des partenaires différents ? <A>
- {N12} combien de partenaires en 1999 ? ##
- {N13} Avez-vous déjà eu des rapports sexuels avec des "professionnel(le)s" ? <A>
- {N14} Utilisez-vous des préservatifs ? <A>
- {N15} Utilisez-vous les services du planning familial ? <A>
- Quelle méthode utilisez-vous ?
- {N16A} condom <A> {N16B} pilules <A> {N16C} injection <A>
- {N16D} D.I.U. <A> {N16E} autre <A>
- Avez-vous déjà été traité pour :
- {N17A} gonorrhée <A>
- {N17B} condylome <A>
- {N17C} leucorrhées <A>
- {N17D} lymphogranulomatose <A>
- {N18A} Avez-vous déjà eu des douleurs urinaires ? <A>
- {N18B} Combien de fois en 1999 ? ##
- {N19} Pensez-vous qu'il existe des règles pour éviter les M.S.T. ? <A>

Consommez-vous régulièrement: {N20A} du tabac <A>
 {N20B} de l'alcool <A>
 {N20C} du cannabis <A>
 {N20D} des amphétamines <A>
 {N20E} de l'opium <A>
 {N20F} de la colle <A>

A quel moment du cycle menstruel une relation sexuelle peut-elle entraîner une grossesse ?

- {N21A} pendant les règles ? <A>
- {N21B} de 5 à 10 jours après les règles ? <A>
- {N21C} de 12 à 16 jours après les règles ? <A>
- {N21D} de 18 à 26 jours après les règles ? <A>

Connaissez-vous une méthode pour éviter d'avoir des enfants ?

- {N22A} Citez une méthode _____
 {N22B} <A>
- {N22C} Savez-vous où obtenir cette méthode ? _____
 {N23} SMI <A> {N24} hôpital <A> {N25} pharmacie <A>
 {N26} médecin privé <A>

{N27} Connaissez-vous le Sida ? <A>

{N28} Comment peut-on le contracter ? _____ {N29} <A>

{N30} Où peut-on avoir des informations sur le Sida ? _____
 {N31} Médias <A> {N32} Programme SIDA <A> {N33} hôpital <A>
 {N34} pharmacie <A> {N35} médecin privé <A>

{N36} Savez-vous à quoi sert le préservatif ? <A>

{N37} Où peut-on se le procurer ? _____
 {N38} SMI <A> {N39} hôpital <A> {N40} pharmacie <A>
 {N41} médecin privé <A>

{N42} A votre avis, l'accouchement peut-il être dangereux ? <A>

{N43} Pourquoi ? _____
 {N44} complications <A> {N45} lieu <A> {N46} âge <A>
 {N47} nombre <A> {N48} Absence de suivi médical de la grossesse <A>
 {N49} Non respect des tabous <A>

Questionnaire 3 : test d'évaluation des connaissances en santé de la reproduction – Pré-test.

Age :

Sexe :

Statut (étudiant, chomeur, titulaire d'un emploi) :

Situation familiale (célibataire, marié) :

Ethnie :

- 1) **A quel moment du cycle menstruel une relation sexuelle peut-elle entraîner une grossesse (*entourez les réponses exactes*) :**
 - a) Pendant les règles ?
 - b) De 5 à 10 jours après le premier jour des règles ?
 - c) De 10 à 16 jours après le premier jour des règles ?
 - d) De 16 à 26 jours après le premier jour des règles ?

- 2) **Parmi les propositions suivantes, *entourez celles qui sont exactes* :**
 - a) L'ovulation se produit 28 jours avant les règles.
 - b) Les spermatozoïdes peuvent parfois vivre jusqu'à 7 jours.
 - c) Le début de la puberté se situe entre 11 et 13 ans pour les filles comme pour les garçons.
 - d) Avoir des rapports sexuels sans utiliser de contraception peut entraîner une grossesse.

- 3) **Au début de la grossesse, quel est le premier signe qui apparaît (*entourez la réponse exacte*) :**
 - a) L'apparition des mouvements du fœtus ?
 - b) L'augmentation de volume de l'utérus ?
 - c) La disparition des règles ?
 - d) La prise de poids ?

- 4) **Parmi les situations suivantes, trouvez celles pour lesquelles madame X, qui est enceinte de 2 mois doit aller consulter à l'hôpital :**
 - a) Son mari trouve qu'elle est pâle et fatiguée.
 - b) Elle a eu des saignements génitaux après avoir travaillé dans la rizière.
 - c) Elle a mal au dos depuis qu'elle a travaillé dans la rizière.
 - d) Elle a des sécrétions génitales verdâtres et malodorantes depuis 3 jours.

- 5) **Les consultations à la SMI pendant la grossesse (*entourez les réponses exactes*) :**
 - a) Servent à mesurer la taille du bassin de la femme enceinte.
 - b) Servent à connaître la position du fœtus.
 - c) Sont conseillées pour toutes les femmes.
 - d) Doivent être faites au 3e, au 5e, au 6e et au 9e mois de grossesse.

- 6) Parmi les propositions suivantes, *entourez celles qui sont exactes* :
- a) Les contractions sont des douleurs dans le ventre et dans le dos.
 - b) La délivrance est la période la plus dangereuse de l'accouchement car il y a un risque élevé d'hémorragies.
 - c) L'allaitement maternel est conseillé.
 - d) Il faut donner le colostrum au nourrisson car cela contient beaucoup de vitamines.
- 7) **Connaissez-vous au moins une méthode pour éviter d'avoir des enfants ?**
- a) Citez une méthode :
 - b) Savez-vous où l'on peut obtenir cette méthode ?
 - c) Quelle est la seule méthode contraceptive qui protège également des MST ?
- 8) **L'utilisation de moyens contraceptifs (*entourez les réponses exactes*) :**
- a) Permet d'éviter à une femme d'être enceinte.
 - b) Fait grossir.
 - c) Empêche de travailler à la rizière.
 - d) Peut être dangereuse pour la santé.
- 9) **L'utilisation des services de la planification familiale (*entourez les réponses exactes*) :**
- a) Ne concerne que les femmes.
 - b) Permet d'améliorer la santé des mères et des enfants.
 - c) Est seulement utile aux personnes de plus de 25 ans.
- 10) Parmi les propositions suivantes, *entourez celles qui sont exactes* :
- a) Le SIDA peut être guéri par des antibiotiques.
 - b) Le SIDA ne peut être transmis que par les rapports sexuels.
 - c) Le SIDA est une maladie mortelle.
 - d) Certaines MST peuvent entraîner une stérilité définitive chez les femmes.
 - e) Le préservatif permet de se protéger du SIDA mais pas des autres MST.
 - f) Le préservatif est aussi un moyen de contraception efficace.
- 11) Parmi les propositions suivantes, *entourez celles qui sont exactes* :
- a) Les drogues sont des produits toxiques pour le corps humain.
 - b) Les drogues entraînent une dépendance.
 - c) L'opium est une drogue.
 - d) L'alcool n'est pas une drogue.
 - e) Les amphétamines sont une drogue.
- 12) Parmi les propositions suivantes, *entourez celles qui sont exactes* :
- a) La prise de drogue modifie la perception de la réalité.
 - b) La prise de drogue entraîne une augmentation du risque de contracter des MST.
 - c) Le vol, la violence ou la prostitution peuvent être une conséquence de la prise de drogues.

Questionnaire 4 : test d'évaluation des connaissances en santé de la reproduction – Post-test (1).

Age :

Sexe :

Statut (étudiant, chomeur, titulaire d'un emploi) :

Situation familiale (célibataire, marié) :

Ethnie :

1) A quel moment du cycle menstruel une relation sexuelle peut-elle entraîner une grossesse (*entourez les réponses exactes*) :

- a) Pendant les règles ?
- b) De 5 à 10 jours après le premier jour des règles ?
- c) De 10 à 16 jours après le premier jour des règles ?
- d) De 16 à 26 jours après le premier jour des règles ?

2) Parmi les propositions suivantes, *entourez celles qui sont exactes* :

- a) L'ovulation se produit 28 jours avant les règles.
- b) Les spermatozoïdes peuvent parfois vivre jusqu'à 7 jours.
- c) Le début de la puberté se situe entre 11 et 13 ans pour les filles comme pour les garçons.
- d) Avoir des rapports sexuels sans utiliser de contraception peut entraîner une grossesse.

3) Au début de la grossesse, quel est le premier signe qui apparaît (*entourez la réponse exacte*) :

- a) L'apparition des mouvements du fœtus ?
- b) L'augmentation de volume de l'utérus ?
- c) La disparition des règles ?
- d) La prise de poids ?

4) Parmi les situations suivantes, trouvez celles pour lesquelles madame X, qui est enceinte de 2 mois doit aller consulter à l'hôpital :

- a) Son mari trouve qu'elle est pâle et fatiguée.
- b) Elle a eu des saignements génitaux après avoir travaillé dans la rizière.
- c) Elle a mal au dos depuis qu'elle a travaillé dans la rizière.
- d) Elle a des sécrétions génitales verdâtres et malodorantes depuis 3 jours.

Questionnaire 5 : test d'évaluation des connaissances en santé de la reproduction – Post-test (2).

Age :

Sexe :

Statut (étudiant, chomeur, titulaire d'un emploi) :

Situation familiale (célibataire, marié) :

Ethnie :

5) Les consultations à la SMI pendant la grossesse (*entourez les réponses exactes*) :

- a) Servent à mesurer la taille du bassin de la femme enceinte.
- b) Servent à connaître la position du fœtus.
- c) Sont conseillées pour toutes les femmes.
- d) Doivent être faites au 3^e, au 5^e, au 6^e et au 9^e mois de grossesse.

6) Parmi les propositions suivantes, *entourez celles qui sont exactes* :

- a) Les contractions sont des douleurs dans le ventre et dans le dos.
- b) La délivrance est la période la plus dangereuse de l'accouchement car il y a un risque élevé d'hémorragies.
- c) L'allaitement maternel est conseillé.
- d) Il faut donner le colostrum au nourrisson car cela contient beaucoup de vitamines.

7) Connaissez-vous au moins une méthode pour éviter d'avoir des enfants ?

- a) Citez une méthode :
- b) Savez-vous où l'on peut obtenir cette méthode ?
- c) Quelle est la seule méthode contraceptive qui protège également des MST ?

8) L'utilisation de moyens contraceptifs (*entourez les réponses exactes*) :

- a) Permet d'éviter à une femme d'être enceinte.
- b) Fait grossir.
- c) Empêche de travailler à la rizière.
- d) Peut être dangereuse pour la santé.

9) L'utilisation des services de la planification familiale (*entourez les réponses exactes*) :

- a) Ne concerne que les femmes.
- b) Permet d'améliorer la santé des mères et des enfants.
- c) Est seulement utile aux personnes de plus de 25 ans.

Questionnaire 6 : test d'évaluation des connaissances en santé de la reproduction – Post-test (3).

Age :

Sexe :

Statut (étudiant, chomeur, titulaire d'un emploi) :

Situation familiale (célibataire, marié) :

Ethnie :

10) Parmi les propositions suivantes, entourez celles qui sont exactes :

- a) Le SIDA peut être guéri par des antibiotiques.
- b) Le SIDA ne peut être transmis que par les rapports sexuels.
- c) Le SIDA est une maladie mortelle.
- d) Certaines MST peuvent entraîner une stérilité définitive chez les femmes.
- e) Le préservatif permet de se protéger du SIDA mais pas des autres MST.
- f) Le préservatif est aussi un moyen de contraception efficace.

11) Parmi les propositions suivantes, entourez celles qui sont exactes :

- a) Les drogues sont des produits toxiques pour le corps humain.
- b) Les drogues entraînent une dépendance.
- c) L'opium est une drogue.
- d) L'alcool n'est pas une drogue.
- e) Les amphétamines sont une drogue.

12) Parmi les propositions suivantes, entourez celles qui sont exactes :

- a) La prise de drogue modifie la perception de la réalité.
- b) La prise de drogue entraîne une augmentation du risque de contracter des MST.
- c) Le vol, la violence ou la prostitution peuvent être une conséquence de la prise de drogues.

Liste des séances de formation de la quatrième phase.

- Année scolaire 2000 / 2001.
 - Lycée de Mueng Xay.
 - Pré-test de connaissances et 1^{er} cours : 30 novembre 2000, 99 élèves.
 - 2^{ème} cours : 7 décembre 2000, 113 élèves.
 - Post-test 1 et 3^{ème} cours : 21 décembre 2000, 82 élèves.
 - 4^{ème} cours : 9 février 2001, 99 élèves.
 - Post-test 2 et 5^{ème} cours : 15 février 2001, 88 élèves.
 - Post-test 3 et 6^{ème} cours : 13 mars 2001, 89 élèves.
 - Lycée provincial.
 - Pré-test et 1^{er} cours : 26 décembre 2000, 107 élèves.
 - 2^{ème} cours : 19 janvier 2001, 104 élèves.
 - Post-test 1 et 3^{ème} cours : 16 février 2001, 112 élèves.
 - 4^{ème} cours : 2 mars 2001, 114 élèves.
 - Post-test 2 et 5^{ème} cours : 16 mars 2001, 81 élèves.
 - Post-test 3 et 6^{ème} cours : 2 avril 2001, 99 élèves.
- Année scolaire 2001 / 2002.
 - Ecole des Ethnies.
 - Pré-test et 1^{er} cours : 29 novembre 2001, 83 élèves.
 - 2^{ème} cours : 22 décembre 2001, 88 élèves.
 - Post-test 1 et 3^{ème} cours : 3 janvier 2002, 81 élèves.
 - 4^{ème} cours : 16 janvier 2002, 79 élèves.
 - Post-test 2 et 5^{ème} cours : 7 mars 2002, 90 élèves.
 - Post-test 3 et 6^{ème} cours : 22 mars 2002, 87 élèves.

- Lycée de Mueng Xay.
 - Pré-test et 1^{er} cours : 9 novembre 2001, 190 élèves en deux classes.
 - 2^{ème} cours : 14 décembre 2001, 188 élèves en deux classes.
 - Post-test 1 et 3^{ème} cours : 2 janvier 2002, 190 élèves en deux classes.
 - 4^{ème} cours : 12 février 2002, 178 élèves en deux classes.
 - Post-test 2 et 5^{ème} cours : 19 mars 2002, 181 élèves en deux classes.
 - Post-test 3 et 6^{ème} cours : 23 mars 2002, 187 élèves en deux classes.

- Lycée provincial.
 - Pré-test et 1^{er} cours : 16 novembre 2001, 150 élèves en deux classes.
 - 2^{ème} cours : 25 novembre 2001, 147 élèves en deux classes.
 - Post-test 1 et 3^{ème} cours : 14 décembre 2001, 143 élèves en deux classes.
 - 4^{ème} cours : 21 janvier 2002, 140 élèves en deux classes.
 - Post-test 2 et 5^{ème} cours : 12 février 2002, 151 élèves en deux classes.
 - Post-test 3 et 6^{ème} cours : 24 avril 2002, 139 élèves en deux classes.

ANNEXE II :
Livret de formation
à la santé de la reproduction.

Physiologie de la reproduction.

A/ Anatomie.

Rappels anatomiques et dénomination en lao des organes de reproduction féminin et masculin (cf. schémas).

B/ La puberté: une période de transformations.

La puberté est l'apparition de la fonction de reproduction. C'est une période de grands changements, dont le plus visible est la croissance corporelle. Mais il existe également des changements psychiques.

1°) Les changements physiques:

- Chez le garçon:

Ils commencent vers 11-13 ans ; on voit alors apparaître:

- * l'augmentation du volume des testicules
- * l'augmentation de la taille du pénis
- * la pilosité pubienne, axillaire et la barbe
- * le changement de tonalité de la voix et l'apparition de la pomme d'Adam
- * l'acné
- * l'augmentation du volume musculaire
- * les érections involontaires ou nocturnes
- * la pollution nocturne
- *assez fréquemment, il existe un développement transitoire et douloureux de l'aréole mammaire.

- Chez la fille:

Ils commencent également vers 11 et 13 ans; il s'agit:

- * d'un développement et d'une augmentation de volume des seins
- * d'un développement de la vulve (grandes lèvres, petites lèvres et clitoris)
- * d'un développement des organes sexuels internes (ovaires et utérus)
- * d'une apparition de la pilosité pubienne
- * d'une modification de la forme du corps (morphologie féminine)
- * de l'apparition de la pilosité axillaire, qui précède de peu l'apparition des premières règles. Celles-ci peuvent être irrégulières au début; c'est un phénomène normal
- * de l'apparition de l'acné, moins fréquemment que chez le garçon.

2°) Les changements psychiques:

Ils proviennent de la difficulté de compréhension des changements physiques intervenus: il existe une inquiétude liée au décalage entre l'apparition de la maturité physique et celle de la maturité psychique. Le corps devient rapidement celui d'un adulte, avec les mêmes besoins et notamment les pulsions sexuelles, alors que l'état d'esprit est peu différent de celui d'un enfant (cf. extraits).

C/ Le cycle menstruel.

1°) Qu'est-ce que le cycle menstruel ?

Une des principales transformations chez la jeune fille est l'apparition des règles. Les règles sont un phénomène cyclique qui se reproduit tous les 28 jours en moyenne (parfois c'est plus court, parfois plus long - cf schémas). Il s'agit de l'émission de sang par la vulve, sang qui provient en réalité de l'utérus.

Plaçons le départ du cycle au premier jour des règles. Juste après celles-ci, un petit œuf, l'ovule, commence à mûrir dans les ovaires. 14 jours avant les règles suivantes, l'ovule est mûr, et il tombe dans l'utérus: c'est l'ovulation. C'est d'ailleurs à cet endroit que se produira la rencontre avec les spermatozoïdes de l'homme lors de la fécondation, qui est le début de la grossesse, comme nous le verrons plus loin.

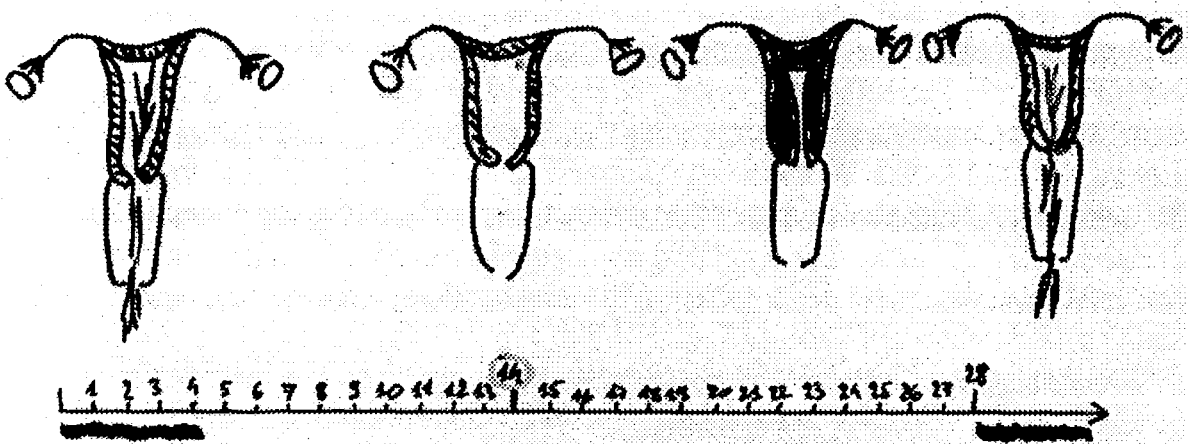
Après l'ovulation, le revêtement interne de l'utérus s'épaissit comme une éponge qui se gonfle de sang (si on compare la paroi utérine au mur d'une maison, il faut imaginer que l'intérieur de ce mur est tapissé d'une fine couche d'éponge qui peut gonfler - cf. schémas). En fait, c'est dans cette partie de l'utérus que va pousser l'ensemble formé par l'ovule et le spermatozoïde et qui va donner plus tard un bébé.

Mais, en l'absence de rapport sexuel, il n'y a pas de fécondation; l'ovule disparaît au bout d'une journée environ, et au bout de 14 jours, c'est la fin du cycle: le revêtement interne de l'utérus (l'éponge) reprend son épaisseur normale et libère le sang qu'il avait accumulé. Ce sont les règles.

Puis, on recommence le cycle: préparation de l'ovulation dans l'ovaire, puis, 14 jours avant le début des règles suivantes, expulsion de l'ovule qui va dans l'utérus, et préparation du revêtement interne de l'utérus qui accumule du sang. Enfin, en l'absence de fécondation, l'utérus se vide du sang accumulé et ce sont les règles.

Ensuite, le cycle recommence.

Certaines jeunes filles et certaines femmes ressentent des troubles avant les règles: tension mammaire, irritabilité, hyperactivité ou au contraire fatigue, maux de tête, vertiges, troubles digestifs comme des ballonnements, des nausées, une douleur dans le ventre, de la diarrhée, de la constipation. Ces signes sont passagers, ils surviennent 1 à 2 jours avant les règles et disparaissent pendant celles-ci.



D/ La fécondation: le début de la grossesse

1°) D'où viennent les bébés ?

Nous l'avons vu auparavant, le point de départ de cette histoire est la rencontre entre l'ovule et le spermatozoïde. Nous savons maintenant que les ovules sont produits régulièrement par les ovaires. En fait, les ovaires contiennent un nombre limité d'ovules, on verra plus loin ce qui se passe quand la réserve est épuisée.

Les spermatozoïdes, eux, sont contenus dans le sperme. Lorsque celui-ci est libéré dans le vagin pendant le rapport sexuel, ces spermatozoïdes, capables de se déplacer, passent par le col de l'utérus et remontent jusque dans le corps utérin. Là, le premier qui arrive près de l'ovule peut alors le féconder en se soudant à lui. C'est ainsi, lors de la fusion entre l'ovule, qui provient de la femme, et le spermatozoïde, qui provient de l'homme, qu'on obtient la première cellule du bébé.

Comme le spermatozoïde doit rencontrer l'ovule pour donner le futur bébé, et que l'ovule est produit lors de l'ovulation au 14^o jour avant les règles suivantes, on pourrait penser que les rapports sexuels n'entraînent une grossesse que s'ils ont lieu lors de l'ovulation. En fait, les spermatozoïdes peuvent survivre un certain temps dans le vagin et dans l'utérus, jusqu'à 7 jours parfois. Donc, même si le rapport a lieu bien avant l'ovulation, on ne peut jamais être certain qu'il n'y aura pas de grossesse (cf. schémas).

Une fois que l'ovule et le spermatozoïde se sont soudés pour former la première cellule du bébé, nous avons vu que le revêtement interne de l'utérus avait été préparé (comme une éponge) pour l'accueillir et la faire pousser. Quand il y a fécondation, l'éponge ne reprend pas sa taille de départ comme dans le cycle menstruel normal, il n'y a donc pas de perte de sang: pas de règles. L'absence de règles est donc le signe qui marque le début d'une grossesse.

E/ La ménopause.

- Nous avons vu que les ovaires contiennent un nombre limité d'ovules. Que se passe-t-il quand il n'y en a plus ? C'est ce qu'on appelle la ménopause. Il s'agit d'un phénomène qui survient chez les femmes entre 45 et 55 ans. Les règles s'espacent de plus en plus, deviennent irrégulières puis finissent par disparaître. Mais d'autres troubles accompagnent la ménopause:

- * atrophie et sécheresse de la vulve
- * atrophie des seins
- * la peau devient plus fine et plus fragile
- * les os deviennent plus fragiles
- * le risque de maladies cardiaques augmente
- * des troubles psychiques peuvent survenir: irritabilité, fatigue, dépression.

- Dans certains pays, pour éviter l'apparition de ces troubles, on donne aux femmes ménopausées des médicaments.

F/ L'andropause.

- Chez l'homme, il y a aussi un épuisement de la fonction de reproduction: ce phénomène apparaît avec la baisse de vitalité liée au vieillissement normal: ce n'est pas, comme chez la femme, l'épuisement d'une réserve, mais plutôt un phénomène qui accompagne la diminution des capacités physiques en général. L'âge de survenue est donc très variable d'un individu à l'autre.

**Ici schémas de face et profil de l'appareil génital féminin, annotés
en lao.**

**Ici schémas de face et profil de l'appareil génital masculin,
annotés en lao.**

La grossesse.

A/ Introduction.

La grossesse est un moment privilégié pour le couple : il se prépare à accueillir la venue d'un enfant. Mais, dans certains cas, il existe des risques pour la santé de la mère et de son enfant. Ces risques sont connus, et c'est pourquoi il est très important d'effectuer une surveillance des femmes enceintes avant, pendant et après l'accouchement, afin de s'assurer que tout se passe dans les meilleures conditions possibles.

B/ La fécondation : rappels.

Lors du cours sur la physiologie de la reproduction, nous avons vu que la fécondation est la rencontre entre l'ovule, qui sort de l'ovaire lors de l'ovulation, et d'un spermatozoïde qui lui, a remonté l'utérus avec d'autres spermatozoïdes.

L'ovulation se produit 14 jours avant les règles suivantes: l'ovule sort de l'ovaire, passe par les trompes utérines, puis descend dans le corps utérin. Là, s'il ne rencontre pas de spermatozoïdes, il continue sa descente et est rapidement éliminé. Mais s'il y a eu un rapport sexuel quelques heures ou quelques jours avant l'ovulation, des spermatozoïdes peuvent être présents dans l'utérus (ils peuvent se déplacer) et l'un d'entre eux va pouvoir fusionner avec l'ovule pour donner la première cellule du bébé.

C/ La grossesse normale.

1°) Ce qui se passe à l'extérieur.

- L'absence de règles.

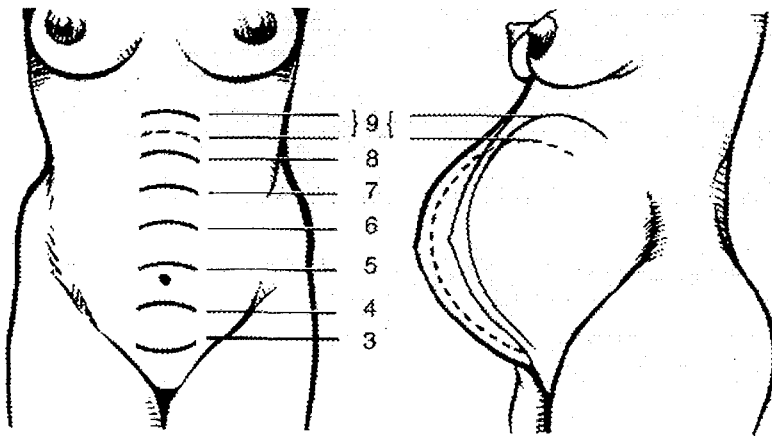
Le premier signe qui va faire penser qu'une jeune fille ou une femme est enceinte, c'est l'absence des règles au moment attendu. Ce retard va durer de plus en plus longtemps, et finalement, on se rend compte que les règles se sont arrêtées. Si la

femme a des rapports sexuels, une absence de règles doit faire penser à une grossesse débutante. La date des dernières règles est très importante car elle permet de déterminer l'âge de la grossesse et la date de l'accouchement. Dans l'espèce humaine, la grossesse dure environ 275 jours (à peu près 39 semaines ou 9 mois) à partir de la fécondation.

- L'augmentation de volume de l'utérus (cf. schémas).

Ce deuxième signe important n'est visible qu'à partir d'un certain temps après le début de la grossesse :

- * au 2e mois de grossesse, l'utérus a la taille d'une grosse orange.
- * à 3 mois, il dépasse le pubis de 9 cm.
- * à 4 mois 1/2, il atteint l'ombilic.



- La prise de poids.

Normalement, la prise de poids pendant la grossesse doit être comprise entre 9 et 11 kgs. On compte sur une prise de poids de 1 kg par mois pendant les 7 1ers mois, puis 2 kgs par mois les 2 derniers mois.

- Les mouvements actifs fœtaux.

A partir de 3 mois 1/2 pour une femme ayant déjà eu des enfants ou de 4 mois 1/2 pour une femme n'ayant jamais eu d'enfants, la femme enceinte commence à sentir son bébé bouger.

- Les autres signes de la grossesse.

Ces signes ne sont pas toujours présents, sont variables d'une femme à l'autre, et d'une grossesse à l'autre pour une même femme.

- * *augmentation de volume des seins* avec sensation de tension mammaire
- * *augmentation des sécrétions vaginales*, mais elles gardent un aspect et une odeur normales
- * *nausées et vomissements*, surtout le matin, disparaissant toujours après le 3e mois
- * *brûlures d'estomac*
- * *envies alimentaires*
- * *constipation*, assez fréquente
- * *modification du caractère*, irritabilité, caractère instable, asthénie
- * *douleurs lombaires* dues à la prise de poids
- * apparition de *vergetures*, qui sont des sortes de cicatrices assez longues situées le plus souvent au niveau de l'abdomen, et qui sont liées à l'augmentation du volume de l'utérus
- * parfois des problèmes peu importants de circulation sanguine : *hémorroïdes, varices, crampes dans les jambes*

2°) Ce qui se passe à l'intérieur (cf. schémas).

Après la fécondation, la première cellule du bébé (formée par la fusion de l'ovule et d'un spermatozoïde) va alors se coller puis rentrer petit à petit dans le revêtement interne de l'utérus qui a été préparé en se gonflant de sang comme une éponge : la paroi de l'utérus est la maison de cette première cellule. Une des conséquences, nous l'avons

déjà vu avant, est que la paroi de l'utérus ne va pas se vider de son sang (c'est pourquoi il n'y a plus de règles).

Quand elle a trouvé sa place dans la paroi de l'utérus, la première cellule du bébé va commencer à se diviser pour former 2 cellules, puis 4, puis 8, puis 16, puis 32, et on assiste alors au tout début de la formation du bébé: l'embryon. Parfois, cette division des cellules donne naissance à deux embryons: ce sont les jumeaux. S'il y a encore plus d'embryons, on aura des triplés, des quadruplés...

Au bout de **30 jours**, l'embryon mesure 3,5 mm. Les différents organes commencent à se développer (cerveau, cœur, foie, membres...). C'est à ce moment que se développent les malformations (malformations cardiaques, hydrocéphalie...). L'embryon est contenu dans une poche de liquide, et il est relié à sa mère par le cordon ombilical qui lui apporte du sang riche en énergie et en oxygène, et par lequel il rejette du sang pauvre en énergie et en oxygène.

Au bout de **60 jours**, on peut faire le diagnostic de grossesse à *l'échographie* : en effet, on peut voir les battements du cœur du bébé.

Au bout de **75 jours** (2 mois 1/2), le bébé mesure 32 mm de long. Le placenta apparaît : il s'agit d'une sorte de filtre placé entre la circulation sanguine de la mère et celle du bébé pour que ce dernier soit à l'abri de certaines substances qui pourraient être dangereuses pour sa croissance.

Vers **4 ou 5 mois** de grossesse, on peut connaître le sexe du bébé grâce à l'échographie.

Vers **7 mois**, le bébé se tourne et vient se placer en position pour l'accouchement (la tête en bas dans 96 % des cas).

D/ Les grossesses à risque.

Dans un certain nombre de cas, le déroulement de la grossesse peut poser des problèmes. Il existe ainsi plusieurs facteurs de risque pour la grossesse.

1°) Les maladies.

Elles peuvent s'aggraver pendant la grossesse, ou entraîner des complications pour la mère et l'enfant.

- **Le paludisme.**

Les femmes enceintes ont plus de risques d'attraper le paludisme. Le paludisme peut donner des complications pour la femme enceinte ou son bébé.

- **Infection par le VIH/sida.**

La grossesse est fortement déconseillée aux femmes séropositives.

- **Le tétanos.**

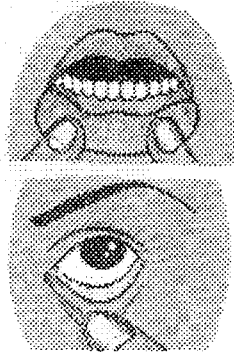
Il existe un risque très important de contamination par le tétanos au moment de l'accouchement. C'est pourquoi la vaccination contre cette maladie est obligatoire.

- **L'hypertension.**

Elle apparaît parfois en cours de grossesse et peut avoir des conséquences graves pour la mère et son bébé.

- **L'anémie.**

C'est très fréquent et très dangereux pour le bébé car il ne dispose pas d'assez d'énergie pour se développer, et pour la mère car elle est très faible. Si la mère ne peut pas se nourrir avec des aliments appropriés, si elle a des parasites, si elle a un paludisme ou du diabète, elle deviendra anémique.



Où rechercher la pâleur ?

- Le diabète.

S'il existe un diabète avant la grossesse, il s'aggrave. Parfois, un diabète apparaît chez une femme qui n'avait pas cette maladie avant la grossesse. Cette maladie entraîne de nombreuses complications chez la mère et pour l'enfant.

2°) Les circonstances.

Dans certaines circonstances, la grossesse peut présenter des risques.

- Les travaux physiques et les trajets pénibles.

Les femmes enceintes ne doivent pas effectuer des travaux trop difficiles, ni à l'extérieur (dans les champs), ni à la maison (travaux domestiques) et elles doivent éviter les longs trajets, sinon il existe un risque d'hémorragies et d'avortement spontané.

- L'âge de la femme enceinte.

Les risques de complication augmentent nettement pour les grossesses avant 18 ans et après 35 ans.

- **Les grossesses rapprochées.**

Les risques de complication augmentent quand une grossesse débute moins d'un an après le dernier accouchement.

- **Nombre de grossesses antérieures.**

Les risques de complication augmentent si la femme enceinte a déjà eu plus de 5 grossesses.

- **Jumeaux.**

Lorsqu'il y a des jumeaux (ou plus de bébés encore), les risques de complication augmentent.

- **Prise de toxiques.**

La consommation de certaines substances peut avoir des conséquences pour l'enfant.

* *Tabac.*

* *Alcool.*

* *Amphétamines.*

* *Opium.*

* *Cannabis.*

- **Autres :**

* Si la femme enceinte a un **bassin déformé**, ou une **taille inférieure à 150 cm**, on peut prévoir un accouchement difficile.

* Si la femme enceinte **pèse plus de 80 kgs ou moins de 45 kgs**, la grossesse et l'accouchement sont à risque.

* Si la femme enceinte a **déjà eu des enfants mort-nés**, le risque d'avoir des enfants mort-nés augmente.

* Si la femme enceinte a **déjà eu une césarienne**, le risque de nécessiter une césarienne pour cet accouchement augmente.

* Il y a un risque pour la santé de la mère et de l'enfant si la femme enceinte **est au contact de porteurs de maladies éruptives contagieuses**, ou si elle **mange du poisson ou de la viande crus**.

Quand ces maladies ou ces circonstances sont présentes, il existe un risque de complication pendant la grossesse ou à l'accouchement (et même après l'accouchement comme on le verra dans le cours sur l'accouchement). Certains signes faciles à reconnaître doivent alerter la femme enceinte et son entourage et la faire se rendre rapidement chez une sage-femme, un médecin ou à l'hôpital: ce sont les **12 signes anormaux de la grossesse**.

3°) Les 12 signes anormaux de la grossesse.

- La **pâleur** des lèvres, du tour des yeux, ou des ongles accompagnée de fatigue, est un signe d'*anémie*.
- La **disparition des mouvements fœtaux**, alors qu'ils étaient présents jusque là est en rapport avec une *souffrance fœtale* ou une *mort fœtale*.
- Un **ventre trop gros ou trop petit** par rapport à l'âge de la grossesse: à part une erreur sur l'âge de la grossesse, il peut s'agir de maladies graves.
- Un **gonflement du visage, des mains, ou des jambes**, des **vertiges**, des **maux de tête**, des **bourdonnements d'oreilles**, des **troubles de la vue** sont des signes d'*hypertension*.
- Une **prise de poids de plus de 2 kgs par mois** peut être en rapport avec une *hypertension*, un *diabète*, de *jumeaux* ...
- Des **brûlures urinaires** ou des **urines foncées** sont des signes d'*infection urinaire*.
- Une **grande soif** avec des **urines abondantes** sont des signes de *diabète*.
- Des **pertes de couleur et d'odeur anormales** sont des signes d'*infection génitale*.
- Une **fièvre très importante** ou **durant plus de 2 jours** peut être due au *paludisme*.

- Des **saignements génitaux** peuvent être en rapport avec un début d'*avortement spontané*, ou avec des maladies graves.
- Des **douleurs abdominales** peuvent être en rapport avec des *contractions prématurées*, une *rupture de l'utérus* ...
- Des **nausées** ou des **vomissements après le premier trimestre** sont toujours anormaux.

**SI UN DE CES 12 SIGNES APPARAÎT PENDANT LA GROSSESSE,
IL FAUT ALLER RAPIDEMENT CONSULTER UNE SAGE-FEMME,
UN MÉDECIN OU SE RENDRE À L'HÔPITAL.**

E/ Conclusion.

La grossesse d'une femme est souvent un événement attendu avec impatience, en particulier quand il s'agit d'une première grossesse. Mais il ne faut pas oublier qu'il existe certaines maladies qui peuvent entraîner des complications pour la mère et pour l'enfant. De plus, certaines circonstances, qu'on peut parfois facilement éviter (comme la prise de toxiques ou un travail physique trop intense), augmentent également les risques pour la santé de la mère et de l'enfant. Il est donc très important de savoir reconnaître certains signes anormaux pendant la grossesse, et de se rendre rapidement chez une sage-femme, un médecin ou à l'hôpital. Car s'il existe des risques pendant la grossesse, il en existe également pendant l'accouchement, et après l'accouchement, ce que nous verrons dans le prochain cours.

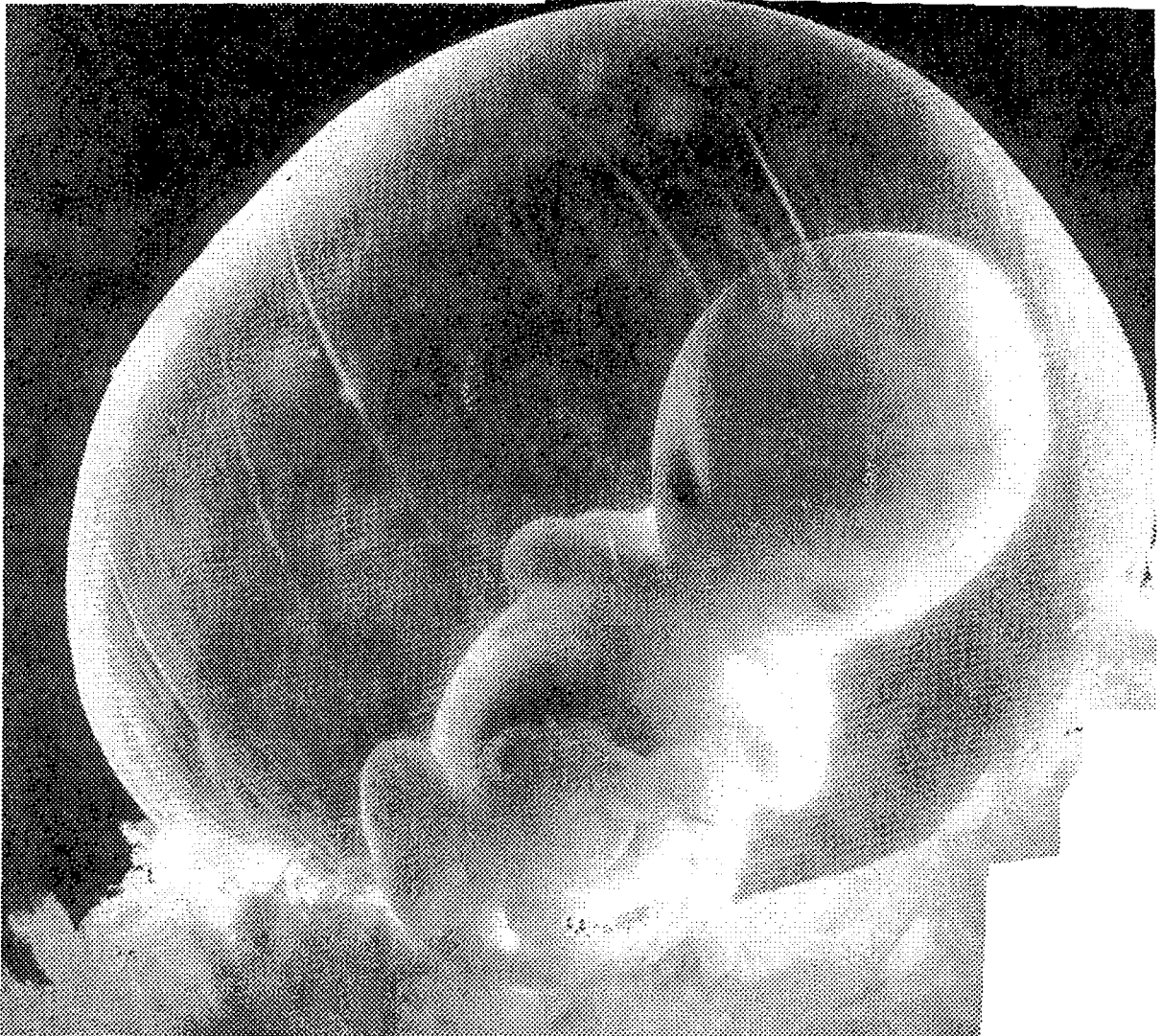
SIGNES NORMAUX DE LA GROSSESSE :

- Absence de règles.
- Augmentation de volume de l'utérus.
- Augmentation de volume des seins, tension mammaire.
- Nausées et vomissements **pendant** le premier trimestre de grossesse.
- Constipation.
- Brûlures d'estomac.
- Sécrétions vaginales plus importantes, mais **odeur et couleur normales**.
- Prise de poids: 9 à 11 kgs.
- Mouvements du bébé:
 - * vers 4 mois 1/2 si premier enfant
 - * vers 3 mois 1/2 sinon.
- Modification du caractère.
- Envies alimentaires.
- Douleurs dorsales.
- Hémorroïdes, varices, crampes dans les jambes.
- Vergetures.

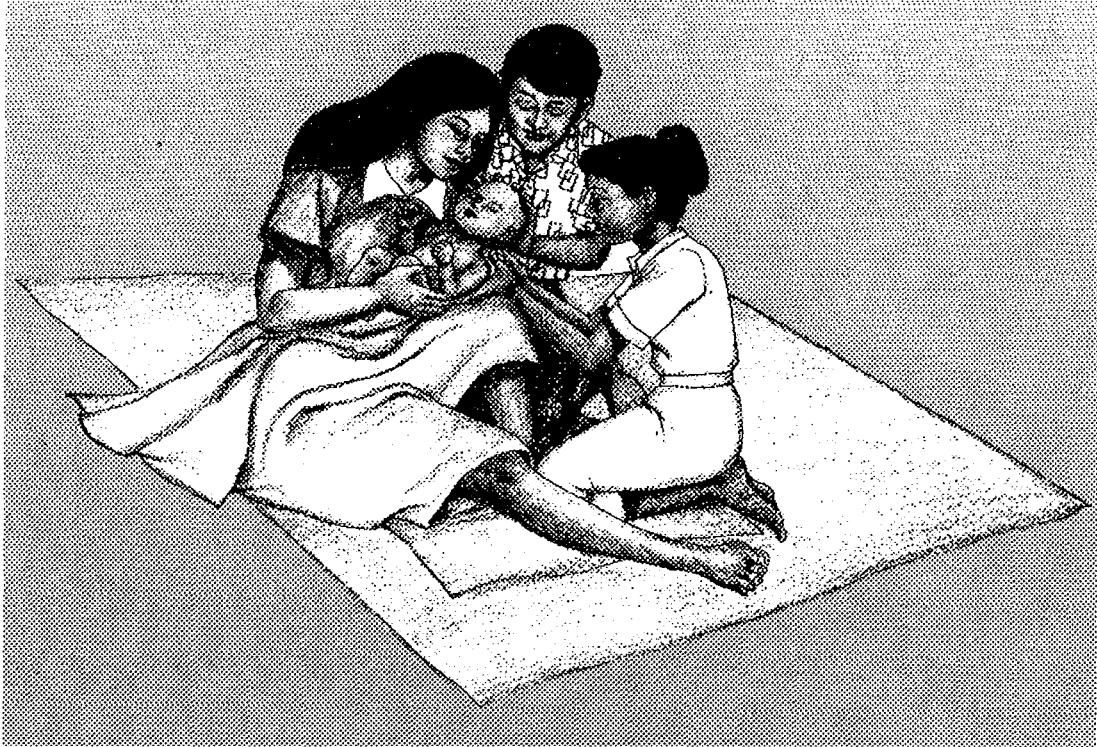
SIGNES ANORMAUX DE LA GROSSESSE :

- Hémorragies génitales.
- Utérus trop gros ou trop petit par rapport à l'âge de la grossesse.
- Nausées et vomissements **après** le premier trimestre.
- Douleurs **abdominales**.
- Sécrétions génitales **d'odeur et de couleur anormales**.
- Prise de poids supérieure à 2 kgs / mois.
- Disparition des mouvements du bébé.
- Pâleur.
- Gonflement du visage, des mains ou des jambes.
- Vertiges, maux de tête, bourdonnements d'oreille, troubles de la vue.
- Brûlures en urinant, urines foncées.
- Grande soif **et** urines abondantes.
- Fièvre importante ou durant plus de 2 jours

Foetus de 8 semaines



L'accouchement.



A/ Introduction.

L'accouchement, comme la grossesse, peut être une période à risque pour la mère et son enfant: il existe en effet de nombreuses complications, parfois très graves. Pour pouvoir se placer dans les meilleures conditions possibles pour l'accouchement, il faut savoir détecter les grossesses à risque (cf. Cours sur la grossesse), ainsi que d'autres situations à risque pour l'accouchement.

Ensuite, il faut que la femme enceinte puisse choisir le lieu dans lequel elle va accoucher, en fonction des risques de complications, des possibilités de traitement à cet endroit, et de ses souhaits ou de ses possibilités (en particulier pour se déplacer).

Enfin, comme il existe également de nombreuses complications après l'accouchement, il est très important d'aller consulter à l'hôpital dans le mois qui suit la naissance du bébé.

B/ Les consultations pendant la grossesse.

Comme nous l'avons vu dans le cours sur la grossesse, il existe des situations à risque pour la santé de la mère et de l'enfant: certaines maladies ou certaines circonstances peuvent entraîner des complications parfois très graves. Il est donc très important de savoir reconnaître les 12 signes anormaux pendant la grossesse afin de pouvoir rapidement se rendre chez le médecin ou à l'hôpital si un ou plusieurs de ces signes apparaît.

Cependant, même si la grossesse se déroule normalement, il est indispensable d'aller consulter à l'hôpital ou à la SMI au 3e, au 5e, au 6e et au 9e mois de grossesse, pour faire vérifier par le médecin s'il n'existe pas de problème pouvant rendre l'accouchement difficile.

En effet, les problèmes qui existent pendant la grossesse peuvent avoir des conséquences sur l'accouchement (par exemple l'*hypertension* pendant la grossesse peut donner des *hémorragies* pendant l'accouchement).

De plus, il faut vérifier que le fœtus a bien tourné dans le ventre de sa mère (vers le 7e mois), et savoir quelle position il a pris (tête en bas ?). En effet, l'accouchement se passera de manière plus ou moins facile en fonction de la position du fœtus.

Enfin, il faut mesurer le diamètre du bassin pour prévoir si le bébé pourra passer facilement ou s'il faut s'attendre à un accouchement difficile, voire impossible sans césarienne.

Une fois ces précautions prises, il ne reste plus qu'à attendre l'apparition des contractions qui annonce le début du travail.

C/ L'accouchement normal.

Le déroulement de l'accouchement normal est bien connu; il se passe en 3 étapes.

1°) Le début du travail.

- Le premier signe est l'apparition des **contractions**: ce sont des douleurs abdominales et dorsales régulières, de plus en plus rapprochées, et de plus en plus intenses au fur et à mesure que le travail se poursuit.

Lorsque les contractions commencent, la femme enceinte doit se rendre dans le lieu où elle a choisi d'accoucher.

- Pendant le début des contractions, le bébé va commencer à descendre dans l'utérus: le col de l'utérus, fermé jusque là, va en effet commencer à s'ouvrir petit à petit sous l'effet des contractions (cf. schémas). Pour surveiller le déroulement de l'accouchement, il est d'ailleurs très important de noter régulièrement le degré d'ouverture du col utérin, ou **dilatation**.

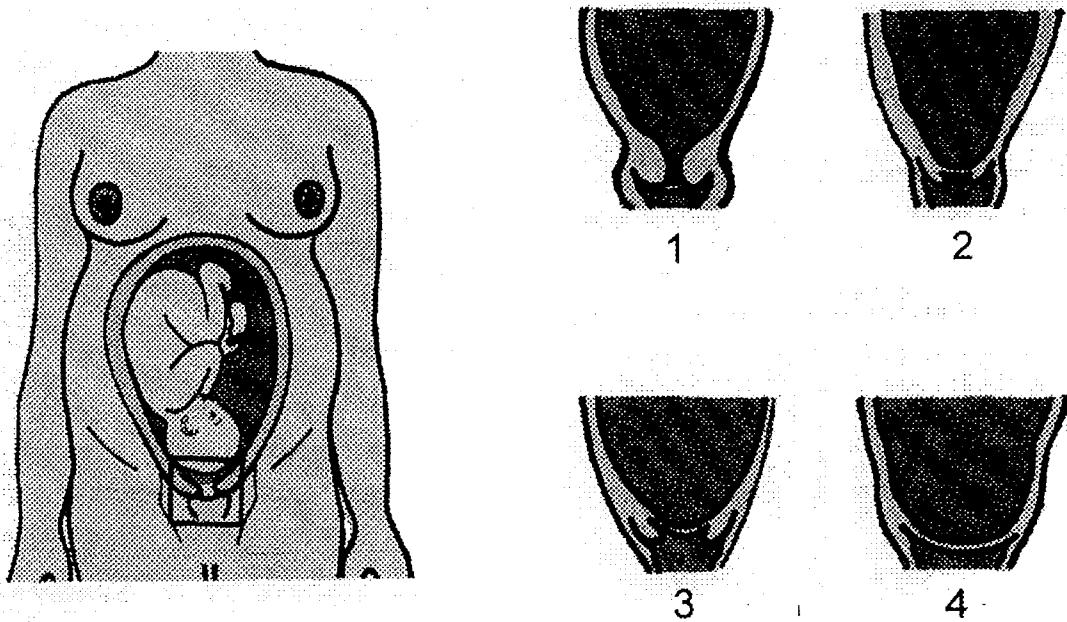
- Cette première phase du travail, qui ne doit pas dépasser **20 heures** chez la femme qui n'a jamais eu d'enfant, ou **14 heures** chez la femme qui a déjà eu des enfants, se termine lorsque la dilatation du col utérin est de **5cm**: on passe alors à la phase active du travail.

2°) La phase active du travail.

- La poche de liquide qui contenait le bébé va se rompre et le liquide sort alors par la vulve: il est important de regarder **la couleur** de ce liquide. En fait, cette rupture peut se produire avant le début du travail: si c'est le cas, il faut que la femme enceinte se rende à l'hôpital pour accoucher.

- La dilatation du col utérin continue de manière **plus rapide** tandis que se poursuit la descente du bébé, et qu'il finit par apparaître au niveau de la vulve avant de sortir complètement. On récupère alors le bébé dans un linge sec et chaud et on le pose sur le ventre de sa mère. Enfin, on ligature puis on coupe avec du matériel stérile le cordon ombilical qui reliait encore le bébé à sa mère.

- Cette deuxième phase du travail dure en moyenne **12 heures** chez la femme qui n'a jamais eu d'enfants et **6 heures** chez la femme qui a déjà eu des enfants.



La dilatation du col utérin.

3°) La délivrance.

- La délivrance commence, environ **15 minutes** après la naissance, par l'expulsion du placenta de l'utérus dans le vagin: on voit alors le placenta apparaître à la vulve. Il faut alors le faire prudemment sortir en entier.

- Ensuite, pendant un peu moins de **2 heures**, il faut surveiller que l'utérus, jusque-là dilaté puisqu'il contenait le bébé, se replie bien sur lui-même en formant une sorte de sphère assez dure que l'on peut sentir juste au-dessus du pubis.

- Cette période commence donc à l'instant même de la naissance et se termine **2 heures** après. C'est le **moment le plus dangereux de l'accouchement** car il peut se compliquer d'hémorragies brutales et graves.

D/ L'accouchement à risque.

Dans un certain nombre de cas, on peut prévoir que l'accouchement sera difficile, ou avec des risques important de complications pour la mère et l'enfant. Nous l'avons vu dans le cours précédent, certaines maladies et certaines circonstances particulières pendant la grossesse peuvent empêcher le bon déroulement de l'accouchement ou entraîner des problèmes pour le bébé à la naissance.

1°) Maladies pendant la grossesse.

- **Le paludisme.**

- **L'hypertension.**

- **Anémie.**

- **Diabète.**

2°) Circonstances particulières pendant la grossesse.

- **Age de la femme enceinte.**

Il existe des risques pour les femmes de moins de 18 ans et de plus de 35 ans.

- **Grossesses rapprochées.**

- **Nombre de grossesses antérieures.**

Si la femme enceinte a déjà eu plus de 5 grossesses, il existe des risques.

- **Jumeaux.**

- **Position du fœtus.**

Nous l'avons vu dans le cours sur la grossesse, à partir du 7^e mois, le fœtus va se retourner dans le ventre de sa mère et se retrouver **la tête en bas dans 96 % des cas**. Si c'est bien cette position que l'on retrouve à la consultation du dernier mois, l'accouchement a plus de chances de se passer correctement.

Lorsque la position du fœtus est transversale dans le ventre de la mère ou qu'il reste la tête en haut (cf. schémas), il existe des risques très importants d'accouchement difficile, de rupture utérine, d'hémorragies.

- Mesures du bassin.

Il s'agit de mesurer différentes distances à l'intérieur du bassin pour essayer de voir si le bébé va avoir des difficultés ou non pour passer lors de l'accouchement. Lorsque certaines de ces mesures sont trop petites, on doit se préparer à faire une césarienne.

Très souvent, lorsque la **taille** de la femme enceinte est **inférieure à 150 cm**, le bassin est trop petit pour laisser passer le bébé.

De plus, le **travail physique pénible** et les **longues marches chez les très jeunes filles** entraînent également un rétrécissement du bassin.

Enfin, la **malnutrition** est également une cause de bassin rétréci.

Au Laos où ces conditions sont souvent présentes, il est donc très important que les femmes enceintes aillent consulter à l'hôpital pendant la grossesse pour que ces mesures du bassin soient effectuées.

- Autres:

* Si la femme enceinte a **déjà eu une césarienne**, le risque de nécessiter une césarienne pour cet accouchement augmente.

* Si la femme enceinte a **déjà eu des hémorragies de la délivrance**, le risque d'avoir une hémorragie lors de la délivrance pendant cet accouchement augmente.

* Si la femme enceinte a une **infection génitale**, il peut y avoir une contamination du bébé qui va entraîner des maladies graves.

* Si la femme enceinte pèse plus de 80 kgs ou moins de 45 kgs, l'accouchement peut être difficile.

E/ Le choix du lieu de l'accouchement.

Il dépend de plusieurs facteurs, dont le plus important est l'existence de maladies ou de circonstances pouvant entraîner des complications. **Si l'accouchement est à risque, la femme enceinte doit se rendre à l'hôpital pour accoucher**: en effet, en cas de complication, c'est le seul endroit où des médecins pourront intervenir pour sauver la mère et son enfant. Pour reconnaître les maladies pouvant donner des complications, on a vu que l'on peut facilement repérer les 12 signes anormaux de la grossesse. Certaines circonstances peuvent également donner des complications. Cependant, comme il n'est pas toujours facile de les reconnaître, **il est indispensable d'aller consulter à l'hôpital ou à la SMI durant la grossesse (3e, 5e, 6e, et 9e mois de grossesse)**.

Le choix du lieu de l'accouchement dépend également:

- du **souhait** de la femme enceinte et de sa famille
- des **possibilités de transport** dans de bonnes conditions pour la femme enceinte.

F/ Après l'accouchement.

Il existe une disparition des signes de la grossesse et l'apparition des signes de la montée laiteuse.

1°) Normalement.

- Fréquemment, il existe des douleurs abdominales pendant les quelques jours qui suivent l'accouchement, en particulier lorsque la mère allaite son enfant: c'est normal et lié au fait que l'utérus se contracte.

- Possibilité d'une petite fièvre le troisième jour après l'accouchement: c'est normal et lié à la montée laiteuse.

- Il existe fréquemment des problèmes urinaires peu importants.

- Pendant plusieurs jours, tandis que l'utérus reprend sa taille normale (ce qui prend environ 2 mois), il existe un écoulement par le vagin. Pendant la première semaine, cet écoulement est fait de sang, puis pendant la deuxième semaine, il devient un peu plus clair, et puis à partir de la troisième semaine, il ne contient plus de sang. L'écoulement persiste jusqu'à la réapparition des règles.

2°) Complications.

Parfois, il existe des complications dans les suites de l'accouchement. Elles peuvent être très dangereuses, mais peuvent être facilement évitées si la jeune mère vient consulter à l'hôpital ou à la SMI avec son enfant dans le premier mois qui suit l'accouchement (par exemple juste après [*la période de purification*]).

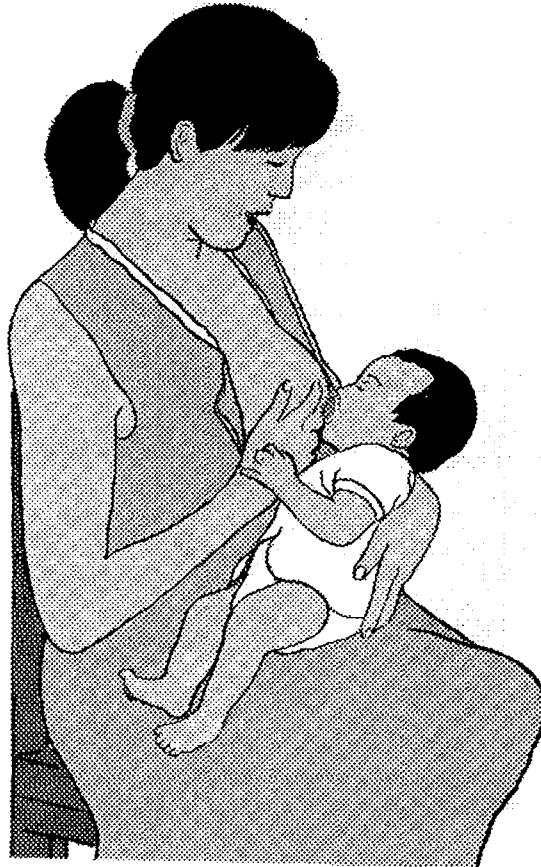
- Infections.

Il existe **très fréquemment** des infections après l'accouchement: le travail demande beaucoup d'énergie et la femme qui vient d'accoucher est affaiblie. Elle a donc beaucoup plus de risque de développer une infection. De plus, si l'hygiène n'est pas bonne lors de l'accouchement, ces risques d'infection augmentent. S'il existe une **fièvre** ou des **écoulement génitaux malodorants**, la mère doit aller voir la sage-femme ou le médecin.

- Hémorragies.

Elles sont moins fréquentes et moins brutales que lors de la délivrance, mais si la femme qui vient d'accoucher a des **saignements génitaux**, elle doit aller voir la sage-femme ou le médecin.

3°) L'allaitement maternel.



- Le lait maternel est l'aliment le plus adapté pour la croissance de l'enfant; l'allaitement permettant également de créer une relation forte entre la mère et son enfant. Pour favoriser la bonne survenue de la montée laiteuse, il est très important de mettre le nouveau-né au sein **le plus tôt possible après l'accouchement** (dans les 6 premières heures). De plus, le colostrum qui est sécrété pendant les 2 ou 3 premiers jours est **très riche en énergie et en vitamines**.

- **Complications.**

Il peut parfois exister certains problèmes liés à l'allaitement. Ce n'est que très rarement grave, mais il faut savoir reconnaître certains signes car il faut parfois suspendre l'allaitement.

** Seins tendus et douloureux, se vidant mal. Pas de fièvre.*

C'est un accident qui survient plus fréquemment lors de la montée laiteuse (2^e ou 3^e jour après l'accouchement). Il faut masser les seins, les doucher à l'eau chaude, et en général en 48 heures le problème est résolu.

** Rougeur du mamelon, fissures, douleurs au début de la tétée. Pas de fièvre.*

C'est très fréquent, il faut avoir une bonne hygiène locale: nettoyage au savon après chaque tétée, puis séchage, tétées de moins de 10 minutes.

** Rougeur du mamelon, fissures, douleur. Fièvre.*

Dans ce cas, il faut aller consulter rapidement à l'hôpital et arrêter momentanément l'allaitement.

4°) Contraception.

Si la femme qui vient d'accoucher ou le couple souhaite obtenir un moyen de contraception, il faut commencer à y penser.

F/ Conclusion.

L'accouchement, comme la grossesse, est une période qui peut être risquée pour la santé de la mère et de l'enfant. Il faut savoir reconnaître les situations à risque pour pouvoir prévoir un accouchement difficile et choisir le lieu de l'accouchement en conséquence. Pour être sûr de bien faire, il est indispensable d'aller consulter les

spécialistes à l'hôpital ou à la SMI pendant la grossesse (3e, 5e, 6e, et 9e mois). Enfin, après l'accouchement, il existe encore des risques de complications: il est donc important de se rendre à l'hôpital ou à la SMI dans le premier mois qui suit l'accouchement.

Plannification des naissances.



A/ Qu'est-ce que c'est ?

La planification des naissances, c'est l'utilisation de moyens de contraception afin de choisir le moment d'avoir des enfants, et le nombre d'enfants que l'on souhaite avoir.

B/ A quoi ça sert ?

Plusieurs facteurs importants pour la santé de la mère et de l'enfant, mais également des raisons économiques, permettent de bien comprendre l'utilité de la planification des naissances:

- Les grossesses survenant chez une femme très jeune (avant 18 ans) ou à partir d'un certain âge (après 35 ans) ont plus de chance d'entraîner des complications pour la mère pouvant aller jusqu'au décès (avortements spontanés, hémorragies, hypertension, accouchement difficile). Il existe également des risques pour l'enfant. La planification des

naissances permet aux femmes d'éviter d'être enceinte à un âge où il existe des risques pour leur santé et pour celle de leur enfant.

- Les risques pour la santé de la mère et de l'enfant augmentent également avec le nombre de grossesses et l'espacement entre les grossesses: plus celles-ci sont nombreuses et plus elles sont rapprochées, plus les avortements spontanés et les autres complications sont fréquents.

- Dans certaines situations, permanentes ou temporaires, la grossesse peut-être très fortement déconseillée: par exemple dans le cas d'une maladie maternelle (maladies du cœur, diabète) qui rend la grossesse très risquée pour la mère. Il est alors important de disposer d'un moyen pour éviter d'être enceinte.

- Avoir plusieurs enfants en bas âge est une situation souvent difficile: ils demandent beaucoup d'attention et de temps à leurs parents, et cela peut avoir des conséquences sur le travail et le revenu du couple.

- L'espacement des naissances permet au couple d'attendre d'être dans une situation économique favorable pour débiter une grossesse. De plus, dans cette situation, il existe souvent une malnutrition des enfants, ainsi qu'une grande fatigue de la mère. Attendre pour avoir une nouvelle grossesse, c'est donc préserver la santé de la mère et des enfants.

C/ Les moyens de contraception.

Ils permettent au couple d'éviter une grossesse non désirée. Par exemple, on peut repousser la date de la première grossesse pour éviter les risques liés à l'âge de la mère, ou espacer deux naissances pour ne pas avoir plusieurs enfants en bas âge en même temps, ou ne plus avoir d'enfants parce que le couple n'en désire plus.

Lors du cours sur la physiologie, nous avons vu qu'il est impossible d'être certain qu'un rapport sexuel n'entraînera pas de grossesse (rappels cf. schémas).

Pour diminuer le risque de grossesse après un rapport sexuel, il existe divers moyens de contraception, qui ont chacun leurs avantages et leurs désavantages.

1°) Méthodes naturelles.

- **Abstinence sexuelle périodique.**

Comme on l'a vu précédemment, on peut tenter d'éviter d'avoir des rapports sexuels pendant la période à risque du cycle menstruel, mais c'est une méthode très peu fiable. Pour essayer d'augmenter la fiabilité, on a proposé le calcul suivant: sur une période d'au moins 12 mois, noter la durée des différents cycles menstruels. Puis calculer les jours à risque en enlevant 20 au cycle le plus court = premier jour à risque, et en enlevant 10 au cycle le plus long = dernier jour à risque.

Exemple: sur 12 mois, cycle le plus court = 25 jours et cycle le plus long = 32 jours.

Premier jour à risque = $25 - 20 = 5$, donc 5^e jour du cycle.

Dernier jour à risque = $32 - 10 = 22$, donc 22^e jour du cycle.

Les jours à risque sont donc compris entre le 5^e et le 22^e jour du cycle.

La période d'abstinence doit donc s'étaler du 5^e au 22^e jour du cycle.

Efficacité: très mauvaise car difficilement réalisable

Avantages: coût nul

Désavantages: très mauvaise efficacité

- **Allaitement maternel exclusif.**

Il ne s'agit pas là d'un vrai moyen de contraception mais plutôt d'un phénomène physiologique. Durant une période d'environ 6 mois après l'accouchement (sous réserve que le cycle menstruel n'a pas repris), si l'allaitement de l'enfant consiste uniquement en un allaitement au sein par la mère, l'ovulation est stoppée et il ne peut y avoir de grossesse.

Efficacité: très bonne

Avantages: coût nul

Désavantages: efficacité liée au fait que l'allaitement maternel soit exclusif

durée d'efficacité très approximative

si une contraception est désirée, il faut utiliser un vrai moyen de contraception au bout de 6 mois maximum

2°) Méthodes physiques.

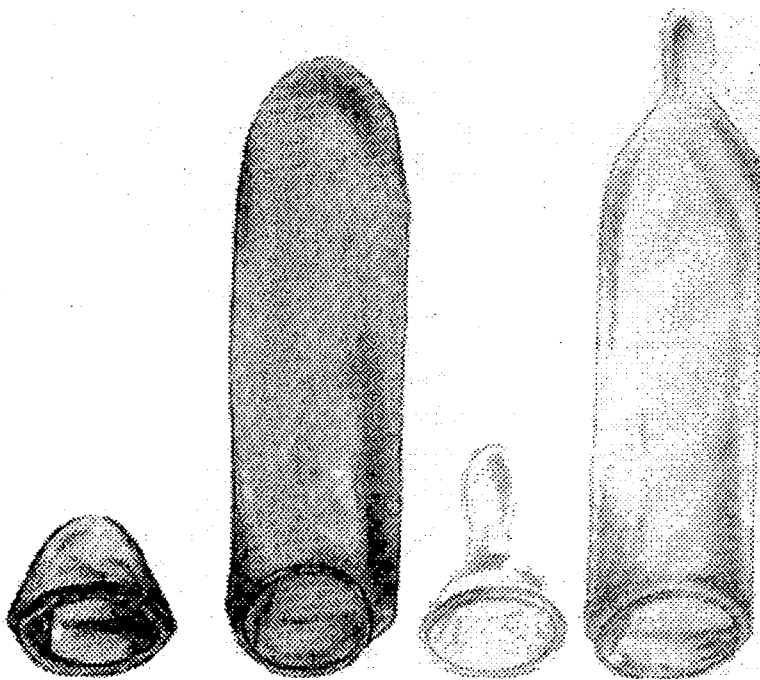
- Le préservatif.

Il s'agit d'un sac cylindrique de latex placé autour du pénis lors du rapport sexuel, qui empêche l'émission du sperme dans le vagin (*démonstration avec un objet cylindrique*).

Efficacité: très bonne

Avantages: facile d'utilisation, protège également contre les MST dont le Sida.

Désavantages: coût.



- Le DIU.

Il s'agit d'un petit objet en plastique et contenant du cuivre inséré dans l'utérus par le col. Il a deux mécanismes d'action: d'abord, le cuivre qu'il contient empêche les spermatozoïdes de se déplacer dans le vagin et dans l'utérus. Ensuite, la présence de cet objet modifie les trompes et le corps utérin et empêche que l'œuf formé par la fusion du spermatozoïde et de l'ovule (cf. physiologie) puisse être accueilli par la muqueuse utérine.

La durée de vie du DIU est variable entre 3 et 8 ans: selon la durée de la contraception souhaitée, on peut l'enlever avant, ou en changer à la fin de cette période.

Efficacité: très bonne

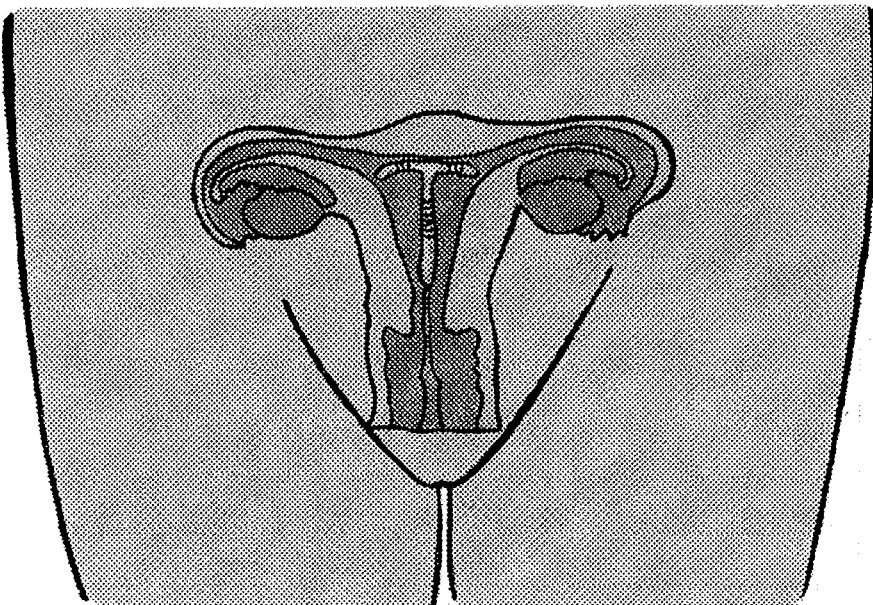
Avantages: effet de longue durée et réversible

Désavantages: pose et retrait par une personne expérimentée

ne convient pas à une femme n'ayant jamais eu d'enfants, ou qui a certaines maladies

rarement, peut provoquer des saignements, de petites douleurs passagères les premiers mois

ne protège pas contre les MST



3°) Méthodes chimiques

- Les pilules.

Au Laos, il existe principalement deux types de pilules dont les mécanismes d'action et les conditions d'utilisation sont différentes.

* pilule combinée.

(Par exemple MICROGYNON 30®)

Cette pilule a deux mécanismes d'action: d'une part elle bloque l'ovulation (il n'y a pas d'ovule produit, donc pas de grossesse possible), d'autre part elle empêche le sperme de remonter dans l'utérus.

Efficacité: excellente

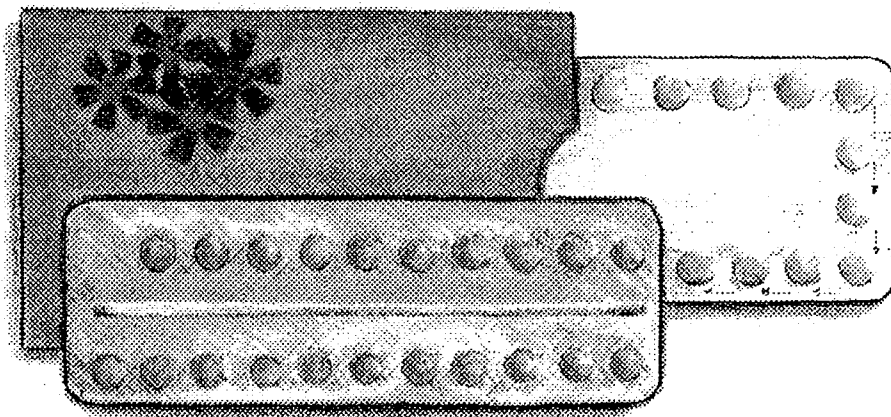
Avantages: très bonne efficacité

Désavantages: ne convient pas à une femme de plus de 40 ans

prise de la pilule tous les jours

ne peut pas être utilisée dans beaucoup de cas en particulier chez les fumeuses ou quand la femme a eu certaines maladies

ne protège pas contre les MST



*** pilule progestative.**

(Par exemple MICROVAL®)

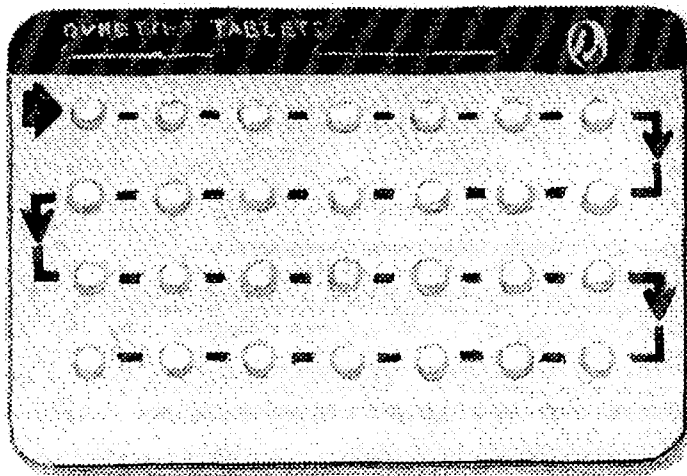
Ce type de pilule n'a qu'un mécanisme d'action: elle empêche le sperme de remonter dans l'utérus.

Efficacité: très bonne, mais moins que la pilule combinée

Avantages: très bonne efficacité

Désavantages: prise de la pilule tous les jours

peut causer de petits saignements génitaux entre les règles, la disparition des règles ou des règles prolongées
ne protège pas contre les MST



- Injection.

(Par exemple DEPOPROVERA®)

Elle consiste en une injection de contraceptif qui a une durée d'action de 12 semaines.

Elle bloque l'ovulation, empêche le sperme de remonter dans l'utérus, et cause des changements au niveau de la muqueuse utérine.

Efficacité: excellente

Avantages: efficacité

injections espacées

Désavantages: irréversible jusqu'à la fin des 12 semaines

nécessite des injections faites par une personne expérimentée

ne protège pas contre les MST

parfois disparition des règles sous traitement



4°) Méthode chirurgicale.

Il s'agit d'une méthode de stérilisation irréversible nécessitant une intervention chirurgicale.

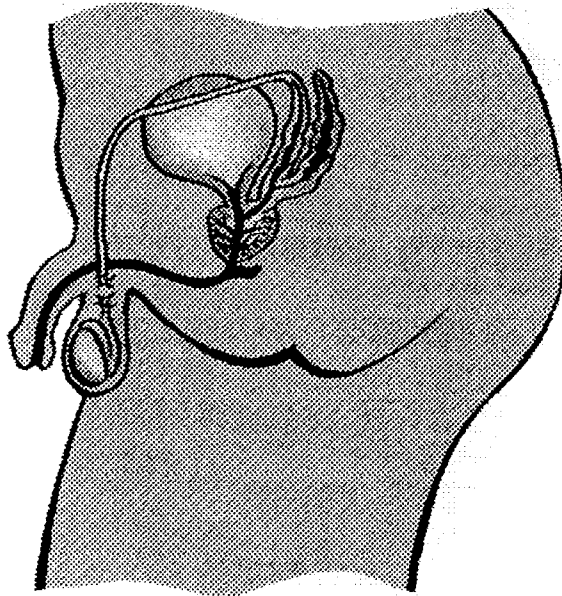
- Vasectomie.

Cette opération consiste, chez l'homme, à couper les canaux déférents (cf. schémas) pour empêcher les spermatozoïdes de sortir lors de l'éjaculation.

Efficacité: excellente

Avantages: stérilisation irréversible

Désavantage: stérilisation irréversible



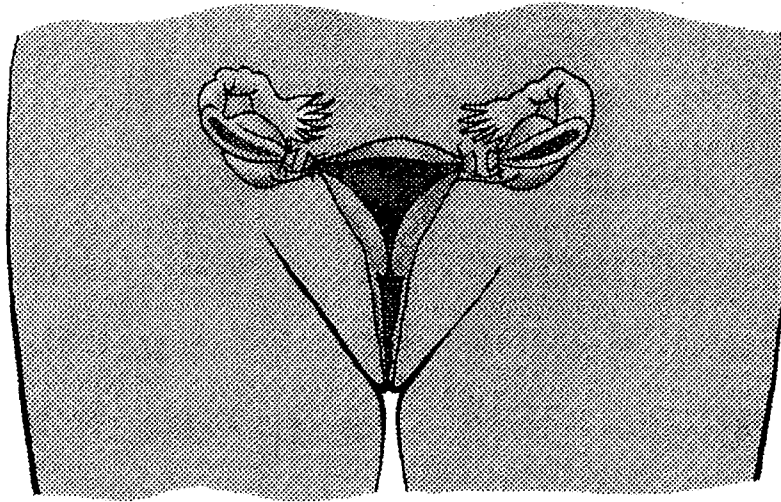
- Ligature des trompes.

Cette opération consiste, chez la femme, à bloquer les trompes utérines et ainsi à empêcher la sortie de l'ovule et donc la fécondation par le sperme (cf. schémas).

Efficacité: excellente

Avantages: stérilisation irréversible

Désavantages: stérilisation irréversible



5°) Contraception d'urgence.

Il s'agit d'une contraception d'urgence après un rapport sexuel pouvant entraîner une grossesse (rapport sexuel forcé, pas de contraception utilisée, rupture d'un préservatif, oubli de pilule).

On utilise les mêmes pilules que les pilules contraceptives, mais à des doses plus importantes, et en deux prises: l'une le plus tôt possible (au plus tard 72 heures après le rapport), et la deuxième, 12 heures après la première. Il y a souvent des troubles lors de ce type de prise: douleurs abdominales, nausées, vomissements, maux de têtes, saignements génitaux.

D/ L'avortement.

Ce n'est pas une méthode de contraception. C'est illégal et il peut y avoir des complications mortelles: infections et hémorragies. Entre 10 et 30 % de la mortalité maternelle est due aux conséquences des avortements.

Maladies sexuellement transmissibles. Comportements à risque.

A/ Introduction.

Les MST sont des maladies transmises d'un partenaire à l'autre pendant les rapports sexuels. Certaines d'entre elles ont également d'autres modes de transmission (hépatite, VIH-Sida). Il est possible de traiter beaucoup de ces maladies. Il est très important de les reconnaître car :

- elles peuvent être mortelles
- on peut les traiter dans beaucoup de cas
- il faut éviter de contaminer les autres.

Certains comportements augmentent le risque de contracter une MST (rapports sexuels non protégés): on les appelle donc plus simplement comportements à risque. Ils peuvent, entre autre, être liés à la prise de différentes substances qui troublent la perception des choses, la capacité de jugement, et qui diminuent la volonté : alcool, opium, amphétamines et haschich. Quand on consomme ces drogues, on s'expose à deux types de conséquences : d'abord des risques directs pour la santé car ces produits sont dangereux pour le corps humain, ensuite des risques indirects (quand on prend ces substances, on prend moins de précautions).

B/ Les maladies sexuellement transmissibles.

Lorsqu'une personne est atteinte d'une de ces maladies, elle ne doit pas hésiter à prévenir son ou ses partenaires sexuels: en effet, le risque de contamination lors de rapports sexuels est très élevé, et s'il existe un traitement, c'est toujours mieux de le donner le plus tôt possible.

1°) VIH-Sida.

- **Caractéristiques:** maladie mortelle qui entraîne une baisse des moyens de défense naturels du corps humain. Les signes cliniques de cette maladie sont très variés, mais on retrouve souvent une fièvre ou une diarrhée inexplicables depuis plus d'un mois ou un amaigrissement important inexplicable.

- **Mode de transmission:** rapports sexuels sans préservatif, plaie par une aiguille ou un objet ayant été en contact avec du sang d'un malade du Sida (attention, le don du sang ne peut pas contaminer le *donneur* !), transmission mère-enfant pendant la grossesse.

- **Traitement:** aucun.

- **Conséquences:** décès inévitable, contamination d'autres personnes lors de rapports sexuels non protégés.

2°) Hépatite.

- **Caractéristiques:** maladie qui entraîne une infection grave du foie. Les signes cliniques sont la jaunisse, des douleurs abdominales et des difficultés pour digérer.

- **Mode de transmission:** rapports sexuels sans préservatif, plaie par une aiguille ou un objet ayant été en contact avec du sang d'un malade de l'hépatite, transmission mère-enfant pendant la grossesse.

- **Traitement:** aucun.

- **Conséquences:** soit guérison spontanée, soit destruction complète du foie, soit cancer du foie; contamination d'autres personnes lors de rapports sexuels non protégés.

3°) Syphilis.

- **Caractéristiques:** maladie qui entraîne l'apparition d'une petite lésion de l'appareil génital et dont les conséquences peuvent être très graves par la suite.

- **Mode de transmission:** rapports sexuels non protégés.

- **Traitement:** antibiotiques qui permettent la guérison.

- **Conséquences:** sans traitement, la maladie peut évoluer pour donner de graves maladies pouvant entraîner le décès. Contamination d'autres personnes lors de rapports sexuels non protégés.

4°) Lymphogranulomatose.

- **Caractéristiques:** maladie qui entraîne l'apparition de gros ganglions douloureux au niveau inguinal et d'une fièvre.

- **Mode de transmission:** rapports sexuels non protégés.

- **Traitement:** antibiotiques qui permettent la guérison.

- **Conséquences:** contamination d'autres personnes lors de rapports sexuels non protégés.

5°) *Uréthrites et infections cervico-vaginales.*

- **Caractéristiques:** ces maladies ont des signes différents si elles atteignent une femme ou un homme. Chez ces derniers, elles entraînent des brûlures urinaires plus ou moins intenses, alors que chez les premières, elles donnent des leucorrhées.

- **Mode de transmission:** rapports sexuels non protégés.

- **Traitement:** antibiotiques qui permettent la guérison.

- **Conséquences:** risques de stérilité définitive pour les femmes, contamination d'autres personnes lors de rapports sexuels non protégés.

C/ Comment éviter les MST ?

- La première solution est évidemment de ne pas avoir de rapports sexuels. Reste que certaines de ces MST (le Sida et l'hépatite) ont d'autres modes de transmission.

- La deuxième solution, si on désire avoir des rapports sexuels, c'est d'utiliser le préservatif. Le préservatif est **le seul moyen de contraception qui soit aussi efficace pour se protéger de TOUTES les MST (y compris le Sida).**

SI VOUS VOULEZ AVOIR DES RAPPORTS SEXUELS SANS RISQUE DE CONTRACTER UNE MST : UTILISEZ LE PRESERVATIF !

D/ Les comportements à risque: rapports sexuels non protégés.

Les rapports sexuels non protégés exposent au risque de contracter une MST. Ces comportements peuvent correspondre à la prise de drogues. Mais qu'est-ce qu'une drogue ? C'est un produit qui entraîne une **dépendance** : la dépendance, c'est quand on ne peut plus se passer de consommer régulièrement un produit pour vivre normalement. Lorsqu'on veut arrêter, on a besoin d'aide car il existe une sensation de manque très importante, plus forte que soi. De plus, comme nous l'avons dit dans l'introduction, la plupart des drogues modifie la perception de l'environnement, c'est à dire la manière dont on voit un objet ou une personne par exemple. Ce changement dans la perception entraîne une perte de la capacité de jugement et de réflexion : puisqu'on ne voit plus les choses réellement comme elles sont, on ne peut plus raisonner correctement. Enfin, les drogues diminuent la volonté : elles donnent en effet une sensation de bien-être qui engourdit l'esprit.

Par ailleurs, toutes ces substances ont une action toxique sur le corps humain.

1°) Risques directs.

- Alcool.

Même si l'alcool semble être une substance banale, c'est en réalité une drogue très active dont la toxicité sur le corps humain est bien connue. La consommation de cette substance entraîne des lésions:

* du cerveau : l'alcool entraîne une destruction des cellules du cerveau et donc une diminution des capacités intellectuelles.

* du foie : risque d'inflammation du foie puis de destruction complète et même risque de cancer du foie.

* des organes digestifs : risque d'hémorragie mortelle, risque de cancer.

Par ailleurs, il existe des modifications du comportement liées à la consommation régulière d'alcool : fatigue intense, agressivité, insomnie; on note également un amaigrissement et une baisse de l'appétit. Enfin, la consommation d'alcool associée à la consommation de cigarettes est à l'origine d'un très grand nombre de cancers.

Cette substance entraîne également une forte dépendance.

- Opium.

C'est une drogue connue depuis très longtemps. Elle a des conséquences sur plusieurs organes :

* cerveau : c'est là que l'opium fait le plus de dégâts puisqu'il entraîne une destruction des cellules du cerveau.

* poumon : comme tout produit qui se fume, l'opium peut provoquer un cancer du poumon. De plus, il augmente le risque d'avoir des infections pulmonaires comme la tuberculose par exemple.

L'opium diminue l'appétit, donne de la constipation, et la personne qui en consomme devient de plus en plus maigre.

Cette substance entraîne également une très forte dépendance contre laquelle il est difficile de lutter sans l'aide des médecins.

- Cannabis.

On ne connaît pas encore bien la toxicité de cette substance. On sait seulement que, comme tout produit qui se fume, le cannabis peut provoquer un cancer du poumon.

Il existe également une dépendance à cette substance.

- Amphétamines.

Cette substance est particulièrement dangereuse car, en plus des effets des drogues que nous avons déjà cités, elle stimule le cerveau en provoquant une hyperactivité et la sensation d'être un "surhomme" capable d'accomplir même des choses impossibles en temps normal (mais bien sûr, ce n'est qu'une impression).

* cerveau : la consommation d'amphétamines entraîne une destruction des cellules du cerveau.

* cœur : les amphétamines donnent de l'hypertension et des troubles cardiaques qui peuvent aboutir au décès brutal.

La dépendance à ce produit est très forte.

2°) Risques indirects.

Comme nous l'avons vu précédemment, les drogues modifient la perception de la réalité, modifient donc le jugement, et diminuent la volonté.

Ces effets entraînent une **prise de risque inconsidérée** : quand on se sent invincible ou que la réalité semble différente, on fait beaucoup moins attention aux événements extérieurs et à ses propres actions, on ne réagit plus de manière appropriée.

C'est pourquoi une des premières conséquences de la prise de drogues est **l'augmentation du risque d'accidents** : quand on ne voit plus correctement la route, c'est difficile de conduire !

Deuxièmement, dans un état anormal, et même si on est averti des risques, on ne pense plus aux conséquences des rapports sexuels non protégés : **la prise de drogue augmente le risque de contracter une MST.**

Enfin, comme on est moins attentif à ce que l'on fait lorsqu'on est sous l'emprise de ces substances, on peut réagir très violemment à des événements extérieurs : la prise de drogues peut donc entraîner une **augmentation de la violence**, que ce soit à l'extérieur ou dans sa propre famille, on perd plus facilement la maîtrise de soi.

Un deuxième type de conséquence indirecte de la prise de ces substances est lié à la **dépendance** qu'ils induisent : lorsqu'on est dépendant, il faut se procurer des drogues en permanence, même si cela coûte vraiment cher. Cela revient à dire qu'il faut se procurer de grosses sommes d'argent par tous les moyens.

Il n'est donc pas étonnant que les personnes dépendantes aux drogues agissent parfois violemment pour ne pas être en manque, et que cela débouche sur des comportements illégaux comme **le vol** : un "moyen facile" de trouver l'argent.

Parfois, le seul moyen de gagner suffisamment est **la prostitution** : que cela soit celle de la personne dépendante ou, pire encore, celle d'un membre de sa famille.

3°) Drogues et adolescence.

On le voit bien, les drogues ont un effet nocif sur le corps, et la modification de la perception de la réalité qu'elles entraînent associée à la dépendance qu'elles induisent sont à l'origine de nombreux problèmes graves. Mais alors, pourquoi certaines personnes se droguent-elles ? Il n'y a pas de réponse facile à cette question. Parfois, un jeune qui ne connaît pas les risques liés à ces substances commencera à en prendre tout simplement parce qu'un de ses copains lui en a proposé. Dans d'autres cas, ce sera une personne qui se sent très mal à l'aise, et qui ne peut supporter la vie que si elle arrive à modifier sa perception de la réalité en prenant des drogues : elle se trouvera plus sûre d'elle-même et ses relations avec les autres seront plus faciles.

Les adolescents sont souvent dans ce cas : à cette période de la vie, il existe un décalage entre la maturité du corps, qui devient très vite celui d'un adulte, et la maturité psychique. Ce malaise, plus ou moins intense en fonction des personnes, fait que les adolescents sont particulièrement vulnérables aux drogues. C'est pourquoi il est capital de comprendre tous les dangers qui peuvent découler de la prise de drogue : non seulement ils existent pour soi car ces substances sont toxiques, mais il y a également des dangers pour l'entourage (MST, vol, violence, prostitution).

E/ Conclusion.

Les MST, qui touchent de plus en plus de jeunes, ne sont pas un fléau invincible : si on désire avoir des rapports sexuels, le préservatif permet d'avoir une protection efficace.

La consommation de drogues, qui augmente le risque de contracter des MST mais qui a aussi de nombreuses autres conséquences très graves, menace particulièrement les adolescents. Mais si l'information sur ce sujet est connue d'un maximum de personnes, on pourra éviter que ces comportements à risque persistent.

Etude de cas

Manivanh vit dans un petit village rural du Laos. Elle a 15 ans et elle a fait 3 ans d'école primaire mais, comme elle n'a pas eu la possibilité de poursuivre ses études, elle passe la plupart de son temps à aider ses parents aux champs. De temps en temps, elle aide aussi sa mère à vendre leurs produits au marché de la ville la plus proche.

Kasem, qui a 17 ans, vit dans cette ville. Il a étudié jusqu'à l'âge de 16 ans mais il n'a pas réussi ses examens, alors il a été obligé d'arrêter ses études qu'il aurait bien voulu poursuivre. Depuis qu'il a quitté l'école, il n'a pas réussi à trouver un emploi, alors il passe la plupart de son temps en ville avec ses copains. Son père voudrait bien qu'il travaille dans le commerce familial, mais Kasem n'est pas très intéressé par ce travail. Les copains de Kasem parlent beaucoup des filles et des rapports sexuels. Ils disent qu'ils ont eu des rapports avec des filles qui travaillent dans un bar. Kasem n'est pas sûr qu'ils disent la vérité parce qu'ils se vantent beaucoup en général.

Kasem a remarqué Manivanh quand elle vient au marché car il la trouve très mignonne. Ils sont devenus amis assez vite et il la raccompagne parfois sur une partie du chemin de retour. Ses amis ont remarqué que Manivanh l'intéressait, et ils commencent à le taquiner à son propos. Ils font des blagues grossières et suggèrent qu'il ait des rapports sexuels avec elle. Kasem ne pense pas que ça serait bien, mais il commence à être gêné et à se demander s'il est comme les autres garçons.

Manivanh aime beaucoup Kasem et elle est très contente qu'il soit devenu son ami. Elle n'aime pas trop ses copains parce que la façon dont ils la regardent et les choses qu'ils disent la gênent. Comme les mois passent, Manivanh et Kasem deviennent de plus en plus attachés l'un à l'autre. Un jour, Kasem demande à Manivanh si elle veut bien qu'ils aient des rapports sexuels. Elle ne veut pas vraiment mais elle pense que Kasem ne l'aimera plus si elle dit non. Alors elle accepte. Elle ne pense pas qu'elle puisse tomber enceinte parce qu'elle croit que seules les femmes mariées tombent enceintes. Aucun d'eux ne connaît les préservatifs et donc ils ont des rapports non protégés.

Malheureusement, Manivanh tombe enceinte. Au début, elle ne s'en rend pas compte, et quand c'est le cas, elle a peur de le dire à sa mère parce qu'elle est honteuse. Elle en parle à Kasem et il est très embarrassé. Il a peur que quand la famille de Manivanh découvre la situation, ils veulent qu'il se marie avec elle et il n'est pas sûr d'être prêt pour le mariage. A cette période, son père lui suggère d'aller à Vientiane chez son oncle où il trouvera un travail plus facilement. Alors Kasem quitte la ville. Il culpabilise à cause de Manivanh, mais il ne voit pas ce qu'il peut faire pour l'aider.

Après plusieurs mois, la mère de Manivanh remarque qu'il se passe quelque chose de bizarre car Manivanh a grossi. Elle devine ce qui s'est passé. Elle très en colère après sa fille, et honteuse aussi. Manivanh est très triste: elle se sent abandonnée par Kasem et se rend compte que sa famille a honte à cause d'elle. Elle n'a personne à qui parler qui puisse comprendre ses problèmes. Sa mère l'emmène voir une vieille femme dans un autre village: elle fait des avortements. Manivanh a très peur, surtout que la maison où on l'emmène est très sale et cette femme n'est pas un médecin, ni une sage-femme. Après s'être débarrassé du bébé, Manivanh est très malade et elle perd du sang pendant presque deux semaines. Alors, les gens dans le village commencent à parler. Ils devinent ce qui s'est passé et commencent à dire de méchantes choses sur Manivanh et sa famille. Manivanh sait que ses parents sont vraiment honteux et elle commence à penser qu'ils ne l'aiment plus. Elle décide de partir à Vientiane pour trouver Kasem.

Kasem, justement, ne réussit pas à trouver d'emploi à Vientiane malgré le soutien de son oncle, alors il aide ce dernier dans son travail. Il commence à boire beaucoup d'alcool parce qu'il pense souvent à Manivanh et se sent coupable de n'avoir pu l'aider. A cause de ça, il a souvent du mal à se lever et sa tête reste embrouillée toute la journée. Kasem se souvient que quand il avait 13 ans, il voulait ressembler à son père et à son grand frère : c'était pour cela qu'il avait commencé à boire de l'alcool et à fumer des cigarettes en cachette. Au début, boire le faisait beaucoup tourner et les cigarettes lui donnaient vraiment mal à la gorge, mais il voulait vraiment devenir un homme. En plus, cela impressionnait beaucoup ses copains et il se disait qu'il passerait pour un idiot s'il arrêtait. Maintenant, l'alcool le rend trop fatigué durant la journée, et quand une de ses connaissances lui propose de prendre des amphétamines qui lui "redonneront la forme", il accepte.

Manivanh n'avait pas réalisé que Vientiane était si grand et combien il serait difficile de retrouver Kasem. Pendant quelques jours elle habite chez un parent éloigné mais comme elle n'a pas d'argent, elle comprend vite qu'elle est un fardeau financier pour ces gens. Elle rencontre une femme qui lui propose de travailler dans un bar. Parfois des clients lui demandent d'avoir des rapports sexuels avec eux. Comme elle n'a pas d'argent pour vivre et nulle part où dormir, cela semble être la seule solution pour elle. Manivanh sait que maintenant qu'elle fait ce genre de "travail" elle ne pourra plus rentrer chez elle. Elle a toujours peur de rencontrer quelqu'un qui la connaisse et qui raconte à sa famille ce qu'elle fait. Au bout d'un certain temps, elle tombe malade parce qu'elle a des rapports non protégés. Elle a peur d'aller à l'hôpital parce qu'elle sait que les gens vont se rendre compte qu'elle n'est pas mariée et vont penser qu'elle est une "mauvaise" fille. Elle rencontre des filles qui lui disent qu'il est possible de gagner plus d'argent en Thaïlande alors elle décide d'y aller pour trouver du travail.

Kasem prend des amphétamines tous les jours. Il a essayé d'arrêter, mais il se sent alors si fatigué et déprimé qu'il finit toujours par en racheter. Le problème, c'est que ces comprimés coûtent cher, et comme il n'a pas assez d'argent, il finit par en voler à son oncle. Mais celui-ci s'en rend compte, il est très en colère et chasse Kasem de chez lui. Alors, Kasem rencontre des jeunes qui prennent aussi des amphétamines et qui, pour se procurer de l'argent, cambriolent des maisons riches. Il finit par se joindre à eux car il ne voit pas comment il pourrait gagner sa vie autrement. Un jour, Kasem se réveille avec une terrible douleur dans la poitrine. Il essaie bien de prendre des médicaments et mêmes des amphétamines pour que ça passe, mais le soir, c'est encore pire. Il décide alors d'aller à l'hôpital, où on lui explique qu'il y a un gros problème avec son cœur à cause des amphétamines : c'est comme s'il avait le cœur d'un vieillard, et il faut qu'il se fasse opérer.

Questions à discuter en groupe:

- **Qu'est ce qui aurait pu aider Manivanh à éviter cette situation ?**

- **Qu'est ce qui aurait pu aider Kasem à éviter cette situation ?**

- **Est-ce que Manivanh a été une "mauvaise" fille ?**

- **Est-ce que Kasem a été un "mauvais" garçon ?**

- **Quelles pressions ont subi ces deux jeunes gens à propos des rapports sexuels ?**

- **Est-ce qu'il était juste que Kasem puisse échapper à la situation mais pas Manivanh ?**

- **Est-ce que la famille/le village de Manivanh ont eu raison de la culpabiliser sur sa situation ?**

SITUATION DES HOMMES ET DES FEMMES DANS LE MONDE.
(D'après la quatrième conférence mondiale sur les femmes. Beijing. 1995)

Les Nations-Unies ont examiné la situation des hommes et des femmes dans le monde, voici quelques statistiques:

- Les femmes constituent la 1/2 de la population mondiale.
- Elles travaillent pendant les 2/3 du total de toutes les heures de travail dans le monde.
- Elles gagnent 1/10 du total de tous les bénéfices dans le monde.
- Elles possèdent 1/100 de toutes les propriétés dans le monde.
- Elles produisent la 1/2 de la production mondiale agricole.
- Elles constituent les 2/3 de tous les illettrés dans le monde.
- Elles gèrent l'économie de 1/3 des foyers du monde.
- Elles représentent 1/10 des personnes travaillant dans l'administration et la politique.

Est-ce que vous trouvez ça normal ?

Dans **certaines cultures**, les rôles ou les comportements que nous considérons comme masculins sont considérés comme féminins, et vice versa. Dans d'autres, il y a très peu de différences entre les deux sexes. Par exemple:

- Chez les **Thaï lü** au Laos, les femmes sont souvent propriétaires de la terre et ce sont elles qui gèrent l'économie de la maison.

- Chez les **indiens Hopi** de l'Arizona aux USA, les noms et la lignée proviennent de la mère. Un membre d'une même famille est quelqu'un qui est un parent de la mère. Les pères sont aimés et respectés. Ils passent plus de temps avec les enfants de leur soeur qu'avec les leurs. Les hommes et les femmes ont des tâches séparées: les femmes s'occupent des tâches ménagères et de l'éducation des enfants et les hommes travaillent dans les champs. **Les indiens Hopi préfèrent avoir des filles.**

- Chez les **Mundugumore**, un peuple très agressif de Nouvelle-Guinée, les garçons sont élevés par leur mère et les filles par leur père. **Les deux sexes sont élevés exactement de la même manière pour devenir agressifs et féroces.** On apprend également aux enfants à détester leur parent du même sexe (le père pour les garçons et la mère pour les filles).

- Chez les **Arapesh**, également en Nouvelle-Guinée, les pères et les mères ont les mêmes rôles. En particulier, **les hommes passent beaucoup de temps à élever les enfants.** Les comportements agressifs sont rares, et on désapprouve très fortement celui qui commence l'aggression. **Les parents éduquent les filles et les garçons de la même façon, et ils sont aussi contents d'avoir une fille qu'un garçon.**

Tout ceci permet de penser que **certaines différences entre les hommes et les femmes** (celles qui appartiennent au GENRE) **sont liées à l'éducation, à la culture ou à la religion.**

Comme il est dit dans la Constitution de la RDP Lao:

- Article 22:

" Les citoyens Lao, **quelque soit leur sexe**, leur statut social, leur religion, leur groupe ethnique, sont **égaux devant la Loi.**"

- Article 24:

" Les citoyens Lao **des deux sexes ont les mêmes droits** dans les affaires **politiques, économiques, sociales, culturelles et familiales.**"

Problème:

"Un père et son fils vont au marché en voiture. Ils ont un grave accident et le père décède immédiatement. Le fils est emmené à l'hôpital le plus proche. L'infirmière des Urgences appelle un chirurgien pour l'opération. Quand le chirurgien arrive et qu'il voit le garçon, il dit "je ne peux pas l'opérer, c'est mon fils. Appelez un autre chirurgien".

Pourquoi ?

Etude de cas.

Plao est une jeune fille khmu de 16 ans. Elle habite dans une grande ville où elle va au lycée. Elle aimerait beaucoup faire des études comme son grand frère qui est à l'université. Depuis quelques temps, elle a rencontré un commerçant, Seurt, un peu plus âgé qu'elle (il a 30 ans) avec qui elle aime bien discuter car il est très gentil. Les parents de Plao ne se sont pas opposés à ce qu'ils se voient souvent et ils ont même dit à leur fille qu'ils pensaient que cet homme ferait un bon mari. Un jour, Seurt va voir les parents de Plao pour la demander en mariage : ils sont ravis, et tout à fait d'accord pour que la cérémonie ait lieu le plus tôt possible. Lorsqu'ils annoncent la bonne nouvelle à leur fille, elle leur répond qu'elle ne se sent pas encore prête pour le mariage et qu'elle aimerait bien d'abord finir le lycée. Ses parents lui expliquent que cet homme est un riche commerçant, qu'il est gentil, et que si elle refuse maintenant, il trouvera sûrement une autre jeune fille moins bête qu'elle. Alors, Plao accepte, et elle arrête ses études.

Au bout de quelques mois, Plao se rend compte qu'elle est enceinte. Seurt est très content : il voulait avoir un fils le plus tôt possible. Mais l'enfant est une fille. Plao, elle, est très heureuse d'avoir un bébé, et elle ne comprend pas la déception de son mari. Avec son nouveau-né et son travail à la maison, Plao a beaucoup de choses à faire. Comme elle a des rapports sexuels réguliers avec Seurt et qu'elle n'utilise pas de moyen de contraception, Plao a peur d'être de nouveau enceinte. Elle en parle à son mari, mais celui-ci répond que "la contraception, c'est l'affaire des femmes, puisque ce sont elles qui sont enceintes". Pourtant, Plao voudrait bien aller se renseigner à la SMI avec Seurt car elle a peur de ne pas bien comprendre les explications du médecin. Elle finit par y aller toute seule, mais elle perd le papier sur lequel le médecin lui a inscrit les consignes pour la prise de la contraception. Elle se souvient qu'elle doit avoir une injection de produit, mais elle ne sait plus au bout de combien de temps il lui faut en faire une nouvelle. Elle demande à une de ses amies qui lui dit que les piqûres doivent être faites tous les douze mois. En réalité, le contraceptif n'est efficace que douze semaines, et Plao est de nouveau enceinte six mois après.

Au neuvième mois de sa deuxième grossesse, Plao commence à perdre du sang. Au début, ce n'est pas très important, et comme elle doit s'occuper seule de sa fille pendant que son mari travaille, elle préfère rester chez elle. Mais elle finit par être vraiment fatiguée, et elle décide d'aller à l'hôpital. Son mari n'est pas content, car il doit demander à sa sœur de s'occuper de ses affaires pendant qu'il accompagne Plao pour se faire soigner et il a peur de perdre de l'argent. Il en veut beaucoup à sa femme.

Pendant l'accouchement, à cause de son jeune âge et des deux grossesses rapprochées, Plao a une rupture de l'utérus. Heureusement, l'enfant et la mère sont sauvés, mais les médecins expliquent à Plao qu'elle ne pourra plus jamais avoir d'enfants car ils ont dû, pour arrêter l'hémorragie, lui enlever l'utérus. Elle est triste, mais elle est quand même contente que son deuxième bébé, qui est une fille, soit vivant. Seurt, comprenant qu'il ne pourra jamais avoir de fils, est en colère. Il explique la situation à la famille de Plao et il demande le divorce.

Plao se retrouve toute seule, avec deux enfants très jeunes, sans revenus, et elle est désespérée.

Questions à discuter en groupe:

- **Quelles pressions a subi Plao ? De la part de qui ?**
- **Est-ce normal qu'elle ait dû arrêter ses études ?**
- **Que penser de l'attitude de Seurt par rapport à la contraception ?**
- **Que penser de l'attitude de Seurt quand sa femme est malade ?**
- **Que penser de l'attitude de Seurt quand il apprend qu'il ne pourra pas avoir de fils ?**

ANNEXE III :
Méthodologie des formations

Physiologie de la reproduction: méthodologie (1)

Temps	Objectifs	Etapes	Méthodologie	Moyens
0h00	Ouverture de la session Présentation	Introduction, déroulement, objectifs, objectifs du jour Formateurs, participants	Ecrire les objectifs sur un tableau	Grandes feuilles blanches, marqueurs
0h15	Connaitre l'anatomie des organes de reproduction et leurs noms en Lao	Présentation des organes de reproduction	Annotation de planches anatomiques sur des transparents et présentation des mêmes planches grand format sur papier, à laisser affichées pendant la séance. Faire venir des volontaires pour essayer de remplir les blancs sur les transparents.	Rétroprojecteur, 1 rallonge, 1 stabilisateur, 2 multiprises, 1 écran, 4 stylos à transparents Planches anatomiques non annotées (transparents) et annotées (grandes feuilles)
0h35	Connaitre les changements liés à la puberté	Définition de la puberté, description des changements physiques chez la fille et le garçon, changements psychiques	Explications collectives Groupes de 10-15 élèves par genre pour discuter de leur expérience des changements physiques, chacun note une phrase Présentation par des rapporteurs Explications collectives, comparaison avec les rapports des élèves Lecture de témoignages d'adolescents	Marqueurs, grandes feuilles blanches à remplir dans chaque groupe puis à afficher Curriculum Extraits de textes
1h05	Pause			

Physiologie de la reproduction: méthodologie (2)

Temps	Objectifs	Etapes	Méthodologie	Moyens
1h15	Connaitre la différence entre règles et ovulation	Définition, description de l'ovulation, définition des règles	Explications collectives, schémas annotés pour illustrer les dates d'ovulation différentes en fonction de la durée du cycle	Curriculum, schémas de cycles menstruels, schémas des modifications de l'utérus au cours du cycle (transparents)
1h30	Connaitre les mécanismes de la fécondation Faire la différence avec un cycle sans fécondation.	Description du déroulement de la fécondation, limites du contrôle des naissances par la programmation des rapports sexuels. le début de la grossesse est marqué par la disparition des règles	Explications collectives, utilisation des schémas des cycles de durées différentes avec développement sur le risque de grossesse en fonction de la date d'ovulation supposée et de la durée de vie des spermatozoïdes	Curriculum, schémas réalisés à l'étape précédente
2h15	Connaitre la ménopause	Définition, signes de la ménopause.	Explications collectives	Curriculum
2h20	Connaitre l'andropause	Définition	Explications collectives	Curriculum
2h25	Fin			

La grossesse: méthodologie.

Temps	Objectifs	Etapes	Méthodologie	Moyens
0h00	Ouverture de la session Présentation	Introduction, déroulement, objectifs, objectifs du jour Formateurs, participants	Ecrire les objectifs sur un tableau	Grandes feuilles blanches, marqueurs
0h10	Savoir qu'il existe des risques pendant la grossesse Connaître le mécanisme de la fécondation	La grossesse: introduction Rappels de physiologie	Explications collectives.	Rétroprojecteur, 1 rallonge, 1 stabilisateur, 2 multiprises, 1 écran, 4 stylos à transparents Curriculum sur transparent Schémas de physiologie
0h20	Connaître le déroulement de la grossesse normale et les signes qui l'accompagnent	Ce qui se passe à l'extérieur du corps (absence de règles, prise de poids, augmentation de volume de l'utérus, mouvements actifs foetaux Ce qui se passe à l'intérieur	Formation de groupes de 10-15 élèves pour discuter des modifications entraînées par la grossesse, récapitulatif sur des grandes feuilles affichées, présentation par un rapporteur. Explications collectives	Marqueurs, grandes feuilles blanches à remplir dans chaque groupe puis à afficher Curriculum Schémas sur transparents
1h10	Savoir qu'il existe des maladies et des circonstances qui entraînent des grossesses à risque	Détail des maladies et des circonstances Signes anormaux durant la grossesse	Explications collectives Explications collectives Exercices en groupes de 10-15 élèves pour différencier signes normaux et signes anormaux durant la grossesse, réponse sur grandes feuilles, présentation par un rapporteur	Curriculum Curriculum Exercices photocopiés, grandes feuilles blanches, marqueurs
2h00	Fin			

L'accouchement: méthodologie.

Temps	Objectifs	Etapes	Méthodologie	Moyens
0h00	Ouverture de la session Présentation	Introduction, déroulement, objectifs, objectifs du jour Formateurs, participants	Ecrire les objectifs sur un tableau	Grandes feuilles blanches, marqueurs
0h10	Savoir qu'il existe des risques pendant l'accouchement Connaître l'existence des consultations durant la grossesse	L'accouchement: introduction Les consultations à la SMI sont importantes pour dépister les risques pendant l'accouchement	Explications collectives.	Rétroprojecteur, 1 rallonge, 1 stabilisateur, 2 multiprises, 1 écran, 4 stylos à transparents Curriculum sur transparent
0h20	Connaître le déroulement de l'accouchement normal	Le début du travail La phase active du travail La délivrance	Formation de groupes de 10-15 élèves pour discuter du déroulement de l'accouchement normal, puis récapitulatif sur des grandes feuilles affichées, présentation par un rapporteur. Explications collectives	Marqueurs, grandes feuilles blanches à remplir dans chaque groupe puis à afficher Curriculum Schémas sur transparents
0h50	Savoir qu'il existe des maladies et des circonstances qui peuvent entraîner des risques pour l'accouchement	Détail des maladies et des circonstances, en particulier position du fœtus et anomalies du bassin	Explications collectives Explications collectives	Curriculum Curriculum Schémas sur transparents
1h20	Savoir choisir le lieu de l'accouchement	Présentation des facteurs entrant en compte	Explications collectives	Curriculum
1h30	Connaître le déroulement du post partum et ses risques propres	Déroulement normal Complications Allaitement maternel et complications Contraception	Explications collectives Présentation d'un film sur l'allaitement maternel	Curriculum Magnétoscope, TV, cassette vidéo
2h00	Fin			

Plannification des naissances: méthodologie

Temps	Objectifs	Etapes	Méthodologie	Moyens
0h00	Ouverture de la session Présentation	Introduction, déroulement, objectifs, objectifs du jour Formateurs, participants	Ecrire les objectifs sur une grande feuille	Grandes feuilles blanches, marqueurs, scotch, ciseaux
0h10	Connaitre la définition de la planification des naissances	Evaluation des connaissances Définition	Répartition des élèves en groupes de 10-15 pour définir la planification des naissances et donner la liste des moyens de contraception qu'ils connaissent. Affichage des résultats dans la salle, présentation par un rapporteur.	Grandes feuilles blanches, marqueurs, scotch, ciseaux Curriculum
0h25	Connaitre l'utilité de la planification des naissances	Description des facteurs influençant la santé de la mère et de l'enfant	Explications collectives	Rétroprojecteur, 1 rallonge, 1 stabilisateur, 2 multiprises, 1 écran, 4 stylos à transparents Curriculum sur transparent
0h35	Connaitre l'efficacité, les avantages, les désavantages des différents moyens de contraception et connaître leur utilisation	Limites du contrôle des naissances par la connaissance de la physiologie Méthodes naturelles Méthodes physiques Méthodes chimiques Contraception d'urgence	Explications collectives, rappels de physiologie Explications collectives Explications collectives, démonstration et consignes pour la pose d'un préservatif Explications collectives Explications collectives	Curriculum, schémas des cycles menstruels, réglette durée de vie des spermatozoïdes Curriculum Curriculum, utilisation d'un fruit type banane, préservatif Curriculum Curriculum
1h45	Connaitre les risques liés à l'avortement	Description	Explications collectives	Curriculum
1h50	Fin			

Les MST et les comportements à risque : méthodologie.

Temps	Objectifs	Etapes	Méthodologie	Moyens
0h00	Ouverture de la session Présentation	Introduction, déroulement, objectifs, objectifs du jour Formateurs, participants	Ecrire les objectifs sur un tableau	Grandes feuilles blanches, marqueurs
0h10	Connaître les principales MST et les moyens de se protéger	HIV-SIDA, hépatite, syphilis, lymphogranulomatose, uréthrites et infections cervico-vaginales	Formation de groupes de 10-15 élèves pour discuter des caractéristiques des différentes MST récapitulatif sur des grandes feuilles affichées, présentation par un rapporteur Explications collectives	Rétroprojecteur, 1 rallonge, 1 stabilisateur, 2 multiprises, 1 écran, 4 stylos à transparents Curriculum sur transparent Marqueurs, grandes feuilles blanches à remplir dans chaque groupe puis à afficher
1h00	Connaître les risques directs et indirects liés à la consommation de drogues	Toxicité liée à l'alcool, à l'opium, au haschich, aux amphétamines. Risques liés à la distortion de la réalité et à la dépendance	Formation de groupes de 10-15 élèves pour discuter des différentes drogues que les lycéens connaissent, récapitulatif sur des grandes feuilles, présentation par un rapporteur Explications collectives Etude de cas.	Curriculum sur transparent
2h00	Fin			

L'équilibre entre les genres. Introduction à la méthodologie.

Le but de cette séance est que **les élèves donnent les solutions pratiques qu'ils proposent pour modifier le déséquilibre entre les genres**. Pour ce faire, par le truchement de plusieurs exercices, nous passerons par les étapes suivantes:

1°) D'abord, la **mise en évidence du déséquilibre** grâce aux statistiques de l'ONU.

2°) Ensuite, la **différenciation entre sexe et genre**. Le sexe, différences biologiques entre femmes et hommes, est immuable. Le genre, qui n'est pas lié aux différences biologiques, n'est pas immuable.

3°) Les rôles et les comportements liés au genre varient d'une culture à l'autre. **Le genre est influencé par l'éducation, la religion, la culture**.

4°) Les facteurs influençant le genre sont nombreux et très répandus. L'éducation des enfants les reproduit. On peut alors, **en changeant la façon d'éduquer les enfants, changer le déséquilibre entre les genres**.

5°) **Solutions pratiques** proposées par les élèves.

EXERCICE 1.

- Répartir les élèves en un **nombre pair de groupes** de 10-15 personnes.
- Distribuer des grandes feuilles blanches à chaque groupe et **des marqueurs de couleur différentes** (par exemple bleu et rouge). Donner un marqueur par groupe, **la moitié des groupes aura des marqueurs rouges, et l'autre moitié des marqueurs bleus.**
- Expliquer ensuite que chaque élève doit inscrire **un seul mot sur la feuille.**
Ceux qui ont un marqueur **rouge** doivent écrire le premier mot qui leur vient à l'esprit quand ils entendent le mot "**Femme**".
Ceux qui ont un marqueur **bleu** doivent écrire le premier mot qui leur vient à l'esprit quand ils entendent le mot "**Homme**".
- Afficher les listes de mots et laisser les groupes **désigner un porte-parole** qui viendra lire la liste de mots.
- Ensuite, expliquer que vous voudriez maintenant savoir ce qui se passerait si on inversait les choses et que la liste rouge correspondait au mot "**Homme**" et que la liste **bleue** au mot "**Femme**".
- Faire revenir les porte-parole et demander s'il y a des mots sur la liste rouge qui ne correspondent pas au mot "Homme". Demander d'expliquer pourquoi.
Faire la même chose avec la liste bleu et le mot "Femme".
Entourer ces mots d'un cercle.
Il s'agira vraisemblablement des **différences biologiques** entre les hommes et les femmes.
- Conclure en expliquant que la plupart des réponses peuvent s'appliquer en fait aux hommes et aux femmes.
Mais alors, qu'est ce qui fait la différence entre femmes et hommes ?
Les **mots entourés** sur les listes sont spécifiques des hommes et des femmes: ce sont des **différences biologiques**, et elles correspondent à ce qu'on appelle **SEXE**.
Les autres mots qui sont sur les listes correspondent à ce qu'on appelle le **GENRE**. Ce sont des différences entre les hommes et les femmes qui ne sont pas biologiques. Ce sont les **différences entre les rôles** (par exemple: qui travaille, qui élève les enfants...) que l'on attribue aux hommes et aux femmes, et les **différences entre les comportements** (par exemple: les hommes sont plus agressifs que les femmes, les femmes sont plus sensibles que les hommes...) qui correspondent aux hommes ou aux femmes.
- Reprendre quelques mots des listes qui correspondent aux rôles et aux comportements des femmes et des hommes dans la société.
Demander si les élèves pensent que ces rôles et ces comportements sont les mêmes dans tous les régions du monde.
Illustrer le fait que ce n'est pas le cas en utilisant **les exemples du livret.**
- Enchaîner avec **l'exercice 2.**

EXERCICE 2.

- Expliquer que, cette exercice a pour but de bien montrer que **l'éducation des filles et des garçons influence beaucoup le GENRE**, c'est à dire la manière dont on croit que certains comportements sont plutôt masculins et d'autres plutôt féminins, et la manière dont on croit que certains rôles sont plutôt féminins et d'autres plutôt masculins.

- Répartir les élèves en **10 groupes**.

- Distribuer des grandes feuilles blanches et des marqueurs à chaque groupe.

- Demander aux élèves de réfléchir à la manière dont on traite:

- * les filles et les garçons dans leur famille
- * les hommes et les femmes dans leur famille
- * les garçons et les filles au lycée
- * les hommes et les femmes dans leur village
- * les hommes et les femmes au travail.

Y-a-t-il des **différences** ? Qu'est-ce qu'ils en pensent ?

Deux groupes doivent réfléchir à la première question, deux à la suivante, etc...

Chaque groupe ne réfléchit que sur une question.

Puis, on choisit un rapporteur qui doit venir expliquer l'opinion de son groupe. Lorsqu'il a fini, le rapporteur du deuxième groupe qui réfléchissait à la même question peut faire des commentaires, rajouter des choses que son groupe a pensé.

Et ainsi de suite.

- Conclure en expliquant **que nous sommes éduqués de manière différente en fonction de notre SEXE**. Ceci explique pourquoi nous croyons que certains comportements ou certains rôles sont plutôt masculins et d'autres plutôt féminins.

Demander si les élèves sont bien convaincus.

- Enchaîner avec **l'exercice 3**.

EXERCICE 3.

- Expliquer aux élèves que vous voulez leur poser un petit problème. Si quelqu'un a la solution, il peut venir la donner aux autres, mais il faut **laisser au moins 5 minutes de réflexion** à l'ensemble des élèves.

- Lire le petit texte suivant aux élèves:

"Un père et son fils vont au marché en voiture. Ils ont un grave accident et le père décède immédiatement. Le fils est emmené à l'hôpital le plus proche. L'infirmière des Urgences appelle un chirurgien pour l'opération. Quand le chirurgien arrive et qu'il voit le garçon, il dit "je ne peux pas l'opérer, c'est mon fils. Appelez un autre chirurgien".

- Demander comment cela est-il possible.

- Conclure en disant que beaucoup de gens pensent que le chirurgien est un homme et ne sauront pas expliquer le problème.

La manière dont nous avons été éduqués influence beaucoup notre manière de voir les choses.

La façon dont on perçoit les rôles des hommes et des femmes dans la société est donc liée à notre éducation.

- Remonter les statistiques des Nations Unies: elles montrent le **déséquilibre entre les femmes et les hommes dans le monde.**

Demander aux élèves s'ils trouvent que c'est juste.

Il faudrait donc **modifier** ce déséquilibre entre les GENRES.

Or ce déséquilibre **vient de notre éducation.**

On peut donc modifier les choses en **donnant une éducation différente à nos enfants, en ne privilégiant aucun des deux GENRES en particulier.**

- Enchaîner avec l'étude de cas sur Plao et Seurt.



VU

NANCY, le **16 avril 2003**

Le Président de Thèse

Professeur **Th. MAY**

NANCY, le **16 mai 2003**

Le Doyen de la Faculté de Médecine,

Professeur **J. ROLAND**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **20 mai 2003**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY I

Professeur **C. BURLET**

RESUME DE LA THESE.

Depuis la Conférence du Caire en 1994, les liens qui unissent santé de la reproduction et développement ont été soulignés. La prise de conscience internationale à ce sujet a débouché sur de multiples initiatives dans le monde. Au Laos, ces efforts se sont focalisés sur les adolescents, premiers concernés par la mauvaise gestion de la santé de la reproduction.

Dans ce contexte, l'ONG « Enfants d'ailleurs » a organisé des formations dans les lycées de la ville d'Oudomxay, au nord du pays.

A partir de la comparaison des résultats de deux enquêtes qui encadrent les activités du projet, l'auteur analysera l'impact de ces formations sur les connaissances et les comportements des adolescents, puis discutera les enseignements tirés de cette expérience.

Assessment of a training in reproductive health for high-school students in Oudomxay, North of Laos.

SUMMARY.

Since ICPD in 1994, relations between reproductive health and development have been stressed. The awareness of the international community on this topic led to various initiatives worldwide. In Laos, efforts focused on teenagers, first concerned with awkward management of reproductive health.

In this context, the NGO " Enfants d'ailleurs " built-up trainings in high-schools of Oudomxay, north of the country.

After comparison of the results of two surveys conducted before and after these activities, author will analyse the impact of the trainings on knowledge and behaviour of the teenagers, then discuss the teachings of this experience.

THESE DE MEDECINE GENERALE – ANNEE 2003

MOTS CLEFS : formation, lycéens, santé de la reproduction, Laos.

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

F-54005 VANDOEUVRE-LES-NANCY cedex
