



ET SI ON PARLAIT DES GARÇONS ?

Compte-rendu de publications
sur la santé et le développement
des garçons adolescents.



Département Santé et développement
de l'enfant et de l'adolescent
Organisation mondiale de la santé



WHO/FCH/CAH/00.7

Copyright
Organisation mondiale de la santé, 2000

Le présent document n'est pas une publication officielle de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation. Si ce document peut être commenté, résumé, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, il ne saurait cependant l'être pour la vente ou pour un usage à des fins commerciales.

Les opinions exprimées dans les textes signés n'engagent que la responsabilité de leur auteur.

Directeur de publication : Mandy Mikulencak

Photo de couverture : Straight Talk Foundation, Ouganda

Conception : Ita McCobb

Imprimé en Suisse



table des matières

REMERCIEMENTS	5
INTRODUCTION	7
CHAPITRE 1 Garçons adolescents, socialisation, santé et développement globaux	11
CHAPITRE 2 Santé mentale, ajustement, suicide et usage de substances	24
CHAPITRE 3 Sexualité, santé reproductive et paternité	29
CHAPITRE 4 Accidents, blessures et violence	42
CHAPITRE 5 Remarques finales	50
OUVRAGES DE RÉFÉRENCE	53





remerciements

L'auteur de ce compte-rendu était/est Gary Barker, Directeur du Institute, Rio de Janeiro, Brésil.

Nous tenons à manifester ici notre gratitude aux personnes citées ci-dessous pour leurs précieuses suggestions et leur contribution au présent document : Paul Bloem, Jane Ferguson, Claudia Garcia-Moreno, Adepeju Olukoya and Shireen Jejeebhoy (OMS) ; John Howard (Université Macquarie, Australie) ; Josi Salem-Pickartz (Groupe de santé de la famille, Jordanie) ; Wali Diop (Centre de Coopération Internationale en Santé et Développement, Burkina Faso) ; Malika Ladjali (UNESCO) ; Matilde Maddaleno and Martine de Schutter (OPS) ; Judith Helzner (IPPF/WHR, É.-U. d'A.) ; Benno de Keijzer (Salud y Genero, Mexique) ; Neide Cassaniga (Brésil) ; Robert Halpern (Erikson Institute, É.-U. d'A.) ; Jorge Lyra (PAPAI, Brésil) ; Lindsay Stewart (FOCUS, É.-U. d'A.) ; Bruce Dick (UNICEF) ; Mary Nell Wegner (AVSC International, É.-U. d'A.) ; Margareth Arilha (ECOS, Brésil) et Margaret Greene (Center for Health and Gender Equity, É.-U. d'A.).

Nous remercions également le Chapin Hall Center for Children de l'Université de Chicago ; l'Institut PROMUNDO, Brasilia et Rio de Janeiro, Brésil ; et l'Open Society Institute, New York, É.-U. d'A., du concours apporté à l'auteur pour l'élaboration du présent document.

Nous exprimons enfin notre gratitude à l'ONUSIDA et au Gouvernement norvégien pour leur soutien financier.





introduction

La santé et le développement des garçons adolescents fait souvent l'objet de jugements a priori : tout se passe bien pour eux – leurs besoins en matière de santé et les risques liés au développement seraient moindres que ceux des filles ; les garçons sont des éléments perturbateurs, ils sont agressifs et il est difficile de «travailler avec eux». Ce second à priori met l'accent sur certains aspects spécifiques du comportement et du développement des garçons, tels que la violence et la délinquance. Ce comportement est critiqué, parfois même criminalisé, sans que le contexte soit suffisamment bien compris.

Les généralisations ci-dessus expriment une méconnaissance du fait que les adolescents comme les adolescentes constituent une population hétérogène. De nombreux garçons fréquentent un établissement scolaire, mais un trop grand nombre ont quitté l'école. D'autres sont déjà dans la vie active, certains sont pères, certains sont les compagnons ou les époux d'adolescentes. Certains sont bisexuels ou homosexuels. Certains – combattants ou victimes ou les deux à la fois – sont engagés dans des conflits armés. Certains sont en butte à des violences physiques ou sexuelles sous le toit familial. D'autres font subir des violences sexuelles à des jeunes femmes ou à d'autres jeunes gens, certains vivent et travaillent dans la rue, d'autres encore se prostituent pour survivre.

Les adolescents comme les adolescentes constituent une population hétérogène. Certains garçons sont en bonne santé et leur développement est satisfaisant. D'autres jeunes gens sont confrontés à des risques et ont des besoins qui n'ont pas été pris en compte, ou bien, au cours du processus de leur socialisation, ont été amenés à la violence et à la discrimination à l'encontre des femmes.

La majorité des garçons adolescents sont en fait en bonne santé et leur développement est satisfaisant. Ils constituent les forces vives de la société et ont des relations de respect envers les jeunes femmes et les autres jeunes gens. Cependant, certains jeunes gens sont exposés à des risques et il se peut que leurs besoins en matière de santé et de développement n'aient pas été pris en compte, ou que la manière dont s'est déroulée leur socialisation ait fait naître en eux la violence et la discrimination envers les femmes, la

violence envers d'autres jeunes gens, et ait entraîné des risques de santé pour eux-mêmes et pour la communauté au sein de laquelle ils vivent.

Les recherches et perspectives actuelles font ressortir la nécessité d'améliorer et d'approfondir notre compréhension du processus de socialisation des garçons adolescents, notre compréhension de leurs besoins pour l'équilibre de leur développement, de la façon dont les systèmes de santé peuvent leur offrir une aide plus adaptée et de la manière dont les garçons peuvent être incités à promouvoir une plus grande équité entre les sexes dont puissent bénéficier les adolescentes.

L'objectif du présent document est de fournir un compte-rendu des travaux actuellement disponibles sur les garçons adolescents, leur santé et leur développement, d'analyser les recherches pour déterminer leurs implications sur les programmes et les politiques, et d'attirer l'attention sur les domaines dans lesquels il est nécessaire de poursuivre les recherches. Le présent document cherche également à décrire la spécificité des garçons adolescents et de leurs besoins en matière de santé et de développement, et plaide pour qu'une attention particulière soit accordée aux actions permettant de répondre aux besoins des garçons et de travailler avec eux à promouvoir une plus grande équité entre les sexes.

Enfin, la portée du présent document est limitée par l'information disponible. Certaines des informations et des recherches relatives aux programmes de travail avec les garçons ne sont pas publiées ; dans de nombreux cas, l'expérience retirée des programmes est nouvelle et n'a pas encore été évaluée ou n'a fait l'objet d'aucune publication. Dans de nombreuses parties du monde, les études sur la santé des adolescents sont essentiellement axées sur les adolescentes (Majali et Salem-Pickarts, 1999).

Appliquer aux garçons adolescents la grille de lecture de la perspective sexuée.

Pourquoi s'intéresser aux garçons ? Les raisons sont apparues lorsque la grille de lecture de la perspective sexuée ou du genre, c'est à dire du partage établi des rôles hommes/femmes, a été appliquée. Le compte rendu des recherches fait usage de cette grille à partir de deux approches : **égalité entre les sexes** et **spécificité des sexes**.



L'égalité entre les sexes renvoie aux aspects relationnels du sexe et au concept de genre – dans le sens de partage établi des rôles – en tant que structures de pouvoir qui souvent fournissent ou limitent les occasions selon son sexe. Rechercher l'égalité entre les sexes dans le cas des garçons adolescents signifie entre autres travailler avec les jeunes gens à améliorer la santé et le bien-être des jeunes femmes et à lutter contre les discriminations dont elles font l'objet dans la plupart des sociétés, compte tenu du différentiel de pouvoir qui existe entre les hommes et les femmes dans de nombreuses sociétés.

Dans de nombreuses parties du monde, les personnels des programmes axés sur la santé des femmes et des jeunes femmes entendent le même leitmotiv : les jeunes filles et les femmes demandent que les hommes et les jeunes gens s'investissent davantage dans des domaines autrefois considérés comme «féminins», notamment la santé reproductive et la santé maternelle et infantile.

Selon les nombreux défenseurs de ce point de vue, si les hommes adultes et les jeunes gens ne s'impliquent pas dans ces questions de manière appropriée, l'égalité entre les sexes ne se réalisera pas. Travailler avec des garçons adolescents dans l'optique de l'égalité des sexes suppose donc que nous examinions comment la construction sociale de la masculinité influe sur les jeunes femmes et par quels moyens nous pouvons encourager les garçons à améliorer le bien-être et la condition des filles et des femmes.

L'étude de la spécificité sexuelle amène à examiner les dangers spécifiques aux femmes et aux hommes en matière de santé en raison premièrement, des problèmes de santé spécifiques à chaque sexe et d'origine biologique (tels que le cancer du testicule ou la gynécomastie chez les jeunes gens) et, deuxièmement, de la manière dont les normes spécifiques à chaque sexe influencent de manière différente la santé des hommes et des femmes. Une approche habituelle de la spécificité de chaque sexe dans le cadre de la promotion de la santé consiste à montrer comment chaque sexe est confronté à des risques et des morbidités particulières puis d'élaborer des programmes qui tiennent compte de ces besoins spécifiques. Examiner les adolescents de sexe masculin sous l'angle de la spécificité de chaque sexe nous incite à concentrer notre attention sur les domaines où les taux de mortalité et de morbidité des jeunes gens sont élevés et ceux où la socialisation sexuée influence le comportement en matière de santé et les conditions de santé des jeunes gens (NSW Health, 1998).

D'autres chercheurs ont mis en question certains de nos a priori sur les hommes et émis des doutes sur ce que nous savions vraiment de la socialisation des garçons et des hommes.

La perspective de l'égalité des sexes est utilisée depuis longtemps dans le domaine de la santé des femmes pour évaluer dans quelle mesure la disparité entre hommes et femmes en matière de pouvoir influe négativement sur la santé et le bien-être des femmes. Récemment, cependant, un certain nombre de chercheurs, théoriciens et partisans d'une nouvelle approche ont demandé que soient réexaminées certaines de nos idées traditionnelles sur la disparité entre les sexes en matière de pouvoir et la dominance masculine.

D'autres chercheurs ont mis en question certains de nos a priori sur les hommes et émis des doutes sur ce que nous savions vraiment de la socialisation des garçons et des hommes. Les recherches récentes sur les adolescents et les hommes adultes semblent indiquer que si le sexe masculin est souvent considéré comme le sexe par défaut, les hommes n'ont cependant pas été suffisamment étudiés ou compris. Certains auteurs affirment qu'une grande partie des recherches en science sociale postulent que les hommes ne sont pas marqués du point de vue du genre (Thompson et Pleck, 1995). Un examen des publications traitant de la délinquance et de la criminalité - dont les auteurs sont en très grande majorité des adolescents ou des jeunes gens - conclut que la masculinité a jusqu'ici été perçue comme violente par nature et que l'incidence de la socialisation sexuée des hommes a en grande partie été négligée dans l'étude de la violence (Messerschmidt, 1993). De nombreux chercheurs ont affirmé que les hommes ont été traités comme s'ils étaient absents du processus de reproduction, que ce soit dans les recherches sur la fécondité ou dans l'élaboration de programmes (Figuerola, 1995 ; Greene et Biddlecom, 1998). Une des justifications les plus fortes pour appliquer aux garçons adolescents une grille de lecture spécifique au sexe a ainsi été que si nous disposions parfois des statistiques sur leur état de santé et sur leurs comportements liés à la santé, notre compréhension de leurs réalités, de leur socialisation et de leur développement psychosocial était insuffisante.

Au cours des 15 dernières années, des recherches de plus en plus nombreuses sur les hommes et les formes de masculinité ont considérablement contribué à améliorer notre compréhension et à acquérir de nouvelles connaissances sur les comportements liés à la santé et sur le développement des hommes. Les travaux de Connell (1994 et 1996) ont été importants



De nouvelles perspectives semblent indiquer que les privilèges masculins ne constituent pas une structure monolithique qui distribue une quantité égale d'atouts à chaque homme. Les hommes à faible revenu, les jeunes gens, les hommes vivant hors des structures traditionnelles du pouvoir, les non-conformistes, les homosexuels et les bissexuels ainsi que certains autres groupes d'hommes, font parfois l'objet de discrimination.

parce qu'ils ont présenté l'idée de versions multiples de la masculinité ou de la virilité, et permis de prendre conscience que la virilité n'est pas une entité à nature unique. Connell estime qu'il existe dans la plupart des contextes culturels une «masculinité hégémonique» ou un modèle dominant de masculinité auquel les hommes se comparent, ainsi que d'autres versions, différentes, de la masculinité. Ce cadre théorique est utile pour repérer les hommes qui parviennent à être différents des normes dominantes – élément important lorsque l'on cherche à promouvoir des versions de la masculinité plus proches de l'égalité hommes/femmes.

S'il nous faut garder à l'esprit que les garçons et les hommes, en tant que groupe, jouissent de privilèges et d'avantages que n'ont pas les filles et les femmes, de nouvelles perspectives semblent indiquer que les privilèges masculins ne constituent pas une structure monolithique qui distribue une quantité égale d'atouts à chaque homme. En outre, dans d'autres cas, le «coût» de la masculinité dépasse parfois les avantages et les privilèges qui en sont retirés. Les hommes à faible revenu, les jeunes gens, les hommes vivant hors des structures traditionnelles du pouvoir, les jeunes gens dans certains environnements, les non-conformistes, les homosexuels et les bissexuels ainsi que certains autres groupes d'hommes, font parfois l'objet de discrimination. Les travaux de Connell et ceux d'autres auteurs (par exemple Archer, 1994) nous invitent à examiner non seulement les interactions entre les hommes et les femmes et les différences dans l'exercice du pouvoir au sein de ces interactions, mais aussi les interactions entre hommes et la dynamique du pouvoir et la violence qui se dégage parfois de telles interactions. Bien qu'il ne faille pas présenter les jeunes gens comme des «victimes» – ce nouveau domaine de recherches axées sur les hommes a néanmoins démontré que si les garçons et les hommes bénéficient d'un ensemble de privilèges par rapport aux filles et aux femmes, la masculinité s'accompagne généralement d'un mélange de privilèges et de coûts personnels - coûts que reflètent les besoins des hommes en matière de santé mentale et dans d'autres domaines liés à la santé. Il y a un prix

à payer pour être un homme, entre autre celui d'être préparé par sa socialisation à ne pas exprimer ses émotions, à ne pas avoir des relations étroites avec ses enfants, à avoir recours à la violence pour résoudre les conflits et défendre son «honneur» et à travailler à l'extérieur dès le plus jeune âge.

Les études sur les masculinités, appliquées aux besoins de santé et de développement des garçons adolescents, nous permettent de mieux comprendre comment les garçons au cours du processus de socialisation intériorisent les normes dominantes qui définissent ce que constitue un comportement «masculin» socialement acceptable pour un contexte donné et comment l'adhésion des garçons à ces normes dominantes peut parfois avoir des conséquences négatives sur leur santé et leur développement. Il faut bien entendu se garder de présenter les garçons comme de simples marionnettes obéissant aux normes sociales, mais reconnaître la nature contextuelle de leur comportement. Néanmoins, il est clair que les versions de masculinité ou de virilité auxquelles les jeunes gens ont donné leur adhésion ou qu'ils ont intériorisées au cours de leur socialisation ont d'importantes répercussions sur la santé et le bien-être de ceux-ci ainsi que sur la santé et le bien-être des jeunes gens et jeunes filles qui vivent autour d'eux.

Enfin, il faut aussi garder à l'esprit que le sexe d'un individu ne constitue qu'une des variables qui influent sur le développement et la santé. La classe sociale, l'ethnicité, le contexte local et l'environnement du pays constituent tous d'importantes variables qui entrent en interaction avec le sexe et qui influencent la santé et le bien-être. En focalisant notre attention sur la variable du sexe, et plus spécifiquement sur la masculinité, il nous faut rester vigilants et ne pas perdre de vue ces autres importantes variables. Certains chercheurs et autres personnes engagés dans le débat présenté ici se demandent si en accordant trop d'intérêt au sexe de l'individu on ne détournait pas l'attention des inégalités fondamentales que constituent la classe sociale et le revenu pour ce qui concerne la santé et le développement des adolescents.

Il est également important de garder à l'esprit qu'étudier ce qui est unique aux garçons exige souvent que l'on compare ceux-ci aux filles. Dans le présent document, «argumenter» pour que les garçons soient placés au centre de nos préoccupations signifie souvent mettre l'accent sur les domaines où les taux de morbidité ou de mortalité sont plus élevés chez les jeunes gens que chez les jeunes femmes. Toutefois, les comparaisons sont problématiques pour plusieurs raisons. Tout d'abord, la comparaison des niveaux respectifs du poids de la morbidité selon le sexe n'est pas dépourvue de distorsions. Parfois, les statistiques



sanitaires ne prennent pas en compte les problèmes tels que les femmes victimes de violences, les dépressions féminines et les douleurs pelviennes chroniques liées aux infections des voies génitales. Deuxièmement, effectuer une simple comparaison des niveaux respectifs de risques selon le sexe peut donner naissance à un débat polarisé et simpliste sur qui «souffre» le plus ou quel sexe est confronté aux risques les plus élevés en matière de santé. Troisièmement, en soulignant les différences nous courons le risque de minimiser les importantes similitudes entre les adolescents et les adolescentes. En outre, il ne faudrait pas qu'en attirant l'attention sur les besoins et les réalités des garçons adolescents, nous laissions entendre que les besoins des filles ont été convenablement examinés et recensés – parce que dans la plupart des cas, il n'en est pas ainsi. Enfin, nous pourrions perdre de vue que les relations entre garçons et filles sont importantes pour le développement et le bien être des adolescents des deux sexes.

Avec ces quelques mots de mise en garde, le présent document aborde les besoins en matière de santé et de développement des garçons adolescents au moyen de trois questions.

- * Dans le domaine des besoins, des points forts ou potentialités et des risques en matière de santé, en quoi les adolescents diffèrent-ils des adolescentes ?
- * Quelles sont les implications des besoins de santé spécifiques au sexe pour les interventions destinées aux garçons adolescents dans le domaine de la santé ?
- * A partir de nos connaissances des garçons adolescents, comment pouvons-nous travailler avec eux afin de promouvoir une plus grande égalité entre les sexes ?

Bien que la comparaison entre les adolescents et les adolescentes et leurs besoins de santé respectifs soit jusqu'à un certain point inévitable, l'enjeu est d'examiner les besoins et les réalités spécifiques des garçons adolescents de manière à nous permettre à la fois de comprendre leurs besoins légitimes et de travailler avec eux à promouvoir une plus grande égalité entre les sexes.

Bien que la comparaison entre les besoins des adolescents et des adolescentes en matière de santé soit jusqu'à un certain point inévitable, l'enjeu est d'examiner les réalités spécifiques des garçons adolescents de manière à nous permettre à la fois de comprendre leurs besoins légitimes et de travailler avec eux à promouvoir une plus grande égalité entre les sexes. Du point de vue des droits de la femme, certains défenseurs de ces droits, certains chercheurs et praticiens de la santé ont exprimé des craintes sérieuses qu'en attirant l'attention sur les besoins de santé des garçons et des hommes il y ait risque de détourner les ressources et l'attention accordées aux préoccupations des femmes en matière de santé – préoccupations qui dans certains pays viennent tout juste de commencer à être abordées. Toutefois, si nous nous plaçons dans la perspective duale de la spécificité des sexes et de l'égalité entre les sexes, nous serons en mesure d'éviter de nous épuiser dans des débats pour déterminer qui présente les besoins les plus urgents et nous pourrions, au contraire, nous concentrer sur l'égalité entre les femmes et les jeunes gens – et souligner cette démarche – et, simultanément, incorporer le concept de la spécificité des sexes lorsqu'il est utile de comprendre les besoins des garçons spécifiques à leur sexe en matière de santé et de développement.



garçons adolescents, socialisation, santé et développement globaux

État de santé générale et orientations en matière de santé

Les adolescents, comme les adolescentes, sont généralement «en bonne santé», en d'autres termes ils présentent de faibles taux de morbidité et de mortalité par rapport aux enfants et aux adultes. Toutefois, certains garçons adolescents sont confrontés à des morbidités spécifiques et, de façon générale, on relève chez eux des taux de mortalité plus élevés que chez les adolescentes. Selon les données sanitaires internationales, les principales différences entre les adolescents et les adolescentes résident dans le fait que l'on relève généralement chez les garçons des taux de mortalité supérieurs et, dans certains endroits, plusieurs fois supérieurs, à ceux des filles, alors que dans la plupart de régions les taux de morbidité sont plus élevés chez les filles. Il y existe en outre des différences notables entre les causes de mortalité et de morbidité présentées par les garçons et par les filles. Au niveau mondial, les garçons présentent des taux de mortalité et de morbidité dues à la violence, aux accidents et au suicide supérieurs à ceux des filles, alors que chez les adolescentes les taux de morbidité et de mortalité liés à des affections des voies génitales ou aux grossesses sont généralement plus élevés.

Au niveau mondial, les garçons présentent des taux de mortalité et de morbidité dues à la violence, aux accidents et au suicide supérieurs à ceux des filles, alors que chez les adolescentes les taux de morbidité et de mortalité liés à des affections des voies génitales ou aux grossesses sont plus élevés.

Le présent chapitre examine les préoccupations générales des garçons adolescents en matière de santé ainsi que les enjeux spécifiques propres à leur sexe auxquels les garçons sont parfois confrontés lors de leur transition vers l'âge adulte. Les préoccupations des garçons en matière de santé et de développement influencent leur bien-être au cours de l'adolescence et ont d'importantes répercussions sur leur futur état de santé et leur bien-être à l'âge adulte. L'OMS estime que 70 pour cent des morts prématurées d'adultes sont dues à des types de comportement qui sont apparus à l'adolescence, entre autres le tabac, la violence et le comportement sexuel.

Mortalité et morbidité générales

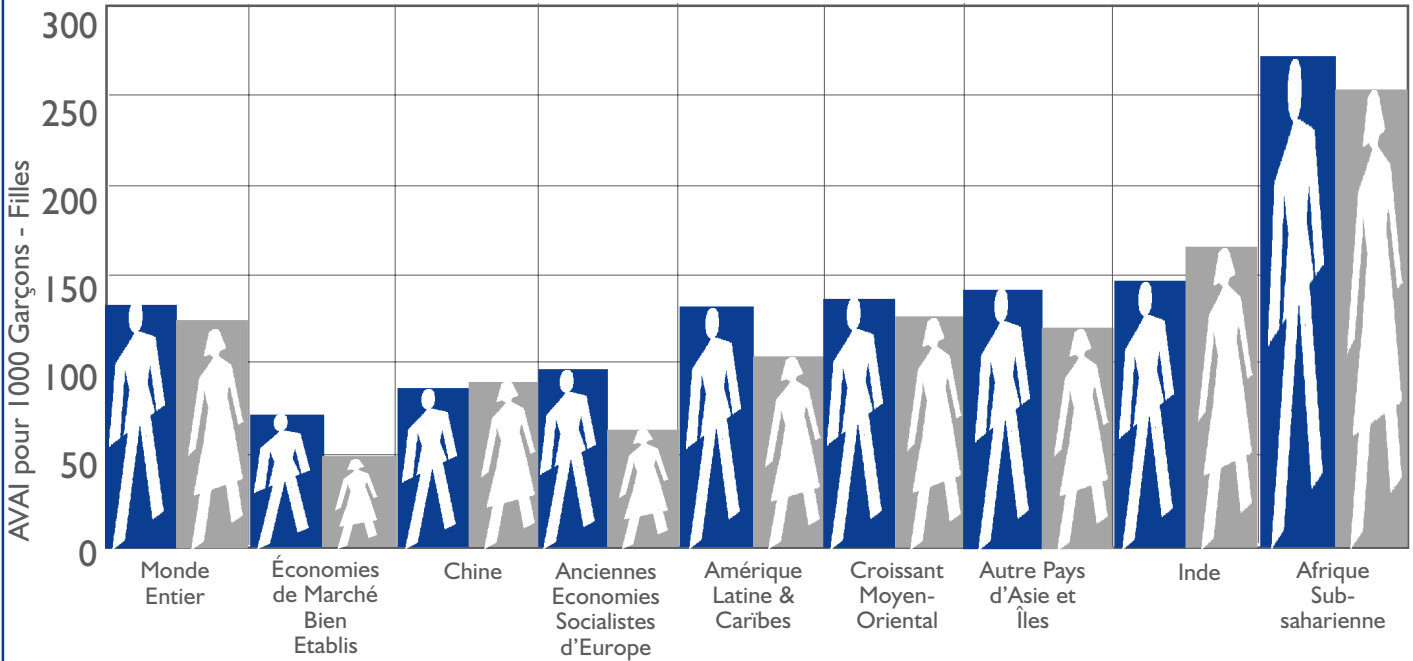
Les données recueillies par l'OMS indiquent que dans toutes les régions du monde à l'exception de l'Inde et de la Chine (qui, ensemble, représentent environ un tiers de la population mondiale), lorsqu'on examine les Années de Vie Ajustées sur l'Incapacité (AVAI), mesure qui associe le poids de la mortalité et de l'incapacité due à la maladie, on constate que le nombre d'AVAI perdues est plus élevé pour les hommes que pour les femmes (voir Tableau 1). Lorsque l'on se penche sur ces chiffres, toutefois, il est important de garder à l'esprit que ces grandes comparaisons selon le sexe minimisent parfois l'importance d'autres problèmes de santé. S'il est un fait qu'au niveau mondial la mortalité des adolescentes est inférieure à celle des adolescents, les femmes souffrent parfois de violence au sein de la famille, de violences sexuelles et d'autres morbidités que les chiffres des AVAI reflètent mal ou dont ils ne tiennent pas compte.

Dans la plupart des régions du monde, les hommes d'âge adulte ont une mortalité plus élevée due à des causes non spécifiques au sexe. Les hommes meurent de maladies cardiaques et de cancers plus fréquemment que les femmes, quel que soit leur âge, et jusqu'à la vieillesse, on constate chez les hommes des taux plus élevés d'accidents et de blessures. Dans la plupart des pays industrialisés et dans de nombreux pays en développement, l'incidence d'affections non mortelles est plus élevée chez les femmes, qui, dans certains environnements, sont davantage susceptibles de se préoccuper de leurs besoins de santé. Dans l'ensemble, dans la plupart des régions du monde, les taux d'affections mortelles sont plus élevés chez les hommes, alors que chez les femmes les taux sont plus élevés pour les maladies aiguës et les affections chroniques non mortelles.

Les chiffres des AVAI indiquent que les différences selon le sexe sont les plus marquées dans les pays industrialisés, en Amérique latine et dans les Caraïbes ainsi que dans les anciennes économies socialistes d'Europe. Cette différence selon le sexe dans les chiffres des AVAI s'explique peut-être par le fait que dans les pays et les régions qui ont réalisés des progrès considérables dans le domaine de la santé maternelle et infantile, les morbidités et mortalités masculines représentent une part croissante de la charge supportée par la santé publique. Globalement, par exemple, en Amérique latine et dans les Caraïbes, le poids de la santé masculine est de 26 pour cent supérieur à celui



Graph 1 **Années de Vie Ajustées sur l'Incapacité - Différences selon le sexe**
Toutes causes - Adolescents de 10 à 19 ans, 1990



des femmes (Banque mondiale, 1993). Un examen des statistiques régionales et par pays relatives à la santé masculine montre qu'une grande partie du poids de la morbidité est liée à des problèmes de santé associés à la socialisation sexuée : accidents de la circulation (dans lesquels la bravade et la consommation d'alcool jouent un rôle), blessures (dans le cadre du travail ou liées à la violence entre hommes), homicides (résultant dans une grande majorité de cas à la violence entre hommes) et maladies cardiovasculaires, associées en partie au stress et au mode de vie. En analysant les données pour le Mexique, Keijzer (1995) a pu constater que les taux de mortalité masculine et féminine sont à peu près équivalents jusqu'à l'âge de 14 ans. A partir de cet âge, la mortalité masculine commence à augmenter pour globalement doubler chez les jeunes gens de 15 à 24 ans. Les trois premières causes de décès des jeunes Mexicains - les accidents, les homicides et la cirrhose - sont liées aux normes sociétales de la masculinité. Ces tendances se retrouvent dans toutes l'Amérique latine et dans d'autres parties du monde, du Moyen-Orient à l'Europe occidentale, à l'Amérique du Nord et à l'Australie (Yunes et Rajs, 1994 ; Commonwealth Department of Health and Family Services, 1997).

Des études plus restreintes menées à partir de statistiques sanitaires officielles fournies par quelques pays industrialisés semblent indiquer que de la naissance à l'âge de 7 ans, les garçons ont des taux de problèmes de santé plus élevés que les filles. En Finlande, après la période périnatale, l'incidence cumulative d'asthme chez les garçons est de 64 pour cent plus élevée, l'incidence cumulative pour les déficiences intellectuelles de 43 pour cent plus élevée,

le niveau de mortalité de 22 pour cent supérieur. Des proportions similaires ont été relevées en Australie. Certains chercheurs estiment qu'en ce qui concerne la santé des garçons, les taux plus élevés de complications pendant l'enfance, lesquelles se poursuivent parfois au cours de l'adolescence, pourraient avoir pour origine au moins en partie une tendance biologique naturelle (Gissler et al., 1999 ; NSW Health, 1998).

Poids des maladies infectieuses

Les données limitées dont nous disposons sur les différences selon le sexe en matière de maladies infectieuses et transmissibles fournissent peu d'éléments d'appréciation des différences selon le sexe. En Égypte, une étude nationale sur la santé des adolescents a montré que la prévalence des maladies parasitaires était de 57,4 pour cent chez les filles et de 55,5 pour cent chez les garçons, écart non significatif sur le plan statistique (Population Council, 1999). En ce qui concerne la schistosomiase (bilharziose), les données recueillies par l'OMS indiquent que dans les régions touchées, les taux de contamination atteignent un pic entre 10 et 20 ans en raison de la fréquence du contact avec l'eau et de l'immunité acquise avec l'âge. Pour ce qui concerne les taux de personnes atteintes de schistosomiase, on note parfois une différence liée au sexe dans des contextes spécifiques, selon que les garçons ou les filles sont davantage susceptibles d'être en contact avec des rivières ou des lacs contaminés (Correspondance personnelle, Dirk Engels, 1999). L'épidémiologie de la tuberculose révèle un schéma différent. Les récentes données recueillies par l'OMS indiquent que la fréquence de la tuberculose et la mortalité due à la maladie sont plus élevées chez le



filles que chez les garçons jusqu'à l'âge de 14 ans. Entre 15 et 19 ans la tendance s'inverse et les niveaux sont plus élevés pour les garçons. Toutefois, pour la plupart des maladies infectieuses, des différences très marquées entre les sexes sont peu probables, excepté lorsque des différences dans la socialisation sexuée ont un effet sur les contacts que des garçons ou des filles peuvent avoir avec les agents infectieux.

Auto-évaluation de l'état de santé

En examinant les données disponibles obtenues à partir d'auto-évaluations de l'état de santé, il est difficile de parvenir à de quelconques conclusions qui permettraient de décider qui, des filles ou des garçons, jouit d'un meilleur état de santé général. En outre, lorsqu'on demande aux adolescents d'auto-évaluer leur état de santé, leurs réponses risquent d'être influencées au moins en partie par les normes relatives au sexe. Dans la plupart des pays, les filles sont davantage susceptibles d'être à l'écoute de leurs problèmes de santé alors que très souvent les garçons ont davantage tendance à ne pas y prêter attention, à minimiser leur importance, à ne pas les signaler et à ne pas s'adresser aux services de santé lorsqu'ils en ont besoin. En Thaïlande, par exemple, lors d'une collecte de données, les jeunes filles étaient davantage susceptibles que les garçons de signaler leurs problèmes de santé du moment : 25,2 pour cent des jeunes filles contre 14,9 pour cent des jeunes gens. Cependant, un nombre à peu près égal de jeunes gens et de jeunes filles ont signalé avoir acheté des médicaments pour eux-mêmes au cours du mois précédant l'enquête, ce qui semble indiquer que les garçons et les filles sont confrontés à des taux pratiquement équivalents de problèmes de santé, mais que les filles sont davantage susceptibles de signaler ces problèmes (Podhisita et Pattaravanich, 1998). En Égypte, lors d'une étude nationale sur la santé des adolescents, 20,7 pour cent des adolescents ont signalé avoir été malade au cours du mois précédant l'enquête, les affections les plus courantes ayant été le rhume de cerveau, la toux, suivis de problèmes gastro-intestinaux. En examinant les chiffres par sexe, on ne relève pratiquement aucune différence dans les taux de maladies signalées (Population Council, 1999).

Nutrition, croissance, puberté et spermarche

Nutrition

Une analyse des données disponibles remet en question l'ancien postulat selon lequel l'état nutritionnel des garçons est meilleur que celui des filles. Dans les pays en développement pour lesquels des données sont disponibles, l'état nutritionnel des garçons et des filles est à peu près équivalent ou moins bon pour les

Dans les pays en développement pour lesquels des données sont disponibles, l'état nutritionnel des garçons et des filles est à peu près équivalent ou moins bon pour les garçons, à l'exception de l'Inde où l'état nutritionnel des filles est très nettement moins bon que celui des garçons.

garçons, à l'exception de l'Inde où l'état nutritionnel des filles est très nettement moins bon que celui des garçons.

Dans un compte rendu portant sur 41 enquêtes démographiques et sanitaires menées dans 34 pays sur des enfants examinés de la naissance à l'âge de cinq ans, 24 enquêtes montrent que les niveaux de dépérissement sont plus élevés chez les garçons que chez les filles ; 19 enquêtes montrent que les retards de croissance sont plus nombreux chez les garçons, alors que seules 5 enquêtes indiquent des retards de croissance supérieurs chez les filles. Les différences entre l'état nutritionnel des garçons et des filles âgés de zéro à cinq ans étaient relativement faibles, mais les auteurs concluent que, globalement, dans les pays étudiés, les filles semblaient moins susceptibles d'être sous-alimentées que les garçons. Sur les 34 pays développés inclus dans l'enquête, les auteurs n'ont pas découvert un seul pays où les filles souffraient d'un handicap nutritionnel systématique par rapport aux garçons (Organisation des Nations Unies, 1998). D'autres chercheurs ont émis l'hypothèse que les différences de traitement entre filles et garçons, qui favorisent les garçons en termes de répartition de la nourriture, devrait se solder par état nutritionnel moins bon pour les filles à la fin de l'enfance à l'adolescence. Toutefois, les données recueillies ont été peu concluantes ou n'ont pas confirmé cette hypothèse, à l'exception notable de l'Inde, mentionnée plus haut.

À quelques exceptions près, les données relatives aux différences selon le sexe dans le domaine des retards de croissance pendant l'adolescence ont elles aussi été peu concluantes. Entre 27 et 65 pour cent des adolescents montraient des retards de croissance selon des données fournies par 11 études représentant neuf pays en développement. Au Bénin et au Cameroun, on relevait plus de retards de croissance chez les garçons que chez les filles. Les auteurs estiment que dans ces deux pays il est possible que les garçons soient encouragés à devenir indépendants plus tôt dans la vie que les filles, et qu'ils sont donc ainsi davantage susceptibles de souffrir de maladies diarrhéiques. En Inde, les retards de croissance étaient nettement plus répandus chez les filles que chez les garçons - 45 pour cent contre 20 pour cent - ce qui concorde avec les effets présumés des préjugés contre les femmes



répandus dans certaines parties de l'Asie du Sud (Kurz et Johnson-Welch, 1995). Dans l'étude nationale menée en Égypte sur la santé des adolescents, les garçons étaient davantage susceptibles de souffrir de retards de croissance : 18 pour cent pour les garçons contre 14 pour cent pour les filles (Population Council, 1998). Dans sept des huit études qui ont fourni des données, au moins deux fois plus d'adolescents que d'adolescentes souffraient de sous-alimentation (Kurz et Johnson-Welch), 1995). Il faut toutefois faire preuve de prudence en ce qui concerne les mesures anthropométriques utilisées pour évaluer le dépérissement et le retard de croissance chez les adolescents. Des travaux récents de l'OMS dans ce domaine montrent qu'il est nécessaire de poursuivre les recherches sur les indicateurs utilisés pour le dépistage du dépérissement et du retard de croissance chez les adolescents, ainsi que sur les seuils permettant de déterminer différents degrés de gravité pour ces affections. Il n'a pas été établi si les différences selon le sexe jouent un rôle dans l'anthropométrie de l'état nutritionnel des adolescents.

De même, un examen des données sur l'état nutritionnel des adolescents dans les pays en développement a montré que la prévalence de l'anémie était globalement de 27 pour cent chez les adolescents, les taux étant semblables pour les garçons et pour les filles (Organisation des Nations Unies, 1998). En Égypte, le taux de prévalence global de l'anémie était de 47 pour cent, avec un faible écart entre les sexes. Les garçons présentaient un taux d'anémie légèrement supérieur jusqu'à l'âge de 19 ans, âge à partir duquel l'anémie augmentait chez les filles (Population Council, 1999). On a souvent fait l'hypothèse que les adolescentes ont des taux d'anémie plus élevés en raison des pertes de fer pendant les menstruations, mais les garçons ont aussi des besoins élevés en fer en raison de l'augmentation du volume musculaire au cours de la poussée de croissance de l'adolescence.

Les implications d'un éventuel handicap nutritionnel pour les garçons ne sont pas claires. Certains auteurs estiment que le problème est lié au fait que la poussée de croissance est plus tardive et plus longue chez des garçons. En ce qui concerne les retards de croissance, les garçons peuvent ultérieurement rattraper les filles. Quoi qu'il en soit, les données disponibles semblent indiquer qu'il faut accorder une plus grande attention à l'état nutritionnel des garçons et réexaminer l'ancien postulat selon lequel l'état nutritionnel des filles est moins bon que celui des garçons.

Puberté et spermarche

On admet généralement que la puberté est le début de l'adolescence. Avec l'apparition des changements biologiques et de la maturation sexuelle, l'adolescent doit incorporer dans son identité les nouvelles images de son corps, sa capacité de reproduction et son énergie sexuelle naissante et apprendre à faire face à ses propres réactions et à celles des autres à son corps en maturation. Il existe des différences d'origine biologique entre les filles et les garçons en ce qui concerne le moment de l'apparition et les étapes de la puberté et des différences de construction sociale selon le sexe en ce qui concerne le sens de la puberté pour la fille et pour le garçon, et leurs réactions à celle-ci.

Pour ce qui est des différences d'ordre biologique, le développement sexuel débute généralement chez la fille à l'âge de huit ans avec les premières étapes du développement des seins. Les premières règles ou ménarche apparaissent entre 10,5 ans et 15,5 ans, la poussée de croissance féminine de l'adolescence se situant entre 9,5 ans et 14,5 ans. La maturation sexuelle du garçon est plus lente, l'augmentation de la taille des testicules se produit généralement entre 10,5 ans et 13,5 ans, la poussée de croissance et spermarche un an plus tard environ (Population Council, 1999). Comparée à la croissance au cours de l'enfance, la croissance durant l'adolescence est plus courte mais plus intense. Chez la plupart des garçons, à l'âge de 14 ans la spermarche a eu lieu. Les garçons ont deux ans de plus environ que les filles lorsqu'ils atteignent leur pleine poussée de croissance. Toutefois, l'allongement de la taille au cours de la poussée de croissance est à peu près identique pour les filles et les garçons.

On peut raisonnablement conclure que la puberté est une période d'intense pression sociale destinée à pousser les garçons comme les filles à souscrire aux normes de leur sexe.

La signification sociale de la ménarche et de la spermarche est souvent très différente. Dans les cas typiques, les garçons ne sont pas encouragés à parler des changements pubertaires, on ne leur offre pas non plus de lieux où poser des questions et demander de l'information sur ces changements (Pollack, 1998). Par contraste, la ménarche entraîne parfois une amélioration du statut social tout en s'accompagnant d'un contrôle social plus strict sur les jeunes femmes et sur leurs mouvements et activités à l'extérieur du domicile familial. Les sociétés semblent avoir élaboré plus de structures pour préparer les filles à la ménarche et en discuter avec elles que pour préparer les garçons



à la spermarche. Cependant, ces «structures» dans certains environnements peuvent être répressives pour les jeunes femmes et comporter entre autres l'isolement forcé des femmes en âge de procréer et même des mutilations sexuelles des femmes. Les garçons, en revanche, reçoivent souvent plus d'information et de conseils sur les activités sexuelles, mais pas nécessairement sur la puberté et ses conséquences en termes de procréation. Dans certains cas, les garçons sont mieux informés sur la ménarche que sur l'éjaculation du fait de l'importance que la société attache au rôle de la femme dans la procréation. On peut raisonnablement conclure que la puberté est une période d'intense pression sociale destinée à pousser les garçons comme les filles à souscrire aux normes de leur sexe, que, généralement, après la puberté les activités et les mouvements des filles sont soumis à davantage de restrictions que ceux des garçons et que, dans certains environnements, les garçons sont parfois peu conseillés sur leur capacité de procréation.

La puberté est une période d'intense pression sociale destinée à pousser les garçons comme les filles à souscrire aux normes de leur sexe. S'il existe quelques études sur les adolescentes et leurs réactions face à la puberté et aux changements physiques de l'adolescence, on manque de travaux de recherche sur ce que les garçons adolescents pensent de leur corps et leur capacité à procréer. Une étude sur une population d'étudiants brésiliens indique que 50 pour cent des jeunes gens avaient des sentiments positifs envers le développement de leur corps et leur sexualité, 23 pour cent étaient indifférents à ce sujet et 17 pour cent ont déclaré avoir ressenti de l'anxiété et de l'incertitude envers les changements physiques pendant la puberté (Lundgren, 1999). Aux États-Unis, un petit nombre de travaux de recherche a examiné dans quelle mesure les jeunes gens se percevaient comme des êtres en mesure de procréer. Aux États-Unis, cette perception de soi-même n'est pas un événement majeur chez les jeunes gens de 16 à 30 ans. En fait, dans leur recherche de rapports sexuels, certains jeunes gens semblent même refouler toute idée ou notion d'eux-mêmes en tant qu'êtres dotés d'un pouvoir procréateur. Ces quelques recherches semblent indiquer qu'il faut aider les jeunes gens à se penser comme des êtres capables de procréation et leur offrir des lieux où ils peuvent débattre du sens à donner à la capacité de procréation (Marsiglio, Hutchinson et Cohan, 1999).

Différences biologiques dans le développement

Quelques recherches ont aussi examiné les différences hormonales entre filles et garçons, en particulier le rôle que la testostérone pourrait jouer dans la petite enfance et pendant l'adolescence. Ces travaux, en nombre encore restreints, semblent indiquer qu'il

pourrait y avoir des différences hormonales considérables entre les garçons et les filles et entre les hommes et les femmes, différences dont nous n'avons encore qu'une connaissance incomplète. Il se peut qu'il y ait des différences d'ordre biologique entre les garçons et les filles au début du développement du cerveau, lesquelles ont une influence sur les styles de communication des garçons et des filles. Les recherches semblent indiquer qu'il existe une relation entre l'action de la testostérone sur les garçons dès les débuts de la vie et, lorsqu'on les compare aux filles, leur niveau d'agressivité et d'agitation plus élevé, leur temps d'attention plus réduit en bas âge et leur moindre acuité visuelle à la petite enfance (Manstead, 1998). Le sens et la portée de ces différences biologiques sont ambigus. En outre, les recherches actuellement disponibles semblent indiquer que les différences d'ensemble intra-sexe sont souvent plus grandes que les différences globales inter-sexe. Quoi qu'il en soit, il est important de garder à l'esprit que ces différences d'ordre biologique, telles que la tendance biologique chez les garçons à être plus agités, entre en interaction avec les modes de socialisation sexuée décrits plus loin (Manstead, 1998 ; Pollack, 1998).

Socialisation et Développement psychosocial

Théories spécifique à chaque sexe du développement de l'adolescent

S'il existe des différences d'ordre biologique et des différences d'ensemble de nutrition et de croissance entre les adolescents et les adolescentes, il est probable que les différences les plus importantes, qui ont les implications les plus fortes pour les programmes et les politiques, sont celles liées à la socialisation sexuée des jeunes et aux différences qui en découlent pour le développement psychosocial avant et pendant l'adolescence.

On dispose d'un nombre croissant de recherches et de théories sur le développement psychosocial des garçons, en provenance, principalement, des pays industrialisés, lesquelles constituent un important complément aux travaux déjà réalisés sur le développement psychosocial des adolescentes. Bien qu'il existe des variations individuelles, locales et culturelles considérables, les similitudes que l'on retrouve dans les différentes cultures nous permettent de commencer à bâtir des théories spécifiques, propre à chaque sexe, du développement psychosocial des adolescents de sexe masculin.

Il est important de garder à l'esprit les variations culturelles du concept d'adolescence. Il existe de considérables différences culturelles et urbaines/rurales selon que le passage de l'enfance à l'âge adulte est



plutôt court et direct ou qu'il est long (comme dans de nombreuses sociétés occidentales contemporaines) et fréquemment caractérisé par une scolarité prolongée et des attentes de rôle contradictoires, pour donner quelques exemples de traits communs. Malgré des différences culturelles et contextuelles, il existe un consensus général selon lequel l'adolescence implique, outre les nouvelles capacités de procréation :

1. une augmentation des facultés cognitives, d'où des préoccupations au sujet des nouveaux rôles et de la nouvelle identité ;
2. de plus fortes attentes sociales visant à ce que le jeune contribue aux revenus, à l'entretien et à la production de la famille ;
3. des attentes sociales visant à ce que le jeune acquière une plus grande indépendance économique vis-à-vis de la famille d'origine et / ou forme une nouvelle cellule familiale.

Gardant à l'esprit ces variations culturelles du concept d'adolescent, les chercheurs qui se penchent actuellement sur le développement psychosocial des garçons ont conclu qu'au cours de leur développement psychosocial les garçons traversent différentes périodes potentiellement critiques et qu'ils ont leurs propres vulnérabilités, bien que sur le plan psychologique, au cours de l'adolescence, ils puissent parfois apparaître moins vulnérables que les filles et aient la réputation de l'être.

Des travaux récents et plus ciblés consacrés aux garçons adolescents montrent qu'au delà de leurs silences coutumiers, de leurs «pitreries» et de leur indifférence feinte, les garçons affrontent leur lot de problèmes au cours de leur adolescence, problèmes qui ont souvent été méconnus ou parfois mal diagnostiqués.

La recherche sur le développement psychosocial des garçons répète également comme un leitmotiv que les débats des hommes sur leur identité et leurs rôles continuent à être limités alors que 20 ans de recherches et d'élaboration de politiques ont élargi les options et les rôles des femmes dans certaines parties du monde. Partout dans le monde les garçons déclarent être soumis à une double pression : se comporter comme de «vrais hommes» tels qu'on les définit traditionnellement et se montrer plus respectueux et plus affectueux dans leurs relations avec les jeunes femmes.

Les chercheurs qui se penchent actuellement sur le développement psychosocial des garçons ont conclu qu'au cours de leur développement psychosocial les garçons traversent différentes périodes potentiellement critiques et qu'ils ont leurs propres vulnérabilités, bien que sur le plan psychologique, au cours de l'adolescence, ils puissent parfois apparaître moins vulnérables que les filles et aient la réputation de l'être.

Après avoir examiné les modes normatifs de développement des garçons dans des contextes occidentaux, divers chercheurs estiment que les garçons traversent des moments difficiles entre 5 et 7 ans, lorsqu'ils entrent à l'école primaire classique et sont obligés d'apprendre à rester assis tranquillement, à passer du temps sur une tâche et à fonctionner dans des systèmes éducatifs qui, à certains égards, sont davantage en adéquation avec les modes de socialisation globaux des filles (Pollack 1998 ; Figueroa, 1977). En même temps, le fait d'entrer dans le système scolaire classique signifie fréquemment plus de contacts avec des pairs masculins et avec la «culture de la cruauté» que les garçons peuvent perpétuer. Certains comportements et actions considérés comme «féminins» peuvent susciter de sévères critiques de la part du groupe social, entre autres l'utilisation de stéréotypes sur l'homosexualité. Aux États-Unis, un chercheur estime que le moment où les garçons entrent à l'école et le début de l'adolescence constituent deux périodes au cours desquelles il est fait pression sur les garçons pour qu'ils deviennent autonomes et se détachent du soutien de leur famille avant d'y être nécessairement prêts (Pollack, 1998).

Pendant leur adolescence, les garçons sont souvent soumis à une pression permanente exercée par leurs pairs de sexe masculin, au sein duquel les expériences sexuelles sont parfois considérées comme des exploits ou une démonstration de compétence en non comme l'expression de l'intimité et de relations étroites (Marsiglio, 1988). En fin d'adolescence, les garçons sont souvent encouragés à se distancier davantage de leurs parents. Il se peut qu'en réalité ils souhaiteraient avoir des liens plus étroits avec leurs parents ou avec d'autres adultes, mais ils se trouvent dans l'impossibilité d'exprimer leur souhait en raison des sanctions sociales qui frappent les garçons lorsqu'ils expriment leurs besoins affectifs et leur vulnérabilité (Paterson, Field et Pryor, 1994 ; Pollack, 1998).



Les garçons et la formation de l'identité de genre

Les nouvelles perspectives sur les adolescent de sexe masculin présentées ici reprennent et développent les recherches et les théories déjà publiées sur la construction de l'identité de genre et la socialisation sexuée au cours de la petite enfance. De nombreux psychologues du développement estiment que les aspects fondamentaux de l'identité de genre sont liés aux toutes premières expériences de l'enfant lorsque celui-ci fait l'objet de soins et à la personne qui dispense ces soins. Selon ces théories, le rôle fondamental des premières étapes du développement de l'identité de genre chez les garçons est de développer une identité de genre distincte de la mère et de parvenir ainsi à une séparation normative d'avec la mère plus marquée que chez les filles. A ce stade de la séparation d'avec la personne avec qui s'est nouée la relation d'attachement primaire (généralement la mère), le garçon doit parvenir à la séparation et à l'individuation, et définir publiquement son identité de genre (Gilmore, 1990 ; Chodorov, 1978).

Selon cette théorie, les garçons deviennent non-affectifs. Pour construire une identité différente de celle de leur mère - essentiellement anti- ou non-maternelle - ils rejettent fréquemment les caractéristiques féminines, c'est-à-dire les manifestations d'émotions et l'affection (Chodorov, 1978 ; Gilmore, 1990). En outre, comme il est fait pression sur eux pour qu'ils se définissent dans l'espace public en tant que des personnes de sexe masculin et parce que leurs modèles masculins sont souvent lointains, les garçons accentuent parfois leur masculinité afin de bien faire comprendre dans leur environnement social qu'ils sont réellement de «vrais garçons» (Pollack, 1995 ; Chodorov, 1978). En résumé, de nombreux chercheurs et théoriciens estiment que les filles se définissent davantage par rapport aux autres parce que l'intense attachement des filles pour leur mère dure plus longtemps (Gilligan, 1982 ; Chodorov, 1978). Plusieurs chercheurs affirment que ces comportements acquis au cours de la petite enfance ont des ramifications cliniques pour les hommes : ceux-ci ont des problèmes à parvenir à l'intimité et à exprimer des émotions (autres que la colère), ils souffrent de dépression «masquée» due à des besoins affectifs insatisfaits remontant à la petite enfance. Ces états dépressifs peuvent se traduire par l'alcoolisme, un comportement violent et un caractère coléreux (Levant et Pollack, 1995 ; Real, 1997).

Les cultures et les parents, presque universellement, encouragent chez les garçons et les hommes une masculinité orientée vers la réussite et vers l'extérieur (Gilmore, 1990). Cette virilité orientée vers la réussite est spécifiquement construite de manière à ce que les garçons atteignent les objectifs fixés par la

société : pourvoir aux besoins et protéger. Dans de nombreuses cultures, les jeunes garçons sont socialisés de manière à devenir agressifs et compétitifs - traits de caractère utiles pour permettre au garçon de remplir sa mission : pourvoir aux besoins et protéger. Les filles en revanche sont socialisées de façon à être non violentes et parfois à accepter la violence masculine (Archer, 1984). En outre, les garçons sont parfois élevés dans l'adhésion à des codes rigides «de l'honneur» et de «la bravade» ou du courage feint, qui les oblige à entrer en compétition, à combattre et à faire usage de la violence, parfois pour des querelles mineures, dans le seul but de prouver qu'ils sont de «vrais hommes» (Archer, 1994).

À la fin de l'enfance et pendant l'adolescence, les garçons sont parfois davantage susceptibles d'accepter les versions traditionnelles de la virilité, et ainsi de manifester un comportement «machiste» et un sens exagéré de la masculinité. Les filles, toutefois, ont tendance à contester les normes traditionnelles pour chaque sexe (Erulkar et al. 1998). Ainsi, pour les filles, la contestation des normes de l'identité de genre peut s'exprimer par une remise en question des limites qu'elles se voient imposer lorsqu'elles atteignent la puberté, alors que, pour les garçons, cette contestation peut se traduire par la tentative de prouver qu'ils sont des «hommes» dans leur environnement social, tout en cherchant à créer des situations d'intimité et des relations étroites dans leur contextes privés. Certains chercheurs estiment qu'il existe un modèle normatif du développement de l'identité de genre selon lequel les garçons adolescents traversent une période de virilité exagérée, mais deviennent ensuite, à l'âge adulte, plus progressistes et plus souples en matière d'identité de genre (Archer, 1984). Toutefois, d'autres chercheurs, se plaçant dans la perspective de la durée de la vie, suggèrent que le chômage ou les changements sociaux (par exemple les nouveaux rôles des femmes dans de nombreuses sociétés) peuvent menacer la manière dont certains hommes conçoivent les masculinités et les amener à des conceptions plus rigides des rôles de chaque sexe, et même à la violence au sein de la famille. Ainsi, certains hommes peuvent, au cours de la vie, devenir plus souples vis-à-vis des rôles de chaque sexe alors que d'autres peuvent avoir un point de vue situationnel sur les rôles de chaque sexe. Les recherches dans la perspectives de la durée de la vie doivent être poursuivies afin de nous permettre de mieux comprendre les tendances et les éventuelles évolutions de la vision qu'ont les hommes de leurs rôles.

Est-il possible de modifier la manière dont les garçons sont socialisés ? En premier lieu, il est important d'affirmer que toutes les formes traditionnelles d'éducation des garçons et toutes les visions de la virilité ne sont pas négatives et que les garçons ne sont pas



tous socialisés selon les stéréotypes présentés dans certaines recherches. Les recherches semblent indiquer que le père et d'autres membres masculins de la famille jouent un rôle important dans l'éducation de garçons plus souples dans leur conception de la masculinité. Mais tous les membres de la famille jouent un rôle important dans la socialisation des garçons. Il se peut que la mère et les autres membres féminins de la famille renforcent sans le vouloir les visions traditionnelles de la masculinité en ne demandant pas aux garçons de participer aux tâches ménagères et en les encourageant à refouler leurs émotions ou à ne pas se plaindre au sujet de leurs besoins de santé. La mère, le père, d'autres membres de la famille, les enseignants et d'autres adultes qui ont des interactions avec les jeunes s'inquiètent souvent plus des filles pendant la puberté, convaincus que les garçons sont capables de s'en sortir sans conseils. Les recherches ont montré que lorsque les garçons ont des interactions avec des adultes et des pairs qui renforcent les visions non traditionnelles de l'identité de genre - par exemple des hommes qui s'occupent des enfants ou qui participent aux travaux ménagers, ou des femmes occupant des fonctions de direction - ils sont davantage susceptibles d'être souples dans leur vision des rôles de chaque sexe (Pollack, 1998 ; Barker et Loewenstein, 1997).

Des études menées dans de nombreuses parties du monde concluent que les garçons passent généralement plus de temps sans surveillance dans la rue ou hors de chez eux que les filles. Le temps passé à l'extérieur du domicile comporte à la fois des avantages et des risques pour les garçons adolescents.

Socialisation à l'extérieur du domicile et le groupe des pairs de sexe masculin

Des études menées dans de nombreuses parties du monde concluent que très tôt les garçons passent généralement plus de temps sans surveillance dans la rue ou hors de chez eux que les filles et qu'ils participent davantage que les filles à une activité économique à l'extérieur du domicile (Evans, 1997 ; Bursik et Grasmick, 1995 ; Emler et Reicher, 1995). Pendant l'adolescence, le temps que les garçons adolescents passent hors de chez eux augmente encore. En Amérique latine par exemple, une partie importante de la population économiquement active est âgée de 15 à 19 ans. Bien que les femmes soient en augmentation dans la population active alors que le nombre d'hommes y est en baisse, la proportion d'hommes continue à être notablement plus élevée. En Équateur, par exemple, dans les familles à bas revenu étudiées, 44 pour cent des garçons et 19 pour

cent des filles exerçaient une activité rémunérée. Dans cinq études de pays en développement, les filles étaient davantage susceptibles de travailler à la maison alors que, pour les garçons, la probabilité de travailler à l'extérieur était beaucoup plus élevée (Kurz et Johnson-Welch, 1995). En Égypte, un tiers des adolescents travaillaient, mais un garçon sur deux participe à une activité économique à l'extérieur du domicile contre une fille sur six. Par ailleurs, 48 pour cent des garçons étaient sortis avec des amis le jour précédent l'enquête contre 12 pour cent des filles (Population Council, 1999).

Le temps passé à l'extérieur du domicile comporte à la fois des avantages et des risques pour les garçons adolescents. Si la liberté d'aller et de venir est généralement un atout et fournit aux garçons la possibilité d'acquérir des compétences sociales et professionnelles utiles à leur développement, elle comporte aussi des risques et a un coût. Le risque principal est lié aux types de comportement et de socialisation encouragés par les pairs de sexe masculin. Ces pairs encouragent parfois des comportements dangereux pour la santé tels que l'usage de substances ou incitent à adopter des comportements masculins restrictifs traditionnels tels que la répression des émotions.

En raison du peu de temps passé à l'extérieur, dans de nombreux contextes culturels les modèles des filles (mères, soeurs, tantes, et autres femmes adultes) sont physiquement plus proches et peut-être plus visibles pour les filles, alors que, pour les garçons les modèles du même sexe sont souvent éloignés physiquement et sur le plan affectif. Certains chercheurs estiment de ce fait que c'est au sein du groupe des pairs masculins que les jeunes gens «mettent à l'essai et répètent leurs rôles machistes» et que ce sont les pairs masculins du groupe de rue qui jugent quels actions et comportements sont dignes d'être considérés «virils» (Mosher et Tomkins, 1988). Cependant, les versions de la virilité qui sont parfois encouragées par les pairs masculins peuvent être homophobes, dures dans leurs attitudes envers les femmes et favorables à la violence comme moyen de prouver sa virilité et de résoudre les conflits.

Bien que le groupe des pairs masculins ne soient pas la cause des attitudes agressives masculines ou des attitudes sexistes, il existe une corrélation entre une fréquentation élevée de pairs d'un groupe de rue manifestant un comportement d'opposition, et les difficultés scolaires, l'abus de substances, les comportements de prise de risques en général, la délinquance et la violence (Archer, 1994 ; Earls, 1991 ; Elliott, 1994). En outre, si le groupe de pairs masculins est souvent étudié pour les influences négatives qu'il a sur les garçons, il existe également des exemples de



groupes de pairs masculins exerçant sur les garçons des influences positives et prosociales. Le groupe de pairs masculins positifs peut remplir plusieurs fonctions importantes : 1. il donne un sentiment d'appartenance à un moment où les garçons recherchent ou sont encouragés à rechercher leur indépendance 2. il permet d'atténuer un sentiment d'échec que certains garçons à bas revenu peuvent avoir ressenti dans le cadre scolaire 3. il fournit aux garçons des modèles d'identité masculine parfois absents dans certains foyers.

Il est intéressant de noter que selon certains chercheurs cette socialisation différentielle - les filles proches du foyer et des modèles féminins et les garçons à l'extérieur du domicile - entraîne aussi des différences de types de développement cognitif ou «d'intelligence» chez les filles et chez les garçons. Invariablement, les femmes ont une plus grande aptitude à lire les émotions et une plus grande aptitude à décoder les messages non verbaux (Manstead, 1998). Certains chercheurs suggèrent que les filles développent plus «d'empathie affective» - aptitude à «lire» et comprendre les émotions humaines - alors que les garçons développent plus «d'empathie pour l'action» - aptitude à «lire» et interpréter l'action et le mouvement (Pollack, 1998).

Les garçons et les résultats scolaires

Les données nouvellement disponibles sur les résultats scolaires et la scolarisation semblent indiquer que les garçons rencontrent des problèmes particuliers pour finir leur enseignement scolaire. En 1994, lors d'une réunion de l'UNICEF, des chercheurs des Caraïbes, d'Amérique du Nord, de certaines parties d'Asie du Sud et de certaines zones urbaines d'Amérique latine ont signalé que dans plusieurs pays de ces régions, les jeunes gens représentent actuellement moins de 50 pour cent des effectifs des écoles secondaires (Engle, 1994). Alors que les filles sont encore couramment défavorisées dans le domaine de l'éducation, dans de nombreuses régions - particulièrement en Asie du Sud, en Afrique et dans certaines régions rurales d'Amérique latine - dans d'autres régions les filles sont nettement moins défavorisées qu'elles ne l'étaient et les inégalités en matière d'éducation dues aux conditions socio-économiques sont plus répandues que les déséquilibres liés au sexe dans la scolarisation et les résultats obtenus (Knodel et Jones, 1996). Là où les obstacles structurels empêchant les filles d'avoir accès à l'enseignement scolaire ont été surmontés, on constate de plus en plus que les garçons rencontrent des problèmes d'éducation spécifiques à leur sexe.

Dans toute l'Europe occidentale (à l'exception de l'Autriche et de la Suisse) les filles ont actuellement de meilleurs résultats que les garçons aux examens,

Des données sur les résultats scolaires en Europe occidentale, Australie, Amérique du Nord, certaines parties d'Amérique latine et des Caraïbes semblent indiquer que là où les obstacles structurels empêchant les filles d'avoir accès à l'enseignement scolaire ont été surmontés, les garçons rencontrent des problèmes d'éducation spécifiques à leur sexe.

elles sont plus nombreuses à terminer leurs études secondaires et davantage susceptibles d'aller à l'université que les garçons (Economist, 1996 ; Pedersen, 1996). Aux États-Unis, sur le plan national, les chiffres indiquent que les garçons obtiennent de meilleurs résultats aux tests de niveaux nationaux en mathématique et en science, mais que les filles obtiennent de meilleurs résultats en expression écrite et en lecture, compétences indiscutablement les plus importantes pour réussir des études (Ravitch, 1996). Dans de nombreux pays industrialisés, dans les zones urbaines où vivent des groupes sociaux à faible revenu, les différences entre les résultats scolaires des filles et des garçons sont encore plus marquées. Au Brésil, depuis 1995, 95,3 pour cent des jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans savent lire et écrire, contre 90, 6 pour cent des jeunes gens. En outre, 42,8 pour cent des filles de cette tranche d'âge suivent des études contre 38, 9 pour cent des garçons. Les garçons sont également davantage susceptibles de redoubler (Saboia, 1998). On explique le plus fréquemment le taux de scolarisation moins élevé et les moins bons résultats scolaires des garçons par le fait que les garçons commencent très jeunes à travailler à l'extérieur et que leur travail peut perturber le travail scolaire.

De même, aux Philippines, à l'âge de 19 ans, les filles ont en moyenne fait 10 ans d'études contre 8 ans pour les garçons. Les filles passent également plus de temps chaque semaine à l'école. Comme dans le cas du Brésil, les chercheurs ont émis l'hypothèse que les garçons étaient obligés de quitter l'école pour travailler, mais les informateurs estimaient que le taux d'abandon scolaire plus élevé chez les garçons que chez les filles s'expliquait par des problèmes de différences entre garçons et filles que l'environnement scolaire fait ressortir, à savoir que les modèles de comportement des filles étaient davantage en adéquation avec les normes scolaires (Kurz et Johnson-Welch, 1995). Il est important de noter que, dans le cas des garçons, le fait d'abandonner l'école pour aller travailler n'est pas toujours perçu de façon négative. Dans certaines parties du Nigeria, la coutume veut que les garçons mettent fin à leur scolarité vers l'âge de 13 ans pour devenir des apprentis très appréciés auprès de maîtres artisans. Il y a de ce fait une majorité de femmes à l'université.



Dans certaines parties de l'Amérique du Nord, des Caraïbes, de l'Australie et de l'Europe occidentale, les chercheurs tentent maintenant de savoir quels facteurs spécifiques entravent la réussite scolaire des garçons - et en particulier les garçons de familles à bas revenu. Ces recherches portent sur un certain nombre d'hypothèses, entre autres la possibilité que la socialisation au foyer pour les filles favorise des habitudes d'étude positives, et que l'environnement scolaire soit plus propice aux manières «féminines» de penser et d'entrer en interaction. A la Jamaïque, où les filles ont de meilleurs résultats scolaires que les garçons dans l'enseignement secondaire et supérieur, les garçons ont généralement appris au cours de leur socialisation qu'ils peuvent aller librement où bon leur semble alors que les filles sont obligées de rester à la maison. Il en résulte que les filles apprennent souvent à se concentrer sur une tâche, à rester assises tranquillement pendant plus longtemps et à entrer plus facilement en interaction avec des figures d'autorité féminines. Les recherches menées en Amérique du Nord et dans les Caraïbes sur les garçons issus de familles à bas revenu semblent indiquer que les enseignants (majoritairement des femmes à l'école primaire) ont parfois des images stéréotypées des garçons, à l'origine de prédictions qui se réalisent : les enseignants pensent que les garçons vont se comporter d'une certaine façon, et les garçons se comportent selon les attentes (Figueroa, 1997; Taylor, 1991). Les recherches qualitatives examinent aussi la dynamique des relations hommes/femmes dans les zones urbaines où vivent des groupes sociaux économiquement faibles, où les pairs de sexe masculin peuvent avoir une attitude ambivalente en ce qui concerne le fait de terminer ses études, et où le système scolaire exclut les enfants et les jeunes qui ne se conforment pas à ses modes d'autorité et d'interaction - dans la plupart des cas, les enfants exclus sont davantage susceptibles d'être des garçons.

En Europe occidentale, en Australie, en Amérique du Nord, dans les Caraïbes et dans certaines parties d'Amérique latine des chercheurs examinent également les difficultés d'apprentissage qui peuvent gêner les garçons et affecter leurs résultats scolaires, entre autres les troubles déficitaires de l'attention (Attention Deficit Hyperactive Disorder/ ADHD), également appelés hyperactivité ou trouble de l'attention, plus répandus chez les garçons que chez les filles (Pollack 1998). On signale également chez les garçons des taux plus élevés de problèmes de conduite au sein de l'école, facteur associé à de moins bons résultats scolaires (Stormont-Spurgin et Zentall, 1995 ; Pollack 1998). Les garçons proches par leur comportement des stéréotypes «masculins» ont les taux les plus élevés de comportement d'extériorisation et de problèmes de conduite, lesquels sont à leur tour

associés à des taux plus élevés de difficultés scolaires (Sivern et Katz, 1986).

Bien que ces recherches sur les expériences des garçons dans le système scolaire soient encore loin d'avoir abouti à des conclusions définitives, un certain nombre de questions s'imposent. L'une d'entre elle concerne le coût des répercussions du comportement d'opposition et d'agression des jeunes garçons sur leurs premiers résultats scolaires. Au niveau de l'école primaire, il existe dans l'enseignement divers mécanismes pour gérer le problème des garçons désobéissants, difficiles ou agressifs ou de ceux dont les résultats sont insuffisants : il est possible de placer les garçons dans des classes spécialisées, de les faire redoubler ou de les classer dans la catégorie d'enfants souffrant de difficultés spécifiques, le plus souvent de troubles de l'attention ou ADHD. S'il est vrai que certains garçons ont une prédisposition neurologique qui justifie l'usage du terme et le traitement utilisé pour l'ADHD, certains chercheurs et commentateurs ont mis en cause la tendance actuelle dans certains contextes occidentaux à diagnostiquer cette maladie, parfois avec trop de zèle (Mariani, 1995; Pollack, 1998). Les chercheurs ont confirmé qu'il existait un lien entre, d'une part, les problèmes de conduite et l'ADHD manifestés dès le jeune âge et, d'autre part, les actes de délinquance et les problèmes scolaires ultérieurs (Moffitt, 1990 Cairns et Cairns, 1994). Il n'est toutefois pas clairement établi si ces garçons ont des problèmes de tempérament d'origine biologique qui les prédisposent à l'ADHD et à manifester un comportement agressif, ou si le fait d'être placé dans la catégorie des garçons «à problème» ou délinquants provoque chez ces garçons des comportements de délinquance et des difficultés scolaires.

La réussite scolaire des garçons a des effets considérables sur leur développement individuel et sur leur santé. Des recherches nord américaines ont montré que les résultats scolaires ainsi que la qualité des «rapports» avec l'école constituent des facteurs de protection contre les comportements à risque en matière de santé. Les jeunes qui ont de meilleurs résultats scolaires et qui sont attachés à leur établissement manifestent moins de comportements à risque - entre autres ils consomment moins de substances, ont une activité sexuelle moins souvent non protégée et moins précoce et ont moins de pensées suicidaires (Resnick et al., 1997).

Les garçons et le comportement en matière de demande d'aide et de soins de santé

La pression exercée sur les garçons pour que ceux-ci adhèrent aux normes stéréotypées de la masculinité a des conséquences directes sur la santé



mentale et générale des hommes, sur leurs comportements en matière de recherche d'aide et de soins de santé et sur leurs comportements à risque. Une enquête nationale menée aux États-Unis sur les garçons adolescents âgés de 15 à 19 ans a montré que leurs convictions au sujet de la virilité constituaient la variable la plus importante dans les comportements de prise de risque ; les jeunes gens qui adhéraient aux idées traditionnelles de la virilité étaient davantage susceptibles de mentionner la prise de substances, la violence, la délinquance et les pratiques sexuelles non protégées (Courtenay, 1998). Pleck (1995) affirme que le fait d'enfreindre les normes relatives à son sexe a des effets considérables sur la santé mentale des hommes - exposés au ridicule, à la pression familiale et aux sanctions sociales - et qu'un pourcentage élevé d'hommes souffrent de stress dû à ce qu'ils ne parviennent pas à vivre selon les normes de «la vraie virilité». O'Neill, Good et Holmes (1995) estiment que la version de la virilité qu'encouragent de nombreuses sociétés est à l'origine de six caractéristiques fréquemment observées chez les hommes : affectivité restreinte ; autorité, pouvoir et compétition socialisés ; homophobie ; comportement sexuel et affectueux restreint ; obsession de la réussite et du succès ; problèmes de santé. Dans les contextes où ils se sentent à l'aise pour exprimer de tels sentiments - généralement hors du groupe traditionnel de pairs de sexe masculin - certains jeunes gens savent exprimer leurs frustrations devant des modèles rigides de socialisation sexuée, tout comme les filles ont exprimé leurs frustrations au sujet des modèles normatifs propres à leur sexe (Pollack, 1998 ; Barker et Loewenstein, 1997 ; Gilligan, 1982).

Les recherches confirment que les garçons tendent à faire moins souvent que les filles appel à des services de santé lorsqu'ils en ont besoin et qu'ils tendent à être moins à l'écoute de leurs besoins de santé. En Thaïlande, une étude a montré que dans les zones urbaines les adolescentes étaient davantage susceptibles que les garçons de signaler qu'elles avaient demandé des soins médicaux au cours du mois précédant l'enquête. Cependant, un nombre à peu près égal de jeunes gens et de jeunes filles ont signalé avoir acheté des médicaments pour eux-mêmes au cours du mois précédant l'enquête, ce qui semble indiquer que les garçons et les filles sont confrontés à des taux pratiquement équivalents de problèmes de santé (Podhisita et Pattaravanich, 1998). Au Kenya, selon une étude, la tendance à avoir fait appel à des services de santé était légèrement plus forte chez filles (52 pour cent contre 47 pour cent chez les garçons) (Erulkar et al., 1998). A la Jamaïque, une enquête nationale sur les jeunes de 15 à 24 ans a montré que chez les jeunes femmes la probabilité de parler à des personnels de services de santé de sujets concernant la préparation à la vie familiale était plus de deux fois plus élevée que

chez les jeunes gens (29,8 pour cent contre 13 pour cent) (National Family Planning Board, 1999). Aux États-Unis, selon une enquête à l'échelle nationale sur les garçons de 11 à 18 ans, lorsque les garçons entrent à l'école secondaire, plus d'un sur cinq déclarent qu'à une occasion au moins ils n'ont pas demandé les soins de santé dont ils avaient besoin. Ils invoquent comme principale raison le fait de ne pas avoir voulu parler de leur problème à qui que ce soit (28 pour cent), suivi du coût des soins et de l'absence d'assurance-maladie (25 pour cent) (Schoen et al., 1998). Parmi d'autres renseignements anecdotiques, on relève que les jeunes gens se heurtent parfois à une attitude hostile de la part des cliniques, qu'ils perçoivent les centres de santé maternelle et infantile et les centres de santé reproductive comme des espaces «féminins» et qu'on leur refuse même parfois l'accès à ces centres (Armstrong, 1998 ; Green, 1997). Dans une étude ghanéenne, des jeunes gens ont déclaré qu'on les renvoyait parfois des centres de santé reproductive en raison de leur âge, d'autres ont signalé qu'ils se sentaient mal à l'aise avec du personnel féminin (Koster, 1998). En effet, s'il existe des professionnels de la santé, tels que les gynécologues, spécialisés dans le travail avec les adolescentes et les femmes, il n'existe pour les adolescents et les hommes adultes aucun professionnel spécialisé de ce type.

Comment pourrait-on inciter les garçons à davantage utiliser les services de santé disponibles ? Lorsque la question leur est posée, les garçons répondent souvent qu'en matière de services de santé, leurs attentes recourent en grande partie celles des jeunes femmes : ils souhaitent des services de bonne qualité à un prix accessible, le respect de la vie privée, des personnels ouverts à leurs besoins, la confidentialité, la possibilité de poser des questions et un temps d'attente réduit (Webb, 1997 ; Visite sur le site de CISTAC, Santa Cruz, Bolivie, 1998).

Les recherches semblent également indiquer qu'il existe un lien entre la socialisation sexuée et le comportement des garçons qui n'expriment que peu de demandes d'aide. La socialisation des garçons les pousse généralement à être autonomes et indépendants, à ne pas montrer leurs émotions, à ne pas se préoccuper de leur santé physique ou se plaindre et à ne pas rechercher d'aide dans les périodes de stress. En Allemagne, les recherches sur les garçons de 14 à 16 ans indiquent qu'en cas de problèmes 36 pour cent des garçons déclarent préférer être seuls et 11 pour cent n'avoient besoin d'aucun réconfort ; 50 pour cent se tournent vers leur mère et moins de 2 pour cent ont déclaré se tourner vers leur père (Lindau-Bank, 1996). Aux États-Unis, chez les jeunes à bas revenu, les filles apprennent plus fréquemment, et il leur est permis d'apprendre, à gérer la douleur et les émotions,



provoquées par les frustrations de la vie dans un environnement est violent où vivent des personnes économiquement faibles. (Nightingale, 1993). Les chercheurs ont conclu que la capacité à gérer et à exprimer le stress émotionnel de manière non-violente protège d'un certain nombre de problèmes de santé et de développement. Ainsi, les garçons sont désavantagés s'ils disposent de moins d'occasions d'exprimer les émotions liées à des situations difficiles et à des événements vitaux déclencheurs de stress et s'ils ne peuvent exprimer librement ces émotions (Cohler, 1087 ; Barker, 1998).

Les difficultés que rencontrent les garçons à demander de l'aide et à exprimer des émotions ont de graves conséquences pour leur santé mentale et leur développement. Les garçons qui travaillent ensemble en grand groupe ou passent leur temps hors du domicile ou du cadre scolaire ont peut-être aussi moins que les filles tendance à être reliés à des réseaux de solidarité organisés ou spontanés. Bien que la camaraderie masculine et les pairs puissent fournir un espace de socialisation et de cordialité, les occasions de discuter de besoins personnels et de préoccupations de santé y sont peut-être limitées.

Implications

Les études semblent indiquer que les différences biologiques manifestes entre les sexes ont une incidence plus limitée sur la santé et le développement des filles et des garçons que les différences dues au genre et à la socialisation.

En résumé, les études semblent indiquer que les différences biologiques entre les sexes ont une incidence plus limitée sur la santé et le développement des filles et des garçons que les différences dues au genre et à la socialisation. Les travaux font apparaître deux tendances clés dans la socialisation des garçons adolescents, lesquelles ont des incidences directes sur la santé et le bien-être des garçons:

1. incitation trop précoce à l'autonomie et répression des désirs de rapports affectifs
2. pression sociale visant à ce que le garçon se conforme à des rôles masculins rigidement définis. Dans certaines zones d'habitat des groupes sociaux à faible revenu, où il est plus difficile d'avoir accès à d'autres sources d'identité masculine telles que la réussite scolaire ou la stabilité de l'emploi, les jeunes gens ont parfois davantage tendance pour prouver leur virilité à adopter des postures exagérément

masculines comportant la conduite avec prise de risque, la violence ou les attitudes sexistes envers les femmes et la violence envers d'autres hommes.

Les implications de ces recherches:

Implications pour les programmes

- * Il est nécessaire de sensibiliser les personnels de santé et tous ceux qui travaillent avec les jeunes aux réalités et aux points de vue des garçons ainsi qu'à la manière d'encourager les garçons à s'adresser aux services de santé et à demander de l'aide lorsqu'ils en ont besoin. Dans le cadre de cette sensibilisation, les personnels de santé et autres personnels intervenant auprès des jeunes peuvent être incités à discuter de leurs éventuels stéréotypes relatifs aux garçons.
- * Il est nécessaire que les éducateurs sanitaires et autres personnels intervenant auprès des jeunes envisagent la création de nouveaux espaces où les garçons puissent discuter des événements normatifs déterminants du développement tels que la spermache, la puberté ainsi que d'autres questions.
- * Il est nécessaire de sensibiliser les enseignants et autres personnels d'éducation aux éventuels problèmes spécifiques au sexe que les garçons, en particulier ceux de familles à faible revenu, peuvent rencontrer à l'école.
- * Il est nécessaire d'adopter une approche créative en ce qui concerne la prestation de services de santé aux garçons adolescents, en tenant compte des souhaits exprimés : confidentialité, personnels ouverts à leurs besoins, salles d'attente accueillantes, heures d'ouvertures adaptées.
- * Il est nécessaire que les garçons, les parents, les communautés, les personnels de santé et d'éducation et les personnels intervenant auprès des jeunes soient incités à débattre librement des conceptions habituelles de la virilité, en prenant conscience des éléments positifs et négatifs des aspects traditionnels de la socialisation sexuée.



Implications pour la recherche

- * Il est nécessaire de poursuivre les travaux sur les attitudes des jeunes gens vis-à-vis des services de santé actuels afin de résoudre les problèmes d'accès à ces services et encourager les jeunes gens à s'adresser à eux.
 - * Il est nécessaire de poursuivre les recherches sur la socialisation sexuée et les résultats scolaires des garçons ainsi que sur les incidences des difficultés scolaires apparentes des garçons et sur leur santé mentale et leur bien-être.
 - * Il est nécessaire de poursuivre d'une part les recherches sur le manière dont les garçons sont socialisés dans divers contextes d'autre part les travaux qualitatifs incorporant «la voix des garçons» et leur interprétation du genre, de l'équité, de la masculinité, des rôles et des responsabilités.
- * Il est nécessaire de poursuivre les recherches sur l'évolution des masculinités et des rôles de chaque sexe ainsi que sur les perceptions de ces transformations par les garçons. Il nous faut mieux comprendre comment les garçons réagissent aux évolutions des rôles féminins et aux évolutions des rôles de chaque sexe de façon générale.
 - * Il est nécessaire de poursuivre les recherches sur les endroits où les garçons «traînent», sur la signification de l'usage qu'ils font de leur temps dans différents contextes, leurs réseaux sociaux et les implications de ces divers éléments sur leur développement et leur socialisation. Ces travaux devraient également examiner plus en détail la signification et l'incidence sur les garçons du fait qu'ils sont davantage socialisés hors du foyer.



santé mentale, ajustement, suicide et usage de substances

Dans le chapitre précédent, l'accent a été mis sur un certain nombre de problèmes de santé mentale liés à la socialisation sexuée, en particulier, pour les jeunes gens, le manque, réel et perçu, de possibilités de demander de l'aide pendant les moments de grande tension ; la tendance des garçons à ne pas parler de leurs émotions et de leurs problèmes personnels ; leurs difficultés à admettre leurs besoins de santé mentale et les fortes pressions exercées sur eux pour qu'ils adhèrent aux normes et rôles traditionnels de chaque sexe. À cette constellation de réactions courantes, chez les jeunes gens, à des situation de stress, il faut ajouter l'usage de substances, qu'il faut considérer comme une conduite à risque parfois utilisée comme moyen de prouver sa « virilité » ou de s'intégrer dans le groupe de pairs. De même, il existe pour le suicide des modes de comportement sexués issus des modes de socialisation masculine.

Il existe clairement des modes de comportement sexués dans la manière dont les jeunes gens réagissent aux événements vitaux stressants et traumatiques. Certains chercheurs estiment qu'habituellement les hommes réagissent moins bien, sont exposés à des risques plus élevés et sont moins susceptibles que les femmes de rechercher un soutien social lors d'événements vitaux stressants tels qu'un décès dans la famille ou le divorce (Manstead, 1998). Alors que l'extériorisation des émotions et du chagrin par les femmes lors d'événement vitaux stressants était traditionnellement considérée comme l'expression d'une fragilité mentale ou même comme les signes précurseurs de troubles de la santé mentale, actuellement, dans le domaine de la santé mentale, on estime que cette extériorisation des émotions est le signe d'une santé mentale positive (Manstead, 1998).

Divers travaux ont montré que dans les périodes de stress et les moments traumatiques, les garçons sont davantage susceptibles que les filles de réagir au stress par l'agression (soit envers les autres soit envers eux-mêmes), d'avoir recours à des stratégies comportant

l'exercice physique et le divertissement, et de nier l'existence du stress et les problèmes ou de n'en tenir aucun compte. Selon certains chercheurs, il y aurait même une relation entre, d'une part, le fait que les jeunes gens refusent plus que les filles d'admettre le stress et les problèmes et ont tendance à ne pas parler des problèmes et, d'autre part, le fait qu'un pourcentage plus élevés d'hommes fait usage de substances (Frydenberg, 1997).

Les adolescentes, en revanche, font plus fréquemment appel à des amis et tiennent compte de leurs besoins de santé dus au stress. Les garçons ont moins tendance à admettre qu'ils ne parviennent pas à faire face pendant les moments de grande tension, alors que les filles sont probablement davantage en mesure d'exprimer leurs difficultés à faire face, sans doute parce qu'elles sont davantage disposées à exprimer l'impuissance et la peur (Frydenberg, 1977). Cependant, il est important de souligner que si les filles sont parfois davantage susceptibles que les garçons à verbaliser leur stress, il leur arrive également d'intérioriser ces sentiments sous forme de troubles de la nutrition et de douleurs variées, problèmes rarement signalés par les garçons ou rencontrés chez eux. Ainsi, lorsque nous avançons que les garçons et les filles réagissent au stress selon des modalités différentes, nous ne sous-entendons pas qu'un des deux sexes est en réalité soumis à un niveau de stress plus élevé.

Suicide

Ces comportements sexués d'ajustement au stress se relèvent également dans les différences entre les sexes en ce qui concerne le suicide. Le suicide est l'une des trois premières causes de décès des adolescents, et les taux de suicide chez les adolescents augmentent plus vite que pour n'importe quel autre groupe d'âge. À l'échelle mondiale, entre 100 000 et 200.000 jeunes se suicident annuellement, et il est possible que ce chiffre soit quarante fois plus élevé pour les tentatives de suicide des adolescents (Programme OMS de santé et de développement de l'adolescent, 1998). La désagrégation des données par sexe fait ressortir que trois fois plus de femmes que d'hommes font des tentatives de suicide, mais que le suicide est trois fois plus élevé chez les hommes. (OMS, 1998) (Il existe des exceptions comme la Chine ou l'Inde, où les taux de suicide des femmes sont plus élevés. Il faut également mentionner que, à l'échelle mondiale, les taux de suicide déclarés sont inférieurs à la réalité parce que les suicides sont souvent classés comme accidents ou tout simplement ne figurent dans aucun classement).

Dans les périodes de stress et les moments traumatiques, les garçons sont davantage susceptibles de réagir au stress par l'agression (soit envers les autres soit envers eux-mêmes), d'avoir recours à des stratégies comportant l'exercice physique et le divertissement, et de nier l'existence du stress et les problèmes ou de n'en tenir aucun compte.



Aux États-Unis, où le suicide constitue actuellement la troisième cause de décès chez les jeunes de 15 à 24 ans, le risque de suicide est quatre fois plus élevé chez les garçons que chez les filles, bien que les filles fassent plus de tentatives de suicide (Goldberg, 1998 ; National Center for Injury Prevention and Control, 1998). En outre, les taux de suicide pour les filles et pour les garçons sont identiques jusqu'à l'âge de 9 ans. Entre 10 et 14 ans les garçons se suicident deux fois plus que les filles, entre 15 et 19 ans, quatre fois plus, et entre 20 et 24 ans six fois plus que les filles (United States Bureau of Health and Human Services, 1991).

Le suicide est l'une des trois premières causes de décès des adolescents, et les taux de suicide chez les adolescents augmentent plus vite que pour n'importe quel autre groupe d'âge. A l'échelle mondiale, trois fois plus de femmes que d'hommes font des tentatives de suicide, mais que le suicide est trois fois plus élevé chez les hommes.

Les filles sont davantage susceptibles de faire une tentative de suicide, mais la probabilité que l'acte aboutisse à la mort est moins élevée que chez les garçons. Parce que la tentative de suicide constitue parfois pour certaines femmes une manière d'attirer l'attention, les femmes choisissent parfois des méthodes délibérément inefficaces (Correspondance personnelle, Benno de Keijzer, 1999). Il est possible en revanche que les hommes choisissent des méthodes de suicide efficaces et irréversibles parce que les normes dominantes spécifiques au sexe ne leur permettent pas de rechercher de l'aide pour leur stress personnel. Pour les jeunes gens, il se peut donc que le suicide ne soit pas un appel à l'aide, mais une manière de mettre fin efficacement et de manière irréversible à leur souffrance.

Toutefois, la question de la différence entre les sexes en matière de suicide doit être examinée avec prudence. Les recherches sur le suicide n'établissent pas de façon suffisamment claire si lors de leurs tentatives de suicide et du choix des méthodes généralement employées, les filles ont l'intention ou non de commettre un acte irréversible. Il est possible que les adolescents et les adolescentes souhaitent mettre fin à leurs souffrances lorsqu'ils tentent de se suicider, mais que les garçons aient plus facilement accès à des moyens efficaces et immédiats tels que les armes à feu, ou que les garçons aient une plus forte tendance à l'agression et aux prises de risque et qu'ils puissent donc passer à l'acte plus rapidement que les filles lorsqu'ils ont des pensées suicidaires.

Dans certains pays, les jeunes bisexuels ou homosexuels – hommes et femmes – constituent un important groupe à risque en ce qui concerne le comportement suicidaire. Des travaux ont montré que de 20 à 42 pour cent des jeunes homosexuels font des tentatives de suicide, en majorité entre 15 et 17 ans. Bien qu'il soit difficile d'évaluer si de telles enquêtes sont véritablement représentatives, les faits montrent que les jeunes qui se reconnaissent comme homosexuels ont des taux de conduites suicidaires probablement plus élevés, mais qu'ils ne se donnent pas nécessairement la mort. Des études comparatives entre les jeunes homosexuels et hétérosexuels en Australie n'ont pas fait apparaître de différences notables entre les taux de dépression, mais les jeunes homosexuels ont plus fréquemment signalé les pensées suicidaires. Un quart des jeunes homosexuels qui avaient fait une tentative de suicide ont déclaré que leur orientation sexuelle constituait au moins en partie la raison pour laquelle ils avaient tenté de se suicider. Globalement, 28,1 pour cent des jeunes homosexuels avaient tenté de se suicider contre 7,4 pour cent des jeunes hétérosexuels (Nicholas et Howard, 1998). De même, 30 pour cent de tous les hommes homosexuels et bisexuels interrogés dans le cadre de l'enquête menée aux États-Unis avaient au moins une fois tenté de se suicider (American Academy of Pediatrics, 1993).

Il est également important de noter qu'en Australie, aux États-Unis et en Nouvelle-Zélande, le suicide était autrefois plus courant parmi les garçons adolescents d'origine européenne, mais qu'actuellement le pourcentage de suicide est équivalent ou plus élevé parmi les minorités et les populations autochtones (Afro-américains et Amérindiens aux États-Unis, Aborigènes et habitants du Détroit de Torrès en Australie, et Maori et habitants des îles du Pacifique en Nouvelle-Zélande). Selon les témoignages, dans le Pacifique Sud, un nombre croissant de grands adolescents de sexe masculin se suicident par pendaison, en sautant dans le vide ou à l'aide d'armes à feu (Correspondance personnelle, John Howard, 1998).

Usage de substances

Le sexe a également une influence sur les taux de substances dont les jeunes font usage. Bien que souvent les statistiques de soient pas désagrégées par sexe, on sait que les garçons ont davantage que les filles tendance à fumer, consommer de l'alcool et prendre des drogues. Actuellement, environ 300 millions de jeunes fument et 150 millions décèderont ultérieurement à l'âge adulte de causes liées à l'usage du tabac. Dans la plupart des pays en développement, les garçons fument davantage que les filles – toutefois,



le tabagisme augmente plus rapidement chez les filles (Programme OMS de santé et de développement de l'adolescent, 1998).

On relève des tendances semblables pour d'autres substances. En Équateur, 80 pour cent des usagers de narcotiques sont des hommes, la majorité d'entre eux en fin d'adolescence ou âgés d'une vingtaine d'années (PNUCID et CONSEP, 1996). A la Jamaïque, selon une enquête, le pourcentage de jeunes gens et d'hommes adultes qui faisaient usage de marijuana et qui, antérieurement, en avaient fait un usage régulier, était de deux ou trois fois plus élevé que chez les jeunes femmes (Wallace et Reid, 1994). En Jordanie, 17 pour cent des adolescents de sexe masculin de 15 à 19 ans fument régulièrement, 16 pour cent font occasionnellement usage de tranquillisants et 3 pour cent de stimulants (UNICEF, 1998). Aux États-Unis, lors d'une enquête nationale sur les adolescents, 20,1 pour cent des adolescents contre 15,6 pour cent des adolescentes ont déclaré consommer de l'alcool deux jours par mois ou davantage (Blum et Rinehart, 1997). Lorsqu'ils sont en âge d'entrer au lycée, les garçons et les filles fument, consomment de l'alcool et font usage de drogues dans des proportions à peu près semblables, mais la tendance à consommer de l'alcool est deux fois plus élevée chez les jeunes garçons (âgés de 11 à 14 ans) que chez les filles (6 pour cent pour les garçons contre 3 pour cent pour les filles) et les garçons sont davantage susceptibles de faire usage de stupéfiants (9 pour cent des jeunes garçons contre 6 pour cent des filles du même groupe d'âge). Il faut également signaler que les garçons sont davantage susceptibles que les filles de déclarer qu'il font usage de drogues pour avoir l'air «cool» (Schoen et al., 1998). Des enquêtes menées aux États-Unis montrent que chez les jeunes d'environ 13 ans, des pourcentages à peu près équivalents de garçons et de filles pratiquent un type de consommation d'alcool consistant à boire pour «se soûler» (défini dans l'étude comme absorber cinq boissons ou davantage d'affilée). À l'âge de 18 ans, 40 pour cent des garçons ont un comportement de consommation de ce type contre moins de 25 pour cent des filles (Kantrowitz et Kalb, 1998). De même, au Kenya, les garçons sont davantage susceptibles d'avoir essayé le tabac, l'alcool et la marijuana que les filles (38 pour cent contre 6 pour cent pour le tabac, 38 pour cent contre 14 pour cent pour l'alcool et 7 pour cent contre 1 pour cent pour la marijuana) (Erulkar et al., 1998). En Égypte; 11,2 pour cent des garçons fument contre 0,3 pour cent des filles (Population Council, 1999).

Dans de nombreuses parties du monde, les garçons ont davantage tendance que les filles à fumer, consommer de l'alcool et faire usage de drogues. L'usage de substances, en particulier l'alcool, s'inscrit fréquemment dans une constellation de conduites à risques masculins, comportant la violence et l'activité sexuelle non protégée.

L'usage de substances, en particulier l'alcool, s'inscrit fréquemment dans une constellation de conduites à risques masculins, comportant la violence et l'activité sexuelle non protégée. Au Brésil, l'abus de substances chez les jeunes gens est associé à l'idée qu'elles leur permettront d'avoir le «courage» de proposer des relations sexuelles, et cet abus a tendance à compromettre la prise de décision en matière de rapports sexuels (Childhope, 1997). Dans une étude des adolescents de sexe masculin utilisant les services des cliniques de planification familiale aux États-Unis, 31 pour cent des garçons interrogés ont déclaré que «pendant les rapports sexuels ils étaient toujours ou parfois sous l'effet de l'alcool ou des drogues» (Brindis et al., 1998). Au Royaume-Uni, un garçon de 15 ans sur trois contre une fille de 15 ans sur cinq signale s'être battu ou disputé après avoir bu (Fondation Gulbenkian, 1995).

À l'échelle mondiale, il existe une corrélation entre l'usage de substances et un éventail de problèmes plus fréquemment associés aux garçons adolescents : la violence, les accidents et les blessures (Senderowitz, 1995). Diverses études semblent indiquer que l'usage de substances est lié au manque d'appui parental, aux objectifs non conventionnels, aux influences négatives des pairs, au fait d'avoir été exposé à la violence au foyer, aux frustrations personnelles, à l'absence d'orientation et au fait d'avoir été victime de sévices ou de violences sous le toit familial. La collecte par sexe des données relatives à l'usage de substances constitue un important premier pas vers la compréhension des différences entre garçons et filles pour ce qui concerne les aspects taux, signification, contexte et séquelles de l'abus de substances .

Besoins et problèmes de santé mentale

Les filles et les garçons, les hommes et les femmes présentent-ils des taux différents de troubles de la santé mentale ou de besoins de santé mentale ? Les preuves de l'existence de différences selon le sexe en ce qui concerne les taux de troubles mentaux sont limitées, et il faut interpréter avec prudence les études dont on dispose. Les femmes sont davantage susceptibles de faire l'objet de diagnostics de psychonévroses et de



dépansions, mais ces taux plus élevés peuvent ne pas refléter de véritables différences entre les sexes. Ils se peut qu'ils reflètent plutôt le fait que les femmes sont disposées à admettre qu'elles souffrent de ces problèmes. D'autres études ont confirmé qu'il existait des préjugés chez les professionnels de la santé mentale en ce qui concerne le diagnostic de troubles psychologiques : ceux-ci sont davantage susceptibles de qualifier de trouble mental le comportement d'extériorisation des femmes que le comportement d'intériorisation des hommes (Manstead, 1998). Les garçons adolescents, en revanche, sont davantage susceptibles de faire l'objet de diagnostics de troubles du comportement et de troubles de l'agressivité. Ici encore, il est possible que ces différences reflètent des différences entre les sexes d'origine biologique ou des parti pris liés au sexe dans les diagnostics des professionnels de la santé mentale.

L'époque d'apparition des troubles de santé mentale et la possibilité que les problèmes de santé mentale des jeunes gens soient insuffisamment diagnostiqués, constituent peut-être les questions centrales pour ce qui concerne les garçons adolescents et leur santé mentale. La fin de l'adolescence est une époque où certains troubles mentaux graves tels que la schizophrénie et les troubles bipolaires de l'humeur peuvent se manifester pour la première fois, en particulier chez les jeunes gens.

L'époque d'apparition des troubles de santé mentale et la possibilité que les problèmes de santé mentale des jeunes gens soient insuffisamment diagnostiqués, constituent peut-être les questions centrales pour ce qui concerne les garçons adolescents et leur santé mentale. La fin de l'adolescence est une époque où certains troubles mentaux graves tels que la schizophrénie et les troubles bipolaires de l'humeur peuvent se manifester pour la première fois, en particulier chez les jeunes gens (Burke et al., 1990 ; Christie et al., 1988). Ainsi, bien que, globalement, les taux de maladies mentales soient peut-être plus ou moins équivalents chez les hommes et les femmes, des différences entre les sexes peuvent exister dans l'époque d'apparition des maladies mentales, dans les séquelles des troubles mentaux et dans les taux de jeunes qui demandent de l'aide pour des besoins et des maladies de santé mentale.

Comme nous l'avons examiné plus haut, les modes généraux de socialisation des individus de sexe masculin semblent indiquer que les jeunes gens ont

peut-être des besoins spécifiques dans le domaine de la santé mentale, mais que, fréquemment, ils ne recherchent pas d'aide ou, lorsqu'ils traversent des moments de grande tension, ne discutent pas de leurs préoccupations avec les autres. Nous ne possédons que des informations extrêmement limitées sur les préférences des jeunes gens en matière de services de santé mentale et de conseils, sur leur utilisation de ces services et sur leur attitude envers ceux-ci. Cependant, selon certaines indications, les jeunes gens souhaiteraient pouvoir disposer de services additionnels dans ce domaine. Des recherches menées en Australie, en Allemagne et aux États-Unis montrent que les garçons sont moins susceptibles d'avoir quelqu'un vers qui se tourner pendant les moments de stress ou de dépression, et qu'ils semblent moins disposés à parler de leurs problèmes ou moins à même de le faire (Keys Young, 1997). Aux États-Unis, il ressort d'une étude des adolescents de sexe masculin utilisant les cliniques de planification familiale que 46 pour cent des jeunes gens avaient déclaré être venus demander des conseils pour des problèmes psychosociaux, en premier lieu le chômage, suivi des difficultés à parler à la famille ou aux amis, de l'usage alcool, du décès d'un proche et de l'usage de drogues (Brindis et al., 1998). Aux États-Unis, on diagnostique des troubles affectifs chez 4 garçons pour une fille (Goldberg, 1998). Les filles ont déclaré traverser davantage de périodes de stress, mais 21 pour cent de garçons contre 13 pour cent de filles ont dit n'avoir « personne » à qui parler à de tels moments (Schoen et al., 1998). Les garçons qui présentaient des signes de dépression étaient des jeunes plus particulièrement en danger de manquer de soutien social : 40 pour cent des garçons présentant des symptômes dépressifs contre 18 pour cent des garçons dépourvus de ces symptômes ont déclaré n'avoir « personne » à qui parler lorsqu'ils traversaient des périodes de stress.

Il n'est pas clairement établi si ce sont les garçons ou les filles qui présentent les taux les plus élevés de problèmes de santé mentale et ont besoin de conseils. Une étude menée dans 16 pays (situés entre autres en Amérique du Nord, Europe, Asie et Amérique latine) a montré que le niveau de revenu ou la classe sociale et le développement constituaient des variables plus importantes que le sexe lorsqu'il s'agissait de déterminer les besoins en conseils. Les jeunes de familles déshéritées dans les pays pauvres ont signalé des taux plus élevés de problèmes personnels. Les jeunes de sexe masculin ont signalé un pourcentage plus élevé de problèmes liés à leur scolarisation que les filles, mais les taux de problèmes signalés étaient pratiquement équivalents pour les garçons et pour les filles (Gibson et al., 1992).



Il est probable que les garçons se sentent fréquemment moins à l'aise que les filles lorsqu'ils demandent une l'aide de ce type et que les établissements et institutions où les garçons sont socialisés – le lieu de travail, l'école, le centre de formation professionnelle, l'armée, les clubs de sport – sont moins susceptibles d'être sensibles aux besoins de santé mentale des garçons en raison des normes dominantes propres au sexe. En outre, il est possible que, chez les adolescents de sexe masculin, le risque d'une manifestation précoce de troubles mentaux graves soit plus élevé.

Implications

En résumé, il existe clairement des différences de comportement selon le sexe quant à l'usage de substances et les taux de suicide – dans les pays en développement, les taux signalés par les garçons en ce qui concerne l'usage des substances sont plus élevés que ceux des filles et les taux de suicide sont nettement plus élevés chez les garçons. Au cours des dernières années, dans les pays industrialisés, on a constaté en ce qui concerne l'usage de substances que les taux avaient tendance à être presque équivalents pour les adolescents des deux sexes. Une plus grande égalité des sexes dans ces régions signifie peut-être que l'usage de substances constitue un problème tout autant pour les hommes que pour les femmes. Il n'existe pas de preuve concluante quant aux différences entre les sexes en ce qui concerne les taux de problèmes de santé mentale graves. Des implications formulées à partir des recherches actuelles sur la santé mentale et les garçons adolescents figurent ci-après.

Implications pour les programmes

- * Il est nécessaire de sensibiliser et de former les personnels de santé à la manière dont les garçons réagissent habituellement au stress et au fait que les taux de suicide et d'usage de substances sont plus élevés chez les garçons. Il est possible que les professionnels de la santé mentale et les professionnels d'autres services sociaux soient moins susceptibles d'admettre que les garçons ont des besoins dans le domaine de la santé mentale.
- * Il est nécessaire que les programmes accordent une attention particulière aux problèmes des garçons qui peuvent se trouver loin de chez eux en raison de migrations liées à l'emploi. Dans de nombreuses parties du monde, il n'est pas habituel de s'adresser à des professionnels ou paraprofessionnels pour demander des conseils, et les jeunes gens font appel à des réseaux de

parents, à la famille, aux guérisseurs traditionnels ou aux anciens pour obtenir des conseils lorsqu'ils rencontrent des problèmes personnels. Cependant, dans de nombreuses parties du monde, les jeunes, et en particulier les jeunes gens, migrent vers les centres urbains et sont de ce fait souvent physiquement coupés de ces réseaux traditionnels de soutien.

- * Il est nécessaire, pour lutter contre l'usage des substances, d'instaurer des programmes de prévention et de traitement, entre autres des programmes de réduction de la dangerosité, afin d'accorder plus d'attention au rôle de la socialisation sexuée dans le domaine de l'usage de substances, et de travailler avec les garçons afin de réexaminer les idées stéréotypées de la masculinité, idées qui ont peut-être un lien avec le fait que les taux de consommation de substances sont plus élevés chez garçons.

Implications pour la recherche

- * Il est nécessaire de poursuivre les recherches afin de définir les besoins spécifiques des garçons dans le domaine de la santé mentale et de comprendre leur comportement en ce qui concerne la demande d'aide, au moyen à la fois de nouvelles études et d'un réexamen des données existantes, réanalysées en appliquant une grille de lecture sexuée.
- * Il est nécessaire de mener des recherches afin d'élaborer des stratégies destinées à dépister, évaluer, traiter et soigner le plus tôt possible les problèmes de santé mentale des garçons, en particulier les affections qui peuvent avoir une incidence et une prévalence élevées chez les grands adolescents (comme la schizophrénie et le trouble bipolaire) et celles qui ne sont pas plus fréquentes chez les garçons mais qui sont associées à une morbidité et une mortalité importantes (comme la dépression et son rapport avec le suicide).



sexualité, santé reproductive, et paternité

En ce qui concerne les garçons adolescents, le travail des spécialistes de la santé sexuelle et reproductive se fonde de plus en plus sur deux principes essentiels : d'une part, les jeunes gens sont souvent plus disposés que les hommes adultes à envisager différemment leur rôle dans la santé reproductive et, d'autre part, l'adolescence est une période critique au cours de laquelle les jeunes gens acquièrent des valeurs susceptibles de déterminer des comportements qui persisteront pendant toute leur vie.

Les jeunes gens sont souvent davantage susceptibles que les hommes adultes d'avoir le temps et l'envie de participer à des réunions de groupes et à des activités éducatives. Il existe également de bonnes raisons de penser que les styles d'interaction présentes dans les relations intimes sont "répétés" pendant l'adolescence, ce qui incite fortement les chercheurs à travailler avec les jeunes gens dans le domaine de la santé reproductive (Archer, 1984 ; Kindler, 1995 ; Erikson, 1968 ; Ross, 1994). Des recherches qualitatives portant sur des adolescents de sexe masculin en Amérique latine, Asie, Amérique du Nord et Afrique subsaharienne semblent indiquer que les comportements consistant à considérer les femmes comme des objets sexuels, les rapports sexuels comme une activité orientée vers la performance et à utiliser la coercition pour obtenir des rapports sexuels apparaissent généralement à l'adolescence et persistent à l'âge adulte. Il s'agit là d'une autre bonne raison de travailler avec les adolescents de sexe masculin, à l'âge où se forment les attitudes envers les femmes et les styles d'interaction dans les relations intimes (Shepard, 1996 ; Bledsoe et Cohen, 1993). Aux États-Unis, les adolescents de sexe masculin utilisant un préservatif lors de leur premier rapport sexuel sont davantage susceptibles de continuer à les utiliser de manière régulière par la suite, ce qui constitue une preuve supplémentaire de l'importance des attitudes adoptées précocement vis-à-vis des relations sexuelles (Sonenstein, Pleck et Ku, 1995).

Les recherches semblent indiquer que les comportements consistant à considérer les femmes comme des objets sexuels, les rapports sexuels comme une activité orientée vers la performance et à utiliser la coercition pour obtenir des rapports sexuels apparaissent généralement à l'adolescence et persistent à l'âge adulte.

Au cours des 20 dernières années, on a accordé une attention croissante au rôle de l'homme dans la santé reproductive. Le fait par exemple d'encourager un plus grand engagement de l'homme en ce qui concerne la santé reproductive et une plus grande égalité entre les hommes et les femmes en ce qui concerne le temps consacré aux enfants et la répartition des tâches ménagères constitue une des initiatives qui ont été soutenues lors de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) qui s'est tenue au Caire en 1994. Cet intérêt accru a donné lieu à de nouvelles recherches sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents de sexe masculin. Cependant, les informations recueillies au cours de ces recherches portent principalement sur des individus hétérosexuels. Les informations sur l'attitude et le comportement des jeunes gens se définissant comme homosexuels ou bisexuels font souvent défaut. De plus, les jeunes gens homosexuels ou bisexuels font fréquemment l'objet de discrimination ou, dans d'autres cas, sont tout simplement traités comme s'ils n'existaient pas.

Garçons adolescents, sexualité et "scénario sexuel"

Le nombre croissant de recherches portant sur la santé sexuelle et reproductive nous permet de mieux comprendre ce que l'on appelle fréquemment le "scénario sexuel" des garçons adolescents – les schémas courants de l'activité sexuelle, entre autres l'initiation sexuelle, rencontrée dans des lieux donnés. Bien que de tels "scénarios" varient énormément en fonction de l'individu, de la classe sociale et de la culture, il existe chez garçons adolescents, à travers le monde, un certain nombre de similarités en ce qui concerne les rapports sexuels, l'activité sexuelle et les attitudes vis-à-vis de la sexualité.

Initiation sexuelle et activité sexuelle en tant que compétences masculines

Les jeunes gens estiment souvent que l'initiation sexuelle leur permet d'affirmer leur identité en tant qu'hommes et d'accéder à un certain statut au sein de leur groupe de pairs (Sielert, 1995). Beaucoup de jeunes gens à travers le monde considèrent l'expérience sexuelle hétérosexuelle comme un rite de passage pour devenir un homme et comme une réussite, un exploit, plutôt que comme une occasion de partager un moment d'intimité. Les jeunes gens hétérosexuels éprouvent souvent de la fierté à parler de leurs



“conquêtes” avec leurs pairs ; en revanche, les doutes et le manque d’expérience sont souvent passés sous silence. En outre, les jeunes gens “limitent le plus possible les occasions de parler de leur sexualité ouvertement et honnêtement avec leurs amis” (Marsiglio, 1988). Marsiglio en tire les conclusions suivantes : les jeunes gens considèrent les “rapports sexuels comme une marchandise ayant de la valeur en soi, peu importe le contexte relationnel dans lequel le rapport sexuel a lieu, ils estiment qu’il est souhaitable dans une relation d’avoir une activité sexuelle le plus tôt possible, que plus on a de rapports sexuels, mieux c’est, et qu’en général il ne faut pas laisser échapper les occasions d’avoir des rapports sexuels (de type hétérosexuel)”. Le statut auquel accède un jeune homme au sein de son groupe de pairs lorsqu’il a une relation sexuelle peut être aussi important, voire davantage, que l’intimité qu’il partage avec sa partenaire (Lundgren, 1999).

Beaucoup de jeunes gens à travers le monde considèrent l’expérience sexuelle hétérosexuelle comme un rite de passage pour devenir un homme et comme une réussite, un exploit, plutôt que comme une occasion de partager un moment d’intimité.

Presque partout dans le monde, les jeunes gens déclarent avoir eu leur première expérience sexuelle plus précocement que les jeunes femmes. En outre, selon les données des Enquêtes démographiques et sanitaires, l’âge des garçons au moment de leur initiation sexuelle a diminué de façon générale dans presque tous les pays pour lesquels on dispose de données, tandis que chez les jeunes femmes l’âge au moment de la première expérience sexuelle n’a diminué que dans environ un cinquième de ces pays. Les adolescentes déclarent plus fréquemment avoir des rapports sexuels (y compris avant le mariage) dans le cadre d’une relation stable, alors que les jeunes gens disent plus souvent avoir des rapports sexuels avec plusieurs partenaires (avant et après le mariage) et dans le cadre de relations moins durables (Green, 1997).

Les jeunes gens et les jeunes femmes donnent parfois des interprétations différentes de mêmes expériences sexuelles. Dans certaines régions du monde, les jeunes femmes ont des expériences sexuelles presque aussi fréquemment que les jeunes gens mais elles présentent leur relation comme plus stable et plus intime, alors que les jeunes gens présentent parfois la même relation sexuelle comme occasionnelle. Au Nigeria, par exemple, des recherches menées sur des jeunes gens âgés de 15 à 24 ans ont

montré que la proportion de “rapports sexuels occasionnels” au cours des 12 mois précédant l’enquête s’élevait à 35 pour cent chez les jeunes gens contre 6 pour cent chez les jeunes femmes. Les jeunes femmes étaient davantage susceptibles de déclarer avoir un partenaire sexuel régulier, 80 pour cent contre 44 pour cent des hommes sexuellement expérimentés (Amazigo et al., 1997).

Dans certains cas, les garçons adolescents peuvent inclure dans ces relations sexuelles “occasionnelles” leur initiation sexuelle par une professionnelle (et des rapports sexuels ultérieurs avec des professionnelles). En Thaïlande, par exemple, dans les zones urbaines et dans les zones rurales, 61 pour cent des hommes célibataires au moment de l’enquête et 81 pour cent des hommes déjà mariés avaient déjà eu des rapports sexuels avec une professionnelle (Imem, 1998). Dans certaines régions de l’Inde, entre 19 et 78 pour cent des hommes ont déclaré avoir des relations sexuelles avec une professionnelle (Jejeebhoy, 1996).

En Argentine, 42 pour cent des garçons de l’enseignement secondaire ont déclaré avoir eu leur première expérience sexuelle avec une professionnelle et 27 pour cent ont dit avoir vécu cette expérience avec leur petite amie. Chez les filles, 89 pour cent ont déclaré avoir eu leur première expérience sexuelle avec leur petit ami (Necchi et Schufer, 1998). Les garçons ont plus fréquemment cité “le désir sexuel et le besoin physique” (45 pour cent) comme motivation à leur premier rapport sexuel, alors que les filles ont plus souvent mentionné le désir de renforcer leur relation intime (68 pour cent). En Guinée (Afrique occidentale), les garçons ont déclaré avoir souvent recours à de fausses promesses d’engagement à long terme pour convaincre les filles d’avoir des rapports sexuels. Ces mêmes garçons ont également dit être souvent inquiets de ce que leur réputation auprès de leurs pairs puisse souffrir du fait qu’ils n’avaient pas de rapports sexuels avec une fille (Gorgen et al., 1998).

Le comportement consistant à considérer les rapports sexuels comme des prouesses à raconter aux pairs apparaît pendant l’adolescence et persiste souvent à l’âge adulte. Dans l’Inde rurale, par exemple, les hommes déclarent avoir des rapports sexuels fréquents avec des professionnelles au cours de leurs premières années de mariage pour conserver une façade de virilité vis-à-vis de leurs pairs (Khan, Khan et Mukerjee, 1998). Cette pression poussant les jeunes gens à raconter leurs «conquêtes sexuelles» à leurs pairs a conduit certains chercheurs à se demander si les jeunes gens avaient réellement eu tous les rapports sexuels qu’ils avaient déclarés. Au Brésil, un jeune homme a déclaré au personnel d’une ONG : «nous mentons tellement (à nos



Le «scénario sexuel» habituel des jeunes gens du monde entier étaye les mythes selon lesquels l'appétit sexuel masculin est insatiable, que le besoin de rapports sexuels des garçons est biologiquement incontrôlable et que ce qui compte c'est d'avoir des rapports sexuels et non d'en parler.

amis à propos de nos conquêtes sexuelles) que nous finissons par croire à nos mensonges» (Visite de site à ECOS, Sao Paulo, Brésil, 1998).

Le «scénario sexuel» habituel des jeunes gens du monde entier renforce également l'existence des mythes selon lesquels l'appétit sexuel masculin est insatiable, que le besoin de rapports sexuels des garçons est biologiquement incontrôlable et que ce qui compte c'est d'avoir des rapports sexuels et non d'en parler - sauf pour raconter ses exploits et ses conquêtes (Barker et Loewenstein, 1997 ; Khan, Khan et Mukerjee, 1998). Au Mexique et au Brésil, les jeunes gens déclarent qu'une fois que le désir d'un homme est éveillé, celui-ci ne peut pas refuser une occasion d'avoir des rapports sexuels car un tel refus ne serait pas viril (Aramburu et Rodriguez, 1995 ; Barker et Loewenstein, 1997). Il arrive fréquemment que les garçons prétendent être très informés à propos des rapports sexuels et du processus de reproduction. Cette attitude masque souvent le fait qu'ils manquent d'informations sur leur corps et leur santé reproductive.

L'importance accordée au plaisir sexuel à dominance génitale constitue un autre aspect du scénario sexuel orienté vers la performance des adolescents de sexe masculin. Un chercheur mexicain est parvenu à la conclusion suivante : la sexualité masculine, dans le contexte du machisme, est «mutilée» ou «faussée» car l'homme n'est pas en droit de tirer du plaisir d'une autre partie de son corps que de son pénis (Meijueiro, 1995). Les scénarios sexuels et de genre (spécifiques au sexe) dominants chez les jeunes gens donnent parfois l'impression que le corps des garçons est un outil, une machine, à «utiliser» pour le sport, le travail ou les rapports sexuels (Correspondance personnelle, Benno de Keijzer, 1999). La perception que les jeunes gens ont de leur corps, conjugée à leur manque d'informations sur la physiologie reproductive et sexuelle, peut avoir des conséquences sur leur santé. En Inde, par exemple, des jeunes gens ayant recours à un service d'information par téléphone pour obtenir des renseignements sur la santé reproductive et sexuelle ne pensaient pas courir le risque de contracter des infections des voies génitales car ils se considéraient comme les «donneurs» au cours du rapport sexuel (Singh, 1997).

Usage de substances et activité sexuelle

Chez les jeunes gens, les premières expériences sexuelles (ainsi que les expériences ultérieures) s'accompagnent souvent de consommation d'alcool et d'autres substances. En Thaïlande, dans le cadre d'une enquête, des hommes ont déclaré que l'initiation sexuelle était souvent une activité influencée par le groupe de pairs de sexe masculin et accompagnée de consommation d'alcool au sein du groupe (Im-em, 1998). Dans les régions rurales de la Thaïlande, 49 pour cent des jeunes gens âgés de 15 à 24 ans ont déclaré être sexuellement expérimentés. Parmi eux, 77 pour cent ont déclaré qu'ils avaient eu des rapports sexuels avec une professionnelle par le passé, 94 pour cent ont dit que des amis du même sexe les avaient persuadés d'aller voir une professionnelle et 58 pour cent ont affirmé qu'ils étaient ivres la première fois qu'ils étaient allés voir une professionnelle (OMS, 1997). En Amérique latine, des jeunes gens déclarent que la consommation d'alcool ou d'autres substances les aide à avoir le «courage» nécessaire pour se lancer à la conquête d'une femme. Par ailleurs, l'usage de substances est souvent associée à des incidents d'abus sexuels et de coercition.

Dénégation des droits sexuels des femmes et délégitimation des préoccupations liées à la santé reproductive

Une autre caractéristique habituelle du scénario sexuel masculin est le fait de dénier aux filles ou aux femmes leurs droits sexuels et de cataloguer les femmes. Dans une ville semi-rurale du Maroc, les adolescents des deux sexes estimaient que la virginité des femmes au moment du mariage est importante, bien que, autour d'eux, peu de filles et pratiquement aucun garçon n'aient été totalement dépourvus d'expérience érotique au moment du mariage. En général, dans cet environnement, les hommes ont leur premier rapport sexuel avec une professionnelle ou avec leur petite amie. Les deux rôles habituels des jeunes gens sont ceux de «souponnant lascif» d'une jeune fille du voisinage et de «gardien jaloux» de la «vertu» de leur sœur. Certains jeunes gens considéraient que le monde des femmes non mariées se divisait en deux catégories : les «vierges mariables» et les «prostituées non mariables» (Davis et Davis, 1989). De même, en Amérique latine, les jeunes gens font fréquemment grand cas de leur propre activité sexuelle sans tenir compte du contexte relationnel, mais placent les filles qui ont des rapports sexuels occasionnels dans la catégorie des «filles faciles» (Figuera, 1995 ; Childhope, 1997). Au Pérou, des adolescents étaient parvenus à la conclusion qu'un fille était «une fille bien» ou «une mauvaise fille» selon qu'elle avait ou non une expérience sexuelle. Les garçons, au contraire, doivent



constamment prouver leur virilité par une activité sexuelle, ou encourir le risque de ne pas être considérés comme des “hommes” (Yon, Jimenez et Valverde, 1998).

Une autre leitmotiv de la recherche sur les scénarios sexuels des jeunes gens est le fait que ceux-ci délèguent aux femmes les préoccupations liées à la santé reproductive et ne se soucient pas de leur propre santé, reproductive ou autre.

Une autre leitmotiv de la recherche sur les scénarios sexuels des jeunes gens est le fait que ceux-ci délèguent aux femmes les préoccupations liées à la santé reproductive et ne se soucient pas de leur propre santé, reproductive ou autre. Au Brésil, des ouvriers de 20 à 44 ans en milieu urbain estimaient que la santé reproductive ne relevait pas de leur responsabilité mais de celle des femmes. La notion de “responsabilité” s’appliquait au fait d’accepter la responsabilité d’un enfant, ou, dans certains cas, de prendre la responsabilité d’aider une femme à obtenir un avortement (Arihla, 1998). En Bolivie, des étudiants ont confirmé que souffrir d’une infection des voies génitales pouvait être perçu comme un insigne d’honneur tant vis-à-vis des membres masculins de sa famille (en particulier du père) que vis-à-vis des pairs (Visite de site à CISTAC, Santa Cruz, Bolivie, 1998). Les garçons mentionnent également qu’ils s’adressent peu aux services de santé et font confiance à leur capacité à se soigner par eux-mêmes ou aux remèdes «traditionnels» lorsqu’ils sont atteints d’infections des voies génitales. A Bihar, en Inde, plus de la moitié des hommes âgés de 15 à 62 ans avaient déjà souffert d’une infection des voies génitales. Parmi ces hommes, plus de la moitié avaient eu recours à un “charlatan» de la région ou étaient restés sans traitement (Bang et al., 1997). En Bolivie, il est ressorti de discussions en petits groupes de travail avec des étudiants d’un établissement d’enseignement supérieur que l’autotraitement était de loin le type de traitement le plus employé. L’un des jeunes gens a déclaré : “Lorsqu’on tombe malade... on est tous médecins” (Visite de site à CISTAC, Santa Cruz, Bolivie, 1998).

Dans un groupe donné, tous les jeunes gens n’adhèrent pas à tous les aspects du scénario sexuel dominant et, par ailleurs, même les jeunes gens les plus traditionnels n’ont pas toujours un comportement conforme à ces scénarios.

Exceptions au “Scénario sexuel” dominant

Dans un groupe donné, tous les jeunes gens n’adhèrent pas à tous les aspects du scénario sexuel dominant et, par ailleurs, même les jeunes gens les plus traditionnels n’ont pas toujours un comportement conforme à ces scénarios. Les recherches décrivent les tendances générales, mais certains jeunes gens déclarent avoir des comportements différents dans leurs relations sexuelles et intimes. Une étude menée en Argentine a permis de différencier trois catégories de jeunes gens : 1) 40 pour cent des jeunes gens interrogés ont été placés dans la catégorie des “impulsifs”, c’est-à-dire qu’ils avaient cherché très jeunes à avoir une expérience sexuelle, essentiellement par désir physique, et que seul le SIDA les préoccupait ; 2) 32 pour cent ont été placés dans la catégorie “occasionnels”, c’est-à-dire qu’ils avaient des relations sexuelles principalement par curiosité sans nécessairement les rechercher ou les organiser ; 3) 27 pour cent ont été placés dans la catégorie “intégrés”, c’est-à-dire que leur premier rapport sexuel avait eu lieu dans le cadre d’une relation, avec l’intention de renforcer cette relation, et que l’utilisation de moyens de contraception avait fait l’objet d’une discussion avec leur partenaire.

Comme l’écrivent les auteurs : «Il est possible que pour les jeunes de cette génération l’appartenance à cette catégorie («intégrés») signifie la recherche d’une intégration de la sexualité à l’affektivité et une plus grande démocratisation des rôles sexuels.» (Necchi et Schufer, 1998). Au Pérou, des jeunes femmes ont décrit certains garçons comme étant “sincères”, “calmes” et “respectables”, en d’autres termes comme le type de garçons avec lesquels les filles pensaient pouvoir construire une relation et exprimer leurs sentiments “sans être obligées d’avoir des relations sexuelles” (Yon, Jimenez et Valverde, 1998). De même, des recherches qualitatives menées au Brésil sur des jeunes gens à bas revenus ont permis aux auteurs de constater que, parmi les jeunes gens interrogés dans le cadre de discussions en petits groupes, un ou deux sur dix environ présentaient un ensemble de valeurs qui ont été définies comme “progressistes”, c’est-à-dire qu’ils désavouaient la violence envers les femmes, prônaient une responsabilité des hommes en ce qui concerne la santé reproductive, étaient favorables à la négociation dans les relations et aspiraient généralement à avoir une activité sexuelle dans le cadre d’une relation (Barker et Loewenstein, 1997).

Activité homosexuelle et homophobie

Pour beaucoup de jeunes gens, qu’ils se définissent comme hétérosexuels, homosexuels ou encore bisexuels, avoir des rapports sexuels avec un autre homme ou un garçon fait couramment partie de



l'expérimentation sexuelle et/ou de leur activité sexuelle. Au Pérou et au Brésil, 10 à 13 pour cent des adolescents et des jeunes adultes de sexe masculin ont déclaré avoir eu des expériences hétérosexuelles et des expériences homosexuelles. En Amérique latine, 28 pour cent des jeunes gens ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avec un autre homme, mais ne se définissaient pas nécessairement comme des homosexuels. En effet, l'activité homosexuelle, bien qu'elle soit souvent réprimée ou dans de nombreux cas considérée comme non convenable, peut être perçue comme un élément normal du développement sexuel. Cependant, parce que l'activité homosexuelle est fréquemment réprimée ou refusée dans bon nombre de cultures, la honte qui s'y attache est souvent source d'anxiété, ce qui conduit certains jeunes gens à mettre en question la "normalité" d'une telle activité et leur laisse peu de possibilités d'exprimer leurs doutes ou de poser des questions à propos de leur sexualité (Caceres et al., 1997 ; Lundgren, 1999).

De plus, bien qu'il semble que l'activité homosexuelle soit un aspect relativement courant de l'expérimentation et du développement sexuels pour de nombreux jeunes gens, il n'en reste pas moins que l'homophobie constitue une autre facette du scénario sexuel masculin fréquemment mentionnée – chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes comme chez les jeunes gens hétérosexuels. L'homophobie a pour fonction de faire en sorte que le comportement homosexuel et les jeunes gens d'orientation homosexuelle ou bisexuelle ne «se déclarent pas publiquement» et que les hommes hétérosexuels restent ainsi «dans la norme». Parker (1991 et 1998) a réuni une abondante documentation sur la signification des divers termes péjoratifs utilisés au Brésil pour désigner les hommes homosexuels et sur la manière dont ces termes sont employés pour faire pression sur les jeunes gens et les garçons afin qu'ils adhèrent à des scénarios sexuels hétérosexuels spécifiques. Parallèlement, cependant, les jeux sexuels entre garçons sont autorisés, à condition que ces «jeux sexuels» ne constituent que des distractions passagères avant l'acquisition d'une identité définitive d'homme hétérosexuel. Dans certaines régions du Moyen-Orient, les jeux sexuels entre garçons sont fréquents aux alentours de la puberté (bien que leur existence soit rarement reconnue), alors que l'activité homosexuelle adulte est communément condamnée (Davis et Davis, 1989).

Les jeunes hétérosexuels sont souvent fiers de raconter leurs "conquêtes" à leur pairs, alors que les jeunes homosexuels doivent fréquemment cacher leurs expériences sexuelles.

Si les scénarios sexuels et les expériences sexuelles des jeunes gens qui se définissent eux mêmes comme homosexuels ou bisexuels ont jusqu'ici fait l'objet d'un moins grand nombre de recherches, les travaux récents (en grande partie dans le domaine de la prévention du SIDA) ont néanmoins permis de comprendre un peu mieux les problèmes auxquels sont confrontés les jeunes homosexuels. Entre autres difficultés traditionnelles auxquelles les adolescents homosexuels ou bisexuels de sexe masculin doivent faire face on trouve le rejet ou l'incompréhension des parents et de la famille, un sentiment précoce d'être "différents" et le manque de personnes à qui se confier ou demander conseil au sujet de ses expériences homosexuelles ou de ce qu'on ressent. (American Academy of Pediatrics, 1993). Chez les hommes homosexuels, le stress associé au rejet familial, à l'homophobie de la société et au manque de possibilités d'exprimer sa sexualité est reflété par les taux de suicide apparemment plus élevé, comme nous l'avons vu plus haut. Chez les jeunes, l'émergence d'une identité homosexuelle peut entraîner un sentiment d'isolement vis-à-vis des pairs ; les jeunes hétérosexuels sont souvent fiers de raconter leurs "conquêtes" à leur pairs, alors que les jeunes homosexuels doivent fréquemment cacher leurs expériences sexuelles. En raison de la honte associée au comportement homosexuel, ces jeunes gens vivent parfois leurs premières expériences sexuelles dans des conditions furtives et anonymes et il peut leur arriver d'avoir des doutes sur la normalité de ces expériences (Nicholas et Howard, 1998).

Les garçons adolescents et la santé sexuelle et reproductive

Les garçons et les sources d'information sur la sexualité et la reproduction

Le scénario sexuel d'un grand nombre d'adolescents de sexe masculin semblerait indiquer que ceux-ci sont bien informés des questions de sexualité et de reproduction, mais des travaux de recherche viennent réfuter cette hypothèse. Au Nigeria, une enquête menée auprès d'élèves de l'enseignement secondaire a montré que les jeunes femmes étaient davantage susceptibles de comprendre quand la femme pouvait concevoir (les périodes de fécondabilité) (Amazigo et al., 1997). Diverses enquêtes menées en Amérique latine ont révélé qu'un grand nombre d'hommes, jeunes gens et adultes, pensent disposer d'informations appropriées sur la sexualité et la reproduction, alors qu'en fait ils ne disposent que de peu d'informations. Lors d'enquêtes menées auprès d'adolescents et de jeunes adultes dans 15 villes d'Amérique latine et des Caraïbes, moins d'un quart des hommes âgés de 15 à 24 ans étaient capables de préciser à quelle période du cycle la femme peut être



fécondée (Morris, 1993). Les jeunes femmes n'étaient qu'à peine mieux informées, mais cet état de fait est peut être plus surprenant chez les jeunes gens qui affirment bien souvent connaître ces choses-là.

Dans le monde entier les garçons adolescents déclarent faire largement confiance aux médias et à leurs pairs autodidactes pour obtenir des informations sur la sexualité et la santé reproductive. A la Jamaïque, les jeunes gens âgés de 15 à 24 ans étaient davantage susceptibles de s'adresser à leurs pairs pour obtenir des informations sur la santé reproductive et la sexualité que les jeunes filles ; ces dernières avaient davantage tendance à s'adresser à leurs parents (32,2 pour cent) et au personnel des services de santé (29,8 pour cent) (National Family Planning Board, 1999). Au Kenya, les filles étaient plus susceptibles que les garçons de parler de sexualité avec leurs parents (27 pour cent contre 16 pour cent), même si les amis constituaient la première source d'information pour les garçons comme pour les filles (Erulkar et al., 1998).

Même dans les pays comme le Danemark où l'on encourage les adolescents à discuter franchement de la sexualité, près de la moitié des adolescents de sexe masculin âgés de 16 à 20 ans déclarent ne jamais parler de sexualité avec leurs parents (Rix, 1996). Il est possible que les garçons considèrent l'éducation sexuelle comme étant sans intérêt pour eux étant donné que celle-ci est traditionnellement axée sur la santé reproductive et la contraception, questions qui selon eux ne concernent que les filles.

Le scénario sexuel d'un grand nombre d'adolescents de sexe masculin semblerait indiquer que ceux-ci sont bien informés des questions de sexualité et de reproduction, mais des travaux de recherche viennent réfuter cette hypothèse.

Les attitudes négatives que certains des personnels chargés de l'éducation sexuelle peuvent avoir envers les adolescents de sexe masculin et la pression sociale poussant les garçons à se comporter comme s'ils étaient parfaitement informés sur la sexualité constituent quelques uns des autres obstacles à la communication entre les adolescents de sexe masculin et les éducateurs sanitaires. Au Mexique, un programme visant à améliorer la communication entre parents et adolescents au sujet des infections des voies génitales et du VIH/SIDA a montré qu'une telle initiative s'était avérée fructueuse et utile pour les parents et leurs filles adolescentes, mais que les pères et les mères éprouvaient des difficultés à inciter leurs fils à discuter de ces questions (Givaudan, Pick et

Proctor, 1997). De façon générale, nous disposons de peu d'études approfondies sur la manière dont les adolescents de sexe masculin acquièrent leurs connaissances sur la sexualité et la santé reproductive, le contexte de cette acquisition de connaissances et ce que cette acquisition signifie pour eux (Green et Biddlecom, 1998). Même lorsque qu'une éducation sexuelle est proposée aux garçons, celle-ci met souvent l'accent sur les fonctions physiologiques mais accorde peu d'attention à l'importance de jouir d'une vie sexuelle saine et à l'infinie variété de l'expression sexuelle et intime dont est capable l'être humain.

Les garçons adolescents et l'usage de moyens contraceptifs et de préservatifs masculins

Des études menées dans diverses parties du monde montrent que l'utilisation de préservatifs par les adolescents et les jeunes adultes de sexe masculin a augmenté au cours des dernières années mais qu'elle est encore irrégulière et varie en fonction de la "catégorie" du partenaire sexuel. Au cours d'une enquête, 69 pour cent des hommes sexuellement actifs à la Jamaïque, 40 pour cent de ceux de la ville de Guatemala et 53 pour cent de ceux du Costa Rica ont déclaré qu'ils avaient utilisé un préservatif dans leurs rapports sexuels au cours du mois précédent l'enquête (Morris, 1993). Aux États-Unis, selon les résultats d'une enquête, l'utilisation de préservatifs chez les jeunes gens a plus que doublé entre 1979 et 1998 : environ un cinquième des jeunes gens utilisaient un préservatif au début de l'enquête et plus de la moitié à la fin. Cependant, aux États-Unis, 35 pour cent seulement des hommes ont déclaré avoir utilisé un préservatif dans tous leurs rapports sexuels (Sonenstein et Pleck, 1994).

Des études menées dans diverses parties du monde montrent que l'utilisation de préservatifs par les adolescents et les jeunes adultes de sexe masculin a augmenté au cours des dernières années mais qu'elle est encore irrégulière et varie en fonction de la "catégorie" du partenaire sexuel.

La motivation des jeunes gens pour utiliser des préservatifs varie souvent en fonction de leur partenaire: avec une partenaire stable ou une petite amie, les préservatifs masculins sont utilisés comme moyen de contraception, avec une partenaire "occasionnelle", les préservatifs servent de moyen de prévention des infections des voies génitales et du SIDA. Le plus souvent, le préservatif masculin est utilisé avec une partenaire occasionnelle. Au cours d'une enquête menée en Thaïlande auprès de jeunes adultes ouvriers d'usine, 54 pour cent des jeunes gens qui avaient eu



leur première expérience sexuelle avec une professionnelle ont déclaré avoir utilisé un préservatif à cette occasion, contre 20 pour cent seulement des jeunes gens dont la partenaire au cours de leur première expérience sexuelle n'avait pas été une professionnelle (OMS, 1997).

Il se peut que l'utilisation de préservatifs soit plus fréquente lorsque les partenaires sexuels communiquent ou négocient davantage. Aux États-Unis, une étude portant sur les hommes ayant recours aux cliniques de planification familiale a permis de constater que l'utilisation de moyens contraceptifs était plus fréquente lorsque les couples prenaient ensemble la décision de les utiliser, ce qui illustre l'importance de la communication dans le couple et de la participation des jeunes gens au choix du moyen de contraception et à la prise de décision, même si le couple a recours à une méthode contraceptive féminine (Brindis et al., 1998). Bien que l'efficacité des préservatifs masculins pour la contraception et la prévention des infections des voies génitales soit largement reconnue, il existe encore des régions du monde où les populations sont peu sensibilisées à ces problèmes - c'est par exemple le cas des régions rurales d'Afrique et d'Asie (Sharma et Sharma, 1997).

Parmi les obstacles à l'utilisation de préservatifs masculins par les jeunes gens on peut citer le fait que les préservatifs ne sont pas toujours disponibles, leur coût, la nature sporadique de l'activité sexuelle des jeunes gens, le manque d'informations sur le bon usage du préservatif, la sensation d'inconfort parfois signalée, les normes sociales qui gênent la communication entre les partenaires et les normes et scénarios sexuels rigides concernant la détermination du partenaire à qui il revient de proposer l'utilisation du préservatif. Les scénarios sexuels des jeunes gens suggèrent souvent que c'est à la femme de proposer l'utilisation du préservatif ou d'un autre moyen de contraception étant donné que la santé reproductive est une préoccupation "féminine". Parallèlement, le scénario sexuel prévoit souvent que c'est à l'homme qu'incombe la responsabilité de se procurer des préservatifs étant donné que le fait pour une femme d'avoir des préservatifs sur elle suggérerait qu'elle avait "prévu" d'avoir des rapports sexuels et que par conséquent elle est de mœurs légères (Webb, 1997, Childhope, 1997). Par ailleurs, si un jeune homme accepte d'utiliser un préservatif à la demande d'une femme, cela peut laisser entendre qu'il l'autorise à "mener" leur relation. L'utilisation de préservatifs exige également que le jeune homme donne moins d'importance à son plaisir sexuel et par conséquent qu'il domine sa sexualité et pense à sa santé. Cependant, comme cela a été mentionné plus haut, la définition souvent donnée de la sexualité masculine est que celle-ci est de nature incontrôlée et

veut que les hommes ne se préoccupent pas de leur santé et de leur corps. L'activité sexuelle des adolescents célibataires de sexe masculin et féminin est souvent sporadique, facteur ayant probablement un lien avec l'utilisation irrégulière de moyens de contraception. Au Brésil, lors d'une enquête en milieu urbain, les jeunes ne se définissaient pas toujours comme "sexuellement actifs" parce que leur activité sexuelle tendait à être peu fréquente (Childhope, 1997).

Les recherches et l'élaboration de programmes consacrés à l'utilisation des moyens de contraception chez les adolescents de sexe masculin ont souvent été axées sur l'utilisation des préservatifs, mais il est important d'examiner les attitudes et les pratiques des adolescents en ce qui concerne d'autres méthodes contraceptives. Selon les jeunes gens de nombreux pays, le coït interrompu est une méthode contraceptive traditionnelle courante. Bien que le coït interrompu soit souvent considéré comme une méthode contraceptive inefficace et qu'il ait souvent été méconnu, voire condamné par de nombreuses organisations travaillant dans domaine de la santé reproductive et sexuelle, certains chercheurs ont suggéré qu'il pouvait constituer une méthode de prévention de la grossesse assez efficace (dont l'efficacité est meilleure que celle qu'on lui attribue couramment) et que cette méthode pouvait être préconisée pour les garçons ayant une relation stable et plus généralement comme solution de secours lorsqu'on ne dispose pas de préservatifs (Rogow, 1998). Il est nécessaire de poursuivre les recherches sur les attitudes des jeunes gens vis-à-vis des autres méthodes contraceptives, sur leurs attitudes vis-à-vis de l'utilisation par les jeunes femmes de méthodes contraceptives, ainsi que sur le préservatif féminin et les rapports sexuels sans pénétration.

Les infections des voies génitales et le VIH / SIDA

Le pourcentage de garçons adolescents et de jeunes gens atteints d'infections des voies génitales est souvent élevé mais il est fréquent que les jeunes gens n'y prêtent pas attention ou aient recours à des remèdes "traditionnels" ou à l'autotraitement. Dans les régions rurales de l'Inde, on a constaté que 80,7 pour cent des hommes âgés de 15 à 44 ans souffraient d'une maladie de l'appareil génital, dont 22,3 pour cent d'infections des voies génitales. Des recherches menées par les mêmes auteurs ont révélé que les taux de morbidité attribuables à des maladies de l'appareil génital étaient presque identiques chez les femmes et chez les hommes (Bang et al., 1997). Dans cette même région de l'Inde, 83 pour cent des hommes avaient déclaré une affection liée à une maladie de l'appareil génital au cours des 30 jours précédant l'enquête, 98 pour cent s'étaient



déclarés disposés à parler de santé reproductive, mais avaient ajouté qu'il était généralement "gênant" de parler de ce type de problèmes et que les médecins et les cliniques du service de santé public avaient tendance à se concentrer sur les activités de planification familiale à l'intention des femmes (Bang, Bang et Phirke, 1997). Selon les données recueillies, certains adolescents – peut-être en raison de leur activité sexuelle plus précoce ou de leurs rapports sexuels avec des professionnelles – ont des taux d'infections des voies génitales plus élevés que les adolescentes. En Thaïlande, on a observé au cours d'une étude que 3 pour cent des adolescents de sexe masculin avaient été atteints d'une maladie sexuellement transmissible, contre 0,3 pour cent des jeunes femmes seulement.

Les recherches sur les infections des voies génitales réalisées sous l'égide de l'OMS ont révélé qu'un nombre croissant de jeunes gens contractent l'urétrite à chlamydia, asymptomatique dans 80 pour cent des cas. Des études sur la prévalence de l'urétrite à chlamydia menées au Chili sur 154 adolescents de sexe masculin ne présentant pas de symptômes ont révélé que 3 pour cent des hommes sexuellement actifs étaient atteints de cette maladie. Il est également possible que les adolescents constituent plus de 50 pour cent des nouveaux cas de blennorragie et de syphilis (OMS, 1995). En Corée du Sud, 3 à 17 pour cent des étudiants et des travailleurs de l'industrie interrogés au cours d'une enquête ont déclaré avoir par le passé contracté une infection des voies génitales. Au Kenya, 44 pour cent des personnes atteintes d'une infection des voies génitales sont âgées de 15 à 25 ans (Senderowitz, 1995). Aux États-Unis, des études ont révélé que 10 pour cent des adolescents et 10 à 29 pour cent des adolescentes sexuellement actives soumis à des tests de dépistage des infections des voies génitales étaient atteints de chlamydia (Alan Guttmacher Institute, 1998). Au Brésil, près de 30 pour cent des adolescents sexuellement actifs vivant dans des régions défavorisées ont déclaré avoir contracté une infection des voies génitales au moins une fois dans leur vie ; parmi eux, environ un tiers ont expliqué qu'ils avaient eu recours à l'automédication pour se soigner (Childhope, 1997). En Zambie, des jeunes ont dit que lorsqu'ils étaient atteints d'une infection des voies génitales, ils commençaient par utiliser des remèdes "traditionnels" et qu'ils ne s'adressaient aux services de santé qu'en "dernier recours" (Webb, 1997).

Le rôle des jeunes et des adultes de sexe masculin dans la transmission du virus du papillome humain (VPH) ou papillomavirus humain, qui peut se transmettre même avec un préservatif, a fait l'objet d'un nombre limité d'études. On estime que 10

Les recherches menées dans diverses parties du monde confirment que le pourcentage de garçons adolescents et de jeunes gens atteints d'infections des voies génitales est souvent élevé mais que, fréquemment, les jeunes gens n'y prêtent pas attention ou ont recours à des remèdes "traditionnels" ou à l'autotraitement.

millions de femmes, en majorité des jeunes filles d'une vingtaine d'années, souffrent d'une infection par le VPH sous sa forme déclarée. Dans certaines régions d'Afrique et d'Asie, où les tests réguliers de dépistage du papillomavirus (test Pap) ne sont pas aussi courants que dans les pays industrialisés, le cancer du col de l'utérus attribuable au VPH constitue la cause la plus courante de mortalité liée aux cancers. Le VPH est impliqué dans 95 pour cent des cancers du col de l'utérus. Chez les hommes, le VPH est souvent asymptomatique, ce qui signifie que les jeunes gens peuvent transmettre le virus aux jeunes femmes, et le font, sans le savoir. Le VPH est associé à des lésions précancéreuses du pénis et au cancer du pénis, bien qu'à des taux très faibles. Bien que les jeunes hétérosexuels ne subissent que rarement les conséquences d'une infection par le VPH, un souci d'équité entre les sexes voudrait que les jeunes gens tiennent compte des risques que leur activité sexuelle fait encourir aux femmes. Un nombre limité de recherches ont également permis de constater que l'incidence du VPH était en hausse chez les homosexuels de sexe masculin. Des études réalisées aux États-Unis ont révélé que 95 pour cent des individus séropositifs de sexe masculin avaient contracté le VPH, qui est associé au cancer du rectum. Certains professionnels de la santé travaillant avec des homosexuels leur recommandent de passer des tests Pap de dépistage systématique du cancer du rectum (Groopman, 1999).

Il existe un lien entre ces pourcentages relativement élevés d'infections des voies génitales chez garçons adolescents et le risque croissant de contamination par le VIH. Actuellement, on estime qu'à l'échelle mondiale un quart des personnes séropositives sont des jeunes gens de moins de 25 ans (Green, 1997). Au Zimbabwe, 26 pour cent des femmes enceintes âgées de 15 à 19 ans étaient séropositives au moment de l'étude. Au Botswana, la proportion s'élevait à 31 pour cent. Cependant, dans ces pays, les garçons adolescents sont bien moins touchés que les filles, chez qui le risque d'être séropositives est quatre fois plus élevé. Outre le fait que le risque physiologique de contamination est plus élevé chez les filles, il semble que celles-ci soient contaminées par des hommes plus âgés. Les attitudes et les comportements des hommes – le fait d'avoir en moyenne un plus grand nombre de partenaires que les femmes, de consommer plus d'alcool et autres



substances et, généralement, d'avoir une plus grande maîtrise des relations sexuelles que les femmes - ont une incidence directe sur la propagation du VIH/SIDA. Inciter les garçons à adopter un comportement sexuel plus prudent peut permettre de réduire de manière significative les risques que ceux-ci encourent d'être contaminés par le VIH, et peut également amener des changements durables dans le comportement sexuel des adultes de sexe masculin (Meekers et Wekwete, 1997).

Les recherches dans le domaine de la prévention du VIH/SIDA ont fourni un bon aperçu des scénarios et comportements sexuels des jeunes gens, présentés plus haut ; elles ont aussi permis de mieux comprendre la présence - ou l'absence - de comportement de négociation dans les couples ainsi que la formation de l'identité et le comportement des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. De nombreuses organisations et personnes travaillant dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive ont préconisé une meilleure coordination entre les actions relevant de la santé reproductive des adolescents et les initiatives de prévention du VIH/SIDA, entre autre chez les adolescents de sexe masculin. Il est également important de mentionner l'association entre le VIH et les hépatites B et C, problème lié à l'usage croissant de drogues injectables et aux rapports sexuels non protégés entre hommes, problème qui est apparu aux États-Unis, en Australie ainsi que dans d'autres régions du monde (Correspondance personnelle, John Howard, 1998).

Autres préoccupations et besoins des jeunes gens en matière de santé sexuelle et reproductive

Les études des besoins des garçons adolescents en matière de santé sexuelle et reproductive ont souvent été axées sur la contraception, l'utilisation de préservatifs et les infections des voies génitales. Cependant, les garçons expriment aussi d'autres préoccupations et ont d'autres besoins liés à leur santé sexuelle et reproductive. Quand on leur donne la possibilité de parler de leur sexualité et de leur santé reproductive, les garçons sont souvent davantage intéressés par des questions telles que la taille du pénis, le maintien de l'érection, l'anxiété de ne pas se montrer à la hauteur des attentes des partenaires sexuels, les érections inopportunes, la fécondité, la virilité et l'éjaculation précoce (Population Council, 1998). Les recherches disponibles sur les garçons et la sexualité portent souvent sur des indicateurs tels que l'âge au moment de la première expérience sexuelle, les partenaires sexuels, l'utilisation de préservatifs et la fréquence de l'activité sexuelle, mais n'examinent pas de manière satisfaisante la qualité des premières

expériences sexuelles des jeunes gens et les sentiments qui y sont associés. Quelles sont les inquiétudes ou les préoccupations des jeunes gens ? A qui confient-ils ces inquiétudes ? A qui auraient-ils aimé parler avant d'avoir leur première expérience sexuelle ? Sont-ils satisfaits de leurs expériences sexuelles ? Il est possible que les préoccupations des garçons pendant leur première expérience sexuelle soient semblables à celles des filles. En Argentine, les jeunes gens interrogés au sujet de leur première expérience sexuelle ont souvent répondu que celle-ci avait été agréable ou satisfaisante (62 pour cent) ; cependant, 48 pour cent des jeunes gens ont également déclaré avoir ressenti de l'anxiété ou de la nervosité, 15 pour cent ont parlé de désarroi et 12 pour cent de peur (Necchi et Schufer, 1998). Les garçons manquent souvent d'occasions de discuter de leurs doutes ou de leurs inquiétudes concernant leurs premières expériences sexuelles ou de parler ouvertement de leur propre désir sexuel. Dans certaines parties du monde, de nombreux adolescents de sexe masculin sont mariés, cependant leurs préoccupations spécifiques ont rarement fait l'objet de discussions dans le cadre de programmes sur la santé sexuelle.

Lorsqu'ils parlent de santé reproductive, les garçons sont souvent davantage intéressés par des questions telles que la taille du pénis, le maintien de l'érection, l'anxiété de ne pas se montrer à la hauteur des attentes des partenaires sexuels, les érections inopportunes, la fécondité, la virilité et l'éjaculation précoce.

Parmi les autres problèmes de santé sexuelle des jeunes gens il faut citer la question de la circoncision. Le débat sur la circoncision masculine n'est pas clos et les questions subsistent : la circoncision masculine favorise-t-elle une meilleure hygiène des organes génitaux et réduit-elle le risque de contracter certaines infections des voies génitales, dont le VIH, ou ne fait-elle qu'infliger une douleur inutile aux jeunes garçons ? Actuellement, l'OMS n'a pas de position officielle sur la circoncision masculine.

La question de la taille du pénis et de l'utilisation de préservatifs masculins par les garçons adolescents reste également sans réponse. Certains secteurs de la santé publique ont proposé un préservatif plus petit (49 mm contre 52 mm), faisant l'hypothèse que les garçons adolescents ont besoin de préservatifs plus petits, mais jusqu'ici les recherches n'ont pas confirmé que cette initiative était appropriée. Selon des recherches non publiées menées au Brésil sur l'utilisation du préservatif de 49 mm, certains des



adolescents interrogés ont déclaré que ces petits préservatifs n'étaient pas confortables à l'usage. Les conclusions de ces recherches ne sont toutefois pas claires (Instituto PROMUNDO et NESAs, 1999).

Il faut aussi davantage étudier le problème de la diminution du nombre de spermatozoïdes produits chez certains hommes. Il pourrait y avoir un lien entre l'exposition à diverses toxines et l'infertilité masculine (Lundgren, 1999). Le problème se rencontre dans certaines parties de l'Europe, mais ce que signifie cette diminution et si elle se manifeste à l'adolescence ou à l'âge adulte n'est pas clairement établi. Enfin, dans certaines parties du monde, les garçons sont confrontés au problème des effets secondaires indésirables que peuvent avoir les médicaments contre l'impuissance ou peuvent ne pas avoir conscience des risques associés à certains des médicaments de ce type.

Accès aux Services de santé sexuelle et reproductive

Étant donné la tendance générale des jeunes gens à considérer la santé reproductive comme une préoccupation "féminine", même lorsque des services spécifiquement destinés aux jeunes existent, la majorité des usagers de ces services sont des jeunes femmes. De ce fait, le personnel des services de santé a parfois l'impression que les jeunes gens se désintéressent des problèmes de santé reproductive et concentrent donc leurs efforts sur les jeunes femmes. Les recherches menées en Afrique subsaharienne, en Amérique latine et en Amérique du Nord confirment que les adolescents de sexe masculin fréquentent peu les cliniques réservées aux adolescents, même lorsqu'il s'agit de cliniques spécialisées dans la santé sexuelle et reproductive des adolescents. Au Ghana, les jeunes femmes représentent entre 76 et 89 pour cent des usagers des cliniques spécialisées dans la santé des adolescents (Glover, Erulkar et Nerquaye-Tetteh, 1998). Si les jeunes gens perçoivent la santé reproductive comme une préoccupation "féminine", ils considèrent également souvent que les cliniques sont des lieux «réservés aux femmes», étant donné que la plupart des patients et des personnels dispensant les soins sont des femmes. Par ailleurs, les personnels de la clinique peuvent avoir des difficultés à réagir de manière positive aux styles d'interaction et à l'énergie parfois agressive que les jeunes gens amènent au sein de la clinique.

Les besoins des garçons évoluant dans le milieu de la prostitution ou d'autres milieux à haut risque.

Si cours de ces dernières années, le rôle des jeunes femmes dans le milieu de la prostitution et leur exploitation par ce milieu a fait l'objet d'une attention accrue, on s'est en revanche peu intéressé aux jeunes gens concernés par la prostitution ou à l'exploitation dont ils font l'objet. Un petit nombre de recherches menées en Afrique subsaharienne, en Asie et en Amérique latine ont révélé qu'il était difficile d'évaluer le nombre de jeunes gens participant à une telle activité, que cette activité était généralement clandestine et que les jeunes gens travaillant dans le milieu de la prostitution n'étaient pas en position de négocier l'utilisation de préservatifs ou d'autres formes d'autoprotection – les problèmes des jeunes gens sont donc semblables à ceux que rencontrent les jeunes femmes exploitées dans le cadre de la prostitution. Selon la région et le contexte, les jeunes gens travaillant dans le milieu de la prostitution peuvent être plus ou moins visibles que les jeunes femmes participant aux mêmes activités, et l'activité sexuelle peut avoir des répercussions différentes sur le plan de l'image qu'ils ont d'eux-mêmes et de la santé mentale.

En Afrique subsaharienne, certains des jeunes gens interrogés ont déclaré que le phénomène du "vieux protecteur" (homme d'un certain âge qui paye des jeunes femmes ou des jeunes filles ou obtient des faveurs en échange de rapports sexuels) existe aussi dans l'autre sens : des femmes d'un certain âge, les "vieilles protectrices", payent parfois des adolescents de sexe masculin en échange de rapports sexuels (Barker et Rich, 1992 ; Mbogori et Barker, 1993). Certains "vieux protecteurs" préfèrent avoir des garçons comme partenaires sexuels. Au Brésil, un très petit nombre d'études se sont penchées sur les adolescents de sexe masculin exploités à des fins sexuelles. Certains des jeunes gens faisant l'objet de ce type d'exploitation ont fini sur le trottoir parce qu'ils avaient été rejetés ou chassés de chez eux en raison de leur activité homosexuelle (Larvie, 1992). De façon générale, il est nécessaire de s'intéresser de plus près aux besoins particuliers des jeunes gens travaillant dans le milieu de la prostitution et il est entre autres nécessaire de mener des recherches permettant d'évaluer l'ampleur du problème.

Il est également nécessaire d'accorder une plus grande attention aux besoins de santé sexuelle des garçons et jeunes gens d'autres environnements à haut risque, entre autres les garçons placés dans des centres de détention pour mineurs (ou pour adultes), les garçons travaillant loin de chez eux et les jeunes gens qui servent dans l'armée. Les jeunes gens qui ont quitté le toit



familial pour chercher un emploi loin de chez eux ou ceux qui vivent loin du foyer familial, entre autres les militaires, ont peut-être davantage de rapports sexuels avec des professionnelles et font peut-être plus fréquemment usage de substances, dont l'alcool, pour surmonter le stress de vivre loin de chez eux – et ces comportements accroissent pour ces jeunes gens le risque de contracter des infections des voies génitales, entre autres le VIH. Les études consacrées aux jeunes militaires, par exemple, montrent invariablement que la prévalence du VIH est plus élevée parmi eux que dans l'ensemble de la population (PANOS, 1997). Les garçons placés dans des établissements non mixtes, entre autres dans les centres de détention pour mineurs, ont parfois des rapports sexuels, obtenus sous la contrainte ou librement consentis, et disposent de peu de possibilités pour se protéger des infections des voies génitales ou du VIH.

La paternité chez les adolescents

Les chercheurs, les personnes chargées de planification des programmes et les responsables, entre autres l'UNICEF et l'OMS, ont commencé à attirer l'attention sur le rôle du père dans le développement et l'éducation des enfants, entre autres le rôle des jeunes pères. Cette attention est en partie due à la place grandissante des femmes dans le monde du travail – et au fait qu'il est plus souvent demandé aux hommes de prendre la responsabilité de l'éducation des enfants – mais elle a également été stimulée par des travaux de recherche qui ont montré que, partout dans le monde, un pourcentage croissant de pères ne vivent pas avec leurs enfants. De nombreuses études ont mis en évidence l'augmentation des migrations d'hommes à la recherche d'un emploi, l'instabilité des emplois occupés par les hommes ainsi que l'incidence de ces tendances sur les rôles des hommes et leur participation à la vie familiale (Bruce, Lloyd et Leonard, 1995 ; Barroso, 1996).

Ces tendances ont donné lieu, dans divers pays, à un nombre croissant de débats consacrés à l'obligation qu'ont les hommes de subvenir aux besoins de leurs enfants et parfois à des recherches éclairantes sur la dynamique du manque d'investissement des hommes dans leurs enfants, en particulier lorsque celui-ci est liée à leur incapacité à trouver un emploi stable et à remplir le rôle de soutien de famille prescrit par la société.

Bien que l'intérêt pour la paternité chez les adolescents soit limité, quelques modèles de programme importants ont été élaborés dans la région des Amériques, en Amérique du Nord et en Europe occidentale et la question a fait l'objet de débats lors de séminaires organisés dans diverses parties du

Les pères adolescents sont confrontés à certains des problèmes que rencontrent les jeunes mères : passage prématuré du rôle d'adolescent à celui de parent, isolement social, relations instables et opposition sociale et familiale à leur investissement en tant que père.

monde, dont l'Inde (Lyra, 1998 ; Correspondance personnelle, John Howard, 1998). Lors de diverses enquêtes sur la santé reproductive on a demandé à des jeunes gens s'ils avaient déjà fécondé une partenaire – toutefois, nous manquons de recherches sur les attitudes des jeunes gens envers la paternité, leur investissement, ou leur désir de s'investir, en tant que père.

En raison de la honte associée à la grossesse chez les adolescentes, aux grossesses non prévues ou aux grossesses qui ont lieu hors d'une union officielle, les jeunes gens sont parfois réticents à déclarer légalement leur paternité ou à admettre qu'ils ont engendré un enfant. Il arrive que certains jeunes gens ne sachent pas qu'ils ont engendré un enfant. Les pères adolescents, comme les mères adolescentes, subissent parfois des pressions sociales : on les pousse à quitter l'école pour subvenir aux besoins de leur enfant et leurs chances d'aller jusqu'au bout de leurs études secondaires sont plus réduites que celles des jeunes du même âge sans charge d'enfant (OMS, 1993). Les jeunes gens refusent parfois d'admettre leur responsabilité et leur paternité, en grande partie en raison du fardeau financier que constitue un enfant à élever (Barker et Rich, 1992). Au Mexique, une enquête a montré que l'emploi et la situation financière des pères adolescents constituaient des facteurs importants qui déterminaient comment les jeunes adolescents percevaient la grossesse et s'ils s'investissaient activement en tant que père (Atkin et Alatorre-Rico, 1991). Une autre question liée à la grossesse chez les adolescentes est la participation des jeunes gens à la décision d'interrompre volontairement cette grossesse. Diverses études qualitatives et quantitatives ont révélé que les jeunes gens jouaient souvent un rôle déterminant dans le processus de prise de décision concernant l'avortement et que les attitudes masculines envers la grossesse sont importantes au moment où les jeunes femmes prennent ou non la décision de demander une interruption de la grossesse.

Dans certaines parties du monde, les garçons ont bénéficié, et continuent à bénéficier, de normes sociales les autorisant à continuer à fréquenter l'école après avoir engendré un enfant, alors que les mères adolescentes étaient renvoyées de l'école et, dans certains contextes le sont toujours. De nombreux pères



adolescents ne contribuent ni à l'entretien ni à l'éducation de leur enfant. Parallèlement, toutefois, des recherches menées dans certains contextes (aux États-Unis par exemple) montrent que les pères adolescents fournissent souvent un peu d'aide et cherchent à rester en relation avec leur enfant même s'ils ne vivent pas eux-mêmes avec la mère et l'enfant (Barret et Robinson, 1982). Comme c'est le cas pour les mères adolescentes, la probabilité qu'un père adolescent ait lui-même une mère qui elle aussi a eu un enfant à l'adolescence et qu'il ait eu les relations peu satisfaisantes avec son père est plus élevée que chez les autres adolescents du même âge sans enfant (Gohel, Diamond et Chambers, 1997).

Les parents d'un père adolescent, les parents de la mère de l'enfant, la mère de l'enfant et les personnes des services de santé ont souvent de nombreuses opinions toutes profondément enracinées sur la paternité chez les adolescents. Selon une idée répandue, par exemple, un père adolescent qui n'épouse pas la mère de l'enfant est "irresponsable", alors qu'en fait ses motivations sont souvent complexes. Il arrive que certains pères adolescents tentent de se soustraire aux responsabilités alors que d'autres souhaitent s'investir auprès de leur enfant mais n'y sont pas autorisés par la mère de l'enfant, ou que d'autres encore estiment ne pas être en droit d'avoir des relations avec l'enfant s'ils ne sont pas en mesure de fournir une aide financière. De telles nuances n'ont pas été étudiées de manière satisfaisante et, souvent, il n'en est pas tenu compte dans les débats sur les pères adolescents (Lyra, 1998). Bien que de manière différente et à des degrés divers, les pères adolescents sont confrontés à certains des problèmes que rencontrent les jeunes mères : passage prématuré du rôle d'adolescent à celui de parent, isolement social, relations instables et opposition sociale et familiale à leur investissement en tant que père (Elster, 1986).

Un petit nombre de programmes et de chercheurs en Amérique latine et ailleurs dans le monde appellent l'attention sur la nécessité d'adopter envers les pères adolescents des approches plus positives et moins déterminées par les déficits (Lyra, 1998). Certains chercheurs estiment que, pour certains jeunes gens, l'acte d'engendrer un enfant peut constituer un puissant processus de maturation, une forte source d'identité positive et offrir au jeune l'occasion de mettre de l'ordre dans sa vie et de décider ce qui est important. Ces chercheurs plaident pour que les programmes, les familles et les écoles aient entre autres rôles celui d'aider les pères adolescents à s'impliquer davantage auprès de leur enfant et à être un soutien pour lui. (Rhoden et Robinson, 1997).

Implications

En résumé, les recherches sur le comportement sexuel des garçons adolescents permettent de mieux comprendre la manière dont on socialise les garçons et dont on fait pression sur eux pour les faire adhérer aux scénarios sexuels dominants. Comme cela a été souligné plus haut, les jeunes gens décrivent souvent comme une forme de coercition sexuelle la pression qu'exercent sur eux leurs pairs de sexe masculin pour les pousser à avoir des relations sexuelles à un âge relativement jeune. Dans certains pays, des jeunes gens racontent avoir été emmenés chez des professionnelles par des parents de sexes masculins lorsque ces derniers avaient jugé que le moment opportun était arrivé. Cette pression plus ou moins subtile exercée par la société et les pairs sur les jeunes gens pour qu'ils prouvent leur compétence sexuelle a d'importantes conséquences, souvent négatives, sur la manière dont les jeunes gens construisent leur identité sexuelle et sur les styles d'interaction pendant les relations intimes.

Les recherches présentées dans le présent chapitre fournissent de solides arguments pour inciter les garçons adolescents à s'investir dans ces questions, ce qui constitue un moyen de modifier leur comportement ultérieur à l'âge adulte. Le fait de considérer les femmes comme des objets, de percevoir les rapports sexuels comme une preuve de compétence plutôt que comme une occasion de partager un moment d'intimité avec sa partenaire, de penser que les rapports sexuels leur sont "dus" par les filles et les femmes et de négliger leur santé sexuelle sont des comportements qui apparaissent souvent à l'adolescence et persistent à l'âge adulte. Par ailleurs, les garçons adolescents sont susceptibles d'intérioriser les styles d'interaction hommes-femmes qu'ils observent autour d'eux. Les jeunes gens qui se sont montrés irrespectueux au cours de relations avec des jeunes femmes ont souvent été témoins de relations semblables chez eux ou ont eu l'expérience de relations négatives au sein de leur famille. Dans les familles où les relations hommes-femmes se caractérisent par des conflits au sujet des ressources, les jeunes gens sont souvent dépourvus de modèles intériorisés de relations d'entraide positives hommes-femmes. Ces exemples confirment que pour promouvoir une plus grande égalité des sexes dans les relations hommes-femmes il est indispensable de travailler avec les garçons adolescents.

Les publications dont il est rendu compte dans le présent chapitre mettent l'accent sur la nécessité de recueillir davantage d'informations et d'élaborer des programmes et des politiques additionnels dans un certain nombre de domaines et mettent en évidence des éléments permettant de formuler des implications importantes pour les travaux actuels et futurs.



Implications pour les programmes

- * Il est nécessaire que les programmes offrent aux garçons davantage d'informations sur la sexualité et la santé reproductive. Ces informations devraient tenir compte des préoccupations et des réalités des garçons et devraient être fournies dans un environnement ouvert et neutre.
- * Étant donné que la plupart des garçons adolescents considèrent l'activité sexuelle comme une preuve de compétence plutôt que comme une occasion de partager un moment d'intimité avec sa partenaire, il est nécessaire de mettre en place des programmes conçus pour inciter les garçons adolescents à participer à des discussions portant sur un large éventail de questions relatives à la sexualité, entre autres la santé sexuelle et les rapports sexuels mieux protégés, mais aussi les autres préoccupations de santé sexuelle des garçons (la manière de satisfaire leur partenaire, la taille du pénis etc.). Il faut en outre travailler avec les garçons afin de remettre en question certains des "mythes" concernant la sexualité masculine.
- * Il est nécessaire que les programmes d'une part accordent plus d'attention aux préoccupations des garçons adolescents qui se définissent comme homosexuels et d'autre part combattent l'homophobie largement répandue, laquelle a des incidences négatives non seulement sur les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, mais également sur les garçons et jeunes gens hétérosexuels.
- * Étant donné le nombre croissant de personnes séropositives dans certaines régions du monde et l'importance du rôle des hommes et des garçons adolescents dans la propagation du virus VIH, il est urgent d'inciter les garçons adolescents à participer à des discussions sur les méthodes permettant d'être mieux protégé au cours des rapports sexuels, notamment l'utilisation du préservatif masculin, et de mettre leurs idées à profit pour élaborer à l'intention des garçons des programmes sur la protection au cours des rapports sexuels.

- * Étant donné la forte proportion de garçons adolescents atteints d'une infection des voies génitales, dont le VIH, et la nature asymptomatique de nombre de ces infections, il est nécessaire de multiplier les possibilités offertes aux adolescents d'obtenir des conseils sur les infections des voies génitales et le VIH et de passer volontairement des tests de dépistage confidentiels.
- * Il est nécessaire que les programmes accordent plus d'attention aux réalités auxquelles sont confrontés les pères adolescents et incitent tous les garçons adolescents à discuter du rôle de père qu'ils pourraient être amenés à jouer. Les garçons ne sont généralement pas préparés par leur socialisation à être attentionnés envers les jeunes enfants et à s'occuper d'eux. Inciter les garçons à discuter de ces questions lorsqu'ils sont encore adolescents fournit une occasion importante d'encourager une plus grande participation masculine aux soins apportés aux enfants.

Implications pour la recherche

- * Il est nécessaire que les travaux sur la sexualité des adolescents s'intéressent à l'éventail complet de l'expression sexuelle des jeunes et que les chercheurs travaillent sur plusieurs fronts à élargir nos définitions de l'expression sexuelle et de l'intimité.
- * Il est nécessaire de poursuivre les recherches sur les préoccupations et les besoins insatisfaits des garçons adolescents se définissant eux-mêmes comme homosexuels ou bisexuels, à qui ne sont offerts que peu de lieux où discuter de leur identité et de leurs expériences sexuelles et qui sont confrontés à de nombreux préjugés au sein de leur famille et de la société dans presque toutes les parties du monde.
- * Il est nécessaire de poursuivre les recherches sur les réalités auxquelles sont confrontés les pères adolescents et sur l'attitude des garçons envers la paternité.
- * Il est nécessaire de poursuivre les recherches afin de définir les initiatives les plus efficaces pour encourager les garçons à mieux respecter l'équité entre les sexes et à être plus sensibles aux besoins de leur partenaire dans leur comportement sexuel.



accidents, blessures et violence

Les accidents, les blessures et la violence constituent les principales causes de mortalité et de morbidités des garçons adolescents au niveau mondial. En raison de leur comportement et de leur socialisation, les garçons courent souvent un risque élevé d'être les victimes de violences et de blessures et, par ailleurs, les garçons sont également les auteurs de violences et d'accidents de la route entraînant des blessures et des décès. Cependant, malgré la réalité des faits, la plupart des comptes rendus d'actes de violence ne tiennent pas compte de la question du sexe. Nous avons grandement besoin d'aborder la question et de comprendre l'influence qu'exerce la socialisation sexuée – comment les garçons sont socialisés de manière à devenir les garçons – sur le fait que les garçons sont victimes de violences, de blessures et d'accidents et auteurs de violences.

Accidents, blessures et santé au travail

Accidents de la route

Les accidents de la route constituent la cause principale de décès chez les jeunes gens au niveau mondial ; nombre de ces accidents sont liés à l'usage d'alcool et de drogue (Programme OMS de santé et développement de l'adolescent, 1998). Pour chaque jeune tué dans un accident de la circulation, 10 autres sont gravement blessés ou handicapés à vie. Les conditions de circulation sont plus dangereuses dans les pays en développement, où le nombre de véhicule a par ailleurs augmenté. Le nombre de personnes tuées dans des accidents de la route a augmenté de plus de 200 pour cent en Afrique et de 150 pour cent en Asie entre 1968 et 1983. En Thaïlande, selon une enquête, près de deux fois plus de garçons que de filles avaient été impliqués dans des accidents de la route et 48,5 pour cent des garçons vivant en milieu urbain ont déclaré avoir été concernés par un accident au cours des trois années antérieures à l'enquête (Podhista et Pattaravanich, 1998). Aux Émirats Arabes Unis, 70 pour cent des consultations dans les services des urgences concernaient des garçons, les causes de traumatismes les plus courantes étant les accidents de la route, les blessures infligées à l'aide d'objets tranchants, les coups et blessures reçus au cours de bagarres et les accidents de sport (Bener, Al-Saman et Pugh, 1998).

Les risques d'accident de la route sont plus élevés chez les garçons que chez les filles pour de nombreuses raisons. Comme cela a déjà été mentionné, les garçons passent souvent une plus

Les accidents de la route constituent la cause principale de décès chez les jeunes gens au niveau mondial ; nombre de ces accidents sont liés à l'usage d'alcool et de drogue.

grande partie de leurs temps hors du domicile et plus de temps dans les rues et sur la voie publique ou aux alentours. L'usage d'alcool et d'autres substances associé à la conduite imprudente de véhicules automobiles sont des comportements que les pairs de sexe masculin excusent souvent.

Blessures et santé au travail

Dans les pays en développement, en particulier, un grand nombre d'adolescents travaillent à l'extérieur du domicile afin de contribuer à leur propre entretien et au revenu de la famille. Dans ces pays, les garçons sont davantage susceptibles que les filles de travailler à l'extérieur. Bien que des recherches complémentaires soient nécessaires, les données limitées dont nous disposons semblent indiquer que, dans les pays pauvres en ressources, de nombreux garçons sont employés à des occupations ou des tâches présentant des risques pour leur santé, qu'ils travaillent dans la rue où ils sont exposés à des risques environnementaux et à des accidents liés à la circulation, et qu'ils travaillent avec des matériaux dangereux. Comme cela a déjà été mentionné, dans certaines parties du monde, les garçons adolescents et les jeunes gens travaillent dans des environnements où ils sont de passage, loin de leur famille, et qu'il peuvent donc être exposés à des risques plus élevés d'infections des voies génitales, dont le SIDA. L'usage de substances au travail ou pour supporter des conditions de travail difficiles constitue pour la santé des jeunes gens un autre risque professionnel auquel ils sont parfois confrontés.

Bien qu'on ne dispose que d'un nombre limité de données relatives aux risques professionnels réparties selon le sexe, quelques études semblent indiquer que les garçons sont peut-être davantage susceptibles de subir des accidents du travail et des blessures ou de rencontrer des problèmes de santé liés au travail. En Thaïlande, lors d'une enquête, près de deux fois plus d'hommes que de femmes ont signalé des accidents liés au travail : 13,9 pour cent d'hommes en milieu urbain et 17,5 pour cent d'hommes en milieu rural, contre 5,7 pour cent de femmes en milieu urbain et rural (Podhista et Pattaravanich, 1998). De même, en Italie, 90 pour cent des enfants ou des jeunes blessés au travail sont des garçons (Pianosi et Zocchetti, 1995).



Violence

Les garçons auteurs de violences

Il y a chez les garçons une tendance nettement plus marquée que chez les filles à commettre des violences selon de nombreux rapports émanant de divers pays. Au Royaume-Uni, selon des travaux sur les brimades dans le cadre scolaire, un élève du primaire sur huit et un élève du secondaire sur 14 déclare avoir pris part à des brimades infligées à d'autres ; les garçons y sont représentés de manière disproportionnée comme victimes et comme auteurs (Utting, 1997). Au Brésil, une enquête sur les jeunes d'une communauté à faible revenu a montré que 30 pour cent d'entre eux avaient participé à des bagarres et qu'il s'agissait en vaste majorité de garçons (Ruzany et al., 1996). Aux États-Unis, selon une enquête, 14,9 pour cent des hommes contre 5,8 pour cent des femmes avaient commis un acte de délinquance au moins au cours de l'année précédente, entre autres des actes de moindre violence tels que le vandalisme (Ministère de la Justice des États-Unis, 1997). Selon l'étude longitudinale nationale consacrée à la santé des adolescents aux États-Unis, plus de 10 pour cent des personnes de sexe masculin contre 5 pour cent des personnes de sexe féminin ont déclaré avoir commis un acte violent au cours de l'année précédant l'enquête (Resnick et al., 1997). Aux États-Unis, la probabilité d'avoir été mêlé à des bagarres est de quatre fois plus élevée chez les garçons que chez les filles (Centers for Disease Control and Prevention, 1992).

Si certains éléments permettent peut être de conclure qu'une relation d'ordre biologique et naturel lie le sexe masculin et les comportements à risque et agressif, pour la majorité des garçons le comportement violent s'explique par des facteurs sociaux et environnementaux présents au cours de l'enfance et de l'adolescence.

Pourquoi les taux de comportement violent sont-ils plus élevés chez les garçons ? Dans le tempérament des garçons, certains traits spécifiques - taux plus élevés de déficit de maîtrise des impulsions, ADHD et autres traits tels que la recherche d'impressions nouvelles, la réactance et l'irritabilité - peuvent être des précurseurs de l'agressivité (Miedzian, 1991 ; Earls, 1991). Dès l'âge de quatre mois, on peut relever des différences de tempérament entre les garçons et les filles. Les garçons manifestent plus d'irritabilité et moins de docilité, facteurs associés à une hyperactivité et une agressivité

ultérieures (Stormont-Spurgin et Zentall, 1995). L'ensemble de ces précurseurs peut disposer les enfants de sexe masculin à devenir agressifs, violent et à manifester un comportement à risque. Cependant, ces facteurs ne constituent pas des explications concluantes. D'autres chercheurs ont étudié le rôle de la testostérone dans l'agression, mais les travaux actuellement disponibles semblent indiquer que les effets des hormones sexuelles sur les niveaux d'agressivité sont limités ; le problème se complique encore du fait qu'un comportement agressif et violent peut entraîner une augmentation des niveaux de testostérone sérique, brouillant la cause et l'effet (Miedzian, 1991). Si certains éléments permettent peut être de conclure qu'une relation d'ordre biologique et naturel lie le sexe masculin et les comportements à risque et agressif, pour la majorité des garçons le comportement violent s'explique par des facteurs sociaux et environnementaux présents au cours de l'enfance et de l'adolescence (Sampson et Laub, 1993).

Il est important de noter que l'agressivité et la violence ne sont pas des domaines exclusivement masculins. Dans le monde entier, des études comparatives entre garçons et filles montrent que les garçons sont davantage susceptibles d'avoir recours à l'agression physique alors que les filles sont davantage susceptibles d'agression indirecte - mensonges, mise «en quarantaine» de certaines personnes, exclusion d'autres personnes du groupe social. En outre, certaines des origines biologiques présumées du comportement agressif des garçons - l'ADHD et les troubles du comportement, par exemple - sont peut-être elles-mêmes susceptibles de préjugés sexuels. Le diagnostic de l'ADHD, des troubles de la personnalité et des troubles du comportement repose sur des évaluations comportementales. Certaines différences entre les sexes relevées dans les taux déclarés de ces pathologies sont peut-être dues à la tendance des chercheurs et des cliniciens à mesurer et à constater l'agressivité physique des garçons et non l'agressivité indirecte des filles. Certains chercheurs suggèrent que les agressions féminines aux États-Unis ont peut-être augmenté parce que les stéréotypes sociaux liés aux rôles de chaque sexe y ont changé, permettant aux filles d'adopter une façon d'agir plus «masculine» et plus «violente» - et même les encourageant à le faire - mais que l'inverse ne s'est pas produit (Renfrew, 1997).

Le consensus qui se dégage est que l'interaction entre la socialisation des garçons au sein de la famille - où l'on encourage par exemple davantage les jeux chahuteurs chez les garçons que chez les filles - et certains facteurs génétiques, est à l'origine des taux plus élevés de comportement agressif chez les garçons (Boulton, 1994).



Pour certains garçons, le comportement agressif peut mener à des actes de violence contre d'autres personnes, liés à des facteurs environnementaux tels que la nature de la relation avec les parents et d'autres adultes importants et le fait d'avoir été exposé à la violence au sein de la famille ou de la communauté. Il existe une forte association entre le fait d'avoir été victime de violences et celui d'être violent. Les recherches menées dans un certain nombre de pays indiquent que les garçons sont davantage susceptibles que les filles d'avoir été victimes de sévices (non sexuels) dans la famille et de violences physiques à l'extérieur (Blum et al., 1997 ; UNICEF, 1998).

Bien qu'il soit stressant pour les garçons comme pour les filles d'être témoins de violences, chaque sexe peut manifester ce stress à sa manière. Pour les garçons, le traumatisme lié au fait d'avoir été témoins de violences est davantage susceptible d'être extériorisé sous forme de violence (Ministère de la Justice des États-Unis, 1997). Selon certains chercheurs, la plupart des garçons sont convaincus, du fait de leur socialisation, qu'il n'est pas convenable d'exprimer la peur et la tristesse mais qu'il est convenable d'exprimer la colère et l'agressivité. En fait, la dépression et la douleur psychologique sont des précurseurs habituels de la violence commise contre d'autres jeunes gens et de la violence commise par des hommes contre des femmes (Correspondance personnelle, Benno de Keijzer, 1998).

Globalement, les tendances antisociales d'origine biologique de la petite enfance (tempérament, agressivité et hyperactivité) sont de faibles précurseurs du comportement violent ultérieur pour la plupart des garçons adolescents. Bien que certains éléments permettent peut-être de conclure qu'il existe une propension précoce d'origine biologique à manifester un comportement violent, selon les chercheurs, la majorité des comportements violents s'expliquent par des facteurs sociaux présents au cours de l'enfance et de l'adolescence. Par exemple, la pauvreté et le handicap social structurel influencent la délinquance en réduisant la capacité des familles à exercer des contrôles sociaux informels efficaces. Les parents dans la détresse sont davantage susceptibles d'avoir recours à une discipline coercitive, contribuant ainsi à provoquer le comportement antisocial des garçons qui se rebellent contre cette éducation autoritaire. Il est possible que, chez certains garçons, il y ait un lien entre, d'une part, les troubles précoces du comportement et l'ADHD ou l'hyperactivité et, d'autre part, un comportement ultérieur violent, mais il n'est pas clairement établi si ces traits précoces «causent» le comportement violent lui-même. Il arrive que les parents et les enseignants qualifient ces comportements de conduites à problèmes, comme

nous l'avons vu plus haut, et qu'ils réagissent de manière autoritaire, ce qui crée un enchaînement d'attentes et de réactions menant en fait à la délinquance (Sampson et Laub, 1993). Le fait que les taux de sévices infligés sous le toit familial sont plus élevés pour les garçons et qu'il existe un lien bien documenté entre le fait d'avoir été victimes de maltraitance au sein de la famille et le fait de prendre part ultérieurement à des actes de violence ou de délinquance, vient encore corroborer ce point de vue.

La violence remplit une fonction de survie et de statut pour les jeunes gens issus de communautés à bas revenu dans certaines cultures. De nombreux hommes économiquement faibles, en l'absence d'un rôle social bien défini, ont recours à la violence qui constitue une façon de conserver un statut parmi ses pairs de sexe masculin et de se protéger soi-même de la violence (Majors et Billson, 1993 ; Anderson, 1990 ; Archer, 1994 ; Schwarz, 1987 ; Zaluar, 1994). Emler et Reicher (1995) concluent que pour certains jeunes gens à bas revenu au Royaume-Uni et aux États-Unis, la délinquance et la violence envers d'autres hommes et contre les femmes deviennent des manières d'affirmer leur identité.

Divers travaux fournissent également des arguments irréfutables en faveur d'une action auprès des garçons dès le jeune âge afin de prévenir la violence. Certains garçons, après avoir commis quelques actes de délinquance au début de l'adolescence, sont ensuite étiquetés comme délinquants et finissent par accepter l'étiquette et l'identité de délinquant. Pour de nombreux garçons, le comportement délinquant débute tôt dans l'enfance et est en rapport étroit avec les pairs (Elliott, 1994). En outre, plus le comportement violent se déclare tôt, plus la probabilité est grande que ce comportement violent se poursuivra à l'âge adulte.

Les garçons victimes et témoins de la violence

Il est plus fréquent d'étudier les jeunes gens en tant qu'auteurs qu'en tant que victimes de la violence. Toutefois, certains chercheurs et personnels chargés de programmes commencent à souligner que les jeunes gens sont eux aussi des victimes et que, lorsqu'ils peuvent le faire, ils expriment souvent leur crainte du potentiel de violence qu'ils ressentent en eux-mêmes et de la violence ou des menaces de violence dirigées contre eux par d'autres jeunes gens.

Dans de nombreuses parties du monde, les statistiques sanitaires confirment que les blessures dues à la violence constituent une des principales causes de mortalité et de morbidité chez les garçons adolescents. Les statistiques disponibles indiquent que la région du monde la plus violente est celle des Amériques avec un



taux d'homicide régional d'environ 20 pour 100 000 habitants (Banque mondiale, 1997). Dans certains pays d'Amérique latine, les dépenses publiques et privées liées à la violence représentent jusqu'à 10 pour cent du produit intérieur brut (Fontes, May et Santos, 1999). Sur l'ensemble de la région, les taux les plus élevés d'homicides concernent les jeunes gens âgés de 15 à 24 ans (OPS, 1993). En Colombie, entre 1991 et 1995 il y a eu 112 000 homicides. Les jeunes représentaient 41 000 morts, la vaste majorité d'entre eux de sexe masculin (Banque mondiale, 1997). Aux États-Unis, une enquête a révélé qu'au cours des 10 années antérieures les homicides avaient représenté la troisième cause de décès chez les adolescents de 10 à 19 ans et 42 pour cent des décès parmi les jeunes hommes noirs (United States Department of Health and Human Services, 1991). Au Brésil, selon la Police fédérale, entre 1988 et 1990, 4611 enfants ou jeunes avaient été victimes d'homicide : la majorité d'entre eux était de sexe masculin et 70 pour cent étaient âgés de 15 à 17 ans (CEAP, 1993 ; Rizzini, 1994).

Les blessures dues à la violence constituent une des principales causes de mortalité et de morbidité chez les garçons adolescents.

Parce que les garçons passent plus de temps hors de chez eux dans la plupart des cultures, ils sont davantage susceptibles d'être exposés à la violence physique et ou d'en être les témoins hors du domicile. Dans un certain nombre de régions, les services de la santé publique s'inquiètent des conséquences psychologiques de l'exposition à la violence, que ce soit dans les zones urbaines où vivent des groupes sociaux à bas revenu ou dans les pays où les enfants et les jeunes participent en tant que combattants à des guerres civiles ou bien sont exposés aux conflits armés en cours. Dans la Bande de Gaza, par exemple, 21,5 pour cent des enfants et adolescents (âgés de 9 à 13 ans) déclarent être angoissés depuis qu'ils ont été témoins de violences et souffrent de stress associé à leurs conditions socioéconomiques (Thabet et Vostanis, 1998). Aux États-Unis, 27 pour cent des enfants et des jeunes économiquement faibles vivant dans un environnement urbain violent répondent aux critères de diagnostic du trouble état de stress posttraumatique (American Academy of Pediatrics, 1996). Bien entendu, tous les enfants ou adolescents exposés à la violence ne manifestent pas ces séquelles psychologiques, mais les recherches menées dans diverses zones de guerre et dans des secteurs urbains divers où vivent des groupes sociaux à faible revenu montrent que certains troubles sont souvent associés à l'exposition à la violence, entre autres l'usage de substances, les troubles du sommeil, l'émoussement

psychique, les conduites d'évitement, la dépression et les conduites suicidaires.

Plus de 100 millions de jeunes sont actuellement concernés par des conflits armés, en tant que soldats, civils ou réfugiés. Les jeunes gens sont davantage susceptibles que les jeunes femmes de participer aux conflits comme combattants - certains volontairement, d'autres contre leur gré, souvent avec l'encouragement des dirigeants politiques (Programme OMS de santé et de développement de l'adolescent, 1998).

Les garçons auteurs et victimes de violences lors de sorties en couple ou de l'établissement de relations amoureuses

Des enquêtes auprès de lycéens et de jeunes étudiants en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis ont montré que 20 à 59 pour cent des jeunes, garçons et filles, déclarent avoir subi une agression physique au cours de sorties en couple (Jezl, Molidor et Wright, 1996 ; Magdol et al., 1997). Si un nombre à peu près équivalent d'hommes et de femmes déclarent avoir été victimes de violences au cours de sorties en couple, on observe cependant que les hommes ont une tendance plus forte à la violence contre les femmes et que ce sont eux qui tendent à entamer le processus de violence. En Amérique du Nord, en Europe occidentale et en Australie, les préoccupations au sujet de la violence lors de sorties en couple ou de l'établissement de relations amoureuses ont abouti au lancement de campagnes éducatives en grande partie destinées aux jeunes gens.

En réaction à la violence masculine envers les femmes et entre autres à la violence des jeunes gens envers les jeunes femmes, certains chercheurs et personnels chargés de programmes ont commencé à poser les questions suivantes : Quelles actions menons-nous directement auprès des hommes, et entre autres des jeunes gens, pour empêcher que ceux-ci soient violents avec les femmes ? Dans de nombreux pays industrialisés les hommes, y compris les garçons adolescents, accusés ou reconnus coupables de violence familiale ou de violence sexuelles sont depuis longtemps astreints par les tribunaux à suivre un traitement. En Amérique du Nord, en Australie et en Europe occidentale, et jusqu'à un certain point dans quelques régions d'Amérique latine, des groupes de discussion travaillent actuellement sur la sensibilisation aux viols pendant les sorties en couple, sur la violence familiale et la violence lors de l'établissement de relations amoureuses. Certaines de ces activités de groupe se déroulent avec des soldats nouvellement recrutés, dans les vestiaires d'installations sportives ou dans des écoles. Leur objectif est de sensibiliser les hommes à ces problèmes ou de créer une pression



positive des pairs pour que les jeunes gens eux-mêmes soient en mesure de convaincre leurs pairs qu'un tel comportement est inacceptable. Dans quelques pays d'Amérique latine, des ONG ont lancé sur la base du volontariat des groupes de discussion réunissant des hommes, y compris des jeunes gens, qui souhaitent travailler dans le cadre d'un groupe pour y discuter des actes de violence qu'ils ont commis contre des femmes et de leur désir d'empêcher que de tels actes ne se reproduisent à l'avenir.

De façon générale, cependant, les recherches ne nous fournissent pas suffisamment d'information sur les contextes dans lesquels la violence des jeunes gens s'exerce contre les jeunes femmes et sur le point de vue des jeunes gens sur cette violence, et elle ne nous offrent aucune suggestion quant à sa prévention. Des recherches limitées menées en Afrique et en Amérique latine confirment que pour de nombreux hommes, adultes et adolescents, la violence familiale ou la violence lors de l'établissement de relations amoureuses est perçue comme faisant partie d'un contrat de mariage ou de cohabitation tacite (Ali, 1995; Brown et al., 1995; Barker et Loewenstein, 1997; Njovana et Watts, 1996). Certains jeunes gens peuvent aussi trouver des excuses aux violences exercées par d'autres jeunes lorsque ceux-ci sortent en couple ou courtisent afin de se soutenir mutuellement. Nous manquons encore de modèles d'intervention et de recherches sur la manière de travailler avec les jeunes gens à la prévention de la violence familiale, de la violence lors de sorties en couple ou de l'établissement de relations amoureuses, et de la coercition sexuelle.

Les garçons victimes de maltraitance, d'abus sexuels et de coercition sexuelle

Un certain nombre d'études ont permis de recueillir des informations sur l'ampleur de la maltraitance ou des abus sexuels dont les garçons adolescents sont victimes. La plupart des travaux confirment que les filles sont davantage susceptibles que les garçons d'être les victimes de violences et de coercition sexuelles, mais de nombreuses études révèlent qu'un grand nombre de garçons souffrent également d'abus sexuels. Au Brésil, 20 pour cent des jeunes sexuellement actifs déclarent avoir eu des rapports sexuels sous la contrainte au moins une fois, le taux étant environ deux fois plus élevé chez les filles que chez les garçons (Childhope, 1997). Selon une enquête, aux États-Unis, 3,4 pour cent des hommes et 13 pour cent des femmes avaient été victimes d'une agression sexuelle définie comme «un contact sexuel non souhaité» (Ministère de la Justice des États-Unis, 1997). Dans les Caraïbes, 16 pour cent des garçons de 16 à 18 ans ont déclaré avoir été victimes de

maltraitance et 7,5 pour cent d'abus sexuels (Lundgren, 1999). Au Canada, un tiers des hommes interrogés au cours d'une enquête ont déclaré avoir subi des violences sexuelles sous une forme ou sous une autre (Stewart, 1996, in Lundgren, 1999).

Au Kenya, au cours d'une enquête nationale sur les jeunes, 28 pour cent des garçons et 22 pour cent des filles ont déclaré avoir subi des tentatives de viol. En outre, 31 pour cent des garçons et 27 pour cent des filles ont déclaré qu'on avait fait pression sur eux pour obtenir des rapports sexuels. Pour les filles comme pour les garçons, ces pressions étaient majoritairement exercées par des adolescents et des adultes de sexe masculin. Dans cette même étude, les auteurs avancent que la notion de «contrainte» dans les relations sexuelles est vraisemblablement interprétée de manière différente par les garçons et par les filles. Toujours dans la même étude, interrogés au sujet de leur activité sexuelle la plus récente, 66 pour cent des garçons et 51 pour cent des filles ont déclaré qu'ils avaient désiré avoir des rapports sexuels, ce qui semble indiquer que le «désir» d'avoir une activité sexuelle et le consensus en la matière sont des questions complexes pour les garçons et pour les filles (Erulkar et al., 1998).

Au Nicaragua, 27 pour cent des femmes et 19 pour cent des hommes ont déclaré avoir subi des abus sexuels pendant leur enfance ou leur adolescence. Au Sri Lanka, 7,4 pour cent des jeunes gens interrogés ont déclaré avoir été contraints lorsqu'ils étaient plus jeunes à avoir des rapports sexuels avec un homme plus âgé. Au Zimbabwe, 30 pour cent des élèves du secondaire interrogés ont déclaré avoir subi des abus sexuels : pour la moitié d'entre eux, il s'agissait de garçons à qui des femmes avaient fait subir des violences sexuelles (FOCUS, 1998).

Aux États-Unis, lors d'une enquête nationale, 13 pour cent des garçons en âge de fréquenter le lycée ont déclaré avoir été victimes de maltraitance ou d'abus sexuels (dont des sévices sous le toit familial et lors de relations intimes), contre 21 pour cent de lycéennes. La probabilité que les garçons victimes de violences signalent qu'ils souffraient de problèmes de santé mentale était de plus de trois fois supérieure à celle relevée chez les garçons qui n'avaient pas subi de violences ; moins de la moitié des garçons victimes de violences avaient parlé à quelqu'un de ces violences (Schoen et al., 1998). La même étude américaine montre que les garçons victimes de violences déclaraient près de deux fois plus de pensées suicidaires que les filles victimes de violences. Les témoignages recueillis dans diverses parties du monde dans le cadre clinique de soins de santé mentale confirment en effet que les garçons victimes de maltraitance et d'abus sexuels au cours de la petite enfance ont du mal à parler de ces



violences plus tard dans leur vie. Si les jeunes femmes rencontrent souvent des difficultés semblables à parler des sévices dont elles ont été victimes par le passé, les données recueillies en Australie et en Amérique du Nord indiquent que les garçons ont encore plus de difficultés à s'exprimer sur ces actes de violence et à trouver des personnes à qui se confier à ce sujet, ou même à trouver des adultes prêts à admettre qu'ils ont subi ces sévices (Keys Young, 1977).

Les abus sexuels ont d'autres conséquences encore pour la santé, parmi lesquelles figurent les blessures corporelles, les infections des voies génitales et les grossesses non désirées pour les filles. Selon certaines études, il existe également un rapport entre les abus sexuels et une activité sexuelle ultérieure à risque pour les garçons comme pour les filles. Les victimes d'abus sexuels ont généralement moins tendance dans leur comportement à tenir compte de leur propre protection et sont moins susceptibles d'avoir un sentiment de pouvoir dans les relations sexuelles. Une étude comparative de la violence sexuelle à l'adolescence actuellement en cours en Afrique du Sud, au Brésil et aux États-Unis montre que la coercition sexuelle et la violence au cours des relations intimes des adolescents sont associées à un usage moins fréquent des préservatifs masculins (Correspondance personnelle, Maria Helena Ruzany).

Alors que les filles sont davantage susceptibles que les garçons d'être victimes d'abus sexuels, un certain nombre d'études semblent indiquer que les garçons sont davantage susceptibles que les filles d'être victimes d'autres formes de violences sous le toit familial.

Alors que les filles sont davantage susceptibles que les garçons d'être victimes d'abus sexuels, un certain nombre d'études semblent indiquer que les garçons sont davantage susceptibles que les filles d'être victimes d'autres formes de violences sous le toit familial. En Jordanie, selon une étude, les garçons sont davantage susceptibles d'être victimes de maltraitance au domicile familial et davantage susceptibles de subir des sévices entraînant des blessures, alors que les filles sont davantage susceptibles de subir des injures (UNICEF, 1997). Au Brésil, 61 pour cent des garçons âgés de 11 à 17 ans ont déclaré qu'ils avaient été victimes de mauvais traitements infligés par leurs parents contre 47 pour cent des filles (Goncalves des Assis, 1997).

Les garçons auteurs d'actes de coercition sexuelle

Aux États-Unis, lors d'une enquête nationale réalisée en 1992 sur les adolescents âgés de 15 à 18 ans, 4,8 pour cent des adolescents contre 1,3 pour cent des adolescentes ont déclaré avoir contraint une autre personne à accomplir un acte sexuel au moins une fois. Les adolescents agressifs sur le plan sexuel étaient davantage susceptibles d'avoir été victimes d'abus sexuels, d'avoir été les témoins de violences envers un autre membre de la famille et d'avoir utilisé des drogues ou de l'alcool (American Academy of Pediatrics, 1997). Diverses études menées en Europe occidentale et en Amérique du nord montrent qu'il existe un lien étroit entre le fait pour un jeune homme d'avoir été victime de violences sous le toit familial, entre autres d'abus sexuels, et le fait d'être ultérieurement l'auteur de violences sexuelles ou de violences lors de sorties en couple. Les faits confirment la nécessité d'offrir aux jeunes gens victimes de maltraitance et d'abus sexuels des services qui non seulement leur proposent une forme de traitement, mais qui constituent également un élément important dans la prévention de la violence sexuelle potentielle envers d'autres personnes ou lors de sorties en couple.

Il est difficile de trouver des travaux sur les actes de violence sexuelle commis par les garçons et sur la violence lors de sorties en couple. Dans certaines régions, en raison de normes sociétales, la coercition sexuelle peut être perçue comme faisant partie d'un scénario sexuel «normal» pour les garçons. Au Kenya, par exemple, en 1991, un événement s'est produit dont on a beaucoup parlé : 71 jeunes femmes ont été violées et 19 d'entre elles ont trouvé la mort lors d'une attaque par un groupe de leurs camarades de classe de sexe masculin. Les responsables de l'établissement scolaire ont traité l'événement comme s'il s'agissait d'un comportement typique de garçons, illustré par le proverbe «on ne changera jamais les garçons» (Senderowitz, 1995). Quelques études se sont penchées sur les contextes sociaux dans lesquels se produisent la violence familiale, la violence lors de sorties en couple et la coercition sexuelle, pour tenter de comprendre comment la violence lors de sorties en couple et la coercition sexuelle peuvent être renforcées par les pairs de sexe masculin (Katz, 1995 ; Barker et Loewenstein, 1997). Ces recherches encore limitées semblent indiquer qu'il existe un rapport étroit entre la socialisation des garçons et le comportement coercitif ou agressif de certains garçons envers les filles. Dans de nombreux contextes, certains garçons ont le sentiment qu'ils ont droit aux faveurs sexuelles de jeunes femmes, quelle que soit la manière dont on les définit, et se sentent ainsi autorisés à faire usage de pressions, de coercition et de violences directes ou



indirectes pour obtenir ces faveurs sexuelles. Dans de nombreux contextes ce comportement est toléré de la part des garçons, ainsi que cela est suggéré plus haut, alors que les filles qui osent protester contre la violence sexuelle sont souvent accusées d'avoir provoqué les garçons.

Implications

En résumé, dans la plupart des régions du monde la violence et les blessures dues aux accidents de la route sont parmi les premières causes de mortalité des adolescents de sexe masculin. Les recherches et les interventions dans le domaine de la violence sont souvent axées sur les garçons en tant qu'auteurs de violence. Toutefois, les jeunes gens sont également des victimes de la violence. Avoir été victime ou témoin de violences, sous le toit familial ou à l'extérieur, constitue un facteur associé à la perpétration de violences.

Par ailleurs, les recherches présentées dans le présent chapitre étayaient fortement la thèse selon laquelle si certaines formes de comportement violent sont plus courantes chez les garçons, cela s'explique par les manières dont ceux-ci sont socialisés et les conditions dans lesquelles cette socialisation a lieu.

Examiner comment la violence masculine s'ancre dans la socialisation sexuée et réfléchir à la question constitue un important point de départ pour l'élaboration de stratégies plus efficaces de prévention de la violence.

Les recherches présentées ici semblent également indiquer la nécessité de garder à l'esprit que la violence n'est pas simplement associée aux garçons adolescents économiquement faibles, bien que de nombreuses recherches sur la violence soit axées sur les jeunes gens économiquement faibles. La pauvreté constitue en elle-même une forme de violence sociale, mais la pauvreté ne devrait pas être considérée comme une cause de violence. Les garçons adolescents des classes moyennes sont également concernés par la violence et, en raison de la manière dont ils ont été socialisés, font eux aussi usage de violence pour exprimer leurs émotions et résoudre des conflits, de même que de nombreux garçons de régions économiquement faibles ne commettent aucune violence. Il est impératif lorsqu'on étudie la violence ou lorsqu'on répond au problème de ne pas stigmatiser ou étiqueter les garçons économiquement faibles ou les garçons de façon générale en les déclarant violents par nature et de reconnaître que la plupart des garçons ne commettent aucune violence.

Les autres implications qui figurent ci-dessous sont formulées à partir des recherches disponibles sur la violence et les garçons adolescents.

Implications pour les programmes

- * Il est nécessaire que les programmes conçus à l'intention des jeunes offrent aux jeunes gens d'autres manières de résoudre les conflits, d'affirmer leur identité et d'exprimer leurs émotions. Un nombre encore limité d'actions dans ce sens ont confirmé que les jeunes gens réagissent positivement lorsqu'on leur offre la possibilité de discuter des violences dont ils ont été victimes et de leur crainte de la violence, et de réfléchir à la manière dont la violence fait souvent partie intégrante de la socialisation masculine.
- * Il est nécessaire que les programmes accordent plus d'attention au problème de la violence relationnelle ou de la violence lors de sorties en couple. Quelques programmes cités ici ont mis en place des actions expérimentales cherchant à inciter les garçons à discuter de ces questions, mais il faut mettre en point davantage de programmes dans ce domaine.
- * Il est nécessaire d'accorder davantage d'attention programmatique aux garçons victimes et témoins de la violence en leur offrant, dans un cadre institutionnel ou de manière spontanée, des occasions de discuter de la violence dont ils sont les témoins et de réduire le stress associé aux violences dont ils ont été les victimes.
- * Il est nécessaire de mettre en place des programmes dans les environnements où les garçons ont couramment un comportement violent et délinquant. Ces programmes devraient être conçus à l'intention de garçons encore jeunes. Les actions menées avec les garçons pour la prévention de la violence ne devraient pas présupposer que les garçons sont potentiellement violents ou étiqueter ceux-ci comme délinquants, mais devraient plutôt les inciter à s'investir de manière positive dans leur communauté, leur famille, leur pairs prosociaux et leurs modèles masculins non-violents.



- * Il est nécessaire que les programmes sensibilisent et éduquent les parents, les enseignants, les personnels de santé et les autres professionnels intervenant auprès des jeunes, aux facteurs qui pourraient être à l'origine du comportement violent de certains garçons, et que ces programmes aident les intervenants à ne pas réagir essentiellement par des sanctions et à faire en sorte que les garçons s'impliquent efficacement dans des actions.
- * Il est nécessaire de lancer de nouvelles et larges campagnes de sensibilisation aux accidents de la route et aux risques et accidents du travail parmi les garçons adolescents.

Implications pour la recherche

- * Il est nécessaire de poursuivre les travaux de recherche sur la socialisation des garçons pour examiner comment celle-ci est liée à la coercition sexuelle et à d'autres formes de violence contre les femmes.
- * Il est nécessaire d'examiner plus explicitement le rôle de la socialisation sexuée dans le renforcement de la violence masculine. En raison de la manière dont ils ont été socialisés, les jeunes gens voient souvent la colère et l'agression comme les seules émotions « masculines » convenables. Dans d'autres cas, du fait de leur socialisation, les jeunes gens voient la violence comme une manière de définir leur identité. L'interdiction sociale faite aux garçons d'exprimer leurs émotions constitue une forme de violence envers les jeunes gens. Jusqu'ici, les recherches n'ont pas abordé ces questions de façon satisfaisante.
- * Il est nécessaire de poursuivre les recherches sur le manière dont les médias influencent le comportement violent des garçons. Ces travaux pourraient nous aider à mieux comprendre comment travailler avec les jeunes pour leur faire acquérir une attitude critique envers les médias.
- * Il faut poursuivre les recherches sur d'autres modes d'action possibles de prévention de la violence dans un esprit autre que celui de la sanction, notamment les méthodes efficaces de formation à la résolution de conflits. Les travaux présentés ici argumentent fortement en faveur d'une démarche consistant à aborder la question de la prévention de la violence sous l'angle de l'écologie humaine et du développement humain, en étudiant les sources d'appui social et familial, les expériences subjectives des jeunes et le rôle que joue la socialisation sexuée dans la violence.



remarques finales

La recherche sur les garçons adolescents, comme la recherche sur les adolescents des deux sexes, tend à être axée sur les problèmes et les risques. L'examen des travaux présentés ici nous laisse peut-être l'impression que les garçons adolescents sont «des problèmes ambulants». Le défi consiste à reconnaître et comprendre les problèmes et les risques que rencontrent les garçons – et le mal qu'ils se font souvent à eux-mêmes ou qu'ils font à d'autres – et ne pas les voir simplement sous l'angle de déficits. Il nous faut également voir ce que les garçons apportent de positif à leur famille et à la société dans laquelle ils vivent et reconnaître leurs potentialités.

Le défi consiste à reconnaître et comprendre les problèmes et les risques que rencontrent les garçons - et le mal qu'ils se font souvent à eux-mêmes ou qu'ils font à d'autres – et ne pas les voir simplement sous l'angle de déficits. Il nous faut également voir ce que les garçons apportent de positif à leur famille et à la société dans laquelle ils vivent et reconnaître leurs potentialités.

Le domaine du développement de l'enfant nous fournit des suggestions sur la manière de relever ce défi. Par exemple, selon certaines théories du développement de l'enfant, tous les adolescents – garçons et filles – sont capables d'être attentionnés envers un autre être humain et de s'occuper de lui s'ils ont eux-mêmes suffisamment fait l'objet de soins attentionnés. Lorsque l'on étudie les garçons et les hommes, on fait parfois l'hypothèse que ceux-ci n'ont pas la capacité de s'occuper des autres. Les théories du développement de l'enfant semblent indiquer qu'il convient non pas de voir les garçons comme dépourvus par nature de toute aptitude à s'occuper des autres, mais plutôt de considérer qu'ils sont socialisés de manière à refouler leurs capacités inhérentes à se lier d'affection pour d'autres êtres humains. De ce point de vue, le défi consiste à aider les garçons à recouvrer et à se réapproprier l'aptitude à être attentionnés et à s'occuper des autres, aptitude dont ils ont en fait été «dépouillés» par leur socialisation (Pollack, 1998).

Les travaux présentés ici indiquent que la manière dont les garçons sont socialisés a une profonde influence sur leurs comportements et détermine les risques pour leur santé. Il ne sera pas facile de modifier la manière dont les sociétés et les familles élèvent les garçons, mais ce changement est possible, nécessaire et, à certains endroits, déjà amorcé. Nous pouvons clairement constater une évolution des rôles et des comportements liée au fait que le rôle des femmes dans la société est perçu différemment depuis 20 ou 30 ans. On commence également à constater qu'en fait les attitudes des garçons et des hommes évoluent, et que les jeunes gens sont plus souples que les générations précédentes en ce qui concerne les rôles de chaque sexe. Même dans les régions du monde caractérisées par des valeurs patriarcales traditionnelles, on peut constater certains changements dans les rôles de chaque sexe et dans les attitudes des hommes, peut-être entraînés par l'évolution des rôles des femmes dans la société. Alors que les jeunes femmes ont obtenu des lieux et des occasions où se construire de nouveaux rôles, les garçons et les jeunes gens disposent de peu d'espaces où réagir à l'évolution des attentes et où discuter des nouvelles identités masculines et de nouvelles manières d'être un jeune homme – ils ont pourtant un urgent besoin de telles occasions.

Expériences de participation des garçons

Il est important de signaler que nous ne faisons pas preuve d'utopisme comme nous pourrions en donner l'impression, mais que nous disposons déjà d'une expérience fournie par des programmes qui, dans diverses parties du monde, ont fait participer des garçons à des discussions de ce type. Comme il est mentionné au début du présent document, une des hypothèses souvent avancées au sujet des garçons adolescents est qu'il est «difficile de travailler avec eux» et difficile de faire en sorte qu'ils s'impliquent dans la promotion de la santé. Toutefois, les expériences de travail avec les garçons adolescents nous fournissent déjà des enseignements sur la manière d'attirer les adolescents vers les services de santé existants et de les faire participer aux activités de promotion de la santé.

- * Les garçons sont davantage susceptibles d'avoir recours aux services de soins de santé lorsque ceux-ci leur sont rendus plus attrayants. Selon certains programmes, il est important que les jeunes gens puissent s'adresser à du personnel masculin, selon d'autres le sexe des membres du personnel n'est pas très important à condition que les personnes soient réceptives aux besoins



des garçons. Certains centres de santé offrent des activités sportives et emploient de jeunes animateurs pour inciter les garçons à utiliser les services de soins.

- * Les personnels de ces programmes déclarent également que les garçons comme les filles préfèrent des activités et des services intégrés qui tiennent compte de toute la diversité de leurs intérêts et de leurs besoins, tels que la formation professionnelle ou les réponses à apporter à la violence au sein de la communauté dans laquelle ils vivent.
- * Les garçons demandent souvent et apprécient d'avoir la possibilité de débattre de leurs problèmes au sein de groupes composés uniquement de garçons, mais dans la plupart des programmes on estime qu'il est également important que dans un deuxième temps les garçons et les filles discutent de leurs problèmes ensemble. Les garçons déclarent généralement qu'ils manquent de lieux où ils peuvent discuter – de façon neutre – de questions de masculinité, de problèmes personnels ou de sujets liés à la santé. Dans les parties du monde où la responsabilité de la famille repose sur les femmes, parfois parce que les hommes adultes et les pères se trouvent loin du foyer, les garçons déclarent souvent qu'il est important pour eux d'avoir des interactions avec des modèles masculins positifs tels que des enseignants, des membres plus âgés de la famille, des éducateurs sanitaires, éducateurs de jeunes ou jeunes animateurs.
- * Les garçons peuvent avoir besoin de services de conseils ou de santé mentale mais manifester de la réticence à demander de tels services. Souvent, il arrive que les enseignants ou les autres membres du personnel des services sociaux ne repèrent pas les signes et les symptômes indiquant que le garçon a besoin d'attention. Lorsque le personnel est suffisamment sensible et sensibilisé aux manières dont les garçons expriment les stress, les traumatismes et la souffrance psychologique et qu'il aborde les garçons en respectant leurs silences, les résultats ont démontré que ceux-ci s'adressent en plus grand nombre aux services de conseils et de santé mentale.
- * Lorsque les garçons sont en contact avec leur père, des hommes adultes ou d'importants modèles, affectueux, souples et concernés par l'éducation des enfants, ils sont davantage susceptibles, en grandissant, de devenir affectueux, prêts à négocier pendant leurs relations intimes et de devenir des pères plus concernés s'ils ont des enfants. De même, les programmes de prévention de la violence ont démontré l'importance d'exposer les garçons à des manières non-violentes d'exprimer les émotions, entre autres les frustrations et la colère.
- * Les expériences dans le domaine de la résolution de conflits, de la prévention de la violence, de l'éducation à la sexualité et de l'éducation à la vie de famille ont montré que l'école était un lieu important pour mener de telles activités parce qu'un grand nombre de jeunes vont à l'école. Cependant, parce que certains des garçons adolescents qui présentent les besoins les plus urgents peuvent avoir quitté l'école, il faut que l'on puisse les atteindre dans les lieux où ils «traînent» – la rue, les installations sportives, la communauté, les casernes militaires, les lieux de passage et, dans certains cas, les établissements pour jeunes délinquants.
- * Il existe de très bonnes raisons de chercher à atteindre les garçons adolescents lorsqu'ils sont encore jeunes et de ne pas interrompre les efforts. On sait que les jeunes gens participent très activement aux sports organisés et aux activités de groupes destinées aux jeunes. L'occasion est ainsi fournie de diffuser auprès des jeunes gens, avant le début de leur activité sexuelle, des messages de prévention concernant la santé sexuelle. Les attitudes des garçons évoluent avec le temps, les comportements varient avec les changements de situation, de partenaire et de pairs. C'est pourquoi les intervenants dans le cadre de programmes ne peuvent travailler à partir de l'hypothèse qu'il est inutile de solliciter une nouvelle fois un jeune homme qui a déjà participé à un programme. En outre, l'expérience a montré qu'une certaine souplesse est indispensable en ce qui concerne l'âge de fin d'intervention. Certains programmes prennent fin lorsque le jeune atteint 18 ans. L'expérience indique que les programmes destinés aux jeunes gens doivent répondre aux variations et à l'évolution de leurs besoins dans le temps, et ne pas s'interrompre obligatoirement à un âge prédéterminé qui peut ne pas concorder avec les besoins développementaux des jeunes.



On suppose souvent que les garçons n'ont pas de problèmes, mais les recherches citées ici confirment que pour les adolescents comme pour les adolescentes, les potentialités et les risques sont spécifiques au sexe.

Derniers commentaires

En résumé, nous disposons d'une somme importante d'expériences recueillies au cours de programmes, lesquelles nous fournissent des idées sur la manière d'inciter les garçons à participer à la promotion de leur santé et de leur développement. De même, les abondants travaux analysés ici constituent une base solide pour concevoir des politiques et des programmes plus efficaces à l'intention des garçons adolescents. Rassemblées, ces informations nous aident à combattre certaines idées toutes faites sur les garçons et à les éliminer.

Tout d'abord, il est possible d'établir des contacts avec les garçons en étant à l'écoute de leurs besoins et de leurs préoccupations et en les abordant de manière positive. Ensuite, on suppose souvent que les garçons n'ont pas de problèmes, mais les recherches citées ici confirment que pour les adolescents comme pour les adolescentes, les potentialités et les risques sont spécifiques au sexe. Dans pratiquement toutes les cultures examinées, le fait d'être un garçon s'accompagne d'avantages et d'inconvénients. Même dans les régions du monde où les parti pris structurels contre les femmes sont toujours puissants et où les hommes, dans l'ensemble, bénéficient des inégalités entre les sexes, la masculinité comporte néanmoins des coûts et des bénéfices pour les garçons adolescents et pour les hommes adultes. Le défi à relever est d'offrir aux jeunes gens des possibilités d'examiner les attentes et les rôles passés et présents des hommes, et de les inciter à s'engager sur la voie qui les amènera à se développer sainement et à trouver le bien-être pour eux-mêmes, leur partenaire et leur communauté.



references

- Alan Guttmacher Institute. *Facts in brief: teen sex and pregnancy*. New York, Alan Guttmacher Institute, 1998.
- Ali KA. Notes on rethinking masculinities. In: *Learning about sexuality: a practical beginning*. New York, Population Council, 1995.
- Amazigo U et al. Sexual activity and contraceptive knowledge and use among in-school adolescents in Nigeria. *International family planning perspectives*, 1997, 23(1), 28-33.
- American Academy of Pediatrics. *Homosexuality and adolescence*. Washington, DC, American Academy of Pediatrics, 1993.
- American Academy of Pediatrics. *Adolescent assault victim needs: a review of issues and a model protocol*. Washington, DC, American Academy of Pediatrics, 1996.
- American Academy of Pediatrics. *Study reveals factors that prevent teens from sexually aggressive behavior*. Chicago, American Academy of Pediatrics, 1997.
- Anderson E. *Streetwise: race, class and change in an urban community*. Chicago, University of Chicago Press, 1990.
- Aramburu R, Rodriguez M. A puro valor mexicano: connotaciones del uso del condon en hombres de la clase media en la Ciudad de Mexico. Paper presented at the *Coloquio Latinoamericano sobre "Varones, Sexualidad y Reproduccion"*. Zacatecas, Mexico, Nov. 17-18, 1995.
- Archer J. Gender roles as developmental pathways. *British journal of social psychology*, 1984, 23:245-256.
- Archer J, ed. *Male violence*. London, Routledge, 1994.
- Ariha M. Homens: entre a "zoeira" e a "responsabilidade." In: Ariha M, Ridenti S, Medrado B, eds. *Homens e masculinidades: outras palavras*. Sao Paulo, Brazil, ECOS and Editora 34, 1998.
- Armstrong B. Lessons learned: the Young Men's Clinic (New York City). Paper presented at *Male roles in adolescent reproductive health*. Washington, DC, World Bank, June 10, 1998.
- Atkin L, Alatorre-Rico A. The psychological meaning of pregnancy among adolescents in Mexico City. Paper presented at the *Biennial meeting of the Society for Research in Child Development*. Seattle, Washington, April 18-20, 1991.
- Bang A et al. *Reproductive health problems in males: high prevalence and wide spectrum of morbidities in Gadchiroli, India*. 1997 (Unpublished document).
- Bang A, Bang R, Phirke K. *Reproductive health problems in males: do rural males see these as a priority and need care?* 1997 (Unpublished document).
- Barker G. Non-violent males in violent settings: an exploratory qualitative study of pro-social low-income adolescent males in two Chicago neighborhoods. *Childhood: a global journal of child research*. 1998, 5(4):437-461.
- Barker G, Loewenstein I. Where the boys are: attitudes related to masculinity, fatherhood and violence toward women among low-income adolescent and young adult males in Rio de Janeiro, Brazil. *Youth and society*, 1997, 29(2):166-196.
- Barker G, Rich S. Influences on adolescent sexuality in Nigeria and Kenya: findings from recent focus-group discussions. *Studies in family planning*, 1992, 23(3):199-210.
- Barret RL, Robinson BE. Teenage fathers: neglected too long. *Social work*, 1982, 27:484-488.
- Barroso C. *Policy strategies to encourage greater involvement of fathers with their children in southern countries*. Chicago, The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation, 1996 (Unpublished document).
- Bener A, Al-Salman KM, Pugh RN. Injury mortality and morbidity among children in the United Arab Emirates. *European journal of epidemiology*, 1998, 14(2):175-178.
- Bledsoe C, Cohen B, eds. *Social dynamics of adolescent fertility in Sub-Saharan Africa*. Washington, DC, National Academy Press, 1993.
- Blum R, Rinehart P. *Reducing the risk: connections that make a difference in the lives of youth*. Bethesda, MD, Add Health, 1997.
- Boulton M. The relationship between playful and aggressive fighting in children, adolescents and adults. In: Archer J, ed. *Male violence*. London, Routledge, 1994:23-41.
- Brindis C et al. A profile of the adolescent male family planning client. *Family planning perspectives*, 1998.
- Brown J et al. *Caribbean fatherhood: under-researched, misunderstood*. Kingston, Jamaica, Caribbean Child Development Centre and Department of Sociology and Social Work, University of the West Indies, 1995.
- Bruce J, Lloyd C, and Leonard A. *Families in focus: new perspectives on mothers, fathers and children*. New York, Population Council, 1995.
- Burke K et al. Age at onset of selected mental disorders in five community populations. *Archives of general psychiatry*, 1990, 47:511-518.
- Bursik R, Grasmick H. Defining gangs and gang behavior. In: Klein M, Maxson C, Miller J, eds. *The modern gang reader*. Los Angeles, Roxbury Publishing Company, 1995.
- Caceres C et al. Young people and the structure of sexual risks in Lima. *AIDS*, 1997, 11(1):s67-77.
- Cairns R, Cairns B. *Lifelines and risks: pathways of youth in our time*. New York, Cambridge University Press, 1994.
- CEAP (Center for the Defense of Marginalized Populations). *O extermínio no Brasil e no Rio de Janeiro. [Assassinations in Brazil and Rio de Janeiro.]* Rio de Janeiro, CEAP, 1993.



Centers for Disease Control and Prevention. *Physical fighting among high school students — United States, 1990*. Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention, 1992.

Childhope and NESA. *Gender, sexuality and attitudes related to AIDS among low-income youth and street youth in Rio de Janeiro, Brazil*. New York, Childhope, 1997 (Working paper no. 6).

Chodorow N. *The reproduction of mothering: psychoanalysis and the sociology of gender*. Berkeley, University of California Press, 1978.

Christie K et al. Epidemiologic evidence for early onset of mental disorders and higher risk of drug abuse in young adults. *American journal of psychiatry*, 1998, 145(8):971-975.

Cohler B. Adversity, resilience, and the study of lives. In: Anthony EJ, Cohler B, eds. *The invincible child*. New York, Guilford, 1987.

Commonwealth Department of Health and Family Services. *Youth suicide in Australia: a background monograph*, 2nd ed. Canberra, Australian Government Publishing Service, 1997.

Connell RW. *Masculinities*. Berkeley, University of California Press, 1994.

Connell RW. Teaching the boys: new research on masculinity, and gender strategies for schools. *Teachers college record*, 1996, 2:206-235.

Courtenay WH. *Better to die than cry? A longitudinal and constructionist study of masculinity and the health risk behavior of young American men* [Doctoral dissertation]. University of California at Berkeley, Dissertation Abstracts International, 1998 (Publication no. 9902042).

Davis SS, Davis DA. *Adolescence in a Moroccan town: making social sense*. New Brunswick, NJ, Rutgers University Press, 1989.

Earls F. A developmental approach to understanding and controlling violence. In: Fitzgerald H et al., eds. *Theory and research in behavioral pediatrics*. Vol. 5. New York, Plenum Press, 1991.

Elliott D. Serious violent offenders: onset, developmental course and termination — The American Society of Criminology 1993 presidential address. *Criminology*, 1994, 32(1):1-21.

Elster A. Adolescent fathers from a clinical perspective. In: Lamb M, ed. *The father's role: applied perspectives*. New York, John Wiley and Sons, 1986:325-338.

Emler N, Reicher S. *Adolescence and delinquency: the collective management of reputation*. Oxford, U.K., Blackwell Publishers, 1995.

Engle P. *Men in families: report of a consultation on the role of males and fathers in achieving gender equality*. New York, UNICEF, 1994.

Erikson E. *Identity: youth and crisis*. New York, W.W. Norton, 1968.

Erulkar A et al. *Adolescent experiences and lifestyles in Central Province Kenya*. Nairobi, Population Council and Family Planning Association of Kenya, 1998.

Evans J. Both halves of the sky: gender socialization in the early years. *Coordinator's notebook: an international resource for early childhood development*, 1997(20):1-27.

Figuroa J. Some reflections on the social interpretation of male participation in reproductive health processes. Paper presented at the *Coloquio Latinoamericano sobre "Varones, Sexualidad y Reproduccion"*. Zacatecas, Mexico, Nov. 17-18, 1995.

Figuroa M. Gender privileging and socio-economic outcomes: the case of health and education in Jamaica. Paper presented to the *Workshop on family and the quality of gender relations*, Mona, Jamaica, Ford Foundation, March 5-6, 1997.

FOCUS on Young Adults. Sexual abuse and young adult reproductive health. In: *In focus*. Washington, DC, FOCUS, 1998:1-4.

Fontes M, May R, Santos S. *Construindo o ciclo da paz*. [Constructing the cycle of peace.] Brasilia, Coleção Promundo, Instituto Promundo, 1999.

Frydenberg E. *Adolescent coping: theoretical and research perspectives*. London, Routledge, 1997.

Gibson JT et al. Gender and culture: reported problems, coping strategies and selected helpers of male and female adolescents in 17 countries. *International journal for the advancement of counseling*, 1992, 15(3):137-149.

Gilligan C. *In a different voice: psychological theory and women's development*. Cambridge, Massachusetts and London, Harvard University Press, 1982.

Gilmore D. *Manhood in the making: cultural concepts of masculinity*. Yale University Press, New Haven and London, 1990.

Gissler M et al. Boys have more health problems in childhood than girls: follow-up of the 1987 Finish birth cohort. *Acta Paediatr*, 1999, 88(3):310-314.

Givaudan M, Pick S, Proctor L. *Strengthening parent-child communication: an AIDS prevention strategy for adolescents in Mexico City*. Washington, DC, International Center for Research on Women, Women and AIDS Research Program, 1997.

Gloel R, Stumpe H. We are different? Paper presented at the *1st Specialist Conference on Sex Education Work with Boys*, Koln, Germany, February 27-29, 1996.

Glover E, Erulkar A, Nerquaye-Teteh, J. *Youth centres in Ghana*. Accra, Ghana, Population Council and Planned Parenthood Association of Ghana, 1998.

Gohel M, Diamond J, Chambers C. Attitudes toward sexual responsibility and parenting: an exploratory study of young urban males. *Family planning perspectives*, 1997, 29(6):280-83.

Goldberg C. After girls get the attention, focus shifts to boys' woes. *New York times*, April 23, 1998:1, 12.

Gonçalves de Assis S. *Creecer sem violencia: um desafio para educadores*. [Growing up without violence: a challenge for educators.] Brasilia, Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Publica, 1997.

Gorgen R et al. Sexual behaviors and attitudes among unmarried youths in Guinea. *International family planning perspectives*, 1998, 24(2):65-71.

Green C. *Young men: the forgotten factor in reproductive health*. Washington, DC, FOCUS on Young Adults, 1997 (Occasional paper no. 1, unpublished draft).



Greene M, Biddlecom A. Absent and problematic men: demographic accounts of male reproductive roles. Paper presented at the seminar on *Men, family formation and reproduction*, Buenos Aires, Argentina, May 13-15, 1998.

Groopman J. 1999. Contagion. *The New Yorker*. Sept. 13, 1999. 34-49.

Gulbenkian Foundation. *Children and violence: report of the commission on children and violence convened by the Gulbenkian Foundation*. London, Gulbenkian Foundation, 1995.

Im-em W. Sexual contact of Thai men before and after marriage. Paper presented at the seminar on *Men, family formation and reproduction*, Buenos Aires, Argentina, May 13-15, 1998.

Instituto Promundo, Nucleo de Estudos da Saude do Adolescente (NESA). *Condom study: comparing satisfaction between 49mm and 52mm condoms among adolescent males*. Rio de Janeiro, NESA, 1999 (Unpublished draft report).

International Center for Research on Women. Paper prepared for the *WHO/UNFPA/UNICEF Study Group on Programming for Adolescent Health*, WHO, UNFPA, UNICEF, Nov. 28-Dec. 4, 1995.

Jejeebhoy S. *Adolescent sexual and reproductive behavior: a review of evidence from India*. Washington, DC, International Centre for Research on Women, 1996 (Working paper no. 3).

Jezl D, Molidor C, Wright T. Physical, sexual and psychological abuse in high school dating relationships: Prevalence rates and self-esteem issues. *Child and adolescent social work journal*, 1996, 13(1):69-87.

Kantrowitz B, Kalb C. Boys will be boys. *Newsweek*, May 11, 1998:54-61.

Katz J. Reconstructing masculinity in the locker room: the mentors in violence prevention project. *Harvard educational review*, 1995, 65(2):163-174.

Keijzer B. Masculinity as a risk factor. Paper presented at the *Coloquio Latinoamericano sobre "Varones, Sexualidad y Reproduccion"*. Zacatecas, Mexico, Nov. 17-18, 1995.

Keys Young. *Research and consultation among young people on mental health issues: final report for Commonwealth Department of Health and Family Services*. Canberra, Australian Government Publishing Service, 1997.

Khan ME, Khan I, Mukerjee N. Men's attitude towards sexuality and their sexual behavior: observations from rural Gujarat. Paper presented at the seminar on *Men, Family Formation and Reproduction*, Buenos Aires, Argentina, May 13-15, 1998.

Kindler H. Developmental-psychology aspects of work with boys and men. Paper presented at the *Federal Centre for Health Education (Germany) first European conference "Sex education for adolescents,"* 1995.

Knodel J, Jones GW. Post-Cairo population policy: does promoting girls' schooling miss the mark? *Population and development review*, 1996, 22(4):683-702.

Koster A. *Participation and utilisation patterns of adolescent boys in reproductive health in the eastern region of Ghana* [master's dissertation]. Liverpool, University of Liverpool, 1998.

Kurz K, Johnson-Welch C. *The nutrition and lives of adolescents in developing countries: findings from the Nutrition of Adolescent Girls Research Program*. Washington, DC, ICRW, 1995.

Kushuk RS. *The relationship between parental upbringing, self concept and locus of control among adolescents* [master's thesis]. Amman, Jordan, College of Graduate Studies, University of Jordan, 1991.

Larvie P. *A construção cultural dos 'meninos de rua' no Rio de Janeiro: implicações para a prevenção de HIV/AIDS*. [The cultural construction of 'street children' in Rio de Janeiro: implications for HIV/AIDS prevention.] Washington, DC, Academy for Educational Development, 1992.

Levant R, Pollack W, eds. *A new psychology of men*. New York, Basic Books, 1995.

Lindau-Bank D. Cool boys have no role models. Paper presented at the *1st specialist conference on sex education work with boys*, Koln, Germany, February 27-29, 1996.

Lundgren R. *Research protocols to study sexual and reproductive health of male adolescents and young adults in Latin America*. Washington, DC, Division of Health Promotion and Protection, Family Health and Population Program, Pan American Health Organization, 1999.

Lyra J. *Paternidade adolescente: da investigação a intervenção*. [Adolescent fatherhood: from research to intervention.] In: Arilha M, Ridenti S, Medrado B, eds. *Homens e masculinidades: outras palavras*, Sao Paulo, Brazil, ECOS and Editora 34, 1998.

Magdol L et al. Gender differences in partner violence in a birth cohort of 21-year-olds: bridging the gap between clinical and epidemiological approaches. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1997, 65(1):68-78.

Majali S, Salem-Pickartz J. *Review of literature on Arab adolescent boys*. Geneva, World Health Organization, 1999 (Unpublished document).

Majors R, Billson JM. *Cool pose: the dilemmas of black manhood in America*. New York, Touchstone, 1993.

Manstead A. Gender differences in emotion. In: Clinchy B, Norem, eds. *The gender and psychology reader*. New York, New York University Press, 1998:236-264.

Mariani P. Law-and-order science. In: Berger M, Wallis B, Watson S, eds. *Constructing masculinity*. New York, Routledge, 1995.

Marsiglio W. Adolescent male sexuality and heterosexual masculinity: a conceptual model and review. *Journal of adolescent research*, 1988, 3(3/4):285-303.

Marsiglio W, Hutchinson S, Cohan M. *Young men's procreative identity: becoming aware, being aware and being responsible*. Gainesville, University of Florida, 1999 (Unpublished document).

Mborogi E, Barker G. *AIDS awareness and prevention with Kenyan street youth*. New York, Childhope and Undugu Society of Kenya, 1993 (Childhope working paper no. 4).

Meekers D, Wekwete N. *The socioeconomic and demographic situation of adolescents and young adults in Zimbabwe*. Calverton, MD, Demographic and Health Surveys, 1997, lii:38.



Meijueiro J. Que va a decir papa? [What is daddy going to say?] Paper presented at the *Coloquio Latinoamericano sobre "Varones, Sexualidad y Reproduccion"*. Zacatecas, Mexico, Nov. 17-18, 1995.

Menzel M, Schmauch U. Boys between drive and dreams. Paper presented at the *1st specialist conference on sex education work with boys*, Koln, Germany, February 27-29, 1996.

Messerschmidt J. *Masculinities and crime: critique and reconceptualization of theory*. Lanham, MD, Rowman and Littlefield, 1993.

Miedzian M. *Boys will be boys: breaking the link between masculinity and violence*. New York, Anchor Books, 1991.

Moffitt T. Juvenile delinquency and attention deficit disorder: boys' developmental trajectories from age 3 to age 15. *Child development*, 1990, 61:893-910.

Morris L. Determining male fertility through surveys: young adult reproductive health surveys in Latin America. Paper presented at the *General conference of the IUSSP*, Montreal, Canada, Aug. 24-Sept. 1, 1993.

Mosher D, Tomkins S. Scripting the macho man: hypermasculine socialization and enculturation. *The journal of sex research*, 1988, 25(1):60-84.

National Center for Injury Prevention and Control. *Suicide in the United States*. Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention, 1998.

National Family Planning Board. *Reproductive health survey: Jamaica 1997. Young adult report*. Kingston, Jamaica, National Family Planning Board, 1999.

Necchi S, Schufer M. *Adolescente varon: iniciacion sexual y conducta reproductiva*. [The adolescent male: sexual initiation and reproductive behavior.] Buenos Aires, Argentina, Program de Adolescencia, Htal. De Clinicas, Universidad de Buenos Aires, WHO and CONICET, 1998.

Nicholas J, Howard J. Better dead than gay? Depression, suicide ideation and attempt among a sample of gay and straight-identified males ages 18 to 24. *Youth studies Australia*, 1998, 17(4):28-33.

Nightingale CH. *On the edge: a history of poor black children and their American dreams*. New York, Basic Books, 1993.

Njovana E, Watts C. Gender violence in Zimbabwe: a need for collaborative action. *Reproductive health matters*, 1996, 7.

NSW Health. *Strategic directions in men's health: a discussion paper*. North Sydney, Australia, NSW Health Department, 1998.

O'Neil J, Good G, Holmes S. Fifteen years of theory and research on men's gender role conflict: new paradigms for empirical research. In: Levant R, Pollack W, eds. *A new psychology of men*. New York, Basic Books, 1995:164-206.

Pan American Health Organization. *Resolución XIX: violencia y salud*. [Resolution XIX: violence and health.] Washington, DC, Pan American Health Organization, 1993.

Panos Institute (1998). Panos HIV/AIDS Briefing No. 6, December 1998. AIDS and men: Old problem, new angle. London.

Parker R. Hacia una economia política del cuerpo: construcción de la masculinidad y la homosexualidad masculina en Brasil. [Toward a political economy of the body: the construction of masculinity and male homosexuality in Brazil.] In: Valdes T, Olavarria J, eds. *Masculinidades y equidad de genero en America Latina*. [Masculinities and gender equity in Latin America.] Santiago, Chile, FLACSO, 1998:106-129.

Parker RG. *Bodies, pleasures and passions: sexual culture in contemporary Brazil*. Boston, Beacon Press, 1991.

Paterson J, Field J, Pryor J. Adolescents' perceptions of their attachment relationships with their mothers, fathers, and friends. *Journal of youth and adolescence*, 1994, 23(5):579-600.

Pederson W. Working-class boys at the margins: ethnic prejudice, cultural capital, and gender. *Acta sociologica*, 1996, 39:257-279.

Pianosi G, Zocchetti C. Work-related accidents among minors in Lombardy. *Medicina del lavoro*, 1995, 86(4):332-340.

Pleck J. The gender role strain paradigm: an update. In: Levant R, Pollack W, eds. *A new psychology of men*. New York, Basic Books, 1995:11-32.

Podhisita C, Pattaravanich U. *Youth in contemporary Thailand: results from the family and youth survey*. Bangkok, Mahidol University, 1998.

Pollack W. No man is an island: toward a new psychoanalytic psychology of men. In: Levant R, Pollack W, eds. *A new psychology of men*. New York, Basic Books, 1995.

Pollack W. *Real boys: Rescuing our sons from the myths of boyhood*. New York, Random House, 1998.

Population Council. *Men as supportive partners in reproductive and sexual health: narrating experiences*. Working paper from workshop. Kathmandu, Nepal, Population Council, June 23-26, 1998.

Population Council. *Transitions to adulthood: a national survey of adolescents in Egypt*. Cairo, Population Council, 1999.

Ravitch D. The gender bias myth. *Forbes*, May 20, 1996:168.

Real T. *I don't want to talk about it: overcoming the secret of male depression*. New York, Fireside, 1997.

Renfrew J. *Aggression and its causes: a biopsychosocial approach*. Oxford, Oxford University Press, 1997.

Resnick MD et al. Protecting adolescents from harm: findings from the national longitudinal study on adolescent health. *Journal of the American medical association*, 1997, 278(10):823-832.

Rhoden JL, Robinson BE. Teen dads: a generative fathering perspective versus the deficit myth. In: Hawkins AJ, Doolalite DC, eds. *Generative fathering: beyond deficit perspectives*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1997:105-117.

Rivers, K. & Aggleton, P. (1998). Men and the HIV epidemic, Gender and the HIV epidemic. New York: UNDCP HIV and Development Programme.

Rix A. Sex education with a male perspective. *Planned parenthood challenges*, 1996(2).



Rizzini I, ed. *Children in Brazil today: a challenge for the third millennium*. Rio de Janeiro, Editora Universitaria Santa Ursula, 1994.

Rogow D. Paper presented at the conference on *Men's participation in reproductive health*, Oaxaca, Mexico, AVSC International and the International Planned Parenthood Federation, October 1998.

Ross JM. *What men want: mothers, fathers and manhood*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1994.

Ruzany M et al. *Urban violence and social participation: a profile of adolescents in Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, Adolescent Health Unit, State University of Rio de Janeiro, 1996 (Draft study report, unpublished).

Saboia A. Situação educacional dos jovens. [The educational situation of youth.] In: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento (CNPD), ed. *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas*. [Youth in the path to public policies.] Brasília, CNPD, 1998:507-517.

Saif FM. *Feeling of security among adolescents and its relationship with self concept* [master's thesis]. Amman, Jordan, College of Graduate Studies, University of Jordan, 1993.

Sampson RJ, Laub JH. *Crime in the making: pathways and turning points through life*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1993.

Schoen C et al. *The health of adolescent boys: findings from a Commonwealth Fund survey*. New York, Commonwealth Fund, 1998.

Schwartz G. *Beyond conformity or rebellion: youth and authority in America*. Chicago, University of Chicago Press, 1987.

Senderowitz J. *Adolescent health: reassessing the passage to adulthood*. Washington, DC, World Bank, 1995 (Discussion paper 272).

Sharma V, Sharma A. Adolescent boys in Gujarat, India: their sexual behavior and their knowledge of acquired immunodeficiency syndrome and other sexually transmitted diseases. *Journal of developmental and behavior pediatrics*. 1997, 18(67):399-404.

Shepard B. Masculinity and the male role in sexual health. *Planned parenthood challenges*, 1996(2).

Sielert U. Boys and sexual identity: first approaches to a contradictory topic. In: *Learning to love: sex education for adolescents*. Nov. 29-30, 1994, Cologne, Cologne, Germany, Federal Centre for Health Education, 1994:78-85.

Silvern L, Katz P. Gender roles and adjustment in elementary-school children: a multidimensional approach. *Sex roles*, 1986, 14(3-4):181-201.

Simonetti C, Simonetti V, Arruda S. Listening to boys: a talk with ECOS staff. In: *Learning about sexuality: a practical beginning*. New York, Population Council, 1995.

Singh S. Men, misinformation, and HIV/AIDS in India. *Toward a new partnership: encouraging the positive involvement of men as supportive partners in reproductive health*. New York, Population Council, 1997(3).

Sonenstein F et al. *Involving males in preventing teen pregnancy: a guide for program planners*. Washington, DC, The Urban Institute and the California Wellness Foundation, 1997.

Sonenstein F, Pleck J, Ku L. *Why young men don't use condoms: factors related to the consistency of utilization*. Washington, DC, The Urban Institute, 1995.

Stormont-Spurgin M, Zentall S. Contributing factors in the manifestation of aggression in preschoolers with hyperactivity. *Journal of child psychology and psychiatry*, 1995, 36(3):491-509.

Taylor R. Poverty and adolescent black males: the subculture of disengagement. In: Edelman P, Ladner J, eds. *Adolescence and poverty: challenge for the 1990s*. Washington, DC, Center for National Policy Press, 1991:139-163.

Thabet A, Vostanis P. Social adversities and anxiety disorders in the Gaza Strip. *Archives of the disturbed child*, 1998, 78(5):439-42.

Thompson E, Pleck J. Masculinity ideologies: a review of research instrumentation on men and masculinities. In: Levant R, Pollack W, eds. *A new psychology of men*. New York, Basic Books, 1995.

U.S. Department of Health and Human Services. *Healthy people 2000: national health promotion and disease prevention objectives*. Washington, DC, U.S. Department of Health and Human Services, 1991.

U.S. Department of Health and Human Services. Death rates for 72 selected causes by 5-year age groups, race and sex, U.S. 1988 [Part A mortality tables 1-9]. Washington, DC, U.S. Department of Health and Human Services, 1991(2):51.

U.S. Department of Justice. The prevalence and consequences of child victimization. In: *NIJ Research Preview*. Washington, DC, National Institutes of Justice, 1997.

UNDCP and CONSEP. *Evaluación rápida sobre el abuso de drogas en las áreas urbanas del Ecuador: Quito, Guayaquil y Machala. Informe final investigación*. [Rapid evaluation on drug abuse in urban areas in Ecuador: Quito, Guayaquil and Machala.] Quito, Ecuador, UNDCP, 1996.

UNICEF. *The situation of Jordanian children and women: a rights-based analysis*. Amman, Jordan, UNICEF, 1997.

UNICEF. *Knowledge, attitudes and practices of basic life skills among Jordanian parents and youth: a national study*. Amman, Jordan, UNICEF, 1998 (draft).

United Nations. *Too young to die: genes or gender?* New York, United Nations, 1998.

Utting D. *Reducing criminality among young people: a sample of relevant programmes in the United Kingdom*. London, Home Office, Research and Statistics Directorate, 1997.

Wallace J, Reid K. Country drug abuse profile: 1994. Jamaica. Paper presented at the *Expert forum on demand reduction*, Nassau, Bahamas, Oct. 4-7, 1994.

Webb D. *Adolescence, sex and fear: reproductive health services and young people in urban Zambia*. Lusaka, Zambia, Central Board of Health and UNICEF, 1997.

Wilson W. *When work disappears: the world of the urban poor*. New York, Vintage Books, 1997.

World Bank. *World development report 1993: investing in health*. New York, Oxford University Press, 1993.



World Bank. Crime and violence as development issues in Latin America and the Caribbean. Paper prepared for the conference on *Urban crime and violence*, Rio de Janeiro, Brazil, March 2-4, 1997.

World Health Organization. *Sexual behavior of young people: data from recent studies*. Geneva, World Health Organization, 1997.

World Health Organization. *The world health report 1998*. Geneva, World Health Organization, 1998.

World Health Organization, Child and Adolescent Health and Development Programme. *The second decade: improving adolescent health and development*. Geneva, World Health Organization, Child and Adolescent Health and Development Programme, 1998.

World Health Organization. *HRP Annual Technical Report 1995: Executive summary*. Geneva, World Health Organization, 1995.

Yon C, Jimenez O, Valverde R. Representations of sexual and preventive practices in relation to STDs and HIV/AIDS among adolescents in two poor neighborhoods in Lima (Peru): relationships between sexual partners and gender representations. Paper presented at the seminar on *Men, family formation and reproduction*, Buenos Aires, Argentina, May 13-15, 1998.

Yunes J, Rajs D. Tendencia de la mortalidad por causas violentas en la poblacion general y entre los adolescentes y jovenes en la region de las Americas. [Trends in mortality by violent causes in the general population and among youth and adolescents in the Americas.] *Caderno de saude publica*, Rio de Janeiro, 1994, 10(1):88-125.

Zaluar A. Gangsters and remote-control juvenile delinquents: youth and crime. In: Rizzini I, ed. *Children in Brazil today: a challenge for the third millennium*, Rio de Janeiro, Brazil, Editora Universitaria Santa Ursula, 1994:195-217.