

Table des matières

1. INTRODUCTION	1
2. PROBLÉMATIQUE, CADRE THÉORIQUE ET QUESTION DE RECHERCHE.....	2
2.1 PROBLÉMATIQUE.....	2
2.2 CADRE THÉORIQUE.....	9
2.3 QUESTION DE RECHERCHE	12
3. MÉTHODOLOGIE	13
4. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.....	16
4.1 RÉSUMÉS DES ARTICLES ET TABLEAUX D'EXTRACTION DES RÉSULTATS.....	16
4.2 SYNTHÈSE DES RÉSULTATS EN LIEN AVEC LE CADRE THÉORIQUE	35
5. DISCUSSION	40
5.1 LIEN AVEC LE CADRE DE RECHERCHE ET LE RÔLE INFIRMIER.....	40
5.2 RÉSUMÉ DES RÉSULTATS EN RÉPONSE À LA QUESTION DE RECHERCHE	40
5.3 IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE ET LA RECHERCHE	42
5.4 CARACTÈRE GÉNÉRALISABLE DES RÉSULTATS ET CONTEXTE SUISSE.....	43
5.5 LIMITES DU TRAVAIL	44
5.6 EXPÉRIENCES PERSONNELLES EFFECTUÉES EN EQUATEUR ET AU NICARAGUA	45
6. CONCLUSIONS.....	47
7. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	48

1. Introduction

Biologiquement, l'âge idéal pour concevoir et bien porter à terme une grossesse se situe entre 20 et 30 ans. Dans le cas où cette dernière se déroule avant 20 ans, les risques sont surtout d'ordres social, économique et psychologique. Dans certaines sociétés, les grossesses avant 20 ans sont néanmoins fortement encouragées et soutenues malgré les risques (Pasini, Béguin, Bydlowski & Papiernick, 1993).

En comparaison avec la Suisse, les grossesses précoces sont beaucoup plus fréquentes en Amérique Latine. Le pays avec le taux le plus élevé est le Nicaragua où 28% des femmes accouchent avant leurs 18 ans. Les pays en voie de développement en Amérique Latine ont un taux de fécondité des adolescentes qui est préoccupant. En revanche, tomber enceinte avant 20 ans en Suisse est un phénomène qui diminue depuis les années 1970 : actuellement, le taux de femmes qui accouchent avant leurs 20 ans, est de 1% (Gindroz, 2014).

Selon l'Organisation des Nations Unies (ONU, 2013), citée dans caracol.co, les causes du taux aussi élevé de grossesses précoces, sont le manque d'éducation sexuelle tant de la part des parents que des institutions, le manque d'informations relatives aux méthodes contraceptives et à la planification familiale.

L'éducation sexuelle s'avère être une prévention efficace contre les grossesses précoces (Delgrande Jordan & Inglin, 2012).

Pour ce travail de Bachelor nous nous concentrons sur la prévention sexuelle et le rôle infirmier dans cette dernière. Nous commençons par une description de la problématique et des concepts clés qui en découlent. Par la suite nous présentons le cadre théorique et les concepts principaux sur lesquels nous nous basons. Le travail de Bachelor a été formulé suite à l'analyse d'articles que nous avons cherchés sur les bases de données de CINAHL et PUBMED. Pour la recherche des articles nous avons utilisé des mots-clés relatifs aux concepts clés du travail.

2. Problématique, cadre théorique et question de recherche

2.1 Problématique

Selon Tessier (2012), l'éducation en santé est à la base de tout type de prévention. L'éducation individuelle et l'animation de groupes sont deux moyens pour atteindre les objectifs éducatifs. L'approche individuelle se montre plus efficace quand on parle « d'éducation thérapeutique », dans le contexte où un individu avec toutes ses caractéristiques individuelles doit faire face à une situation spécifique. L'animation collective, au contraire, est utilisée pour des problèmes sociaux et/ou communautaires. Cette approche permettra de se détacher des problèmes individuels, de travailler sur des représentations partagées, de construire un discours commun, d'identifier des ressources (surtout des personnes-ressources dans le groupe) et de dédramatiser les situations rencontrées.

Dans l'éducation à la santé, plusieurs intervenants peuvent entrer en jeu. Les enseignants, surtout pendant la scolarisation obligatoire, y ont un premier rôle en offrant une éducation informelle à la santé. Les parents, et la famille dans un sens plus large, ont un rôle encore plus crucial dans ce type d'éducation. Pour ce faire, les parents doivent recevoir les bonnes informations afin de se créer des représentations correctes qu'ils peuvent ensuite transmettre (Tessier, 2012).

Toujours selon Tessier (2012), l'éducation correspond à un processus pédagogique qui utilise plusieurs méthodes et techniques. Elle a pour but d'aider la personne à se construire une image positive d'elle-même et de sa propre santé globale en construisant des connaissances spécifiques qui lui permettront de faire des choix favorables à sa propre santé dans un sens large. La réflexion éthique et le travail sur les représentations personnelles sont indispensables.

L'éducation à la santé est une forme de prévention et de promotion de celle-ci. Ces deux derniers concepts seront présents tout au long de ce travail, il est donc impératif de les définir.

Selon bdsp.fr (2015), la prévention se définit comme des :

« Actions visant à réduire l'impact des déterminants des maladies ou des problèmes de santé, à éviter la survenue des maladies ou des problèmes de santé, à arrêter leur progression ou à limiter leurs conséquences. Les mesures préventives peuvent consister en une intervention médicale, un contrôle de l'environnement, des mesures législatives, financières ou comportementalistes, des pressions politiques ou de l'éducation pour la santé. »

Plus spécifiquement, toujours selon bdsp.fr (2015), la prévention primaire est définie comme des :

« Actions visant à réduire la fréquence d'une maladie ou d'un problème de santé dans une population saine, par la diminution des causes et des facteurs de risque. »

En ce qui concerne la promotion de la santé, selon bdsp.fr (2015), elle consiste en un :

« Processus apportant aux individus et aux communautés la capacité d'accroître leur contrôle sur les déterminants de la santé et donc d'améliorer leur santé. Ce concept inclut la promotion des modes de vie aussi bien que l'amélioration des conditions de vies, des facteurs sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent la santé. »

La charte de la promotion de la santé d'Ottawa (1986) identifie trois stratégies de base : plaidoirie, facilitation, médiation. A ces stratégies correspondent cinq domaines d'actions : établir des politiques visant la santé, développer les aptitudes et les ressources individuelles, renforcer l'action communautaire, créer un environnement favorable à la santé, réorienter les services de santé. »

L'importance d'une éducation à la santé comme à l'éducation sexuelle est soulignée par le fait que, selon durex.com (S.d), le bien-être sexuel rejoint les facteurs physiques, émotionnels et sociologiques. Ce bien-être fait partie du bien-être fondamental et de la santé de chacun.

L'éducation sexuelle est un autre des concepts clés de ce travail, et pour cette raison c'est important de la définir.

Selon profa.ch (2015),

« L'éducation sexuelle est une démarche de promotion et de prévention de la santé en milieu scolaire. Elle se compose d'un axe éducatif et d'un axe préventif. »

Selon artanes.ch (2015),

« L'éducation sexuelle est à comprendre comme l'éducation à la santé sexuelle adaptée au cadre scolaire. Cet apprentissage doit être envisagé dans le contexte du développement affectif et social de l'enfant et de l'adolescent et est complémentaire à l'éducation dispensée par la famille. »

Pour le développement de ce travail de Bachelor, le concept d'éducation sexuelle est élargi à toutes sortes d'éducatrices inhérentes à la sexualité : l'éducation sexuelle au niveau scolaire, au sein de la familial et celle transmise par des professionnels de la santé.

De plus, la libération de la sexualité dans les dernières décennies a donné plus de liberté à certains phénomènes sexuels au niveau social. Si ce changement a passablement bousculé les adultes, il a posé des

difficultés de positionnement aux adolescents, dans ce nouveau contexte (Nisand, Letombe & Marinopoulos, 2012).

La liberté sexuelle à l'adolescence est socialement admise et suit la libéralisation de la contraception. Néanmoins dans certaines sociétés, les grossesses à cette période sont fortement encouragées et soutenues par l'ensemble de la population malgré les risques médicaux et psychologiques (Pasini & al., 1993).

Ce changement de vision par rapport à la sexualité a amené plusieurs auteurs à approfondir les études sur ce sujet.

Selon Bianchi-Demicheli, Ortigue & Abraham (2012), la sexualité comprend deux aspects : l'érotisme et la procréation (vocation qui reste socialement plus importante). Ces deux composantes se renforcent souvent mais elles peuvent aussi être en conflit. Les normes sociales à ce propos ont aussi une importance considérable. L'individu confronté à ses exigences personnelles et à celles venant de l'extérieur, aura l'instinct de se mettre en couple. Ce couple sera véhiculé encore une fois par la société et ses caractéristiques qui lui imposeront un certain comportement, également en ce qui concernera son vécu de la sexualité.

Toujours selon Bianchi-Demicheli & al. (2012), il y a plusieurs modèles cliniques qui expliquent la réponse sexuelle humaine. L'un de ces modèles, le « Modèle bio-psycho-social d'Engel », voit la sexualité comme une combinaison de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. La sexualité est alors considérée comme extrêmement complexe et composée d'une infinité de facteurs indissociables. Un autre de ces modèles, qui rejoint l'idée du modèle selon Engel, est le « Modèle des cinq cercles de Pasini », qui relie cinq dimensions : corporelle, psychologique, relationnelle au sein du couple ou de la famille, socio-culturelle et religieuse.

Des investigations en Suisse ont amené à définir des indicateurs de santé sexuelle. En effet, selon Balthasar, Spencer & Addor (2003), il y en a 25 qui sont regroupés en cinq thèmes principaux. Cela, selon un projet élaboré en mars 2001, est dirigé par l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) et l'Institut de médecine sociale et préventive de Lausanne (IUMSP). Ces indicateurs favorisent une meilleure organisation des surveillances et observations.

Les cinq thèmes contenant des indicateurs plus spécifiques, sont les suivants :

1) Fécondité, grossesse et accouchement

- *Taux de fécondité par âge*
- *Âge de la mère (mariée) au premier enfant*
- *Recours à la contraception*

- 2) La santé des organes sexuels et reproductifs
- 3) Les infections transmissibles par voie sexuelle
- 4) Les comportements sexuels
- 5) Les violences sexuelles

Pour ce travail de Bachelor nous prenons en considération le premier thème (en se basant sur les trois subdivisions) de même que le quatrième. Nous les analysons par rapport à l'adolescence, période fréquente du début de la vie sexuelle.

L'adolescence correspond à une période difficile où les jeunes ont besoins d'expérimenter leurs limites où ils se retrouvent souvent en conflit avec les adultes. Dans ce contexte les parents ont un rôle déterminant (Nisand & al., 2012).

Selon Dreyfuss Pagano, V., Frenck, N., de Vargas, D. & Weber-Jobé, M. (1998), le rôle des parents serait d'écouter activement l'adolescent, en ayant une attitude interrogative et non pas un positionnement normatif et d'avoir une notion des besoins de l'adolescent, surtout par rapport à la sexualité. Ce comportement est important pour mieux comprendre l'adolescent et lui donner les bonnes informations en évitant le piège de la surinformation qui peut être à l'origine de beaucoup de confusion chez les jeunes. Cette surinformation est facilement atteinte avec le développement des ordinateurs et d'Internet.

Selon Nisand & al. (2012), actuellement, les problèmes principaux en lien avec la sexualité dans le comportement des adolescents sont les suivants :

- Les conséquences de l'utilisation de matériel pornographique.
- La pratique de l'interruption volontaire de grossesse au lieu d'utiliser une contraception.
- Les fausses représentations relatives à la contraception.

En France, un des problèmes est qu'environ 30% des consommateurs de pornographie sont des adolescents. Cette tendance donne aux jeunes une représentation déformée de la sexualité. L'idée de la performance comme point fondamental, l'instrumentalisation de la femme et la visualisation de scènes crues qui amènent à la violence, sont des exemples d'effets négatifs de la pornographie sur les adolescents qui n'ont presque pas d'expérience et sont donc fortement influençables. La sexualité risque de ne plus être vue comme un acte humain mais plutôt purement mécanique (Nisand & al., 2012).

Un autre problème est celui des grossesses non planifiées qui sont en augmentation, aussi bien chez les adultes que chez les mineures. Ceci peut être mis en lien avec le fait que la pratique des Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) est gratuite et anonyme, contrairement à la contraception qui est principalement payante et sans confidentialité. Le principe de prévention n'est donc pas correctement

appliqué. Ensuite, de fausses idées relatives à la prise d'hormones sèment le doute. De plus, lors de relations sexuelles irrégulières avec des partenaires différents, la contraception n'est pas toujours adaptée aux besoins de la femme (Nisand & al., 2012).

Néanmoins, selon Berset cité dans lematin.ch (2014), les avortements chez les jeunes femmes en Suisse ont clairement diminué depuis 2002 quand la loi pour le financement de l'avortement a été acceptée. Ceci même si la contraception n'est pas remboursée par les assurances.

Tout au long de ce travail de Bachelor, on parlera de grossesses précoces non-désirées. Il est donc primordial de définir ce qu'on considère avec cette expression.

Selon SRAJBF (2010), la grossesse non-désirée est définie comme,

« Une grossesse non intentionnelle, non souhaitée, non voulue par un ou les deux partenaires pour de multiples raisons. »

Dans ce travail, le terme "grossesses précoces non-désirées" est utilisé pour parler des grossesses chez les adolescentes (c'est-à-dire chez les femmes qui n'ont pas encore atteint leurs 18 ans), grossesses qui ne sont pas planifiées/voulues.

En ce qui concerne l'éducation sexuelle chez les adolescents, des intervenants externes autres que les parents sont indispensables, car ceux-ci ont souvent tendance à vouloir « protéger » la naïveté de leurs enfants. Cela reste un faux espoir des parents car internet permet aux adolescents d'accéder facilement à beaucoup d'informations concernant la sexualité. Malheureusement, elles ne sont pas toujours correctes. De plus, les parents ne peuvent pas intervenir à tout âge sur ce sujet. Dans tous les cas, la transmission d'informations exactes par des intervenants externes est très importante car elle permet des représentations correctes et positives. (Nisand & al., 2012).

L'éducation sexuelle paraît être une prévention efficace contre les grossesses précoces, mais selon Delgrande & al. (2012), l'initiation sexuelle avant l'âge de 15 ans augmente le risque de grossesses non désirées et de maladies sexuellement transmissibles. Une activité sexuelle à ce jeune âge peut aussi avoir une répercussion sur le plan psychologique, surtout s'il devait y avoir des regrets par la suite. Mais pour la majorité des adolescents (tant garçons que filles), cette première relation sexuelle symbolise le début de la vie d'adulte. Certaines familles encouragent l'autonomie des adolescents ce qui favorise de meilleures relations et interactions entre pairs.

Selon Pasini & al. (1993), la période optimale pour concevoir et bien porter à terme une grossesse se situe entre 20 et 30 ans. Avant et après cette tranche d'âge, il y a des risques médicaux, surtout si la grossesse se

déroule après 30 ans, et des risques d'ordres social, économique et psychologique, dans le cas d'une grossesse à l'adolescence.

Si on essaie de comprendre l'adolescent de façon transversale et dans la spécificité de la période de vie qu'il traverse, il y a deux mots-clés qui ressortent : « Crise », à ne pas considérer uniquement dans le sens négatif du terme, et « Mobilité », qui peut être traduite comme une plasticité psychologique, corporelle et sexuelle. La plasticité psychologique se présente à l'adolescence sous forme de crises d'identité ; les modifications du corps et de ses fonctions attestent de la plasticité corporelle (ce qui va rejoindre l'aspect psychologique) ; quant à la plasticité sexuelle, elle est marquée par des changements physiologiques et psychologiques. Dans cette perspective, la sexualité chez les adolescents recouvre plusieurs fonctions dites « non-sexuelles » (Pasini & al., 1993).

La première contraception chez l'adolescente nécessite la mobilisation de plusieurs aspects. Tout d'abord le médecin a un rôle important dans l'évaluation gynécologique et psychodynamique, ce qui lui permettra de proposer un moyen contraceptif adapté. Se prendre le temps d'instaurer une bonne stratégie contraceptive est d'autant plus primordial pour la jeune femme, que le recours à l'IVG dans le cadre des grossesses chez les adolescentes est une thématique très délicate qui soulève plusieurs questions d'ordre éthique (Pasini & al., 1993).

Dans le cas où l'adolescente est enceinte et porte à terme la grossesse, il est important d'instaurer dès la période périnatale une prise en charge pluridisciplinaire (assistante sociale, psychologue, pédiatre, gynécologue-obstétricien) (Pasini & al., 1993).

Selon Rüttimann (2012), la Suisse présente le taux le plus bas d'Europe des grossesses de mineures. Ceci serait le résultat d'une bonne éducation sexuelle. Les raisons les plus courantes à l'origine de ces grossesses sont : la mère de l'adolescente a aussi déjà eu un enfant très tôt, l'adolescente veut trouver sa place dans la société en tant que mère ou le désir de devenir mère qui serait là, dans l'inconscient. Dans la majorité des cas, la décision de garder l'enfant est prise par la fille. En Suisse, le taux d'interruption volontaire de grossesses est un des plus bas au monde : 5.75‰ des femmes se décident contre la grossesse.

Selon Gindroz (2014), tomber enceinte avant 20 ans en Suisse est un phénomène qui diminue depuis les années 1970. Pour l'instant le taux de femmes qui accouchent avant leurs 20 ans, est à 1%. En revanche, il y a quand même 1000 adolescentes par année qui font une interruption de grossesse. Les éventuelles conséquences de cette opération montrent que la prévention reste importante (FEDEVACO).

En effet, selon profa.ch (2015), dans le canton de Vaud, il y a plusieurs programmes d'éducation sexuelle durant l'école obligatoire. Le but est d'apporter une bonne connaissance du corps, de reconnaître des

émotions, la puberté, de développer l'estime de soi, etc. Plus tard sera abordé le sujet de la procréation, toujours en lien avec le respect tant de soi que des autres. Tout aussi important est le thème de l'intimité et des relations aux autres. Avec toutes ces informations, cette éducation vise à prévenir les grossesses non désirées, les infections sexuellement transmissibles et les violences sexuelles. Durant tout ce programme de prévention, l'estime de soi est toujours mise en avant. Ces programmes d'éducation sexuelle se basent sur les « standards européens de l'éducation sexuelle » élaborés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

En comparaison avec la Suisse, les grossesses précoces sont beaucoup plus fréquentes en Amérique Latine, surtout au Nicaragua, le pays le plus concerné où 28% des femmes accouchent avant leurs 18 ans. Les pays en voie de développement en Amérique Latine ont un taux préoccupant de grossesses chez les adolescentes. Les quartiers défavorisés, les bidonvilles, sont les plus concernés (Gindroz, 2014).

Dans ce travail, nous présentons principalement les résultats d'Amérique Latine et la comparaison avec la Suisse sera évoquée dans la discussion.

Les pays d'Amérique Latine font partie des pays en voie de développement. Le terme est défini selon thesaurus.gouv (2015) comme suit :

Un pays en voie de développement est : Un « *Pays qui a enclenché un processus, sur les plans économique et social, pour relever le niveau de vie de ses habitants, en tentant de mettre fin, notamment, au faible développement de son industrie, à l'insuffisance de sa production agricole, au déséquilibre entre la rapidité de sa croissance démographique et l'augmentation de son revenu national. (...)* »

Selon l'Organisation des Nations Unies (ONU, 2013), cité dans caracol.co, le manque d'éducation sexuelle tant de la part des parents que des institutions et le manque d'informations relatives aux méthodes contraceptives ainsi qu'à la planification familiale sont à l'origine d'un taux de grossesses précoces aussi élevé.

Selon Descuve, cité dans Rüttimann (2012), en Suisse, l'âge moyen du début de la vie sexuelle, se situe vers 17 ans. Ce chiffre est stable depuis quelques années, néanmoins le taux de jeunes sexuellement actifs à 17 ans est en augmentation. Le 88% de ces jeunes utilisent une contraception.

Selon cosas.com (2015), en Amérique Latine, l'âge moyen du début de l'activité sexuelle est à 14 ans. Cet âge a diminué au cours des dernières années.

Tout au long de ce travail, le terme « infirmières » est utilisé pour la profession d'infirmière tant pour les hommes que pour les femmes.

2.2 Cadre théorique

Compte tenu de la problématique choisie, le modèle conceptuel de McGill, grâce à sa vision systémique et au concept-pont de la théorie qui est « l'apprentissage », paraissait le plus adéquat en tant que cadre théorique infirmier de ce travail de Bachelor.

Le modèle conceptuel de Mme M. Allen est connu sous le nom de modèle de McGill. Ce modèle se situe dans le paradigme infirmier de l'intégration, paradigme qui, selon Pepin, Kérouac & Ducharme (2010) se centre sur une évaluation multidimensionnelle de la personne en tant qu'être biopsychosocial, culturel et spirituel, en interaction continue avec son environnement (p. 63). Dans ce contexte, l'infirmière doit identifier les interactions circulaires entre la famille et les multiples éléments en jeu dans une situation spécifique (Pepin & al., 2010).

Cette théorie infirmière à large spectre, a été créée et développée au Canada et elle s'applique principalement à ce contexte socio-culturel. Nous utiliserons des concepts de cette théorie en tant que cadre de recherche pour le travail de Bachelor, tout en étant conscientes que les aspects sociaux et culturels ne sont pas pareils.

Dans ce travail de Bachelor des réalités sociales différentes sont comparées. Il est donc impératif de considérer la personne avec toutes ses composantes afin de pouvoir mieux comprendre les relatives différences. L'environnement est aussi un élément fondamental à considérer.

Le modèle de McGill fait partie de l'école de l'apprentissage de la santé. Cela signifie qu'il est centré sur l'apprentissage à l'adoption de comportements visant à améliorer le niveau de santé d'une personne, d'une famille, ou d'une communauté. Dans ce processus d'apprentissage, la relation de collaboration entre la personne/famille et l'infirmière est centrale (Pepin & al., 2010). La personne est conceptualisée sous forme de famille (personne/famille), qui est à son tour identifiée comme un système ouvert. Ce système apprend la santé par la découverte personnelle et la participation active, surtout au niveau familial, et aussi grâce aux interactions avec d'autres systèmes (comme, par exemple, le système sanitaire dans une situation de maladie) (Pepin & al., 2010).

Afin de pouvoir commencer à appliquer ce modèle auprès des familles, il faut toujours tenir compte du niveau de compréhension de ces dernières par rapport à la situation qu'elles vivent (Paquettes-Desjardins & Sauvé, 2008, p. 30). Par conséquent, à chaque étape de la démarche, il est indispensable de travailler en partenariat avec la personne/famille. Cela lui permettra de prendre un rôle actif et concret tout au long du processus (Paquettes-Desjardins & Sauvé, 2008).

Le génogramme et l'écocarte, deux outils proposés par ce modèle, permettent d'une part une récolte de données du système famille et d'autre part de détecter les difficultés de la famille dans une situation donnée, ses ressources et ses attentes (Paquettes-Desjardins & Sauvé, 2008).

Une bonne partie de l'éducation sexuelle devrait être réalisée en grande partie au sein de la famille. Pour cela, il est intéressant de considérer les adolescents et leurs familles en tant qu'unité impliquée dans son propre apprentissage.

Une vision globale et systémique des familles et de la société, permet de percevoir la problématique d'un point de vue plus complexe mais aussi plus complet et plus proche de la réalité.

Dans ce contexte, toujours selon le modèle conceptuel d'Allen, les infirmières auront six rôles principaux dans leur pratique professionnelle (Paquettes-Desjardins & Sauvé, 2008) :

1. Facilitateurs
2. Collaborateurs
3. Coachs
4. Soignants
5. Modèles de rôle
6. Experts

Des interventions pertinentes auprès des familles devront être mises en place selon les rôles ci-dessus.

En reprenant les postulats et les concepts soutenant ce modèle, on en a sélectionné quatre qui pourront nous aider dans le développement de notre travail, dans le but d'avoir un cadre de références précises, qui nous aidera ensuite aussi à analyser les résultats obtenus.

Le « Coping » et le « Développement »

Les premiers de ces quatre concepts sont le *coping* et le développement. Les deux, font partie de la définition d'Allen de l'un des concepts centraux du métaparadigme infirmier : « La Santé » (Pepin & al., 2010). La santé comporte deux dimensions qui correspondent à ces deux concepts.

Le but du *coping* se définit par la maîtrise ou la résolution de problèmes plutôt qu'une simple réduction de tension. Le coping est influencé par le vécu de la personne et de la famille (qui constituent deux plans indissociables à travers lesquels il s'articule) et il regroupe des habiletés qui s'acquièrent, se modifient et évoluent dans le temps (Pepin & al., 2010 ; Paquette-Desjardins & Sauvé, 2008).

Le *développement*, à son tour, correspond à la somme de toutes les habiletés acquises au cours de la vie. Il est orienté vers la réalisation des buts de la personne ou de la famille, et vers la réussite dans la vie. La prise de conscience des expériences favorise un développement qui pourra être utilisé lors de nouvelles

situations. Ainsi les expériences se convertiront en ressources personnelles (Paquette-Desjardins & Sauvé, 2008 ; Pepin, & al., 2010).

Vu que la santé s'apprend au niveau familial, il nous semblait important de la reprendre, avec ses dimensions, comme concept pour notre travail car elle est indispensable à la promotion de la santé sexuelle et à la prévention des grossesses précoces.

Le *coping* et le développement sont deux processus qui s'instaurent au niveau familial. Ils sont à prendre en considération lors de la mise en place d'interventions auprès des familles.

L' « Apprentissage »

L'apprentissage est défini comme le concept-pont de cette théorie, car il regroupe les quatre concepts centraux du métaparadigme infirmier (personne, environnement, santé et soins). La personne/famille possède des capacités d'apprentissage et l'environnement est un contexte d'apprentissage. La santé doit faire appel au processus d'apprentissage et les soins infirmiers impliquent une relation de collaboration qui devrait donner lieu à des apprentissages (Paquette-Desjardins & Sauvé, 2008).

L'apprentissage correspond à l'adoption d'un nouveau comportement ou à la modification d'un comportement existant. Tout cela se fait à la suite d'interactions avec l'environnement. Dans le cas où un apprentissage a lieu, il doit y avoir un changement concret et observable dans le savoir, le savoir-être ou encore le savoir-faire de la personne/famille (Paquette-Desjardins & Sauvé, 2008).

Ce concept-pont du modèle de McGill a son origine dans la théorie sociale cognitive de Bandura (1977). Cette théorie affirme que deux croyances sont à la base de l'adoption d'un nouveau comportement : l'efficacité du comportement et l'efficacité personnelle (Paquette-Desjardins & Sauvé, 2008).

Pour qu'une intervention (par exemple : l'éducation à la santé ou l'éducation sexuelle) soit efficace, le processus d'apprentissage est indispensable. Grâce à ce processus, le niveau de santé pourra être amélioré. Vu que la sexualité fait partie de la santé, nous considérons le concept d'apprentissage comme l'un des points clés de l'éducation sexuelle.

Le « Readiness »

Le *readiness* ou "réceptivité" est défini comme l'empressement de la personne/famille à réaliser des activités d'apprentissage ou la mesure dans laquelle elle est prête à s'engager (Paquette-Desjardins & Sauvé, 2008).

Un temps de réflexion pour comprendre la situation peut être nécessaire et pour cette raison la personne/famille détermine avec l'infirmière le meilleur moment pour débiter les interventions (quand la

personne/famille est prête) (Paquette-Desjardins & Sauvé, 2008).

L'infirmière peut favoriser le *readiness* de la personne/famille en l'aidant à mieux comprendre sa situation de santé, son besoin ou son problème dans le but de lui donner la possibilité de le travailler et de le résoudre (Paquette-Desjardins & Sauvé, 2008).

Le *readiness* nous semble un concept très intéressant dans le cadre de notre travail. Vu que nous prenons en compte des cultures et des sociétés différentes, il est important de considérer la motivation et la volonté des familles à effectuer des éventuels changements.

Si le *readiness* n'est pas présent (par exemple à cause d'aspects culturels), l'intervention n'aura aucun sens. Ce concept nous aide donc à évaluer si une intervention donnée est pertinente ou non dans son contexte.

2.3 Question de recherche

Nous nous focaliserons sur la question de recherche suivante : « Comment les infirmières peuvent accompagner les jeunes femmes originaires d'Amérique Latine, afin de prévenir les grossesses précoces ? »

3. Méthodologie

Pour rédiger ce travail, une revue de littérature a été faite grâce à la recherche dans deux bases de données de plusieurs articles en lien avec la question de recherche.

Pour notre recherche documentaire nous avons commencé par reprendre notre question de recherche, que nous avons ensuite séparée en thématiques selon le modèle de PICOT. Chaque thématique nous a amenées à différents mots clés que nous avons traduits en anglais. Les traductions ont été faites à l'aide d'un dictionnaire (thésaurus).

En ce qui concerne la recherche faite sur CINAHL et PubMed, les mots traduits en anglais ont pu être recherchés et c'est ainsi que nous avons trouvé les termes adéquats (MeSH) qui ont été utilisés. Exemple (procédé pour CINAHL) :

Thématique	Mots-clés en français	Mots-clés en anglais	Descripteurs
<i>I : Prévention</i>	Prévention Rôle infirmier Rôle famille Rôle de la société Contraception	Prevention Nursing role Family role Community role Contraception	Health care prevention Nursing role Family role Community role Contraception
<i>O : Grossesse non-désirée</i>	Grossesse Education sexuelle Comportement à risque Viol Avortement	Pregnancy Sexual education High risk behavior Rape Abortion	Pregnancy in adolescents Attitude to sexuality Risk taking behavior Rape Attitude to abortion
<i>P : Mineurs</i>	Mineurs Adolescents Puberté	Minor Adolescent Puberty	Minors (legal) Adolescent behavior Sex maturation
<i>C : Amérique Latine</i>	Amérique Latine Culture latine Pays en voie de développement	Latin America Latin culture Developing countries	Latin America Cultural values Developing countries
<i>C : Suisse</i>	Suisse Europe Pays industrialisés	Switzerland Europe Industrialized countries	Switzerland Europe Developed countries

La stratégie de recherche documentaire a été développée à partir de la première question de recherche formulée au début de ce travail de Bachelor (cf. tableau ci-dessous). Ensuite, notre question de recherche a évolué grâce aux informations trouvées dans les articles scientifiques : « *Comment les infirmières peuvent accompagner les jeunes femmes originaires d'Amérique Latine, afin de prévenir les grossesses précoces ?* ». Vu que la recherche documentaire reste pertinente avec la nouvelle question, et que les articles trouvés répondent bien à notre sujet de recherche, nous avons décidé de ne pas modifier la recherche documentaire et d'utiliser les articles trouvés.

<i>Quelles possibilités, en terme de prévention, y a-t-il de diminuer les grossesses non-désirées des mineures dans les pays d'Amérique Latine en voie de développement, en comparaison des mesures mises en place en Suisse ?</i>			
Nom des bases de données :		Mots clés et/ou descripteurs recherchés :	Résultats (nombres d'articles) :
02 mai 2016	CINHAL	S1 Health care prevention OR nursing role OR family role OR community role OR contraception	178'019
		S2 pregnancy in adolescence OR attitude to sexuality OR risk taking behavior OR rape OR attitude to abortion	43'222
		S3 Minors (legal) OR Adolescent behavior OR Sex maturation	25'784
		S4 Latin America OR Cultural values OR Developing countries	34'508
		S5 Switzerland OR Europe OR Developed countries	41760
		S6 S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5	1
		S7 S1 AND S2 AND S3 AND S5	14
		S8 S1 AND S2 AND S3 AND S4	59
		S9 S7 OR S8 Avec filtres : Anglais, français, italien, allemand, espagnol et portugais, 2005-2015, Adolescent: 13-18 years	39
	PubMed	S1 ("Primary Prevention"[Mesh] OR "Nursing"[Mesh] OR "Contraception"[Mesh] OR "Community Health Planning"[Mesh] OR "Family"[Mesh])	587'296
		S2 ("Pregnancy, Unplanned"[Mesh] OR "Sex Education"[Mesh] OR "Risk-Taking"[Mesh] OR "Rape"[Mesh] OR "Abortion, Induced"[Mesh])	68'729
		S3 ("Minors"[Mesh] OR "Adolescent"[Mesh] OR "Puberty"[Mesh])	1'644'068
		S4 ("Latin America"[Mesh] OR "Developing Countries"[Mesh])	67'875
		S5 ("Switzerland"[Mesh] OR "Europe"[Mesh] OR "Developed Countries"[Mesh])	1'147'690
		S6 S1 AND S2 AND S3 AND S4	154
		S7 S1 AND S2 AND S3 AND S5	812
		S8 S6 OR S7	932
		S9 Avec filtres : No reviews, 2005 - 2015, Age : child from birth to 18 years, languages : English French, German, Italian, Spanish	247
		S10 S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5	34
		S11 Avec filtres : No reviews, 2005 - 2015, Age : child from birth to 18 years, languages : English French, German, Italian, Spanish	3

Critères d'inclusion et d'exclusion

Suite à cette recherche et à la sélection des 42 articles trouvés, pour cette revue de littérature nous avons retenu 6 articles qui provenaient de la base de données CINHALL et qui ont été ensuite analysés à l'aide de la grille de Madame M.-F. Fortin (2010), pour vérifier leur fiabilité. La référence de ces articles et leurs résumés sont présentés en détails dans le chapitre suivant.

Les articles ont été choisis selon différents critères d'inclusion et d'exclusion. Le devis souhaité était surtout du type qualitatif mais deux études quantitatives intéressantes ont aussi été prises en compte. Seuls les articles publiés entre 2005 et 2016 ont été pris en considération de langue anglaise, française, allemande, italienne, espagnole ou portugaise. En ce qui concerne la population, il était important que les adolescents considérés aient entre 13 et 18 ans. Des revues de littérature ont été exclues à priori.

4. Présentation des résultats

4.1 Résumés des articles et tableaux d'extraction des résultats

- 1) Gonçalves, H., Souza, A., Tavares, P., Cruz, S. & Béhague, D. (2011). Contraceptive medicalisation, fear of infertility and teenage pregnancy in Brazil. *Culture, Health & Sexuality*, 13(2), 201 – 215.

C'est une étude mixte qui a été réalisée au Brésil et qui montre que les grossesses chez les adolescentes ne sont pas forcément liées à un manque de connaissances relatives à la contraception, mais plutôt à la peur de l'infertilité (et surtout l'infertilité due aux effets secondaires de la contraception orale). Cette peur favorise la prise de risques chez les jeunes adolescentes et contribue même à une augmentation de grossesses précoces. L'étude met aussi en évidence la croyance qu'avoir un enfant assure à la jeune femme une stabilité économique.

BUT : Il s'agit d'étudier la relation entre la peur de l'infertilité, la médicalisation de la contraception et l'inégalité économique au Brésil.	
Cadre conceptuel et devis	Résultats
C'est une étude de cas ethnographique longitudinale faite pendant 10 ans. L'étude est une sous-étude d'une étude de cohorte quantitative. Dans la conclusion des résultats les auteurs comparent le comportement des jeunes adolescentes qui sont devenues mères avec la théorie de « hidden transcript ».	Les résultats narratifs sont séparés en sous-thèmes suivants : Utilisation de contraception et la peur de l'infertilité : Dans cette étude il ressort clairement que la majorité de jeunes femmes tombées enceintes, avaient suffisamment de connaissances médicales relatives à la contraception mais tout ce savoir et surtout la possible infertilité leur faisaient peur. Avec cette peur, la fertilité et la maternité prennent de plus en plus d'importance. Finalement, il se pourrait que la pilule ait indirectement augmenté le désir d'avoir des enfants plus tôt au détriment de grossesses planifiées. Dans l'étude, les jeunes adolescentes qui sont devenues mères n'étaient donc ni moins informées par rapport aux contraceptions, ni même intéressées à avoir des enfants si tôt. Ces mères avaient juste subtilement changé la pratique contraceptive pour tester leur fertilité. En revanche, il est vrai que la majorité de ces jeunes mères adolescentes, avait commencé la pratique sexuelle plus tôt que les autres. Presque toutes l'ont commencée avec leur copain (et non pas avec un homme d'une nuit) et avec une utilisation combinée de préservatifs et de contraceptifs oraux, ces derniers étant facilement accessibles : presque tous les pharmaciens vendent les pilules contraceptives sans prescription médicale. Les filles étaient bien informées par rapport à la contraception et savaient qu'il était recommandé d'arrêter la pilule 6 mois avant de vouloir concevoir, car les pilules laissaient des résidus. Elles étaient aussi au courant que certaines pilules avaient des effets secondaires et donc le moindre symptôme les effrayait et spécialement la peur de l'infertilité. Les jeunes mamans font parties du groupe qui a décidé délibérément de prendre la pilule de manière irrégulière pour éviter ou réduire les effets secondaires. Elles pensaient que c'était important pour la santé de faire des pauses de

Population et échantillon La population était un pool de participants (qui avaient été interviewés pour une autre étude). L'échantillon comprend les participants choisis de manière randomisée dans la population. Les participants avaient le droit de ne plus participer à l'étude, s'ils le souhaitaient.	quelques jours pour que le corps puisse se reposer et ré-établir la capacité de concevoir : vu que dans le corps restaient des résidus, ceci ne changerait pas la protection donnée par la pilule contre la grossesse. Même si pour certaines ces croyances ont été corrigées par des membres de la famille ou du personnel de santé, la peur de l'infertilité était plus importante et les poussait à continuer de prendre la pilule irrégulièrement. Il est important de remarquer que les filles qui ont évité la grossesse précoce, sont d'un côté plus médicalisées, car elles respectaient les prescriptions et faisaient confiance aux médecins, mais de l'autre côté elles étaient aussi moins médicalisées car elles donnaient peu d'importance aux potentiels limites du savoir médical et étaient, comparées aux autres, moins involuées dans le débats des effets négatifs des pilules. D'avoir le besoin de tester la fertilité a été mis en lien avec la culture brésilienne. L'exigence sociale de tester la fertilité : Dans la culture brésilienne il y a une exigence sociale forte de prouver la fertilité. Cela explique le lien non causal entre la prise de contraceptifs et la peur de l'infertilité. Onze des mères adolescentes sont tombées enceintes après plus d'une année de relation avec leur copain et cinq avec leur premier copain. A 18 ans elles étaient toutes mariées ou vivaient officiellement avec leur copain et ses parents. Le fait de tomber enceinte si tôt peut clairement être mis en lien avec le besoin de prouver la fertilité, mais avoir un enfant si tôt représente en même temps un problème social et non pas une fière affirmation de l'importance de la famille. Avec la pilule, les jeunes adolescentes pouvaient répondre à deux demandes sociales : le fait de soutenir l'avis de repousser la grossesse à l'âge adulte et en même temps prouver leur fertilité dû au fait qu'elles pouvaient interrompre la prise de la pilule. Ces comportements n'étaient pas forcément toujours conscients. La plupart des femmes commençaient par tester leur capacité de concevoir en observant la régularité de leurs règles. S'il y avait des retards elles voyaient cela comme des « éventuelles grossesses ». Ces éventuelles grossesses devenaient un thème fréquent et ouvertement discuté car la majorité de filles avait eu des relations sexuelles non-prévues et/ou non protégées. Les femmes qui avaient des retards menstruels fréquents, celles qui tombaient enceintes peu après avoir perdu leur virginité ou celles qui tombaient enceintes malgré la prise de la pilule étaient vues comme des femmes « hautement fertiles ». Les irrégularités menstruelles étaient aussi considérées comme des preuves que les pilules laissaient des résidus dans le corps et ceci mettait en danger leur fertilité. L'inverse (peu/pas de retard de règles et pas de grossesses malgré quelques oublis de la pilule) faisait suspecter une infertilité. Une peur qui induisait d'autant plus urgent le besoin de prouver leur fertilité. Ces femmes ont donc activement testé leur fertilité en arrêtant la pilule et en n'utilisant aucune autre protection. Les éventuelles grossesses étaient malgré tout perçues comme « non-planifiées » et il arrivait même parfois que ces filles regrettaient d'être tombées enceintes avant d'avoir fini leurs études. Même si les grossesses n'étaient pas directement planifiées, c'était un risque qui valait la peine d'être pris pour être informées sur leur fertilité. Malgré tout, les grossesses représentaient dans la majorité des cas une joie personnelle et un soulagement social. Pour les femmes, il est important de savoir si elles sont fertiles ou pas, et ceci avant de commencer une relation
--	---

	sérieuse. Elles souffrent de la peur de l'infertilité et les hommes, eux, ne veulent pas encore s'engager dans des relations sérieuses et ne souhaitent pas encore parler d'enfant. Ils ressentent plus de pression à finir leur éducation scolaire et s'assurer un bon emploi vu que les grossesses précoces sont souvent mises en lien avec la pauvreté. Il est aussi ressorti que la maternité était un statut désiré par beaucoup d'adolescentes, et plus encore par celles qui venaient d'un endroit plus traditionnel et moins urbanisé. Avoir une famille satisfait des besoins personnels et émotionnels et représente un rôle social clair et donne ainsi un statut dans la société. Par fois, la maternité, du point de vue de la jeune maman, est aussi mise en lien avec une stabilité ou même une amélioration financière. Finalement, la pilule médicalise la peur de l'infertilité. Avec tout ce développement médical de la contraception, tomber enceinte précocement est devenu quelque chose de positif (malgré la pathologisation sociale de la grossesse pendant l'adolescence). L'ambivalence des sentiments des jeunes femmes est clairement présentée. Les attentes du cours de la vie, les choix et les bases morales : Dans la culture brésilienne il y a donc une certaine incompatibilité entre la parentalité et la réalisation professionnelle des femmes et leur indépendance. Beaucoup de jeunes femmes rêvent d'une amélioration financière, non pas par le biais de leur mari, mais grâce à leur propre éducation. Pour cela, elles doivent remettre la parentalité à plus tard dans leur vie pour pouvoir finir leurs études. Toutes les adolescentes de l'étude venaient de familles avec des revenus similaires et se trouvaient donc face aux mêmes difficultés pour étudier. De l'étude ressort que chez les filles qui tenaient à ce rêve, la peur de l'infertilité ne ressortait pas aussi clairement, et surtout elles voyaient leur vie d'une manière linéaire (éducation terminée, professionnalisation, mariage et puis parentalité). Ces filles, dans la majorité des cas, atteignaient un niveau d'éducation plus élevé que celles qui tenaient moins à ce rêve et qui tombaient enceintes plus tôt. L'idée de vouloir repousser la parentalité pour finir leurs études et ainsi pouvoir améliorer le revenu financier explique le lien entre la grossesse précoce et la pauvreté. Les femmes qui donnaient la priorité à leur formation expliquaient que les mères adolescentes agissent souvent d'une manière impulsive et immature, qu'elles ne sont pas capables de penser aux conséquences à long terme sociales et économiques de leurs actes. Certaines jeunes femmes qui voulaient compléter leurs études, évitaient même des relations intimes avec des jeunes hommes, bien que le statut de célibataire soit associé à une honte sociale. Dans certains cas, ces jeunes femmes critiquaient leurs pairs (qui étaient tombées enceintes pendant l'adolescence) en prétendant que la grossesse était le chemin facile et confortable pour avancer dans la vie, mais elles le relaient aussi directement à la pauvreté. Etonnamment, la majorité des filles qui sont tombées enceintes pendant leur adolescence venaient de familles, dans lesquelles les femmes jouaient un rôle important dans le maintien de la famille. Mais les filles prétendent que la vie urbaine moderne ne donne plus la même sécurité financière qu'il y a quelques années et que la meilleure chose était de se marier et d'apprendre à travailler dès le jeune âge. Ceci garantissait plus de sécurité financière que l'éducation. Il commençait à y avoir une polarisation entre les deux groupes de filles qui dénigraient réciproquement leurs décisions
--	--

DISCUSSION :

Interprétation des résultats :

Les résultats de l'étude montrent que les femmes ont des connaissances relatives aux contraceptions, mais que la peur de l'infertilité est très importante.

Les attitudes discriminatoires qui stigmatisent la grossesse des adolescentes et l'associent à la pauvreté ainsi que la médicalisation de la fertilité avec la pilule sont des facteurs sociaux très importants qui démontrent une ambivalence sociale : d'une part les femmes doivent remettre la maternité à plus tard et d'autre part elles doivent prouver leur fertilité. Ceci pourrait finalement contribuer à une augmentation des grossesses précoces.

La compréhension des femmes par rapport aux effets de la pilule et leur comportement de contraception peut être interprétée comme sorte de résistance aux idéologies normatives. Ces idéologies prétendent que pour assurer plus de sécurité financière il faut se former et repousser la création de famille. Cela peut aussi être illustré par la théorie de « *hidden transcript* » qui explique qu'un groupe opprimé peut devenir un fort symbole public d'autorité et indirectement incorporer des pratiques révolutionnaires (par exemple ces jeunes filles qui sont tombées enceintes savent critiquer celles qui ont choisi de repousser la maternité à plus tard).

Lien pratique soins infirmiers :

Cet article met en avant que vu que les grossesses précoces ne sont pas forcément à mettre en lien avec un manque de savoir par rapport à la contraception mais plutôt liées à la peur de l'infertilité, cela pourrait changer les informations transmises lors d'éducation sexuelle.

Commentaires :

Biais : Il y a eu certaines pertes de participants dues à la migration (n=11), à l'emprisonnement (n=2) et au refus de participer (n=14), mais la majorité de ces pertes est arrivée après avoir commencé la vie adulte et ne change donc pas tellement les résultats par rapport à la paternité.

Crédibilité des données : Vu que l'étude se base sur une autre étude de cohorte, les données sont bien développées et analysées.

Limites : Il y a peu de recherches faites par rapport à la peur de l'infertilité qui semblerait malgré tout être plus répandue que ce qui était imaginé. La majorité des recherches utilisées pour cette étude sont arrivées par hasard au thème de l'infertilité en essayant de savoir pourquoi l'utilisation de contraception était si basse.

- 2) Samandari, G., & Spelzer, S. (2010). Adolescent Sexual Behavior and Reproductive Outcomes In Central America: Trends over the Past Two Decades. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 36(1), 26-35.

Cette étude quantitative analyse sur une période de 20 ans le comportement sexuel des jeunes adolescentes âgées de 15 à 19 ans., L'étude est réalisée dans quatre pays d'Amérique Latine (Nicaragua, Guatemala, Honduras et El Salvador) et elle prend en considération l'influence des facteurs socio-économiques. Les résultats sont détaillés pour chaque pays, en présentant l'évolution de comportements sexuels en lien avec les différents facteurs qui les influencent.

BUT :	
Le but de cette étude est de comprendre les tendances, dans les 20 dernières années, en ce qui concerne quatre aspects de la santé sexuelle chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans, dans quatre pays de l'Amérique Centrale (Nicaragua, Honduras, El Salvador et Guatemala). Les quatre variables investiguées sont : la première expérience sexuelle, la première relation amoureuse, la naissance du premier enfant vivant et l'utilisation de moyens contraceptifs modernes.	
Cadre conceptuel et devis	Résultats
Il s'agit d'une étude descriptive de type quantitatif. Il n'y a pas un cadre théorique spécifique bien défini, mais l'étude s'appuie sur la compréhension des facteurs démographiques et socio-économiques associés aux tendances sexuelles et reproductives dans les quatre pays en question.	Les résultats sont présentés à l'aide de tableaux et graphiques pour les quatre pays et les quatre variables-clés sur une période de 20 ans entre 1987 et 2007. Les caractéristiques démographiques ont aussi été mises en évidence. <u>Caractéristiques démographiques</u> Au <i>Salvador</i> et au <i>Nicaragua</i> la plupart des adolescentes entre 15 et 19 ans vivaient en région urbaine. Au <i>Honduras</i> le pourcentage vivant en région urbaine a augmenté durant les 20 années où se déroulait l'étude. Au <i>Guatemala</i> , la majorité de ces jeunes vivaient dans une région rurale. En général, le niveau d'éducation des jeunes a augmenté dans les quatre pays pendant l'étude, de même que le statut socio-économique. Le groupe d'âge entre 15 et 19 ans correspond à environ 1/4 de la population dans les quatre pays. Tendances dans les comportements de santé sexuelle et reproductive (femmes 15-19 ans) : 1. <u><i>Avoir eu une expérience sexuelle</i></u> Proportion stable au <i>Salvador</i> (de 31 à 33%). Diminution au <i>Guatemala</i> (de 29 à 24%). Stable au début au <i>Nicaragua</i> et au <i>Honduras</i> mais avec ensuite une diminution dans les dernières années pour le <i>Nicaragua</i> (de 40 à 35%) et une augmentation pour le <i>Honduras</i> (de 31 à 38%). 2. <u><i>Avoir été dans une relation amoureuse</i></u> Dans les quatre pays, durant les 20 ans de l'étude, on a enregistré une diminution. Le <i>Nicaragua</i> a gardé le taux le plus élevé tout au long de l'étude (de 37 à 30%), suivi du <i>Salvador</i> (de 29 à 22%), du <i>Honduras</i> (du 26 à 25%) et finalement du <i>Guatemala</i> qui a eu le taux le plus bas (de 26 à 20%).
Population et échantillon	
Pour cette recherche, ils ne retiennent que les adolescentes âgées de 15	

à 19 ans.

Total de femmes entre 15 et 19 ans prises en considération durant les 20 ans de l'étude ::

- *Nicaragua* :
n = 10'365
- *Honduras* :
n = 9'418
- *El Salvador* :
n = 6'046
- *Guatemala* :
n = 7'135

→ TOT : n = 32'964

La taille de l'échantillon correspond à une sélection randomisée considérant le plus grand nombre de femmes joignables dans chaque pays avec les enquêtes démographiques et sur la santé. Il a été adapté aussi à la grandeur du pays et à ses moyens d'atteindre les gens (cela dans le but de rendre l'échantillon représentatif pour la population de chaque pays).

☞ Echantillonnage accidentel

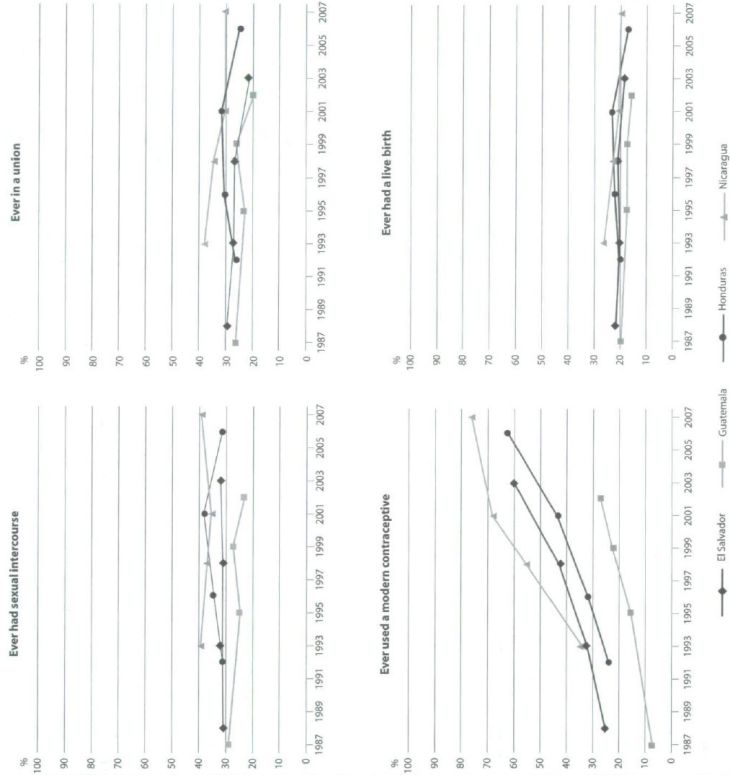
3. Avoir utilisé une méthode contraceptive moderne

Dans les quatre pays, durant l'étude, on a enregistré une augmentation. Le *Guatemala* a gardé le taux le plus bas (de 7 à 27%), suivi du *Honduras* et du *Salvador* (de 24-25 à 60%) et finalement du *Nicaragua* qui a eu le taux le plus élevé (de 35 à 76%).

4. Avoir accouché d'un enfant vivant

Dans les quatre pays, durant les 20 ans de l'étude, on a enregistré une diminution Le *Nicaragua* a eu la diminution la plus importante en partant du taux le plus élevé, il est passé de 26 à 20% ; dans les autres trois pays (*Honduras*, *Salvador* et *Guatemala*) le taux a diminué d'environ 3%.

Une présentation plus détaillée pour chaque pays et à chaque enquête a aussi été représentée à l'aide de tableaux (illustrant aussi des caractéristiques socio-démographiques).



DISCUSSION :

Cette étude met clairement en évidence une évolution importante des comportements des jeunes adolescentes. Leur activité sexuelle a globalement augmenté et la volonté d'être en couple a diminué dans deux pays alors qu'elle est restée inchangée dans les 2 autres. Le résultat le plus controversé, est celui qui dénote une augmentation de l'utilisation de moyens contraceptifs modernes et le retard de la première relation sexuelle, mais qui n'est pas accompagnés d'une diminution des naissances (explicable par le fait que ces moyens de contraception sont assez mal utilisés et surtout il sont utilisés plutôt après la première grossesse pour éviter la deuxième).

L'âge (augmentation de l'âge souvent augmente les risques), lieu de vie (urbaine : rapport sexuel et relations amoureuses précoce et utilisation réduite de moyens contraceptifs modernes), le niveau d'éducation (bas : rapport sexuel et relations amoureuses précoces et utilisation réduite de moyens contraceptifs modernes / haut : envie d'avoir des enfants tôt) et le statut socio-économique (bas : rapport sexuel et relations amoureuses précoces et utilisation réduite de moyens contraceptifs modernes), ont été des bon prédicteurs en ce qui concerne les comportements sexuels des adolescentes. Souvent le mélange de ces facteurs sociodémographiques donne des résultats inattendus et « mixtes ». Cela pourrait être un « point de départ » pour l'exploration et une meilleure compréhension des comportements sexuels et de reproduction en Amérique Centrale.

Les interventions (aussi au niveau de programmes politiques) qui augmenteraient le niveau d'éducation de base, l'éducation sexuelle et le support économique, corrélés à une information plus libre, contribueraient à une utilisation plus courante des services de planification familiale. Une évaluation au niveau national et des interventions au niveau communautaire, permettraient de comprendre l'utilité des différents programmes de prévention de suivre l'évolution des comportements des jeunes adolescentes t. Des facteurs additionnels seraient à investiguer : exposition aux mass-médias, éducation sexuelle, grossesses non-désirées, maternité des adolescentes, facteurs contextuels précis et caractéristiques personnelles.

Commentaires :

La recension des écrits de cette étude s'appuie sur plusieurs sources primaires mais qui sont en général plutôt vieilles, la moitié environ a été écrite avant 2005.

Il manque un cadre théorique de recherche spécifique bien défini, mais les résultats sont bien analysés selon les quatre variables-clés de l'étude (la première expérience sexuelle, la première relation, la naissance du premier enfant vivant et l'utilisation de moyens contraceptifs modernes).

Un moyen d'accroître la représentativité de l'échantillon n'est pas présent : est-ce qu'il y a un biais d'échantillonnage probabiliste/non-probabiliste ?

La fidélité et la validité des moyens de mesures des données n'ont pas été spécifiquement évaluées : est-ce qu'on est confrontés à un biais lié à l'utilisation d'une seule méthode ?

Les auteurs identifient 3 principales limitations à cette étude :

1. Vu la durée de l'enquête et le fait qu'il se déroulait dans différents pays, les questions utilisées étaient très similaires mais pas identiques.
2. Les données ont été récoltées selon plusieurs enquêtes transversales, ce qui ne garantit pas la cohérence et le rapport casuel entre les résultats et les caractéristiques démographiques.
3. Vu l'âge considéré des adolescentes (ou alors l'âge des adolescentes prises en considération ?), l'étude pourrait ne pas être représentative des adolescentes en général dans les quatre pays.

- 3) Larson, K., Ballard, S.M., Nuncio, B.J., & Swanson, M. (2014). Testing the Feasibility of ¡Cuidate! With Mexican and Central American Youth in a Rural Region of a Southern State. *Research in Nursing & Health*, 37, 409–422.

Cet article à devis mixte, parle d'un programme d'éducation sexuelle qui a été appliqué dans une région rurale de l'Amérique du Nord. Ce programme, ¡Cuidate! a été créé pour des adolescents d'origine mexicaine et d'Amérique Centrale (dans un contexte de migration). Les jeunes ont bien apprécié ce programme, principalement pour la possibilité de participer activement à leur apprentissage. Le fait que les facteurs socio-culturels soient au cœur du programme a favorisé son efficacité.

BUT : Le but de cette étude pilote, est de tester la faisabilité d'un programme d'éducation sexuelle, appelé ¡Cuidate!, avec des adolescents originaires du Mexique et de l'Amérique Centrale dans une région rurale de North Carolina et cela grâce à l'approche CBPR (Community-Based Participatory Research). Pour ce faire, les auteurs veulent déterminer plus précisément (buts) : a) la mesure de la faisabilité du programme et sa fidélité ; b) l'impact du programme sur les connaissances sexuelles, les compétences et les attitudes des adolescents ; c) la pertinence culturelle et l'applicabilité du contenu du programme.	
Cadre conceptuel et devis	Résultats
Le devis de cette étude est de type mixte. Il répond à une question du type descriptive qualitative (application de l'approche CBPR), mais en utilisant une méthode quantitative pour évaluer la portée des résultats. Le cadre de recherche se base sur une théorie socio-écologique centrée sur le développement humain dans un large contexte social. Les concepts-clés mis en évidence dans ce cadre	Le programme ¡Cuidate! (evidence-based sexual risk reduction program), crée sur des bases culturelles, consiste en 6 modules d'une heure chacun répartis sur un mois. Trois tableaux aident à présenter les résultats : (1) évaluations des activités, des facilitateurs et du confort personnel pendant le programme, (2) questionnaire sur l'AIDS à T1 (avant le programme), T2 (à la fin du programme) et T3 (un mois après le programme) et (3) évaluation de l'attitude, des intentions et de l'efficacité personnelle en ce qui concerne le sexe et l'utilisation du préservatif à T1, T2 et T3. <i>Cuidate</i> a été déterminé comme un programme applicable à la population étudié dans ce contexte précis. L'approche de recherche basé sur la participation active de la population (CBPR) a favori ce résultat positif. <i>Fiabilité du programme :</i> La « question box » et le « talking stick » qui ont été introduits à partir du Module 2 ont permis aux étudiants plus timides de poser leurs questions, de diminuer le nombre d'interruptions pendant le cours et d'augmenter l'écoute, grâce au stick, géré par les facilitateurs, qui donne l'autorisation de parler uniquement à celui qui l'a en mains. <i>Efficacité de la mise en œuvre du programme et facilitation :</i> Le module 5, sur l'utilisation pratique du préservatif, a été le mieux évalué. <i>Evaluation des participants :</i> Les étudiants de la MS ont mieux évalué le confort ainsi que les activités de tous les modules sauf du 6.Des différences dans l'évaluation des deux groupes ont été relevées dans chaque module.

théorique sont : * Développement des personnes dans un contexte social * Influences directes indirectes du contexte sur ces derniers, déterminées par : – Sexe (M/F) – Culture – Famille – Expérience de migration – Ecole	Les 6 modules du programme comprennent : <table border="1"> <thead> <tr> <th>Curriculum Modules</th><th>Selected Content Areas</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Module 1: Introduction and overview</td><td> • <i>Conociendo</i>/getting to know you • Human development and reproductive anatomy • Prevention of pregnancy and STDs • What it means to be Latino/Latina • Cultural values </td></tr> <tr> <td>Module 2: Building knowledge about pregnancy, STDs, and HIV infection</td><td> • Thinking about HIV/AIDS and safer sex • Risks of unplanned pregnancy and STDs • Cultural attitudes and safer sex • Practice negotiation and refusal skills • ¿<i>Quién es más macho/más mujer?</i> </td></tr> <tr> <td>Module 3: Understanding vulnerability to pregnancy, STDs, and HIV infection</td><td> • Adolescent vulnerability • <i>La Zona Peligrosa</i>/ the danger zone • Discussing condoms • Condom-use skills </td></tr> <tr> <td>Module 4: Attitudes and beliefs about pregnancy, STDs, HIV infection, and safer sex</td><td> • Barriers to condom use • Introduction to the S.T.O.P. technique • Role-plays using S.T.O.P. technique • Safer sex jeopardy game </td></tr> <tr> <td>Module 5: Building condom use skills</td><td></td></tr> <tr> <td>Module 6: Building negotiation and refusal skills</td><td></td></tr> </tbody> </table>	Curriculum Modules	Selected Content Areas	Module 1: Introduction and overview	• <i>Conociendo</i>/getting to know you • Human development and reproductive anatomy • Prevention of pregnancy and STDs • What it means to be Latino/Latina • Cultural values	Module 2: Building knowledge about pregnancy, STDs, and HIV infection	• Thinking about HIV/AIDS and safer sex • Risks of unplanned pregnancy and STDs • Cultural attitudes and safer sex • Practice negotiation and refusal skills • ¿<i>Quién es más macho/más mujer?</i>	Module 3: Understanding vulnerability to pregnancy, STDs, and HIV infection	• Adolescent vulnerability • <i>La Zona Peligrosa</i>/ the danger zone • Discussing condoms • Condom-use skills	Module 4: Attitudes and beliefs about pregnancy, STDs, HIV infection, and safer sex	• Barriers to condom use • Introduction to the S.T.O.P. technique • Role-plays using S.T.O.P. technique • Safer sex jeopardy game	Module 5: Building condom use skills		Module 6: Building negotiation and refusal skills	
Curriculum Modules	Selected Content Areas														
Module 1: Introduction and overview	• <i>Conociendo</i>/getting to know you • Human development and reproductive anatomy • Prevention of pregnancy and STDs • What it means to be Latino/Latina • Cultural values														
Module 2: Building knowledge about pregnancy, STDs, and HIV infection	• Thinking about HIV/AIDS and safer sex • Risks of unplanned pregnancy and STDs • Cultural attitudes and safer sex • Practice negotiation and refusal skills • ¿<i>Quién es más macho/más mujer?</i>														
Module 3: Understanding vulnerability to pregnancy, STDs, and HIV infection	• Adolescent vulnerability • <i>La Zona Peligrosa</i>/ the danger zone • Discussing condoms • Condom-use skills														
Module 4: Attitudes and beliefs about pregnancy, STDs, HIV infection, and safer sex	• Barriers to condom use • Introduction to the S.T.O.P. technique • Role-plays using S.T.O.P. technique • Safer sex jeopardy game														
Module 5: Building condom use skills															
Module 6: Building negotiation and refusal skills															
Population et échantillon L'étude a été faite dans deux écoles d'une région rurale de Caroline du Nord avec un groupe ethnique de latinos représentant le 18% (dans les régions de la plus grande population latine du pays). Deux groupes ont été constitués : l'un provenant d'une école secondaire (MS) et l'autre d'un gymnase (HS). Âge : entre 13 et 17 ans. Garçons : MS : n = 5, HS : n = 5 Filles : MS : n = 5, HS : n = 5	Pendant les <u>groupes de discussions</u> (= focus groupe, un mois après), <u>trois thématiques importantes</u> sont ressorties : 1) <i>Tout le monde a besoin d'une éducation sexuelle</i> Dans la culture latine, ils ne parlent pas de sexe. Les parents disent à leurs enfants d'attendre d'être vieux pour une activité sexuelle. Les participants définissent les gens de leur culture immatures et incapables de parler du sexe. Une exception en ce qui concerne la communication sur la sexualité, est celle qui concerne le sujet des grossesses, où les adolescents reportent des réponses très chargées en émotion à ce sujet car ils savent que dans leur culture c'est quasiment une tradition que la femme soit quittée une fois qu'elle est enceinte. D'autres savent que si elles tombent enceintes les parents les chasseront de la maison. Les adolescents rapportent que dans leurs familles on ne commence à parler de sexe que lorsqu'il y a une grossesse, quand c'est "trop tard". Même si les filles sont plus vulnérables en ce qui concerne les grossesses, les parents parlent davantage avec les garçons de protection. Les adolescents craignent que s'ils parlent aux parents du sexe ou s'ils posent des questions, cela donne l'impression qu'ils ont une vie sexuelle active ce qui pourrait préoccuper les parents. Cependant, les adolescents n'ont pas mis en lien ces aspects-là avec les normes sociales de leur culture. Les participants proposent l'extension du programme dans les cours de l'école et évoquent la possibilité que tout le monde y participe.														

→ TOT : n = 20 Origine : - Mexique : n = 15 - Amérique Centrale : n = 5 ☞ Echantillonnage du type non probabiliste, fait plutôt par choix raisonné (participation des infirmières scolaires à la sélection)	2) Ce type d'éducation est préféré car il contient des aspects plus « pratiques » Les adolescents ont trouvé ce programme meilleur car il comporte l'application pratique des connaissances apprises en théorie, ce qui les aidera probablement dans la prise de décisions future. Dans <i>focus group</i> les activités pratiques particulièrement appréciées ont été énoncées : jeux de rôle, l'utilisation pratique du préservatif (démonstration et pratique) et d'autres jeux. Ces activités ont été appréciées car donnaient la possibilité d'augmenter sa propre efficacité à ces sujets et d'exercer la gestion des situations difficiles (refuser une relation sexuelle ou encourager l'utilisation du préservatif). L'environnement sécuritaire partagé avec un groupe de pairs mixtes de la même culture a été aussi évalué positif et propice à l'apprentissage (ils ont créé un T-Shirt avec le logo du programme pour démontrer l'unité de la population latine). 3) Après ce type de programme éducatif les adolescents pensent pouvoir faire des meilleurs choix en lien avec la sexualité Les adolescents ont remarqué que la participation à ce programme a influencé positivement leur prise de décision sur leur future vie sexuelle. De plus, ils pensent aussi que cette prise de décision (véhiculée par les apprentissages du programme) aura aussi une influence sur la gestion de leur vie future (et cela pas seulement au niveau sexuel).
DISCUSSION :	<u>Facteurs sociaux influençant le fonctionnement du programme et donc l'apprentissage en matière de santé sexuelle (développement humain):</u> - Différence au niveau de la formation (groupe MS a pu mieux en profiter car ils étaient plus jeunes avec moins d'expérience) ; - Environnement (appliqué dans un macro-niveau qui touche le contexte de la famille, de l'école et de la communauté et favorise l'apprentissage) ; - Aspects culturels (noms espagnols, logos, acteurs, ...) ; - Différence dans de sexe hommes/femmes (efficacité personnelle mieux évaluée chez les filles). → Le fait que les leaders de la population et les infirmières scolaires étaient bien à l'aise pour parler de sexualité, a favorisé le développement de la discussion. Les adolescents sont en général autant stéréotypés qu'immatures, mais en réalité ils peuvent très bien parler sérieusement du sujet : l'exemple de ce programme en est la preuve. Les trois buts de l'étude sont vérifiés : - Ce programme pour cette population dans ce contexte spécifique est bien applicable (et même validé par la CDC = bureau de la santé des adolescents), surtout à l'âge de l'école secondaire. L'utilisation de la méthode CBPR et le fait que le programme soit fait sur des bases culturelles, ont contribué à son succès. L'applicabilité du programme est donc possible et fiable. - L'impact des connaissances/skills/attitudes sexuelles a été testé selon différents questionnaires et à différents moments de la recherche. Il y a beaucoup de résultats intéressants surtout avec les groupes de discussion un mois après la fin du programme. En général, cet impact semblerait positif.

- c) Un chapitre a été dédié à l'importance de l'influence culturelle sur les contenus du programme et son succès. Le programme était culturellement à la mesure des adolescents d'origine latine, plusieurs aspects culturels sont ressortis pendant les différents modules. Les aspects culturels ont été tellement bien insérés que les participants ont eu de la difficulté à les identifier, mais ils ont remarqué un haut niveau de confort pendant tout le programme, ce qui laisse sous-entendre que les aspects culturels étaient adéquats et qu'ils ont favorisé les apprentissages et l'environnement de travail.

Deux principales conséquences pour la discipline infirmière ont été mises en évidence (découlant de l'approche CBPR). L'utilisation d'une approche du type CBPR (comprenant des chercheurs et des gens de la population étudiée qui participent activement), peut aider le programme à s'auto-développer et avoir un impact sur le long terme :

- 1) Chercheurs, ensemble avec les gens de la population, aident à créer un environnement qui respecte la culture et réduit les disparités en ce qui concerne le sexe. Une approche basée sur le CBPR aide à faire ressortir les valeurs culturelles qui influencent les comportements de santé sexuelle chez les adolescents latinos immigrés.
- 2) Le fait de développer les capacités de recherche des leaders de la communauté (toujours avec l'aide d'une approche CBPR), peut augmenter le niveau de santé d'une population marginalisée. Dans ce cas, les membres de cette communauté latine ont continué à travailler sur ce programme afin de le rendre plus complet et adapté. L'utilisation de cette approche peut donc former un groupe de jeunes leaders de la population, qui participent activement et sur le long terme à son développement du programme.

Trois recommandations pour les recherches futures et la pratique :

- 1) Laisser plus de temps pour les « actions en cours » (ex. jeux de rôles) est primordial dans une approche où la population est directement concernée et participe activement. La place pour des activités de ce genre est fondamentale pour aider la prise de décision/choix des participants quant à leur santé sexuelle et aussi pour le développement d'astuces et connaissances dans ce domaine. Ces activités en groupe mixte favorisent la prise de conscience, la confrontation et l'apprentissage entre les deux sexes.
- 2) Il faudrait proposer d'une façon prudente un programme si ciblé sur un groupe ethnique, car ça pourrait être interprété comme un accès inégal à la formation, ou pourrait même amener à la création d'un stéréotype du groupe en question.
- 3) La faisabilité de ce programme avec les adolescents suggère que le programme serait extensible aux parents. L'implication des parents pourrait être fortement recommandée pour renforcer le niveau de santé sexuelle des adolescents (et le maintenir aussi sur le long terme).

Commentaires :

Il n'y a pas de vrais critères pour accroître la représentativité de l'échantillon : est-ce qu'il a un biais d'échantillonnage/sélection ?

Il n'y a pas eu l'enregistrement des séances, le modérateur et le co-modérateur ont fait un « *débriefing* » juste après la séance et 24h heures après celle-ci quand les notes avaient été transcrites : est-ce qu'il y a un biais lié à une seule méthode de collecte de données (surtout dans le focus groupe) ?

Deux limitations à l'étude sont explicitées :

1. Les instruments pour la collecte des données ont été utilisés uniquement pour ce programme donc leur fiabilité n'avait jamais été testée auparavant.
2. De même que pour l'étude pilote, l'échantillon était petit et donc sans une vraie fiabilité statistique/probabiliste (conseillé d'interpréter les résultats avec prudence).

- 4) Larson, K. (2009). An Ethnographic Study of Sexual Risk Among Latino Adolescents in North Carolina. *Hispanic Health Care International*, 7(3), 160-169.

Cette étude qualitative a été réalisée dans des régions rurales de Caroline du Nord (Amérique du Nord) avec des familles immigrées d'Amérique Latine. Elle explore la prise des risques sexuels, dans ce contexte de migration, depuis la perspective socio-culturelle des participants. La rencontre de ces deux cultures représente un facteur de vulnérabilité et peut être un facteur déclencheur de comportements sexuels à risque.

BUT : Le but de cette étude est d'étudier la signification culturelle de la prise de risques au niveau sexuel, selon la perspective des jeunes d'origine latino-américaine et de leurs parents, dans le contexte de la migration (région rurale de Caroline du Nord).	Résultats
Cadre conceptuel et devis C'est une étude descriptive du type qualitatif : il s'agit d'une étude ethnographique. La revue de littérature a été guidée par la théorie éco-développementale, appliquée ensuite à la recherche grâce aux concepts (bases philosophiques) suivants : * Développement des adolescents * Normes culturelles et du genre * Famille * Migration * Environnement scolaire * Acculturation	<u>Résultat principal</u> : les normes culturelles en ce qui concerne la relation entre hommes et femmes d'Amérique Latine, entrent en collision avec celles présentes aux Etats Unis, ce qui provoque beaucoup de confusion, surtout dans les jeunes immigrés. Concernant les relations entre hommes et femmes, les normes culturelles d'Amérique Latine entrent en collision avec celles des Etats-Unis, ce qui provoque beaucoup de confusion chez les jeunes immigrés. Trois thématiques principales ressortent : 1) « <i>La fiesta de los quince años</i> » C'est une fête culturelle qui indique le passage de l'adolescence à l'âge adulte. Le passage sécuritaire à l'âge adulte dépend de la présence de la famille et des amis qui assistent à cette fête. Selon la tradition, une fille ne peut pas sortir avec un homme avant cette célébration : la fête représente le début possible de la vie sexuelle pour les filles mais en même temps elle les protège des rapports sexuels, du mariage et des grossesses précoces avant cet âge. La plupart des personnes ayant participé à l'étude ont confirmé que cette fête était une transition très importante et l'ont célébrée. Cependant, quelques familles participant à l'étude ne l'ont pas célébrée faute de soutien familial et communautaire ou parce que les jeunes de moins de 15 ans avaient déjà eu de relations sexuelles. Le problème des abus physiques et sexuels est aussi ressorti en lien avec cette thématique. Dans environ la moitié des familles, il y avait des histoires d'abus. Les femmes sont plus vulnérables aux abus sexuels du fait que souvent elles vivent dans des familles nombreuses ou chez des amis pour des périodes temporaires. 2) « <i>Boyfriend as husband</i> » Normalement les adolescentes, à partir de 15 ans, peuvent sortir avec un homme, mais même après cet âge elles sont surveillées par les parents. Dans les cas où les adolescentes ne respectent pas ces règles culturelles, les parents disent que c'est à cause de l'immigration. Selon leur vision, dans la nouvelle culture, avoir un copain c'est comme avoir un mari car avoir un copain implique toute de suite d'avoir des relations sexuelles. En conséquence les jeunes adolescentes sont souvent en couple avec un homme plus âgé avec des bonnes bases

Population et échantillon Des étudiants de 7, 8, 9^{ème} année ont été pris en considération dans un village rural de Caroline du Nord. L'échantillon a été réduit aux adolescents et à leurs familles originaires de l'Amérique Centrale et du Mexique. Un total de n = 43 participants provenant de 12 familles, originaires d'Amérique Latine, a été pris en considération pour l'échantillon de la recherche. Adolescentes : n = 25 Parents : n = 18 Les critères de recrutement ont été établis pour assurer des variations parmi les participants. ☞ Echantillonnage par choix raisonné	financières. Cet aspect a été mis en relation avec les grossesses précoces par les adolescentes de l'étude. Selon les normes culturelles latines reliées au « machismo », les femmes de moins de 15 ans ne peuvent pas sortir avec des hommes mais elles sont en même temps très recherchées par les plus âgés qui veulent avoir une femme vierge (ce qui augmente les risques et met les jeunes femmes dans une position désagréable). La plupart des mères de l'étude se sont mariées quand elles étaient adolescentes et elles ont eu un enfant à cet âge, ce qui pourrait avoir influencé l'attitude de la génération suivante. 3) « <i>Libertinaje/sexual freedom</i> » Les parents décrivent le comportement des adolescents comme une déviance de la liberté sexuelle (la promiscuité n'est pas communément acceptée par les règles et les conventions sociales). Selon certains parents, la raison de cette attitude est liée aussi au fait que les parents ne parlent pas assez avec leurs enfants. D'autres parents l'attribuent à une imposition de limites trop strictes de la part des adultes et aussi au fait que les filles vont non-accompagnées (par quelqu'un de confiance qui les protèges) aux fêtes. Les parents disent aussi que la culture américaine, selon eux, a une influence négative sur les comportements sexuels de leurs enfants car elle les rend trop « libres » (grâce à la prise de conscience de la maîtrise de leur corps suite à la confrontation avec la culture Américaine). Les garçons décrivent les adolescentes immigrées comme différentes des filles indigènes. Cette liberté sexuelle a été constatée surtout dans des situations où l'attention et les contrôles de la communauté étaient diminués (parents absents, famille monoparentale,...) en laissant les jeunes vulnérables aux pressions des hommes. Données contextuelles (observations sur le terrain) : L'environnement scolaire offre beaucoup d'opportunités de contact physique intime et, grâce au grand nombre d'étudiants, les comportements à risques ne sont pas faciles à contrôler. Les comportements sexuels des adolescents sont contrôlés selon des « protocoles », mais ces derniers sont rarement appliqués aux adolescents d'origine latine car les professeurs pensent qu'ils viennent d'un « autre monde ». En plus, plusieurs participants se retrouvent seuls chez eux après l'école, ce qui permet des rencontres libres dans les maisons et dans le pire des cas dans les places de parc des voitures.
DISCUSSION :	L'immigration récente, en combinaison avec les normes culturelles et relationnelle entre hommes et femmes, peut avoir influencé la prise de risque au niveau sexuel de façon importante. La « fiesta de los quince años » très importante, considérée comme efficace en Amérique Latine, représente un facteur de risque dans la culture de l'Amérique du Nord (manque de soutien familial et social). La migration est de plus un facteur de vulnérabilité car elle expose très souvent les familles à un isolement familial et communautaire important.

L'unité familiale reliée à la culture latine (« familismo »), s'en trouve diminuée, voire absente. Le cercle social a été mis en évidence dans plusieurs études comme un protecteur des grossesses précoces. Les résultats de l'étude, ont contribué à organiser un programme scolaire pour la prévention des risques dans ce milieu (infirmières : prévenir, détecter, soutenir). Ça serait bien de pouvoir investiguer comment les célébrations culturelles peuvent aider une population à se reconstruire dans un autre pays. L'adoption d'un système de santé publique par l'état pourrait être le premier pas vers une aide sociale plus fonctionnelle. Des interventions non-traditionnelles axées sur l'amélioration de la communication entre hommes et femmes pourraient avoir un impact sur la santé sexuelle. Les leaders de la population en question pourraient représenter le modèle à suivre et donc être une ressource. Des interventions aux différents stades du développement sexuel et dans un environnement sécuritaire devraient être appliquées. Le partenariat toujours plus étroit avec la population (parents et adolescents) et ses leaders est indispensable afin de comprendre au mieux le phénomène sous le point de vue culturel. Le message visé de santé sexuelle comprend essentiellement l'incorporation des concepts de communication, de négociation et de prise de décisions en relation à l'identification des risques culturels. Cette étude pourrait être le point de départ pour développer ce genre de capacités avec les populations intéressées.	<u>Commentaires :</u> La recension des écrits de cette étude s'appuie sur plusieurs sources primaires mais qui sont en général plutôt vieilles (moitié date d'avant 2005). La crédibilité des données a été rehaussée grâce à la vérification par un comité de chercheurs. La saturation des données n'a probablement pas été atteinte. Cette étude présente 5 limitations principales, qui pourraient concrètement limiter la transférabilité des données : 1. L'échantillon inclut beaucoup plus de femmes que d'hommes. 2. Plusieurs familles dans l'étude étaient monoparentales, ce qui pourrait ne pas les rendre représentatives. 3. Tous les parents n'ont pas pu être pris en compte à cause de leurs obligations (travail,...). 4. L'étude a été conduite dans une région rurale de Caroline du Nord avec une immigration est caractérisée surtout par des familles mexicaines, ce qui implique que les résultats ne sont pas forcément transférables à toutes les autres populations latines. 5. L'étude a été faite dans une région avec une forte immigration récente de gens qui parlent espagnol, ce qui rend les résultats inutilisables pour d'autres régions avec une immigration moins forte de cette population.
---	--

5) Barbosa de Sousa, L., Pinto Fernandes, J., & Teixeira Barroso, M. (2006). Sexualidade na adolescência: análise da influência de fatores culturais presentes no contexto familiar. *Acta Paul Enferm*, 19(4), 408-413.

Cette étude qualitative analyse les aspects culturels qui influencent les comportements sexuels dans une famille brésilienne. Dans les résultats ils mettent en avant le risque qu’implique la communication déficiente entre les parents et les adolescents, tout comme les mythes et les croyances erronées des jeunes. Même si le sujet de la sexualité n’est pas abordé par les parents, les enfants ont tendance à imiter les comportements des parents : dans la famille de cette étude, la mère avait été enceinte pendant l’adolescence, de même que ses deux filles.

Cadre conceptuel et devis		Résultats
C’est une étude de cas qualitative qui se base sur les principes de la théorie des soins transculturels (vision systémique et utilisation de génogramme). Population et échantillon La population visée par l’étude est celle de familles avec des adolescentes qui sont ou ont été enceintes. L’échantillon choisi, correspond à une famille brésilienne composée de 13 membres dont 9 habitent dans la même maison.	BUT : Le but de cette étude est de comprendre la complexité de l’influence des éléments culturels présents dans le contexte familial ainsi que le comportement sexuel des adolescents. Ceci visant à identifier les croyances, mythes et tabous par rapport à la sexualité, en plus de fournir un soutien pour le développement de conduites d’éducation en santé ensemble avec l’adolescent et sa famille.	
	Les résultats sont présentés en texte narratif avec les sous-thèmes suivants : Contexte familiale : La participante, adolescente principale de l’article (Ana), a eu son enfant à 16 ans. La sœur d’Ana est tombée enceinte à l’âge de 17 ans. Leur maman a eu sa première grossesse à l’âge de 13 ans. Ana ne travaille pas et a abandonné ses études lors de sa grossesse (8^{ème} année d’école primaire). Il ressort que la famille a un rôle d’exemple et une influence sur la vie sociale, politique et économique. Suite aux visites domiciliaires, la mère d’Ana reconnaît que d’attendre que l’adolescente vienne vers elle si elle devait avoir des questions par rapport à la sexualité, n’est pas la meilleure stratégie de soins. La mère reconnaît donc l’importance de la prévention. Sexualité : Le père de l’enfant d’Ana était son premier partenaire sexuel et est encore son compagnon actuel. La première relation sexuelle d’Ana s’est faite suite au désir de son copain et elle n’avait pas osé la lui refuser. Cela s’est fait de manière imprudente. Elle n’avait jamais fait d’examen gynécologique avant la grossesse malgré le fait de n’avoir pas utilisé de préservatif lors de relations sexuelles. Au sein de la famille, il y a un grand tabou sur la sexualité ; même entre les deux sœurs, proches en âges. Les parents croient que de parler de sexualité avec leurs enfants peut les inciter la pratique. Le silence est donc recherché. De plus, Ana n’a jamais vu ni sa sœur ni sa mère prendre quoi que ce soit pour ne pas tomber enceinte et dans la famille ils n’ont en jamais parlé, donc elle n’a rien pris non plus. Le copain disait savoir comment faire pour qu’elle ne tombe pas enceinte (coût interrompu). Elle a fait confiance à la proposition de son copain, car elle connaissait des histoires ratées lors d’utilisation de préservatifs. Les parents attendaient un certain signe indiquant que la jeune femme avait découvert la sexualité. Mais le risque est	

Dans cette famille il y a 2 adolescentes qui ont eu une expérience de grossesse à cet âge (16-17ans).	que ce signe, comme dans le cas de ces deux jeunes adolescentes, n'apparaisse qu'après la première pratique sexuelle, potentiellement à risque vu le manque d'informations. Influence culturelle : Le fait que les grossesses précoces et non prévues soient si fréquentes au Brésil semble être transmis et saisi par les personnes appartenant à cette culture. Ceci est visible dans le cas de cette famille où déjà la mère avait été enceinte pendant l'adolescence puis ses filles aussi. En général, les familles ont tendance à être plus strictes avec des filles et les tabous par rapport à la sexualité sont donc plus accentués. Les tabous et les préjugés empêchent les individus à apprendre par eux-mêmes. Les adolescents cherchent donc de l'aide parmi d'autres adolescents. Les hommes et les femmes ont des rôles clairement distincts : l'homme a un rôle beaucoup plus autoritaire que la femme. L'adolescente agit donc en fonction de la nature de son sexe. Mythes : De cette étude, il ressort qu'il existe le mythe que les filles ne tomberaient pas enceinte lors de leur première relation sexuelle. De plus, la mère d'Ana croit aussi que les préservatifs ne sont pas efficaces. Il y a beaucoup de croyances et de mythes qui sont transmis aux jeunes par la génération de leurs parents. Les croyances, mythes et tabous sur la sexualité ont une influence notable sur la pratique sexuelle. Des comportements qui se basent sur des croyances erronées ou des mythes peuvent déclencher des conséquences irréversibles.
DISCUSSION :	<u>Interprétation des résultats :</u> Les croyances erronées, mythes et tabous au sein de la famille influencent le comportement sexuel des adolescents et peuvent mener à une conduite à risques avec des conséquences irréversibles. <u>Conséquences et recommandations :</u> L'importance de l'éducation sexuelle ressort clairement. Les auteurs proposent des interventions d'éducation sexuelle auprès des membres des familles d'adolescents, dans le but de corriger les croyances erronées et les mythes. Peut-être que cela pourrait avoir une influence sur les attitudes des membres de la famille par rapport à la sexualité et pourrait être un pas important pour promouvoir la santé et la qualité de vie des adolescents. <u>Lien pratique soins infirmiers :</u> L'éducation sexuelle tant pour les parents que pour les enfants pourrait être faite par des infirmières. Mais il est très important de prendre en considération lors d'éducation sexuelle les valeurs et les modes de vie des personnes concernées.
Commentaires :	Biais : Les variables dépendantes et indépendantes sont peu détaillées. Il est donc important de comparer les résultats avec d'autres études sur ce sujet pour savoir à quel point les résultats sont généralisables. Crédibilité des données : Pour l'étude de cet article, les auteurs se sont basés sur les transmissions et attitudes d'une seule famille. La famille présentait des problèmes de communication sur la sexualité, problèmes plus accentués que dans d'autres familles. Il y a donc des informations spécifiques à cette famille. Limites : Les effets sur le psychisme n'ont pas été analysés (l'adolescente n'en a pas parlé).

- 6) Rouvier, M., Campero, L., Walker, D. & Caballero, M. (2011). Factors that influence communication about sexuality between parents and adolescents in the cultural context of Mexican families. *Sex Education, 11*(2), 175 – 191.

Cette étude qualitative, investigue les facteurs qui influencent la présence ou l'absence de communication sur la sexualité et la qualité de cette communication. Les auteurs considèrent les parents comme éducateurs primaires de la santé sexuelle de leurs enfants. Cette recherche a été réalisée au Mexique avec des familles autochtones. Les résultats montrent un lien entre les activités sexuelles à risques des adolescents et la communication déficiente avec les parents.

BUT : Dans cette étude le but est de savoir s'ils y a des messages de prévention entre parents et enfants, par rapport à la sexualité, et aussi d'identifier les facteurs qui influencent la présence et le contenu de tels messages.	
Cadre conceptuel et devis	Résultats
Cette étude qualitative se base sur un projet plus large mixte (qualitatif-quantitatif). Les auteurs se basent aussi sur des données obtenues du projet mixte. L'étude qualitative a été choisie car il s'agit d'identifier si les messages de prévention existent entre les parents et les enfants et puis aussi de savoir quelles sont les caractéristiques de tels messages. Les auteurs parlent d'une « <i>grounded theory</i> » dans le résumé sans l'expliquer par la suite.	Tous les adolescents interrogés disaient préférer parler avec leurs parents de la sexualité mais en fin de compte peu de parents réussissaient à aborder le sujet de la sexualité avec leurs enfants. Et quand ils le font, le message principal de prévention primaire qu'ils transmettent à leurs enfants c'est l'abstinence. Des préventions qui incluent l'usage du préservatif ou de la pilule d'urgence sont rares ou même absentes. Les trois groupes principaux de messages transmis sont : Les messages non-dits : Ce sont les cas où les parents et les enfants n'ont jamais parlé de sexualité ou de prévention. Les parents ayant choisi le silence comme message implicite de l'abstinence. Les messages peu clairs : C'est-à-dire que les parents se sont limités à dire à leurs enfants de « faire attention ». Ils pensent donc aux méthodes de prévention sans mentionner des contraceptifs. La majorité faisait passer le message de l'abstinence. Les messages de prévention : C'est quand les parents parlent de préservatifs et de comment il faut les utiliser (au moins une fois). Ces parents représentent la minorité, mais ils voient l'avantage. Les résultats montrent 3 facteurs principaux liés entre eux, déterminant la présence ou l'absence de communication par rapport aux risques sexuels : Les valeurs sociales et culturelles et la capacité de percevoir le risque : La culture mexicaine et l'éducation soutiennent la pratique de l'abstinence. Mais la capacité des parents de percevoir le risque auquel leurs enfants sont soumis peut avoir une influence sur le fait d'aborder le sujet de la sexualité ou non. Souvent les parents ont l'impression que les adolescents sont encore des enfants, incapables de comprendre le sujet. Ceci vient surtout du désir des parents que leurs enfants préservent leur virginité. Il y a donc un manque de perception du risque. De plus, la majorité des parents ne perçoit pas le manque d'informations comme un risque pour la pratique

Population et échantillon La population visée, est celles des adolescents mexicains et de leurs parents. L'échantillon a été choisi délibérément dans 5 écoles (3 écoles urbaines et 2 écoles semi-rurales). 33 participants ont été recrutés, dont 15 adolescents (8 de sexe féminin et 7 de sexe masculin) et 18 parents (12 mères et 6 pères). 4 jeunes avaient déjà commencé leur vie sexuelle, mais seuls les parents d'un jeune le savaient.	sexuelle de leurs enfants, au contraire ils pensent plutôt que le dialogue lui-même peut les encourager à pratiquer. Donc tant que les parents pensent que leurs enfants n'ont pas commencé la vie sexuelle, ils vont essayer de repousser les dialogues sur la sexualité. Ceci est donc une limite aux messages de prévention. De plus il y a la forte influence de l'église catholique et notamment son attitude par rapport à la pilule d'urgence qui est perçue comme un moyen d'avortement, son utilisation va à l'encontre de leur croyance religieuse. Les parents préfèrent donc souvent transmettre aux adolescents à la crainte de Dieu s'ils font quelque chose de faux. Les préservatifs perçus comme des limitations de satisfactions lors des rapports sexuels ne sont pas pris en considération. Le manque de savoir par rapport aux méthodes contraceptives : Beaucoup de parents manquent de savoir par rapport aux méthodes contraceptives et parfois même d'expérience personnelle. Ils trouvent que c'est le rôle de l'école d'informer les jeunes sur les contraceptions. Les adolescents pensent souvent qu'ils n'ont pas besoin d'informations supplémentaires car ils reçoivent tout à l'école. Ils vont donc aussi moins chercher de réponses auprès des parents. L'école semble donc remplacer les parents en tant qu'éducateurs primaires, mais elle pourrait aussi être en lien entre parents et enfants, si elle donne des devoirs aux enfants par rapport à ce sujet. Certains parents qui en parlent, n'arrivent pas à personnaliser le dialogue. Ceci n'inspire donc pas tellement confiance. Capacité de dialoguer : Les parents qui arrivent à bien dialoguer avec leurs enfants d'autres sujets trouvent que cela les aide pour entamer une conversation sur le sexe. Beaucoup de parents qui commencent d'un coup à parler de sexualité avec leurs adolescents rencontrent de la résistance de la part de ces derniers. Souvent les parents insistent sur la valeur de la virginité. En général, ce sont plutôt les mères qui en parlent à leurs enfants. Finalement, la communication qu'il y a eu entre les grands-parents et les parents influence la façon de communiquer avec les enfants. De plus, des cas de grossesses précoces dans les familles peuvent donner lieu à des conversations ouvertes et franches dues à la peur que cela se reproduise.
DISCUSSION :	<u>Interprétation des résultats :</u> L'étude démontre que peu importe le message de prévention donné par les parents, tous les parents sont préoccupés par la sécurité de leurs enfants mais ils sont dans l'ambivalence entre la peur de favoriser le comportement sexuel des ados et la prévention des infections sexuellement transmissibles et des grossesses. Ils sont conscients que la génération de leurs enfants commence plus tôt la pratique sexuelle. Les parents se trouvent donc pris entre la « tradition » et la « modernité ». De plus, les parents de régions rurales se montraient plus conservateurs. Quand les parents arrivent à reconnaître la vulnérabilité des adolescents, cela les aide à entamer une communication préventive. Mais la pratique sexuelle est considérée comme un thème de moralité et si le comportement sexuel des adolescents est moralement inacceptable, les parents sont incapables de percevoir les risques.

En général, les parents seraient d'accord de participer à des workshops et programmes de prévention L'école peut faire un lien entre les parents et leurs enfants, mais la communication doit être bonne entre parents et enfants, sinon cela ne servira à rien.

Conséquences et recommandations :

Le but serait donc de développer des stratégies qui promeuvent le dialogue précoce et constant sur la sexualité entre parents et enfants, en respectant les valeurs morales de la famille tout en favorisant la transmission d'informations claires et précises sur les pratiques préventives modernes.

Lien pratique soins infirmiers :

De cette étude, il ressort que les parents sont préoccupés par la santé sexuelle de leurs enfants mais qu'ils manquent souvent d'informations concrètes à ce sujet. Les parents mexicains doivent donc absolument renforcer leur savoir par rapport aux méthodes contraceptives et aux pratiques sexuelles. En tant qu'infirmière, il serait donc intéressant d'agir à ce niveau-là et de faire la prévention non seulement auprès des jeunes mais aussi auprès des parents. En général, pour les parents, l'abstinence a un rôle très important. Il serait intéressant de leur présenter l'abstinence comme de « repousser » à plus tard la pratique sexuelle au lieu de parler de l'éviter. Ceci pourrait favoriser la communication, mais pour cela la barrière du christianisme serait à dépasser.

Commentaires :

Biais : De cette étude, il ressort clairement que l'éducation sexuelle, les perceptions et les messages spécifiques sont clairement influencés par le sexe, mais l'étude n'a pas analysé les informations par rapport au sexe.

L'identité sexuelle ou le type de pratique sexuelle ont également été ignorés. De plus, il est important de noter que seule une partie des adolescents avaient déjà commencé la pratique sexuelle.

Le nombre de participants était limité dû aux buts de l'étude, aux expériences de chercheurs et au budget disponible mais malgré tout ils ont réussi à atteindre une saturation des données.

Crédibilité des données : Les questions qui guidaient les interviews ont été adaptées au fur et à mesure que des nouveaux sujets apparaissaient lors d'entretiens avec l'échantillon.

4.2 Synthèse des résultats en lien avec le cadre théorique

La synthèse des résultats est faite selon le cadre conceptuel infirmier présenté dans la problématique.

Voici les différents concepts en lien avec les résultats obtenus.

a) Le « coping » et le développement

Selon McGill, le coping et le développement sont les deux dimensions qui définissent le concept de la santé. Le coping représente la maîtrise de problèmes, voire la résolution de ces derniers (et non pas « seulement » une réduction de tension). Le développement en revanche, est le processus qui cherche à accomplir les buts visés pour atteindre un plus haut niveau de satisfaction dans la vie (Pepin & al., 2010).

Si on considère la différenciation des rôles des deux sexes, dans la culture latine, elle peut amener à adopter un coping inefficace face à certaines situations concernant la sexualité. Les hommes sont considérés comme plus autoritaires et ont ainsi souvent plus de pouvoir décisionnel. Ceci a comme conséquences que certaines jeunes filles ont des rapports sexuels précoces suite au désir de l'homme. Elles n'osent pas le lui refuser (Barbosa de Sousa, Pinto Fernandes & Teixeira Barroso, 2006 ; Larson, 2009).

Pour agir contre la vulnérabilité des femmes (grossesses précoces, abus physiques et mariage avant 15 ans), plusieurs stratégies ont été développées dans la culture latine (Barbosa de Sousa & al., 2006 ; Larson 2009 ; Larson, Ballard, Nuncio & Swanson, 2014). Une des stratégies est de tabouiser le sujet de la sexualité pour protéger des grossesses précoces les filles, considérées plus vulnérables. Ce thème est rarement abordé et le plus souvent avec les garçons ou en cas de grossesse, c'est-à-dire quand il est déjà « trop tard » (Barbosa de Sousa & al., 2006 ; Larson & al., 2014).

Une autre stratégie est la « fête des 15 ans ». C'est une célébration importante dans la culture latine, qui représente la transition entre l'adolescence et l'âge adulte. Avant les 15 ans, les filles n'ont pas le droit de sortir avec des garçons. Pour que cette transition se fasse en toute sécurité, il est important que les membres de la famille et les amis y participent. Si par hasard la fille a eu des relations sexuelles avant ses 15 ans ou si l'entourage n'est pas présent, la fête n'aura pas lieu. Cependant, cette tradition ne protège pas les filles de l'abus physique et/ou sexuel. Il est dit que dans la moitié des familles il y aurait des abus corporels (Larson, 2009). Ceci démontre un développement plutôt inefficace.

En plus, dans un contexte d'immigration aux Etats-Unis, la fête des 15 ans perd son sens, à cause de différents facteurs, notamment l'isolement familial dont souffrent les familles immigrées. De plus, il y a une différence notable entre les deux cultures par rapport aux relations entre hommes et femmes à cet âge. Dans la culture américaine, il y a une grande liberté pour les femmes, et cela aussi au niveau sexuel. Fortement présente, cette liberté est également recherchée par les jeunes adolescentes latines, ce qui peut

les amener à adopter des comportements sexuels à risques. Ces jeunes filles reproduisent le comportement des jeunes filles américaines, c'est-à-dire, qu'elles auront de rapports sexuels dès le début d'une relation et à n'importe quel âge, en opposition à la culture latine selon laquelle la relation devrait se construire progressivement à partir des 15 ans et normalement le fait d'avoir des relations sexuelles avec un homme implique une relation qui mène au mariage. C'est l'une des raisons pour lesquelles les jeunes filles d'origine latine choisissent dès leur première relation des hommes plus âgés qui ont la capacité de les entretenir financièrement. Cela a été identifié comme un facteur favorisant des grossesses précoces (Larson, 2009).

Il est donc clair que le coping et le développement adopté par la culture latine au sujet des grossesses précoces ne sont pas complètement efficaces et peuvent même exacerber le problème dans une majorité des situations. Au lieu d'avoir un coping actif et de développer des stratégies d'affrontement, cette culture a plutôt tendance à vouloir protéger les jeunes filles en évitant complètement le sujet.

b) Le « readiness »

Le *readiness* ou "réceptivité" est défini comme l'empressement de la personne/famille à réaliser des activités d'apprentissage ou à s'engager (Paquette-Desjardins & Sauvé, 2008). Plusieurs facteurs culturels qui influencent la santé sexuelle des adolescents d'origine latine sont mis en évidence. Il est donc intéressant de les prendre en considération pour adapter les interventions auprès de cette population.

Dans la culture latine, plusieurs aspects ont une influence sur les interventions d'éducation sexuelle. Par exemple, la réceptivité des adolescents à ces interventions est freinée par le fait que la sexualité est un tabou dans la culture latine. Ceci diminue voire élimine la communication à ce sujet tant entre parents et adolescents que dans la fratrie. Les parents se retrouvent dans une certaine ambivalence, car ils reconnaissent que c'est important de parler de sexualité entre autre pour éviter des grossesses précoces, mais en même temps ils ont peur de favoriser l'activité sexuelle de leurs enfants au cas où ces derniers n'auraient pas déjà commencé leurs vie sexuelle (Barbosa de Sousa & al., 2006 ; Rouvier & al., 2011). Dans la majorité des familles, les enfants n'osent pas non plus aborder le sujet de la sexualité avec leurs parents, par crainte que ces derniers les soupçonnent de déjà avoir une vie sexuelle active (Larson & al., 2014).

Avant d'en parler, les parents attendent souvent de percevoir un premier signe qui pourrait leur indiquer la découverte de la sexualité de leurs filles. Le danger est que cette première découverte de la sexualité puisse avoir eu lieu dans un contexte à risques (Barbosa de Sousa & al., 2006). L'absence de communication à ce sujet est aussi exacerbée par l'église catholique qui encourage l'abstinence et condamne l'utilisation de méthodes contraceptives. Beaucoup de parents pensent que leurs enfants ne sont

pas encore assez mûrs pour s'intéresser au sujet de la sexualité. De plus la majorité des parents pense ne pas avoir suffisamment d'expériences ni suffisamment de connaissances relatives aux méthodes contraceptives pour pouvoir transmettre les informations nécessaires à leurs enfants. Seuls les parents qui sont conscients de la vulnérabilité des adolescents à ce sujet, ont plus de facilité à en parler d'une façon préventive. Ceci se concrétise surtout dans les familles où il y a eu des cas de grossesses précoces non-désirées, qui favorisent des conversations ouvertes et franches reliées à la peur que cela se reproduise. La communication sur ce sujet est également plus aisée quand il y a déjà une communication régulière sur d'autres sujets entre parents et enfants (Rouvier & al., 2011). A tous ces aspects se rajoute le fait que les fausses croyances sur la sexualité et la contraception (sujet qui sera approfondi dans le chapitre suivant) diminuent aussi la réceptivité des adolescents (Barbosa de Sousa & al., 2006 ; Gonçalves & al., 2011).

Au contraire, d'autres facteurs qui encouragent la réceptivité des adolescents ont été mis en évidence, notamment le fait de commencer déjà au début de l'adolescence avec une éducation sexuelle orientée vers la pratique, ce qui a été plus apprécié par les jeunes. De plus, il est important de regrouper les jeunes de la même culture et d'adapter les interventions aux normes culturelles. Dans ce sens, il est bien d'organiser l'éducation sexuelle avec les « *leaders* » de cette communauté pour que la transmission d'informations soit pertinente et adaptée à leurs besoins culturels actuels. Un autre facteur favorisant la réceptivité mis en évidence : l'enseignement avec des groupes mixtes (filles et garçons), favorisant le confort personnel, a été très apprécié. Le fait que l'infirmière-enseignante était à l'aise pour parler du sujet, a aussi permis aux jeunes de se sentir plus en confiance (Larson & al., 2014).

En général, le « *readiness* » est freiné par le fait que le sujet de la santé sexuelle est un grand tabou dans la population latine. Les personnes d'origine latine ne sont donc souvent pas ouvertes à en parler pour pouvoir acquérir plus de connaissances et les parents ont souvent peur que la discussion favorise une activité sexuelle. Les interventions à ce sujet se font donc plus difficilement.

c) L'apprentissage

L'apprentissage correspond à l'adoption d'un nouveau comportement ou à la modification d'un comportement que la personne/famille a déjà (Paquettes-Desjardins & Sauvé, 2008). La personne/famille doit être active dans les soins pour qu'un changement puisse avoir lieu (Pepin & al., 2010).

Les grossesses à l'adolescence sont un phénomène connu dans la culture latine. Des différentes études, il ressort que très souvent déjà les mères des jeunes filles enceintes ont vécu la même expérience pendant leur adolescence. L'exemple que représente la mère pour une adolescente et l'influence directe qu'elle a sur son comportement sexuel sont donc bien visibles (Barbosa de Sousa & al., 2006 ; Larson, 2009). Ceci

est démontré par l'absence d'utilisation de moyens contraceptifs modernes dû au fait que l'adolescente n'ait jamais vu ni sa sœur, ni sa mère y recourir (Barbosa de Sousa & al., 2006).

De plus, durant les dernières années les normes sociales ont changé en donnant plus d'importance à l'indépendance féminine. Cela amène une certaine ambivalence dans la culture, liée au fait que les filles doivent repousser la maternité pour atteindre une indépendance professionnelle mais en même temps la fertilité féminine reste un point principal dans la culture latine, fertilité qui ne peut être prouvée qu'en tombant enceinte (Gonçalves, Souza, Tavares, Cruz & Béhague, 2011).

En général, les jeunes filles sont assez bien informées sur les effets principaux et secondaires de la pilule. Cependant, elles restent souvent focalisées sur l'un de ces effets secondaires : la possible infertilité. Cette peur prend des dimensions si importantes que beaucoup de jeunes filles décident de tester leur fertilité en arrêtant la pilule de temps en temps. Paradoxalement, cette peur associée au besoin de tester la fertilité constitue un facteur augmentant les grossesses précoces (Gonçalves, Souza & al., 2011). Cette augmentation des grossesses précoces malgré une augmentation d'utilisation de contraception ressort également d'une autre étude. Dans ce cas, c'est une utilisation de la contraception qu'après la première grossesse, pour en éviter une deuxième, qui provoque une augmentation des grossesses précoces (Samadari & Spelzer, 2010). L'utilisation du préservatif n'est pas tellement pris en considération, car cette méthode n'est perçue ni efficace, ni satisfaisante (Barbosa de Sousa & al., 2006 ; Rouvier & al., 2011).

Du fait que la sexualité soit un tabou dans la culture latine, certains mythes se maintiennent : typiquement, le mythe que la fille ne tomberait pas enceinte lors de sa première relation sexuelle (Barbosa de Sousa & al., 2006).

En général, les parents trouvent que c'est le rôle de l'école d'informer les jeunes sur la sexualité, l'école semble donc remplacer les parents en tant qu'éducateurs primaires. Dans ce contexte et dans le cas où l'école donne des devoirs aux adolescents à ce sujet, elle pourrait indirectement favoriser la communication entre les enfants et leurs parents sur la sexualité (Rouvier & al., 2011).

En ce qui concerne l'éducation sexuelle en milieu scolaire, il est intéressant de constater que les adolescents ont bien apprécié une éducation sexuelle orientée vers la pratique et qui consiste à faire différents jeux de rôles et à apprendre à utiliser et manipuler des préservatifs. Les facteurs favorisant un environnement sécuritaire et propice à l'apprentissage tout en renforçant un esprit d'unité et d'appartenance sont : la même culture d'origine, le même âge et le mélange des sexes. Cette structure des enseignements a permis un apprentissage bénéfique concernant la prise de décision par rapport à la sexualité et à leur vie future en général. Cela aurait aussi augmenté le sentiment d'efficacité personnelle,

surtout chez les jeunes filles lors de situations particulièrement difficiles incluant la décision de refuser une relation sexuelle ou d'insister sur l'utilisation du préservatif (Larson & al., 2014).

Finalement, le tabou de la sexualité freine le bon apprentissage au sein de la famille et en conséquence les adolescents vont souvent chercher des informations chez d'autres adolescents qui ne sont pas toujours des sources fiables (Barbosa de Sousa & al., 2006).

Comme déjà expliqué dans le paragraphe précédent, le tabou de la sexualité est à l'origine du manque de réceptivité à l'apprentissage des personnes d'origine latine. Même si la famille est l'éducateur primaire de la santé, l'apprentissage a paradoxalement davantage lieu au niveau scolaire qu'au niveau familial.

d) Contexte sociodémographique

Le contexte sociodémographique ressortait en tant que facteur déterminant pour la santé sexuelle dans plusieurs articles. En plus, selon la théorie de McGill, les habitudes de santé s'apprennent aussi dans l'environnement (Pepin & al., 2010). Il est donc intéressant de faire le lien avec ces facteurs.

En ce qui concerne l'éducation scolaire des adolescentes, il est dit qu'un niveau plus élevé diminue les grossesses précoces non-planifiées, car il diminuerait la peur d'infertilité et augmenterait ainsi l'utilisation correcte des méthodes contraceptives (Gonçalves & al., 2011 ; Samandari & Spelzer, 2010). En revanche, il y a une certaine incompatibilité entre la parentalité et la réalisation professionnelle des femmes assurant leur indépendance financière : pour poursuivre leur éducation, les jeunes filles doivent repousser la maternité à l'âge adulte (Gonçalves & al., 2011). Cependant, un niveau d'éducation bas, associé à un statut socio-économique bas et le fait de vivre dans une région urbaine, favoriseraient des relations amoureuses et des rapports sexuels précoces avec une mauvaise, voire insignifiante utilisation des moyens contraceptifs (Samandari & Spelzer, 2010).

La situation se complexifie dans un contexte de migration où l'isolement culturel et familial est perçu comme un facteur de vulnérabilité pouvant favoriser des comportements sexuels à risque. Ainsi, l'environnement scolaire peut paradoxalement diminuer la protection de ces adolescents émigrés. Cela serait en lien avec un manque de surveillance de la part des professeurs qui souvent ne connaissent pas la culture latine et n'osent donc pas intervenir auprès d'eux (Larson, 2009).

Ces facteurs sociodémographiques sont donc importants et à prendre en considération lors d'une intervention d'éducation sexuelle ciblée à cette population.

5. Discussion

5.1 Lien avec le cadre de recherche et le rôle infirmier

Le cadre théorique choisi nous a été utile dans la compréhension de cette culture et de ses comportements au niveau de la santé sexuelle car il nous a permis d'analyser le fait que la santé s'apprend au niveau de la famille et dans l'environnement de vie (Pepin & al., 2010). En revanche, il nous a été difficile de séparer toutes les données dans les différents concepts de la théorie, car beaucoup d'entre eux étaient reliés à plusieurs niveaux. La définition de concepts moins « larges » aurait probablement été un aspect facilitateur dans ce sens. De plus, l'utilisation d'une théorie infirmière prenant en considération spécifiquement les différences culturelles aurait pu se révéler également très intéressante et peut-être plus adaptée au sujet de recherche. A ce propos, nous avons donc rajouté au cadre théorique de McGill un chapitre focalisé sur les différents contextes sociodémographiques pour l'analyse des résultats. Cela dans le but de mettre l'accent sur les aspects culturels spécifiques grâce aux caractéristiques environnementales.

Suite aux résultats obtenus, nous pouvons constater que le fait de tabouiser la sexualité au niveau culturel influence majoritairement le problème des grossesses précoces non-planifiées, en induisant souvent un manque de communication entre parents et enfants. En tant qu'infirmière, et selon la théorie de McGill, nous avons six rôles principaux à appliquer au sein de notre pratique (Paquettes-Desjardins & Sauvé, 2008). Pour contribuer à une amélioration de ce problème, l'infirmière pourrait donc assumer ces six rôles (facilitateur, collaborateur, coach, soignant, modèle de rôle et expert) à différents niveaux. Par exemple, en étant experte, l'infirmière pourrait contribuer au développement et à l'enseignement d'un savoir correct sur le sujet. Ensuite, en collaborant avec l'école et les parents, elle aurait la possibilité de faciliter la communication entre parents et enfants. Dans un rôle de coach auprès des parents, elle pourrait en plus participer à une augmentation du savoir de ces derniers sur la santé sexuelle et ainsi leur montrer l'exemple d'une communication ouverte et directe sur la sexualité.

Des exemples plus concrets d'intervention au sujet de la sexualité, sont décrits par la suite. Les résultats plus significatifs des articles analysés sont mis en lien avec la question de recherche dans le paragraphe suivant.

5.2 Résumé des résultats en réponse à la question de recherche

En reprenant notre question de recherche (« *Comment les infirmières peuvent accompagner les jeunes femmes originaires d'Amérique Latine, afin de prévenir les grossesses précoces ?* »), nous allons essayer d'y répondre grâce aux résultats obtenus dans les articles choisis.

Comme il a été décrit dans la problématique, les grossesses non planifiées pendant l'adolescence sont reconnues en tant que problème de santé publique. En effet, dans les pays d'Amérique Latine, il y a un taux élevé de ces grossesses parmi les adolescentes (Gonçalves & al, 2011 ; Larson, 2009 ; Larson & al. 2014 ; Rouvier & al., 2011 ; Samandari & Spelzer, 2010), un phénomène qui est aussi observable dans les populations d'origine latine émigrées dans d'autres pays (Larson, 2009 ; Larson & al., 2014). Selon les résultats publiés dans ces articles, le tabou sexuel (très présent dans la culture latine) se trouverait un peu à l'origine de la prise de risques sexuels. Ce tabou représente l'un des facteurs principaux qui empêcherait une bonne santé sexuelle et favoriserait indirectement les grossesses précoces non-planifiées (Barbosa de Sousa & al., 2006 ; Larson & al., 2014).

De plus, dans un contexte de migration, la problématique se complexifie car la relation entre hommes et femmes est souvent perçue différemment d'une culture à l'autre. Cet aspect peut provoquer non seulement un conflit culturel, mais aussi une confusion par rapport aux attitudes et comportements à adopter. Ce problème toucherait surtout les adolescents immigrés (Larson, 2009).

Dans les articles sélectionnés, deux types d'interventions concrètes et spécifiques à cette population confrontée à cette problématique dans le contexte d'immigration sont proposées. Une première intervention consiste en un programme scolaire spécifique pour les jeunes d'origine latine qui a été mis en place et étudié dans l'article de Larson (2009). Dans l'école où l'étude a été faite, ils ont mis à disposition des infirmières qui avaient le rôle de prévenir les comportements à risques, de les détecter précocement s'ils sont déjà présents et/ou de soutenir adolescents et parents en cas de difficultés à ce sujet. Cela a été mis en place surtout suite à la découverte du fait que les professeurs n'osaient pas intervenir sur les comportements des adolescents d'origine latine vu qu'ils attribuaient ces comportements principalement à la culture qui leur était inconnue.

Une autre intervention plus développée est le programme d'éducation sexuelle proposé par Larson & al. (2014), le *¡Cuidate!*, qui vise une éducation sexuelle orientée sur la pratique avec des jeunes d'origine latine en groupe mixtes. Ce programme (« *an evidence-based sexual risk reduction program* »), crée sur des bases culturelles, consiste en six modules d'une heure chacun, répartis sur un mois et qui ont pour but d'apprendre aux jeunes à se protéger et respecter leurs propres limites. Ceci, par exemple, en refusant des relations sexuelles non-souhaitées, surtout en tant que filles.

En vue des résultats des articles, beaucoup d'autres interventions seraient envisageables pour la pratique infirmière. Elles sont décrites dans le chapitre suivant.

5.3 Implications pour la pratique et la recherche

Dans les pays d'Amérique Centrale, le taux d'adolescents entre 15 et 19 ans correspond à environ un quart de toute la population (Samandari & Spelzer, 2010). Cela représente un grand nombre de personnes vulnérables et à risque par rapport à la sexualité. Les infirmières peuvent avoir beaucoup d'influence sur la santé sexuelle des jeunes en faisant la promotion de la santé et de la prévention primaire en rapport avec les comportements sexuels à risques. Voici quelques implications concrètes pour la pratique infirmière.

Selon Samandari & Spelzer (2010), une éducation sexuelle ciblée donne de meilleurs résultats si l'éducation générale des gens visés est bonne. Il serait donc intéressant d'agir d'abord à ce niveau-là, car ainsi les jeunes auraient un savoir général plus large et pourraient plus facilement développer un esprit critique, ce qui pourrait avoir comme conséquence de favoriser la consultation des centres de planification familiale. La connaissance de l'existence de ces derniers permettrait indirectement aux adolescents de filtrer la masse d'informations obtenues par les médias. Il serait donc intéressant d'avoir l'opportunité de travailler en collaboration avec les directeurs des écoles primaires afin de créer un partenariat qui mettrait en lien l'éducation de base fournie par les écoles et l'éducation sexuelle qui pourrait être offerte par les infirmières.

Une autre proposition d'intervention infirmière serait de former des gens de la population latine pour que ces derniers puissent poursuivre de façon autonome avec l'éducation sexuelle au sein de leur communauté. Cet aspect pourrait favoriser un climat de confiance, qui pourrait par la suite aider à débiter l'ouverture de la communication sur le sujet de la sexualité dans la culture dans un sens plus large (Larson, 2009 ; Larson & al. 2014).

En plus, en ce qui concerne l'éducation sexuelle, plusieurs facteurs influencent son efficacité. Un point principal serait justement de créer une éducation sexuelle avec la participation active de personnes de culture latine, car cela aiderait à cibler les priorités et à les enseigner en tenant compte des attitudes et valeurs spécifiques. Idéalement, il faudrait commencer l'éducation sexuelle avant la première relation sexuelle et en tous cas avant la « fête des 15 ans » pour les filles (Larson & al., 2014). Le rôle de l'infirmière à ce niveau-là, serait de participer activement à l'éducation sexuelle des jeunes en essayant de diminuer le tabou le plus tôt possible. Si le tabou est moins important, il sera possible d'essayer de démystifier, au moins partiellement, les mythes et les fausses croyances sur la sexualité en parlant aisément et ouvertement sur ce sujet (Barbosa de Sousa & al., 2006).

Vu que l'utilisation des méthodes contraceptives modernes est souvent inefficace, il est primordial que les infirmières transmettent des informations précises et détaillées en répondant surtout aux préoccupations de la population (Gonçalves & al., 2011).

Les infirmières pourraient aussi participer à l'animation de jeux de rôles, toujours pour une éducation sexuelle avec participation active des jeunes, en les confrontant à la simulation de situations potentiellement à risques. Cela semblerait pouvoir augmenter la capacité décisionnelle, surtout en ce qui concerne les jeunes filles (Larson & al., 2014).

Une autre idée serait que les infirmières proposent des ateliers pour les parents, dans le but d'augmenter leurs connaissances de la vulnérabilité des adolescents et de l'utilisation de moyens contraceptifs modernes. Il serait aussi très intéressant de proposer aux parents quelques pistes pour pouvoir ensuite transmettre ces informations à leurs enfants et ainsi peut-être débiter l'ouverture de la communication à ce sujet (Rouvier & al., 2011). La participation active des parents est indispensable si le but final est d'obtenir une amélioration des bons résultats sur le long terme (Rouvier & al., 2011 ; Barbosa de Sousa & al., 2006)

Pour de futures recherches, tout comme pour la pratique, ce serait intéressant d'impliquer toujours activement les membres de population concernée tout comme les parents des adolescents (Larson & al., 2014). De plus, vu que les activités pratiques pendant les enseignement d'éducation sexuelle ont eu des résultats très positifs, il serait utile de faire des recherches dans lesquelles les activités pratiques auraient plus d'importance et prendraient plus de temps dans l'éducation (Larson & al., 2014). Un autre point intéressant, serait d'investiguer comment les fêtes culturelles pourraient être utilisées en tant que facteur protecteur pour la santé sexuelle des jeunes, surtout dans le contexte de migration (Larson, 2009). Une dernière proposition pour des études futures pourrait être de rechercher l'influence des facteurs personnels et des facteurs reliés au développement social continu et rapide (par exemple, les mass médias) (Samandari & Spelzer, 2010).

En fin de compte, nous constatons que le sujet de notre travail est très vaste et qu'il concerne beaucoup de populations de pays différents. De nombreux facteurs spécifiques peuvent entrer en jeu et influencer la problématique. Avec chaque nouveau résultat de recherche, il y a de nouveaux aspects qui sont mis en lien et qui pourraient être investigués de manière plus approfondie afin de développer et enrichir la discussion à ce sujet.

5.4 Caractère généralisable des résultats et contexte Suisse

Les résultats obtenus à travers ce travail de Bachelor, si on compare tous les articles pris en considération, montrent que les facteurs influençant les comportements sexuels sont semblables dans les différents pays et communautés d'Amérique Latine. La majorité de ces facteurs a également été retrouvée dans le contexte de migration, bien que dans ces contextes-là il y aient certains facteurs supplémentaires (Larson, 2009 ; Larson & al., 2014).

En revanche, il faut considérer le fait que nous avons eu deux articles qui parlaient du Brésil et deux autres qui décrivaient la situation de Mexicains émigrés aux Etats-Unis. Les résultats ne sont donc pas forcément généralisables pour tous les pays d'Amérique Latine. Dans ce sens, les interventions proposées ont été appliquées soit dans les pays d'Amérique Latine, soit dans les populations latines émigrées aux Etats-Unis. Elles ne seraient donc que partiellement applicables dans le contexte Suisse.

Même si l'ampleur de ce problème dans le contexte Suisse est assez réduite, il est malgré tout très intéressant d'être conscient et de connaître certains facteurs culturels influençant le comportement sexuel de jeunes femmes d'origine latine. Cette sensibilité à ces facteurs pourrait nous aider à adapter la prise en charge de situations de ce type qui pourraient être rencontrées dans un milieu clinique ou scolaire.

Finalement, dans la problématique, nous avons présenté ce qui est fait au niveau Vaudois par rapport à l'éducation sexuelle, et des similitudes ressortent dans les principes des interventions. Notamment, selon profa.ch (2015), le but de l'éducation sexuelle est la prévention des grossesses non désirées, des infections sexuellement transmissibles et des violences sexuelles. De plus, l'éducation sexuelle est aussi faite d'habitude en groupes mixtes. En revanche, vu qu'en Suisse les grossesses précoces non planifiées sont plutôt rares, l'éducation sexuelle est faite d'une façon plus générale en abordant plutôt l'aspect émotionnel et l'estime de soi et moins orientée vers le risque de grossesses précoces (Gindroz, 2014).

Le prochain chapitre expose les limites constatées dans cette revue de littérature.

5.5 Limites du travail

En avançant dans ce travail, nous avons dû reformuler une question de recherche qui était plus générale pour trouver des articles pertinents, car il n'y en avait pas qui parlait de ce sujet au niveau Suisse. De plus, certains articles parlaient de migration aux Etats-Unis, ce qui amène un point de vue sur la culture latine, mais qui ne correspond pas forcément à l'approche qui serait utile dans le contexte Suisse. Surtout, vu que les influences culturelles seraient assez différentes. Les résultats nous seront donc utiles que lors de rencontres de cas isolés de gens venant d'Amérique Latine, grâce à une certaine compréhension d'attitudes et de valeurs de culture latine envers la sexualité.

Nous avons aussi généralisé la problématique à toute l'Amérique Latine, ce qui n'est pas toujours pertinent, car il y a des différences culturelles et socioéconomiques entre ces pays. De plus, ces six articles ne pouvaient en tous cas pas représenter les 20 pays visés avec notre question de recherche. Les résultats de cette revue de littérature sont donc intéressants mais assez vagues. Il est impératif de garder un esprit critique par rapport à l'utilisation de ces résultats dans la pratique infirmière en Suisse.

De plus, il aurait été plus utile et pertinent de choisir un cadre théorique visant les aspects culturels vu que les principales influences sur le problème ont leur origine dans la culture elle-même.

Finalement, il aurait été aussi intéressant de pouvoir détailler davantage la question de recherche et ainsi obtenir des résultats plus spécifiques et concrets par rapport à notre rôle d'infirmière dans la réalité Suisse ; la quasi-absence d'articles scientifiques concernant notre pays nous a limitées à ce niveau-là.

Pour compléter notre recherche documentaire, nous vous proposons quelques aspects que nous avons pu constater sur le terrain.

5.6 Expériences personnelles effectuées en Equateur et au Nicaragua

Au cours de notre formation en soins infirmiers, nous avons eu la chance de pouvoir effectuer un stage dans deux pays d'Amérique Latine. Cela nous a fortement inspirées pour notre travail de Bachelor et nous permet aussi d'avoir une vision plus élargie, concrète et critique de la problématique. Nous souhaitons partager quelques expériences personnelles vécues en Amérique Latine et en lien avec le sujet de la sexualité.

Pendant nos stages dans ces deux pays, toutes les deux, nous avons eu la possibilité d'aller faire des journées en salle d'accouchement. Une grande partie des femmes qui accouchaient avaient entre 14 et 16 ans, ce qui n'étonnait pas le personnel soignant. En revanche, il était incompréhensible tant pour les Equatoriens que pour les Nicaraguayens, que nous deux à 23 ans, n'ayons même pas de partenaire. Les questions nous étaient posées toujours dans le même ordre : « Comment vont vos enfants ? », « Mais, vous êtes quand même mariées ?? » et ensuite, « Comment ? Mais, vous avez au moins un copain, non !? ». Ces questions, surtout de la part de femmes de notre âge ayant déjà plusieurs enfants, nous donnaient l'impression d'être bien en retard avec notre maternité.

Un autre exemple, qui montre la normalité des grossesses précoces pour cette culture, qui ne sont donc pas forcément perçus comme un problème, est le fait qu'à chaque fois qu'une femme a des nausées ou des vomissements, tout le monde interprète cela directement comme un symptôme indiquant une grossesse. Aucune autre cause de nausées n'était prise en considération.

Depuis un certain temps la contraception est gratuite dans les deux pays mais en général, elle est assez peu utilisée par les femmes. Par exemple au Nicaragua, à la question pourquoi les femmes n'utilisaient pas la contraception à disposition, une doctoresse a répondu que cela n'était pas dans leur mentalité. Paradoxalement, la majorité des femmes prétend avec conviction qu'elles se protègent, mais en demandant des détails il s'avère qu'elles se « protègent » en faisant attention à leurs jours fertiles pendant

le cycle menstruel. Ce qui est surprenant, c'est que même les femmes qui sont bien conscientes d'avoir un cycle irrégulier pensaient pouvoir se protéger de cette manière.

Dans les cas où les méthodes de contraception modernes étaient utilisées, elles n'étaient pas toujours efficaces à cause d'une mauvaise utilisation. Notamment, il y des femmes qui utilisaient les injections contraceptives mensuelles mais ne suivaient pas correctement la régularité des injections et risquaient donc régulièrement une grossesse non-désirée. Ceci arrivait également avec la pilule contraceptive qui n'était pas forcément prise quotidiennement en raison d'oublis ou de changements de plans imprévus.

Dans les deux pays, l'avortement est illégal. Malgré tout, il est possible de le faire, souvent dans des mauvaises conditions et à un prix très élevé. A l'hôpital, nous avons rencontré certaines femmes nécessitant des soins suite à un avortement illégal qui n'avait pas été bien fait. Au Nicaragua, il y avait régulièrement des jeunes filles qui accouchaient suite à un viol, dont souvent un membre de la famille était responsable. Ceci fait partie des multiples raisons pour lesquelles il n'y avait presque jamais d'hommes présents en salle d'accouchement. Une autre raison de leur absence qui nous a été racontée, c'est que les hommes pensent souvent que leur copine a été infidèle et dans un premier temps ils ne veulent pas prendre en considération que l'enfant pourrait être le leur.

Paradoxalement à l'avortement illégal, au Nicaragua le médecin planifiait des stérilisations chirurgicales pour des femmes d'un certain âge et avec plusieurs enfants, sans explicitement leur demander leur accord.

En conclusion, nous avons remarqué que certaines données et résultats des articles ne correspondent pas à la réalité que nous avons pu observer. Par exemple, il est vrai que la foi a une grande importance dans la mentalité des gens mais elle est rarement prise en considération lors de la pratique sexuelle des jeunes. De même, l'idée qu'une relation se développe progressivement et que l'homme avec qui une fille a des relations sexuelles serait destiné à devenir son mari, ne correspond pas aux expériences que les gens nous ont rapportées. En revanche, suite à une grossesse, beaucoup de jeunes femmes se sont mariées avec le père de leur enfant. A ce moment-là, une relation sérieuse est prise en considération.

6. Conclusions

En général, nous nous attendions à certains des résultats obtenus. En revanche, d'autres n'étaient pas du tout prévisibles et ils ont soulevé des questions à ce sujet. Finalement, il n'y pas de solutions définitives proposées. Cela nous a aidé à développer notre esprit critique et nous a apporté beaucoup de notions intéressantes relatives aux approches culturelles.

Grâce aux articles trouvés, ce travail nous a aussi sensibilisées au contexte de migration. Ceci nous a donné l'envie d'intégrer cette ouverture aux aspects culturels dans notre pratique professionnelle, car en Suisse nous serons seulement confrontées à des situations d'immigration.

Ce travail de Bachelor en groupe a été une expérience très enrichissante. En sachant que le travail en équipe est indispensable dans la pratique professionnelle, ce travail a été un bon exercice. Par moment, nous avons été confrontées à des points de vue différents qui nous ont amenées à argumenter nos idées, à comprendre l'autre et finalement à trouver des solutions qui nous semblaient adéquates et complètes.

7. Références bibliographiques

- Abreu Naranjo, R., Reyes Amat, O., García Rodríguez, G., León Jorge, M., Naranjo León, M. (2008). *Trabajo original : Adolescencia e inicio precoz de las relaciones sexuales. Algunos factores desencadenantes. Gaceta Médica Espirituana*. Repéré à http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.10.%282%29_01/p1.html
- Association romande et tessinoise des éducatrices/teurs, formatrices/teurs en santé sexuelle et reproductive (2015). *Education sexuelle. ARTANES*. Repéré à <http://www.artanes.ch/>
- Balthasar, H., Spencer, B. & Addor, V. (2003). *Indicateurs de santé sexuelle et reproductive en Suisse*. Neuchâtel, Suisse : Observatoire suisse de la santé.
- Banque de données en santé publique (2015). *Glossaire Européen en Santé Publique*. Repéré à <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>
- Barbosa de Sousa, L., Pinto Fernandes, J., & Teixeira Barroso, M. (2006). Sexualidade na adolescência: análise da influência de fatores culturais presentes no contexto familiar. *Acta Paul Enferm* 19(4), 408-413.
- Bianchi-Demicheli, F., Ortigue, S. & Abraham, G. (2012). *Sexologie : naissance d'une science de la vie*. Lausanne, Suisse : Presse polytechniques et universitaires romandes.
- Caracol Radio (2013, 11 juillet). *ONU advierte que en Colombia una de cada cinco embarazadas es adolescente. Caracol Radio*. Repéré à <http://www.caracol.com.co/noticias/actualidad/onu-advierte-que-en-colombia-una-de-cada-cinco-embarazadas-es-adolescente/20130711/nota/1931395.aspx>
- Cosas (2015). *Sexualidad adolescente : Un tema que se debe enfrentar con información*. Repéré à http://www.cosas.com.ec/1508-sexualidad_adolescente.html
- Delgrande Jordan, M., Kuntsche, E., Inglin, S., Rohrbach, W., Merlani, G. & Windlin, B. (2012). *Comportements de santé des jeunes adolescents en Suisse : Les résultats d'une enquête nationale*. Chêne-Bourg, Suisse : Edition médecine & hygiène.
- Dreyfuss Pagano, V., Frenck, N., de Vargas, D. & Weber-Jobé, M. (1998). *La sexualité adolescente en question : ordinateurs inter-locuteurs?*. Vevey, Suisse : Ed. de L'Aire.
- Durex (S.d). *Qu'est-ce que le bien-être sexuel ?*. Repéré à <http://www.durex.com/fr-mu/sexualwellbeingsurvey/pages/default.aspx>

- Extrait de SRAJBF (2010, 10 juillet). *Les grossesses non désirées*. Repéré à http://srajbf.org/IMG/article_PDF/article_a174.pdf
- Fondation Profa (2015). *Education sexuelle – Scolarité obligatoire*. Fondation Profa. Repéré à <http://www.profa.ch/fr/services/education-sexuelle/scolarite-obligatoire-0-570>
- Fortin, M-F. & Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière éducation.
- Gindroz, M. (2014, 24 novembre). *16 ans et parents : regards croisés en Suisse et en Amérique Latine*. FEDEVACO. Repéré à <http://www.fedevaco.ch/cms/page.php?p=574>
- Gonçalves, H., Souza, A., Tavares, P., Cruz, S. & Béhague, D. (2011). Contraceptive medicalisation, fear of infertility and teenage pregnancy in Brazil. *Culture, Health & Sexuality*, 13(2), 201 – 215.
- Gouvernement du Québec (2015, 24 février). *Thesaurus*. Repéré à <http://www.thesaurus.gouv.qc.ca/tag/terme.do?id=9057>
- Larson, K. (2009). An Ethnographic Study of Sexual Risk Among Latino Adolescents in North Carolina. *Hispanic Health Care International*, 7(3), 160-169.
- Larson, K., Ballard, S.M., Nuncio, B.J., & Swanson, M. (2014). Testing the Feasibility of ¡Cuídate! With Mexican and Central American Youth in a Rural Region of a Southern State. *Research in Nursing & Health*, 37, 409–422.
- Le Matin : Favre, C. et Berney, S. (2014, 14 janvier). *Alain Berset: «L'initiative sur l'avortement nous ment!»*. Repéré à <http://www.lematin.ch/suisse/alain-berset-initiative-lavortement-ment/story/30889033>
- Nisand, I., Letombe, B. & Marinopoulos, S. (2012). *Et si on parlait de sexe à nos ados ? : Pour éviter les grossesses non prévues chez les jeunes filles*. Paris, France : O. Jacob.
- Paquette-Desjardins, D. & Sauvé, J. (2008). *Modèle conceptuel et démarche clinique: Outils de soutien aux prises de décision*. Montréal: Beauchemin.
- Pasini, W., Béguin, F., Bydlowski, M. & Papiernick, E. (1993). *L'adolescente enceinte : actes du 6e Colloque sur la relation précoce parents-enfants*. Chêne-Bourg, Suisse : Médecine et hygiène.
- Pepin, J., Kérouac, S. & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

- Rouvier, M., Campero, L., Walker, D. & Caballero, M. (2011). Factors that influence communication about sexuality between parents and adolescents in the cultural context of Mexican families. *Sex Education, 11*(2), 175 – 191.
- Rüttimann, N. (2012, 22 février). *Mamans à 17 ans : fardeau ou joie ?* Repéré à <http://profa.ch/multimedia/docs/2013/01/maman17ans.pdf>
- Samandari, G., & Spelzer, S. (2010). Adolescent Sexual Behavior and Reproductive Outcomes In Central America: Trends over the Past Two Decades. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 36*(1), 26-35.
- Tessier, S. (2012). *Les éducations en santé : éducation pour la santé, éducation thérapeutique, éducation à porter soins et secours*. Paris, France : Maloine.

