

*ACRONYMES
& MOTS CLES*

ACRONYMES

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé.

CERED : Centre d'Etude et de Recherche Démographiques

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIPD : Conférence Internationale sur la Population et le Développement

DIU : Dispositif Intra-Utérin

EVF : Education à la Vie Familiale

HTA : Hyper Tension Artérielle

IEC : Information Education Communication

INSEE : Institut National de la Statistique et Etudes Economiques

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SIECUS : Sexuality Information and Education council of United States

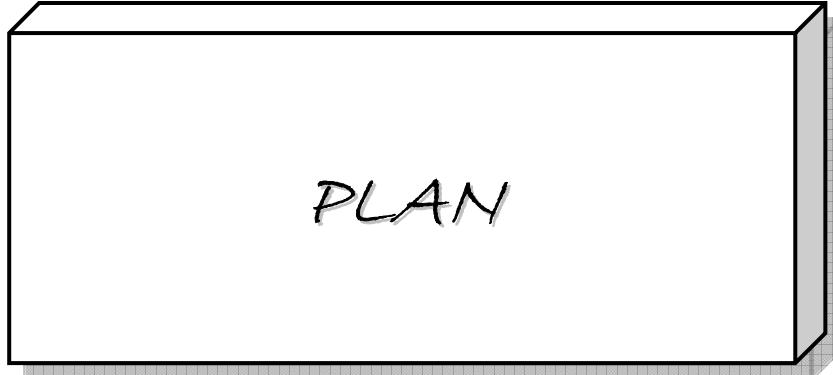
SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

SIU : Système Intra-Utérin

VIH : Virus d'Immunodéficience Humaine

VHP : Virus du Papillome Humain

MOTS CLES : Adolescent – Comportement sexuel – Grossesse – Contraception – IST.

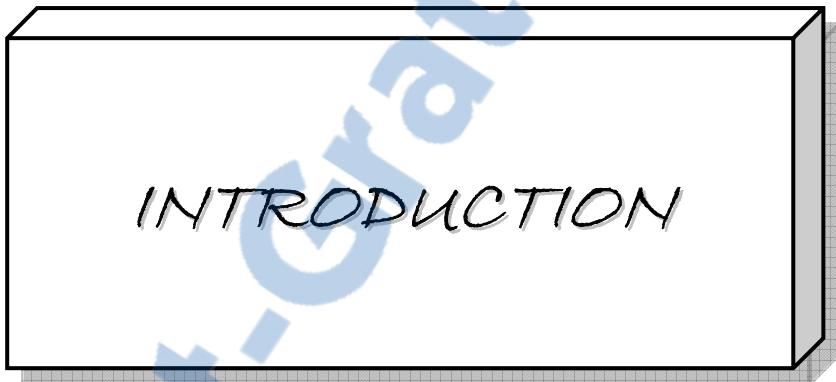


PLAN

INTRODUCTION.....	01
MATERIEL ET METHODES.....	03
RESULTATS.....	07
I. IDENTITE.....	08
1- AGE.....	08
2- SITUATION FAMILIALE.....	08
3- NIVEAU SOCIOECONOMIQUE.....	08
4- NIVEAU D'INSTRUCTION.....	09
5- IMPORTANCE DE LA RELIGION.....	09
II. HABITUDES TOXIQUES.....	09
1-TABAC.....	09
2-ALCOOL.....	10
3- CANNABIS.....	11
III. PUBERTE.....	12
1- AGE DE LA PUBERTE.....	12
2- VOUS AVEZ PARLE A QUELQU'UN DE VOTRE PUBERTE ?	13
3- A QUI VOUS AVEZ PARLE DE VOTRE PUBERTE ?	13
4- QUEL ETAIT VOTRE SENTIMENT ?	14
IV. COMPORTEMENT SEXUEL.....	15
1- LES ADOLESCENTS ACTIFS SEXUELLEMENT.....	15
2- LES ADOLESCENTS NON ACTIFS SEXUELLEMENT.....	17
3- AGE DU PREMIER RAPPORT SEXUEL.....	17
4- RAISON DES RAPPORTS SEXUELS.....	18
5- SEXE DU PARTENAIRE.....	18
6- NOMBRE DE PARTENAIRES SEXUELS.....	18
7- TYPE DU PARTENAIRE SEXUEL.....	19
8- INFORMATION SUR LA SEXUALITE.....	20

V. GROSSESSE ET CONTRACEPTION.....	20
1- CONNAISSANCE DE LA CONTRACEPTION	20
2- CONNAISSANCE DES METHODES CONTRACEPTIVES.....	21
3- UTILISATION DES METHODES CONTRACEPTIVES.....	22
4- RAISONS D'UTILISATION OU NON DES CONTRACEPTIFS.....	23
5- LIEU DE PROCURATION DES CONTRACEPTIFS.....	24
6- QUEL EST LE MOYEN CONTRACEPTIF LE MIEUX ADAPTE POUR LES ADOLESCENTS ?	24
7- FECONDITE ET GROSSESSE.....	24
8- ANTECEDENT DE GROSSESSE.....	25
VI. INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES.....	25
1- CONNAISSANCE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST)	25
2- CONNAISSANCE DES MODES DE TRANSMISSION DES IST.....	26
3- ANTECEDENT D'IST.....	26
4- CONNAISSANCE DES MOYENS PERMETTANT LA PROTECTION CONTRE LES IST.....	26
5- LE PRESERVATIF.....	27
VII. PERCEPTION DE LA SEXUALITE PAR LES JEUNES.....	27
DEFINITIONS.....	29
DISCUSSION.....	33
I. LA PUBERTE.....	34
II. ACTIVITE SEXUELLE.....	36
1- AGE DU PREMIER RAPPORT SEXUEL.....	36
2- SEXUALITE DES JEUNES ADULTES.....	38
3- NOMBRE DE PARTENAIRES.....	41
4- RAISON DES RAPPORTS SEXUELS.....	41
5-INFORMATIONS DES JEUNES ADULTES AU SUJET DE LA SEXUALITE.....	42
III. LES JEUNES ADULTES ET LA CONTRACEPTION.....	44
1- INFORMATIONS SUR LA FECONDITE.....	44
2- CONNAISSANCE ET UTILISATION DES MOYENS CONTRACEPTIFS.....	45

3- LES CAUSES DE LA NON UTILISATION DE LA CONTRACEPTION.....	47
4- COUNSELING SUR LA CONTRACEPTION DES ADOLESCENTS.....	49
5- CHOIX DE CONTRACEPTION POUR LES JEUNES ADULTES.....	50
IV. GROSSESSE ET INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE CHEZ L'ADOLESCENT.....	54
1- ADOLESCENCE, GROSSESSE ET MATERNITE	54
2- INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG) CHEZ L'ADOLESCENTE.....	63
V. INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST)	65
1- DEFINITION.....	65
2- QUELQUES STATISTIQUES.....	65
3- INFORMATIONS SUR LES IST.....	66
4- UTILISATION DU PRESERVATIF	68
5- CAUSES DE VULNERABILITE DES ADOLESCENTS AUX IST.....	69
6- PROGRAMMES PREVENTIFS DES IST.....	70
VI. EDUCATION SEXUELLE ET SERVICES DE SANTE DE REPRODUCTION POUR ADOLESCENTS.....	71
1- DEFINITION DE L'EDUCATION SEXUELLE	71
2- PRINCIPE DE L'EDUCATION SEXUELLE.....	71
3- PROGRAMMES DE L'EDUCATION SEXUELLE DES ADOLESCENTS.....	72
4- PARTICIPANTS AUX PROGRAMMES D'EDUCATION SEXUELLE.....	73
5- EVALUATION DES PROGRAMMES.....	75
6-RECOMMNDATIONS.....	77
CONCLUSION.....	78
ANNEXES	80
RESUMES	
BIBLIOGRAPHIE	



INTRODUCTION

Rapport-Gratuit.Com

Depuis longtemps, la sexualité obéit aux normes et aux valeurs culturelles. Au Maroc, elle est occultée par les tabous et les non-dits.

Il en résulte une situation paradoxale, car malgré l'interdit religieux qui frappe la pratique sexuelle en dehors du mariage, les jeunes peuvent avoir des expériences sexuelles bien avant le mariage, parfois dès l'âge de la puberté, avec tout ce que cela comporte comme risques pour la santé.

Effectivement, l'adolescence, période de changements profonds- maturations physique, affective et sexuelle- suscite un intérêt particulier étant donné que près de la moitié de la population mondiale est âgée de moins de 25ans.

Dans notre pays, les adolescents et les jeunes adultes âgés entre 10 et 24 ans représentent à peu près 21% de la population totale. (1)

Ces adolescents et ces jeunes sont confrontés à divers problèmes en l'occurrence une éducation sexuelle incomplète et partant des rapports sexuels non protégés et à haut risque :

- Grossesses et maternités non désirées et précoces.
- Avortements dangereux.
- Infections sexuellement transmissibles (IST) notamment par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

Les différentes études dans le monde révèlent des résultats alarmants :

- 50 % des nouveaux cas d'infection par le VIH sont âgés de 15 à 24 ans. (83)
- 30 % des nouveaux cas annuels des IST dans le monde sont des jeunes de moins 25 ans. (83)
- 10 % des naissances surviennent chez les jeunes adolescentes de 15 à 19 ans. (1)

Le Maroc n'échappe pas à la règle, ainsi le but de notre enquête est d'évaluer le comportement sexuel des adolescents, leurs connaissances concernant la contraception et les infections sexuellement transmissibles, leurs attentes et leur perception sur la sexualité.

MATERIEL
& METHODES

I. OBJECTIFS DE L'ETUDE

L'étude a pour objectifs d'évaluer le niveau de connaissances sur la santé reproductive et d'identifier le comportement sexuel des adolescents marocains.

II. MATERIEL D'ETUDE

Pour répondre aux objectifs assignés à cette étude, nous avons choisi d'enquêter auprès de 390 lycéens (152 garçons et 238 filles) au sein de 5 lycées publics mixtes : quatre lycées (Cadi Ayyad, Hassan II, Moatamid Ben Abbad et Zarktoni) de la ville de Marrakech et un lycée (Lalla Myriam) de la ville d'Agadir.

III. METHODES D'ETUDE

Pour recueillir les données quant à la vie sexuelle des adolescents et leur niveau de connaissances, il a été nécessaire d'établir un questionnaire adapté.

1– QUESTIONNAIRE

Le questionnaire a été inspiré de plusieurs enquêtes antérieures et rédigé en langue française puis traduit en langue arabe suite à la difficulté retrouvée par les interviewés s'agissant de la compréhension des questions.

Le questionnaire a pour but d'évaluer chez les lycéens le niveau de connaissance en matière de santé reproductive, leur comportement sexuel...mais aussi leurs attentes et leur perception sur la sexualité.

En outre, le questionnaire comporte des informations sur les niveaux socioéconomique et familial des lycéens et sur leurs habitudes toxiques.

Il comporte 51 questions type questions à réponses directes ou à choix multiples réparties sur 7 thèmes :

1-Identification	8 questions
2- Habitudes toxiques	3 questions
3- Puberté	4 questions
4- Comportement sexuel	12 questions
5- Contraception et grossesse	11 questions
6- IST	8 questions
7- Perceptions	5 questions

2- CRITERES D'INCLUSION

Pour notre enquête, les critères d'inclusion étaient des adolescents et jeunes adultes âgés entre 14 et 22 ans et ayant ou non une activité sexuelle.

Les interviewés devaient être volontaires et disponibles pour remplir l'ensemble du questionnaire lequel rappelons le, était un questionnaire anonyme.

3- AUTORITES LOCALES

Une demande écrite a été adressée aux directeurs des différents lycées précités avant de pouvoir effectuer l'enquête au sein de leurs établissements.

Rappelons qu'aucune difficulté n'a été rencontrée à ce stade et que les directeurs ont amplement accepté notre demande quant à l'importance et à la sensibilité du sujet exposé.

4- ENQUETEURS

Les questionnaires ont été distribués par deux enquêteurs qui sont des étudiants universitaires, l'une en 7ème année médecine et l'autre en pharmacie. Ceux-ci ont été préparés pour mener cette enquête surtout concernant la technique d'abord des élèves afin de pouvoir les aider au mieux à l'auto remplissage.

5- METHODE DE COLLECTE DES DONNEES

L'ensemble des informations a été recueilli par l'auto remplissage du questionnaire par les jeunes adultes eux-mêmes.

Le but de cette méthode est de recueillir le maximum d'informations aussi précises que possible dans la mesure où nous savons que dans notre contexte l'abord de la sexualité est difficile.

En outre, la seule difficulté rencontrée par les enquêteurs était la compréhension de la langue française. De ce fait, une version du questionnaire en langue arabe a été établie résolvant le problème. En revanche nous relevons la bonne volonté des lycéens à participer à cette enquête.

6- LES RESULTATS

Les résultats ont été analysés selon des critères épidémiologiques en utilisant le logiciel (SPSS pour windows version 10.0.5) au laboratoire de biostatistique de la faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech.

RESULTS

I. IDENTITE

1- AGE

L'âge des lycéens interrogés variait entre 14 et 22 ans, avec une moyenne de 16.89 ans \pm 1.38 ans dont 69.4 % (271 lycéens) étaient âgés de 17 ans et moins et 30.6 % (119 lycéens) âgés de 18 ans et plus.

Tableau I : Pourcentage des lycéens en fonction de l'âge

	Fréquence	Pourcentage %
14 ans	6	1.5
15 ans	48	12.3
16 ans	117	30.0
17 ans	100	25.6
18 ans	72	18.5
19 ans	31	7.9
20 ans	10	2.6
21 ans	5	1.3
22 ans	1	0.3
Total	390	100.0

2- SITUATION FAMILIALE

Seule une lycéenne sur les 390 jeunes adultes était mariée.

3- NIVEAU SOCIOECONOMIQUE

L'analyse des professions des deux parents et le lieu de résidence des lycéens a révélé que la majorité (85.5 %) avait un niveau socioéconomique moyen.

L'analyse a montré aussi que 67.9 % des mères d'élèves étaient des femmes au foyer.

4- NIVEAU D'INSTRUCTION

Les 390 lycéens participants avaient des niveaux d'études différents.

Tableau II : Niveau d'études

	Fréquence	Pourcentage %
Tronc commun	132	34.3
1 ^{ère} année	185	48.1
2 ^{ème} année	68	17.6

5- IMPORTANCE DE LA RELIGION

La majorité des lycéens (83.3 %) interrogés a déclaré que la religion était très importante dans leur vie :

Tableau III : Importance de la religion

	Importance de la religion		
	Très importante %	Peu importante %	Non importante %
Masculin (n=150)	82.0	17.3	0.7
Féminin (n=236)	85.6	13.1	1.3

II. HABITUDES TOXIQUES

1-TABAC

1-1 Tabagisme en fonction du sexe

L'analyse a révélé que 15.7 % des lycéens fumaient dont 5.6 % régulièrement.

Pour les garçons : 10.4 % régulièrement, et 17.4 % occasionnellement.

Pour les filles : 2.6 % régulièrement, et 5.6 % occasionnellement.

Tableau IV : Tabagisme en fonction du sexe

	Tabac		
	Chronique %	Occasionnel %	Jamais %
Masculin (n=144)	10.4	17.4	72.2
Féminin (n=232)	2.6	5.6	91.8
Total (n=325)	5.6	10.1	84.3

1-2 Tabagisme en fonction de l'âge

Pour les fumeurs, 15 % étaient âgés de moins de 17 ans contre 17.2 % âgés de plus de 18 ans.

Tableau V : Tabagisme en fonction de l'âge

	Tabac		
	Chronique %	Occasionnel %	Jamais %
≤ 17 ans (n=260)	4.6	10.4	85.0
≥ 18 ans (n=116)	7.8	9.4	82.8
Total (n=376)	5.6	10.1	84.3

2-ALCOOL

2-1 Alcoolisme en fonction du sexe

Pour la consommation d'alcool, 11.7 % des adolescents interrogés ont déjà bu de l'alcool :

Pour les garçons : 2.8 % régulièrement, et 19.6 % occasionnellement.

Pour les filles : 1.7 % régulièrement, et 3.5 % occasionnellement.

Tableau VI : Alcoolisme en fonction du sexe

	Alcool		
	Chronique %	Occasionnel %	Jamais %
Masculin (n=143)	2.8	19.6	77.6
Féminin (n=231)	1.7	3.5	94.8
Total (n=374)	2.1	9.6	88.3

2-2 Alcoolisme en fonction de l'âge

Le pourcentage des adolescents buveurs âgés de plus de 18 ans était de 17.9 % contre 8.9 % qui étaient âgés de moins de 17 ans.

Tableau VII: Alcoolisme en fonction de l'âge

	Alcool		
	Chronique %	Occasionnel %	Jamais %
≤ 17ans (n=257)	2.3	6.6	91.1
≥ 18 ans (n=117)	1.7	16.2	82.1
Total (n=374)	2.1	9.6	88.3

3- CANNABIS

3-1 Cannabisme en fonction du sexe

Pour le cannabis, 9.9 % des adolescents interrogés en avaient déjà consommé :

Pour les garçons : 5.6 % régulièrement, et 12.6 % occasionnellement.

Pour les filles : 2.2 % régulièrement, et 2.6 % occasionnellement.

Tableau VIII : Cannabisme en fonction du sexe

	Cannabis		
	Chronique %	Occasionnel %	Jamais %
Masculin (n= 143)	5.6	12.6	81.8
Féminin (n=231)	2.2	2.6	95.2
Total (n=374)	3.5	6.4	90.1

3-2 Cannabisme en fonction de l'âge

Concernant les adolescents qui se droquaient, 13.7 % étaient âgés de plus de 18 ans contre 8.2 % qui étaient âgés de moins de 17ans.

Tableau IX : Cannabisme en fonction de l'âge

	Cannabis		
	Chronique %	Occasionnel %	Jamais %
≤ 17ans (n=257)	3.5	4.7	91.8
≥ 18 ans (n=117)	3.4	10.3	86.3
Total (n=374)	3.5	6.4	90.1

III. PUBERTE

1– AGE DE LA PUBERTE

L'âge moyen de la puberté retrouvé au sein de notre échantillon était de 13.4 ans \pm 1.3 ans avec un minimum de 10 ans et un maximum de 19 ans.

Tableau X : Age de la puberté

	Age de la puberté		
	Moyenne	Minimum	Maximum
Masculin	13.76 ±1.28	10	18
Féminin	13.26 ±1.31	10	19

2- VOUS AVEZ PARLE A QUELQU'UN DE VOTRE PUBERTE ?

Concernant la puberté, il s'est avéré que les filles en parlaient plus que les garçons : 87.2% des filles contre 58.9 % des garçons.

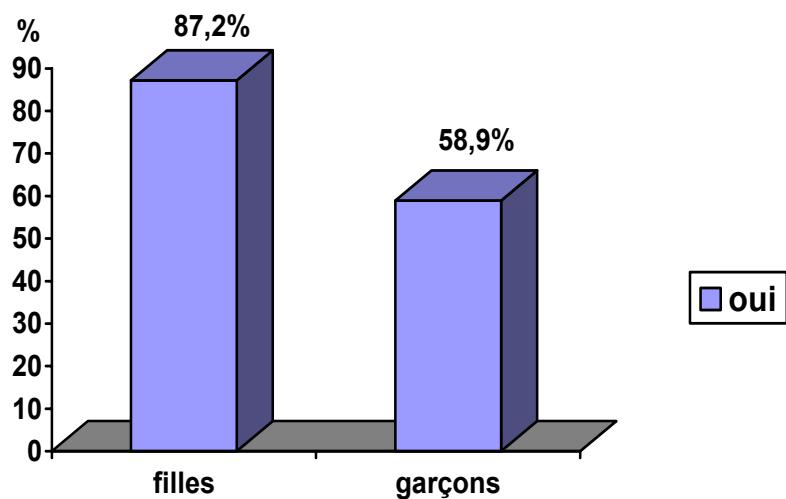


Fig. 1 : Vous avez parlé à quelqu'un de votre puberté

3- A QUI AVEZ VOUS PARLE DE VOTRE PUBERTE ?

Par le biais du questionnaire, nous avons pu déterminer avec qui les lycéens ont parlé de leur puberté. Les confidents les plus fréquemment trouvés étaient la mère, les amis, les frères et sœurs.

74.7 % des filles ont parlé de leur puberté à leur mère, tandis que 71.4 % des garçons en ont parlé à leurs amis.

Tableau XI : A qui vous en avez parlé ?

	A qui ?			
	Mère %	Amis %	Frères & sœurs %	Autres %
Garçons (n=70)	11.4	71.4	8.6	8.6
Filles (n= 194)	74.7	8.8	8.8	7.7
Total (n=264)	58.0	25.4	8.7	7.9

4- QUEL ETAIT VOTRE SENTIMENT ?

L'indifférence à l'égard de la puberté était le sentiment le plus retrouvé chez les jeunes adolescents : 46.5 % des garçons et 40.2 % des filles.

Nous avons également trouvé d'autres sentiments, à pourcentages différents tels que la fierté, la joie, la tristesse, la peur et la maturité.

Tableau XII : Quel était votre sentiment

	Garçons %	Filles %	Total %
Indifférence	46.5	40.2	42.3
Peur	2.0	34.7	23.8
Joie	27.3	7.5	14.1
Tristesse	4.0	8.5	7.0
Maturité	6.1	6.0	6.0
Fierté	10.1	0.0	3.4
Timidité	4.0	3.0	3.4

IV. COMPORTEMENT SEXUEL

1- LES ADOLESCENTS ACTIFS SEXUELLEMENT

1-1 Globalement

Parmi les 390 lycéens interrogés, 108 lycéens (27.7 %) ont déclaré avoir eu une activité sexuelle.

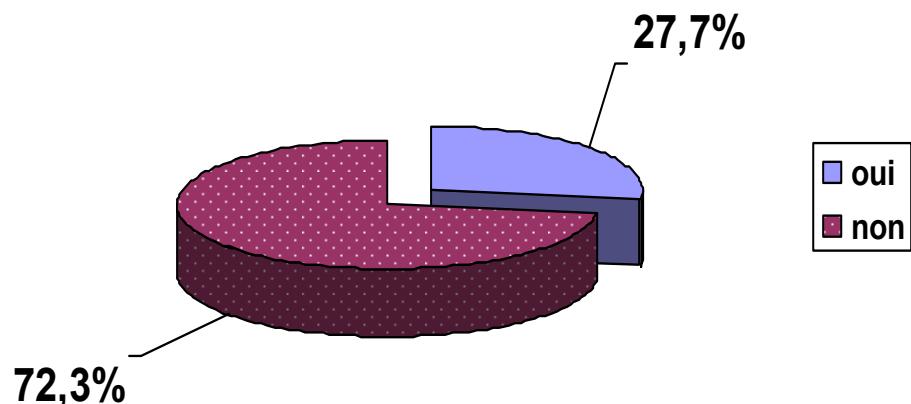


Fig.2 : Pourcentages des adolescents actifs sexuellement

1-2 En fonction du sexe

Parmi les garçons interrogés, 57.2 % (87) étaient actifs sexuellement, contre 8.8 % (21) chez les filles.

Tableau XIII: Rapports sexuels en fonction du sexe

	Avez-vous des rapports sexuels	
	Oui %	Non %
Masculin (n=152)	57.2	42.8
Féminin (n=238)	8.8	91.2
Total (n= 390)	27.7	72.3

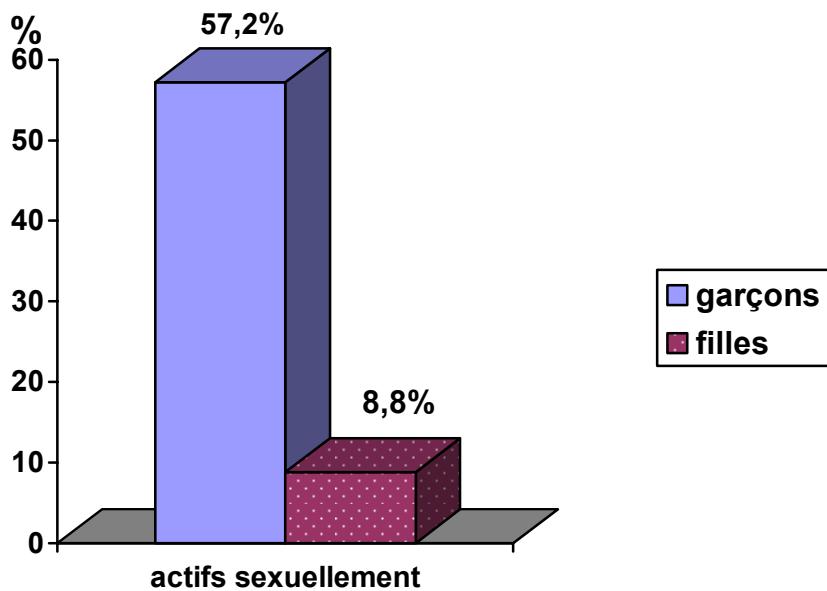


Fig.3 : Les adolescents actifs sexuellement

1-3 En fonction de l'âge

Par ailleurs, parmi les 27.7 % (108) des adolescents sexuellement actifs, 35.3 % étaient âgés de plus de 18 ans contre 24.4 % de moins de 17 ans :

Tableau XIV : Rapports sexuels en fonction de l'âge

	Avez-vous eu des rapports sexuels	
	Oui %	Non %
≤ 17ans (n=271)	24.4	75.6
≥ 18ans (n=119)	35.3	64.7
Total (n=390)	27.7	72.3

1-4 En fonction de la région

En outre 32.7 % des 108 lycéens actifs sexuellement étaient de Marrakech contre 17.7 % qui étaient d'Agadir :

Tableau XV : Rapports sexuels en fonction de la région

	Avez-vous eu des rapports sexuels	
	Oui %	Non %
Agadir (n=130)	17.7	82.3
Marrakech (n=260)	32.7	67.3
Total (n=390)	27.7	72.3

2- LES ADOLESCENTS NON ACTIFS SEXUELLEMENT

Par ailleurs, les 72.3 % adolescents restants ont déclaré n'avoir pas eu de relations sexuelles pour diverses raisons. La cause religieuse reste de loin la plus fréquente :

Tableau XVI : Raisons d'absence de rapports sexuels

	Raisons d'absence des rapports			
	Pas avant le mariage %	Pas prêt(e) %	Peur d'avoir le sida %	Peur d'avoir un enfant %
Masculin(n=67)	50.7	19.4	23.9	6.0
Féminin(n=215)	80.9	9.8	4.6	4.7
Total (n=282)	73.8	12.1	9.1	5.0

3- AGE DU PREMIER RAPPORT SEXUEL

L'analyse des données a révélé que la moyenne d'âge du premier rapport sexuel chez les adolescents était de 14.85 ans \pm 2 ans.

Chez les garçons, la moyenne d'âge était de 14.7 ans \pm 2 ans.

Quant aux filles, la moyenne d'âge était de 15.6 ans \pm 2 ans.

Tableau XVII : Age du 1^{er} rapport

	Age moyen (ans)	Minimum (ans)	Maximum (ans)
Garçons	14.7 ± 2	10	19
Filles	15.6 ± 2	12	19

4- RAISONS DES RAPPORTS SEXUELS

Parmi les jeunes adultes interviewés, 88.5 % ont déclaré avoir eu des rapports sexuels désirés, contre 2.9 % ayant eu des rapports forcés, et 3.8 % après prise d'alcool ou de drogue. En outre, aucun cas de rapport sexuel pour l'argent n'a été signalé.

Tableau XVIII: Raison des rapports

	Masculin %	Féminin %	Total %
Rapport désiré	89.4	84.2	88.5
Rapport forcé	3.5	0.0	2.9
Rapport après drogue	4.7	0.0	3.8
Rapport après persuasion par partenaire	2.4	15.8	4.8

5- SEXE DU PARTENAIRE

Sur les 106 adolescents sexuellement actifs ayant répondu à cette question, 97.2 % (103) étaient hétérosexuels. Néanmoins l'enquête a révélé qu'une fille a eu des relations homosexuelles exclusives, une autre fille des relations bisexuelles et un seul garçon des relations bisexuelles.

6- NOMBRE DE PARTENAIRES SEXUELS

Parmi les adolescents actifs sexuellement, 56.5% (48) des garçons contre 33.3% (7) des filles ont déclaré avoir plusieurs partenaires sexuels.

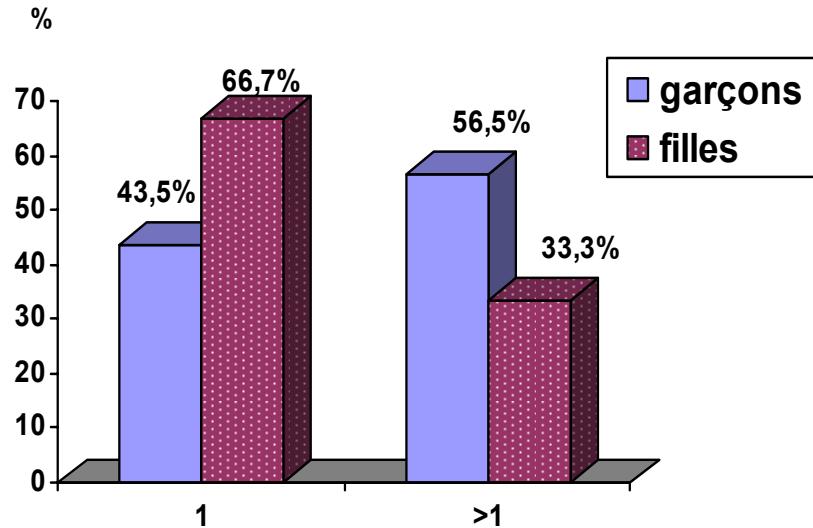


Fig.4 : Nombre de partenaires sexuels

7- TYPE DU PARTENAIRE SEXUEL

D'après les résultats de notre étude, les amis constituaient les partenaires type des jeunes adultes (85.4 % pour les garçons et 85.7 % pour les filles).

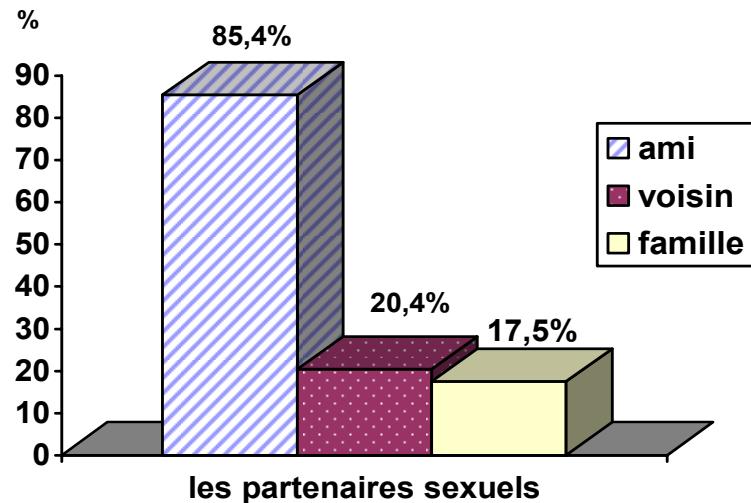


Fig.5 Type du partenaire sexuel

8- INFORMATION SUR LA SEXUALITE

Concernant l'information sur la sexualité, 88.2 % des lycéens ont déclaré avoir eu des informations sur la sexualité dont 97.8 % des garçons et 82.2 % des filles.

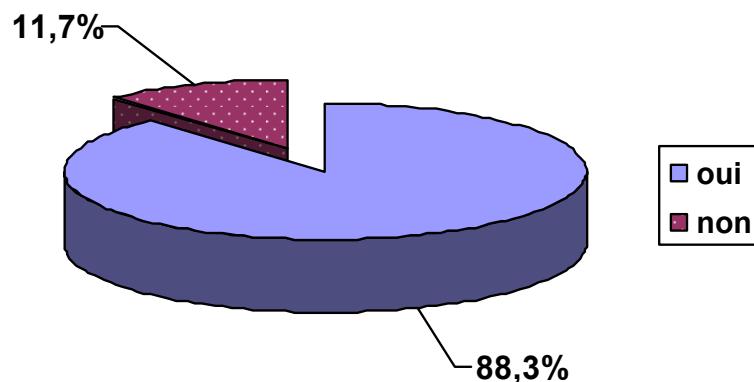


Fig.6 Information sur la sexualité

Les sources d'information étaient diverses et les amis constituaient la source la plus importante.

Tableau XIX : Sources d'information

	Amis %	Ecole %	Films %	Internet %	Famille %
Garçons	66.7	43.4	49.6	57.5	18.6
Filles	64.0	56.1	45.3	36.0	47.4
Total	65.1	50.7	47.2	45.2	35.0

V. GROSSESSE ET CONTRACEPTION

1- CONNAISSANCE DE LA CONTRACEPTION

Concernant la contraception, 98.4 % des lycéens ont affirmé la connaître.

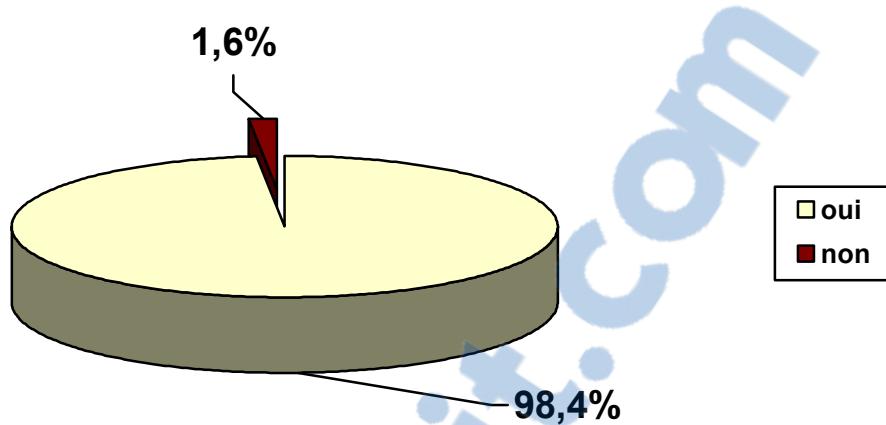


Fig.7 : Connaissance de la contraception

2- CONNAISSANCE DES METHODES CONTRACEPTIVES

La pilule et le préservatif constituent les moyens contraceptifs les plus connus chez ces adolescents, sans doute parce qu'ils correspondent aux contraceptifs les plus utilisés chez cette tranche de la population.

Tableau XX : Connaissance des moyens contraceptifs

	Masculin %	Féminin %	Total %
Préservatif	100.0	97.0	98.2
Pilule	66.4	79.5	74.4
Stérilet	35.6	55.1	47.5
Injectables	31.5	43.6	38.9
Retrait	36.2	31.6	33.4
Diaphragme	25.5	33.3	30.3
Abstinence périodique	10.1	26.9	20.4
Spermicides	19.5	16.2	17.5
Pilule du lendemain	12.8	16.2	14.9

3- UTILISATION DES METHODES CONTRACEPTIVES

3-1 Globalement

L'analyse des résultats a montré que parmi les 108 adolescents actifs sexuellement, 67.6% (73 adolescents) utilisaient un moyen contraceptif.

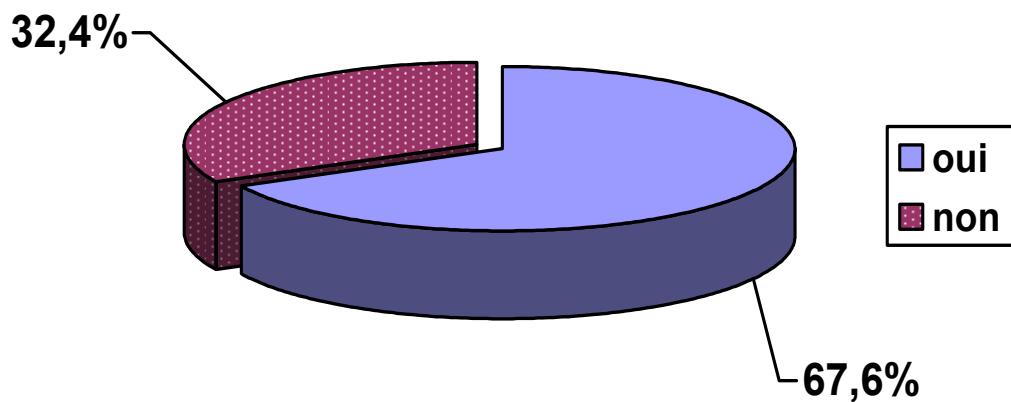


Fig.8 Utilisation de la contraception

3-2 Selon le sexe

Sur les 87 garçons actifs sexuellement 77 % (67 garçons) utilisaient une contraception, contre 28.5 % (6) des 21 filles actives sexuellement.

Tableau XXI : Utilisation des moyens contraceptifs selon le sexe

	Oui %	Non %
Garçons (n=87)	77.0	23.0
Filles (n=21)	28.5	71.5
Total (n=108)	67.6	32.4

4- RAISONS D'UTILISATION OU NON DES CONTRACEPTIFS

4-1 Raisons d'utilisation de la contraception

Les raisons d'utilisation de la contraception étaient divergentes. Notons que les motifs les plus fréquents d'utilisation de la contraception chez ces jeunes lycéens étaient concomitamment l'éviction des infections sexuellement transmissibles et d'une grossesse non désirée.

Tableau XXII : Raisons d'utilisation des contraceptifs

	Garçons %	Filles %	Total %
Eviter une grossesse et IST	65.2	50.0	63.9
Eviter une IST	27.3	16.7	26.3
Eviter une grossesse	3.0	33.3	5.6
Je ne sais pas	4.5	0	4.2

4-2 Raisons de non utilisation de la contraception

Parmi les adolescents actifs sexuellement restants n'utilisant pas de moyens contraceptifs, le refus et l'irrégularité des rapports étaient les causes les plus fréquentes. Venaient après la peur des parents, la confiance entre partenaires, et l'ignorance.

Tableau XXIII : Raisons de non utilisation des contraceptifs

	Garçons (effectif)	Filles (effectif)	Total (effectif)
Je ne veux pas	8	9	17
Rapports irréguliers	10	4	14
Peur des parents	2	5	7
Confiance partenaires	3	3	6
Ignorance	1	1	2
Diminue la fertilité	0	0	0
Coût élevé	0	0	0

5- LIEU DE PROCURATION DES CONTRACEPTIFS

La pharmacie a constitué le premier lieu de procuration des contraceptifs pour la plupart des lycéens actifs sexuellement : 92.4 %.

Certains adolescents ont déclaré se procurer des contraceptifs chez les amis et les parents respectivement : 20.6 % et 3.2 %.

En outre les centres de santé, l'ALCS, les supermarchés et les prostituées ont constitué d'autres fournisseurs de contraceptifs selon certains lycéens.

6- QUEL EST LE MOYEN CONTRACEPTIF LE MIEUX ADAPTE POUR LES ADOLESCENTS ?

L'objectif de cette question était de savoir si les adolescents étaient conscients que le préservatif était le meilleur moyen contraceptif à cet âge.

Effectivement 82.4 % des lycéens dont 77.5 % des filles et 89.3 % de garçons voyaient en le préservatif le moyen contraceptif le mieux adapté aux adolescents.

7- FECONDITE ET GROSSESSE

La plupart (90.9 %) des lycéens interrogés connaissaient le cycle menstruel.

Par contre peu nombreux étaient ceux qui avaient des connaissances sur la grossesse.

Les réponses par oui étaient :

1) La grossesse peut survenir dès les premières règles :

Garçons : 33.8 % Filles : 42.2 %

2) La grossesse survient en milieu du cycle menstruel :

Garçons : 42.5 % Filles : 48.2 %

3) La grossesse peut survenir après un seul rapport non protégé :

Garçons : 66,7 % Filles : 65,5 %

8- ANTECEDENT DE GROSSESSE

Trois lycéens, l'un d'Agadir, les deux autres de Marrakech ont déclaré avoir été responsables de la grossesse de leurs partenaires. Les trois garçons ont affirmé ne pas savoir l'issue des grossesses.

A Marrakech, deux filles ont affirmé être tombées enceintes et que l'issue de leurs grossesses était une interruption volontaire de grossesse.

VI. INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

1- CONNAISSANCE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST)

Concernant les IST, 99.7 % des lycéens interrogés connaissaient les IST dont 100 % connaissant le SIDA, contre 50 % affirmant connaître la syphilis.

En dehors de ces deux IST, les jeunes adolescents avaient des connaissances faibles de l'herpès ou de la chlamydiose.

Notons aussi que 44.9 % des lycéens ont reconnu l'hépatite virale comme étant une IST.

Tableau XXIV : Connaissance des IST

	Garçons %	Filles %	Total %
SIDA	100.0	100.0	100.0
Syphilis	42.2	56.4	50.9
Hépatite	46.3	44.1	44.9
Herpès génital	10.9	11.4	11.2
Chlamydiose	9.6	5.5	7.1

2- CONNAISSANCE DES MODES DE TRANSMISSION DES IST

La majorité des jeunes adultes a reconnu le sang comme étant le mode le plus important de transmission. Par ailleurs les autres modes étaient reconnus comme suit :

Tableau XXV : Connaissance des modes de transmission

	Garçons %	Filles %	Total %
Sang	78.3	84.3	82.0
Sperme	59.4	64.7	62.6
Secrétions vaginales	35.8	48.2	43.4
Salive	21.7	15.7	18.0
Peau	11.5	6.7	8.6

3- ANTECEDENT D'IST

Deux garçons ont déclaré avoir déjà eu une IST, type écoulement urétral. L'un d'eux a affirmé avoir traité son IST.

4- CONNAISSANCE DES MOYENS PERMETTANT LA PROTECTION CONTRE LES IST

Le préservatif est reconnu par la majorité des jeunes (91.9 %) comme étant un moyen protecteur des IST. Néanmoins les jeunes pensaient que d'autres moyens protégeaient des IST.

Tableau XXVI: Moyens de protection contre les IST

	Masculin %	Féminin %	Total %
Préservatif	92.4	91.6	91.9
Pilule	15.3	16.8	16.2
Diaphragme	12.2	18.3	15.9
Retrait	8.4	8.4	8.4
Stérilet	9.9	4.9	6.9
Injectables	5.3	6.9	6.3
Spermicides	4.6	3.0	3.6
Pilule du lendemain	2.3	0.5	1.2
Abstinence périodique	1.5	0.5	0.9

5- LE PRESERVATIF

55.1 % des garçons interrogés ont affirmé avoir déjà utilisé un préservatif, 79.4 % savaient comment l'utiliser. En outre 14 % des garçons et 10.2 % des filles pensaient que le préservatif était réutilisable.

88.2 % des jeunes adultes pensaient que le préservatif permettait d'éviter les grossesses, et 90 % pensaient qu'il protégeait des IST.

Par ailleurs 48 % des adolescents dont 62.8 % de garçons et 36.8 % de filles pensaient que le préservatif diminuait le plaisir sexuel. 44.9 % ont affirmé qu'il révélait un manque de confiance entre les partenaires sexuels.

VII. PERCEPTION DE LA SEXUALITE PAR LES JEUNES

Les points de vue sur la sexualité sont divergents. Par conséquent, nous avons essayé de connaître quelques opinions des adolescents de notre échantillon.

Les réponses par **oui** étaient :

1) L'homme peut avoir des relations sexuelles avant le mariage

Garçons : 55.5 % **Filles : 31.5 %**

2) La femme peut avoir des relations sexuelles avant le mariage

Garçons: 30.1 % **Filles : 10.3 %**

3) Les partenaires sexuels doivent utiliser une contraception

Garçons : 84.4 % **Filles : 85.9 %**

4) Il faut prévoir des séances d'éducation sexuelle dans l'enseignement

Garçons : 88.1 % **Filles : 91.6 %**

DEFINITIONS

Avant d'entamer la discussion, il nous est paru utile de fournir quelques définitions :

LA SANTE REPRODUCTIVE

Selon la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) qui s'est tenue au Caire en 1994 :

« La santé en matière de reproduction et de sexualité se définit comme le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement, et non pas seulement comme l'absence de maladie ou d'infirmité.» (25)

L'ADOLESCENCE

Les termes "adolescents", "jeunes adultes" ont une valeur différente selon les sociétés.

Dans la plupart des cultures, l'adolescence débute avec la puberté, mais l'âge où l'individu est considéré comme adulte varie beaucoup. En effet, dans certaines sociétés, l'adolescent, quelque soit son âge ou son sexe, acquiert le statut d'adulte s'il est marié.

Il n'existe pas de définition consensuelle ni permanente de l'adolescence.

« Est adolescent, tout individu âgé entre 10 et 19 ans » (1)

Première adolescence : 10-14 ans.

Seconde adolescence : 15-19 ans.

Jeunes adultes : 15-24 ans.

LA CONTRACEPTION (11)

La contraception se définit comme toute méthode empêchant de façon temporaire et réversible la survenue d'une grossesse. On exclut ainsi toutes les méthodes irréversibles comme la stérilisation par ligature des trompes et vasectomie.

LES METHODES CONTRACEPTIVES (69)

Elles se définissent comme un ensemble de techniques et de moyens qui empêchent la conception. Elles se caractérisent par leur efficacité relative, leur innocuité et leur réversibilité.

LA FECONDITE (17)

Elle se définit comme le nombre d'enfants nés par année pour mille (1000) femmes en âge de procréer. Elle peut traduire l'âge aux premiers rapports sexuels et la prévalence contraceptive chez les jeunes.

LA GROSSESSE PRECOCE (17)

Toute grossesse survenue précocement entre 14-19 ans.

LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST) (9)

Ce sont des infections qui se transmettent d'une personne infectée à une autre personne non infectée, le plus souvent lors des rapports sexuels non protégés (sans utilisation de préservatifs). Il existe plus d'une vingtaine d'IST.

VIH/SIDA (9)

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est un agent microbien sexuellement transmis qui détruit le système immunitaire, et aboutit au SIDA qui peut conduire au décès. SIDA signifie Syndrome de l'Immuno Déficience Acquise.

DISCUSSION

I. LA PUBERTE

La puberté est la période de transition entre l'enfance et l'âge adulte, caractérisée par l'apparition des caractères sexuels secondaires et le développement de la capacité de reproduction. (79)

L'âge de la puberté est variable. En général, il est situé entre 9 à 13 ans chez la fille et 10 et 14 ans chez le garçon. (1)

Actuellement, les garçons et les filles deviennent pubères plus tôt que leurs aînés. Cette évolution est attribuée, pour une large part, à l'amélioration de la santé et de la nutrition. En Amérique du nord, l'âge des premières règles a avancé de trois à quatre mois tous les dix ans après 1850. En 1988, l'âge moyen des premières règles était 12,5 ans. (6)

En France, en 1750, il était vraisemblablement proche de 16 ans. Un siècle plus tard, en 1850, il était voisin de 15 ans. Durant le XXe siècle, il a continué à diminuer rapidement : au début des années 1990, il était proche de 13 ans. Cette baisse importante a été observée dans l'ensemble des pays développés. (70)

Dans certains pays en voie de développement, l'âge des premières règles semble diminuer encore plus vite. Par exemple, au Kenya, il est tombé de 14,4 ans vers la fin des années 1970 à 12,9 ans durant les années 1980. (6)

Plusieurs facteurs influencent l'âge de la puberté; certains sont génétiques (notion fréquente d'avance pubertaire chez la mère); d'autres sont liés aux conditions socio-économiques, au niveau nutritionnel, et au degré d'activité physique. D'autres ont une influence plus aléatoire: poids corporel, relation masse grasse/masse maigre. (4)

Les filles sont pubères plus tôt que les garçons: Une enquête menée en France en 1994 montre qu'à 13,1 ans, la moitié des filles sont pubères et la moitié des garçons à 14,8 ans. (70)

D'après une enquête faite en 2000 à Marrakech au Maroc, l'âge médian de la puberté est de 12,68 ans chez les filles contre 13,34 ans chez les garçons. (44)

Notre enquête, quant à elle, a révélé que l'âge moyen de la puberté est de 13.5 ans ± 1.3 ans aussi bien pour les filles que pour les garçons.

Durant la puberté, les garçons et les filles subissent de profonds changements physiques et psychiques. Le passage de l'état d'enfant à celui d'adulte se caractérise par une série de transformations d'ordres physique, sexuel et psychoaffectif. La puberté correspond à la maturation des organes génitaux (caractères sexuels primaires) et à l'apparition de particularités spécifiques au sexe (caractères sexuels secondaires). (15,6)

Chez la fille, le premier signe de puberté est en général, l'apparition des seins, suivie 6 mois plus tard d'une pilosité sur les grandes lèvres, puis sur le pubis. La pilosité axillaire se développe rapidement, en général entre le moment du pic de la croissance maximale et de l'apparition des règles (ménarche). (26)

La ménarche est un événement tardif de la puberté (âge moyen de 13 ans, plus ou moins 4 mois selon les populations) mais n'en marque pas la fin. En effet, les premiers cycles menstruels sont anovulatoires avant que le taux de fécondité normal soit atteint (vers 18 ans). Chez le garçon, le premier signe pubertaire est l'augmentation du volume des testicules et du pénis. Ensuite la pilosité pubienne apparaît, la pilosité faciale et corporelle est plus tardive. La mue de la voix commence en général vers 13 ans et demi et se termine environ un an plus tard (26,4).

La maturité et le développement cognitifs sont variables chez les jeunes de même âge. Bien qu'ils commencent à pouvoir penser abstrairement et à établir des projets d'avenir, la majorité des jeunes adultes atteint sa maturité sexuelle avant sa maturité affective, sociale et son indépendance économique. (6)

Certaines études ont essayé d'analyser les activités sexuelles et le processus de décision des jeunes adultes. En revanche, elles n'ont jamais réussi à expliquer de façon définitive les facteurs qui déterminent leur comportement sexuel.

En effet, la sociologie et la psychologie ont toujours rangé la sexualité des adolescents dans la catégorie du comportement aberrant. On ne s'est donc guère occupé de savoir ce que sont, pour les jeunes, un développement et un comportement sexuels sains et normaux. (6)

Il est évident que les jeunes pubères s'intéressent à leur sexualité. Mais en raison d'un comportement sexuel malsain, le reste de leur vie sera mis en danger.

II. ACTIVITE SEXUELLE

Le comportement sexuel des adolescents est différent de celui des adultes. Il est plein de risques et de périls engendrés par le manque ou l'inexactitude des informations sur la sexualité, par le manque d'expérience et parfois par la peur de demander conseil. Il s'avère alors indispensable de prendre des mesures préventives urgentes.

1- AGE DU PREMIER RAPPORT SEXUEL

L'âge du premier rapport sexuel varie beaucoup selon les pays et les régions en raison des différentes traditions, religions et normes culturelles. Dans la plupart des pays du monde, la majorité des jeunes commence son activité sexuelle pendant l'adolescence. Les garçons le font plus tôt que les filles. (6)

▲ En Europe :

L'âge du premier rapport a progressivement diminué depuis le début du siècle jusqu'aux années 1970. En France, vers les années 1950, l'âge moyen du 1^{er} rapport sexuel pour les femmes était de 20,7 ans, contre 18,2 ans chez les hommes. Durant des décennies, il a baissé de 5 ans pour elles et de 3 ans pour eux. Jusqu'au début des années 1970, la diffusion de la contraception moderne a contribué à une stabilisation de l'âge à l'initiation sexuelle. L'apparition du SIDA vers le milieu des années 1980 n'a pas provoqué de recul de l'âge du premier rapport. (74,34).

En outre, une étude française a permis d'identifier certains facteurs de précocité de l'initiation sexuelle à savoir la consommation du tabac, alcool et cannabis, les sorties nocturnes, la monoparentalité, la dépréciation de la vie et la ménarche précoce des filles. (28)

▲ Aux Etats Unis d'Amérique :

Une enquête menée dans des lycées de 50 états a évalué l'âge moyen du 1^{er} rapport sexuel à 16.9 ans chez les filles et 16.1 ans pour les garçons, et que 20 % des filles et 33 % des garçons avaient eu leur premier rapport avant 15 ans. (18)

▲ En Asie :

En Malaisie, une enquête sur 4500 adolescents a révélé que 5.4 % ont des rapports sexuels, et que l'âge moyen du 1^{er} rapport est de 15 ans pour les deux sexes. (40)

En Iran, une étude sur les jeunes a montré que 15 % des adolescents sexuellement expérimentés ont eu leur 1^{ère} relation sexuelle à 12 ans, 35 % à 14 ans et 55 % à 15 ans. (52)

En république de Corée, l'initiation sexuelle se fait vers l'âge de 13 ans mais plus de la moitié des jeunes ont leur premier rapport sexuel après l'âge de 16 ans. (60)

▲ En Afrique :

En Tunisie, l'âge moyen du 1^{er} rapport sexuel est de 16.5 ans pour les deux sexes. (47)

Au Nigeria, l'âge moyen du premier rapport est de 13.9 ans \pm 2.8 ans pour les hommes et 14.8 ans \pm 2.4 ans pour les femmes. (73)

Au Maroc, une enquête réalisée à Casablanca en 2002, a révélé que 50 % des garçons et 30 % des filles ont eu leur première expérience sexuelle avant 15 ans. (80)

D'après les résultats de notre enquête 35.5 % des jeunes adultes actifs sexuellement ont eu leur première expérience sexuelle après 18 ans et 24.4 % avant 17 ans. L'âge moyen du premier rapport sexuel chez les garçons est de 14.7ans \pm 2 ans et 15.6 ans \pm 2ans pour les filles.

En ce qui concerne l'âge d'entrée dans la vie sexuelle, les garçons sont plus précoces que les filles, compte tenu de l'environnement culturel plus clément envers eux. Ce qui explique qu'ils sont généralement plus enclins à avoir plus tôt leur première expérience sexuelle. (29)

Ce qui est corroboré par le recours dans certains pays à la mutilation génitale féminine (excision) afin d'empêcher les filles d'avoir des expériences sexuelles. (68)

Dans le contexte religieux musulman, les jeunes adultes, quelque soient leur sexe et leur âge, sont censés s'abstenir de toute activité sexuelle jusqu'au mariage. Mais la réalité est toute autre car les jeunes ont tendance à avoir leurs premières expériences sexuelles clandestines dès la puberté, et risquant par la même des grossesses et des infections sexuellement transmissibles pouvant retentir sur le reste de leur existence.

2- SEXUALITE DES JEUNES ADULTES

Les rapports sexuels pré-maritaux sont courants dans de nombreuses régions du monde et en augmentation dans tous les pays.

Au Nigeria, une étude a révélé que 63 % des lycéens interrogés étaient actifs sexuellement dont 77.8 % des garçons et 52.3 % des filles. (73)

En Malaisie, les résultats d'une enquête ont montré que 5.4 % des jeunes de l'échantillon ont eu leur première expérience sexuelle dont 8.3 % des garçons et 2.9 % des filles. (40)

En Iran, une étude faite à Téhéran en 2002 révèle que 28 % des garçons de 15 à 18 ans interrogés étaient actifs sexuellement. (52)

En France, près de 55 % des adolescents (17-21 ans) ont eu des relations sexuelles. Des estimations faites dans certains pays ont montré qu'à l'âge de 15 ans, 38 % des jeunes au Danemark et 69 % en Suède avaient déjà eu des rapports sexuels. À 18-19 ans, ce taux était de 54,1 % aux Etats-Unis, 31 % en République dominicaine, 66,5 % en Nouvelle-Zélande et 51,6 % en Australie. (47)

Dans notre pays, le centre d'études et de recherches démographiques CERED a mené une enquête auprès de 1093 lycéens dans la région de Casablanca qui a révélé que 60 % des garçons et 9 % des filles déclarent avoir eu des relations sexuelles. (44)

Dans notre enquête, nous avions trouvé que 57.2 % des garçons et 8.8 % des filles étaient actifs sexuellement, ne s'écartant pas des résultats trouvés par le CERED.

Par ailleurs, l'éveil de l'activité sexuelle pousse les jeunes à avoir des comportements sexuels différents.

L'orientation sexuelle se révèle le plus souvent au moment de l'adolescence. Durant cette période d'extrême fragilité psychologique et affective, il apparaît parfois difficile de faire face à une orientation affective et sexuelle différente de la norme hétérosexuelle.

On parle d'hétérosexualité quand des rapports sexuels se font entre deux personnes de sexes opposés et d'homosexualité entre des sujets du même sexe.

Les expériences homosexuelles sont fréquentes au moment de l'adolescence, en particulier dans des circonstances favorisantes comme par exemple un contexte de promiscuité, institutionnelle notamment.

Cependant, ces expériences n'engagent pas encore le choix définitif du partenaire amoureux. La plupart du temps, elles ne font que prolonger la bisexualité psychique constitutive originelle durant la période de structuration de l'identité sexuelle qu'est l'adolescence. (22)

La vie sociale et affective des sujets homosexuels a la même valeur que celle des hétérosexuels. Pourtant, l'homosexualité a été et est toujours considérée dans certains contextes sociaux ou religieux comme une anomalie, une perversion, voir une maladie. Elle a même été l'objet de réprobation, de discrimination et de persécutions dans certaines sociétés. (33,85)

Dans une étude menée en France en 1994 et publiée en 1997, 5.7 % des garçons et 6.5 % des filles se disent attirés à des degrés divers par des personnes du même sexe. 1.4 % des garçons et 1.3 % des filles déclarent avoir eu au moins une relation sexuelle avec des personnes du même sexe. 0.3 % de garçons et 0.1 % de filles déclarent n'avoir eu que des relations sexuelles avec des personnes du même sexe. (34)

Dans notre échantillon, et sur les 106 adolescents actifs sexuellement, nous avions trouvé qu'une fille avait des relations homosexuelles exclusives, une autre fille des relations bisexuelles et un seul garçon des relations bisexuelles.

Par ailleurs, concernant les pratiques sexuelles, des études ont montré que la masturbation est très fréquente à cet âge et pratiquée par les garçons aussi bien que par les filles et est considérée comme un phénomène d'autosatisfaction naturelle. (23)

Dans une autre enquête menée à Casablanca au Maroc, la masturbation est citée chez 100 % des filles et 60 % des garçons actifs sexuellement. (80)

En France, selon une étude menée auprès des adolescents, seuls 6 % des garçons interrogés n'ont jamais pratiqué la masturbation, et moins de la moitié des filles à 18 ans l'ont pratiquée. (4)

En Tunisie, une étude révèle que 77 % des garçons contre 13.4 % des filles pratiquent la masturbation. (47)

En outre les jeunes ont tendance à avoir des comportements sexuels particuliers tels que les rapports superficiels et la pénétration anale pour éviter la contraction d'une infection sexuellement transmissible ou la survenue d'une grossesse, sans avoir recours à une méthode contraceptive, ce qui expliquerait la vulnérabilité des jeunes à contracter les IST. (33)

Une étude en France a montré que parmi les adolescents de 15 à 18 ans actifs sexuellement, plus de 15 % des filles et 13 % des garçons avaient pratiqué au moins une fois une pénétration anale. (4)

Une autre enquête à New York aux USA auprès de 800 jeunes adultes entre 15 et 21 ans a révélé que 14 % des filles qui pratiquaient le coït anal étaient moins susceptibles à utiliser le préservatif avec des partenaires occasionnels et que 8 % des jeunes n'utilisaient jamais de préservatif en cas de pénétration anale avec leur partenaire habituel. (85)

3- NOMBRE DE PARTENAIRES

Les adolescents, en particulier les garçons, ont tendance à avoir de nombreux partenaires.

Une étude menée en Côte d'ivoire a révélé que 15 % des garçons actifs sexuellement contre 4 % des filles avaient plus d'un partenaire sexuel. Quant aux étudiants kenyans, 70 % des garçons contre 35 % des filles avaient affirmé avoir plus de 4 partenaires sexuels. (6,29)

Au Burkina Faso, près de quatre jeunes hommes ayant eu des relations sexuelles sur 10 ont eu deux partenaires ou plus, s'exposant ainsi et exposant leurs partenaires à un risque accru d'infection. (32)

En France, les garçons sont nettement plus nombreux à déclarer avoir eu plusieurs partenaires : 64.2 % contre 48.5 % des filles. (4)

Au Canada, une étude menée en 2001 à Ottawa a montré que 26 % des filles et 21 % de garçons actifs sexuellement ont eu au moins 4 partenaires. (77)

Dans notre enquête, 33.3 % des filles contre 56.5 % des garçons actifs sexuellement déclarent avoir eu plusieurs partenaires.

Ainsi le multi-partenariat est fréquent chez les adolescents les exposant davantage au risque d'infection, d'où la grande urgence d'agir.

4- RAISON DES RAPPORTS SEXUELS

Le contexte dans lequel se font les relations sexuelles est large. La plupart des adolescents les ont pour le plaisir, d'autres pour de l'argent et des cadeaux, ou encore sous l'effet de l'alcool et des drogues. Enfin il y a ceux et celles qui y sont forcés.

En Côte d'Ivoire, 9 % des jeunes interrogés, filles et garçons ont affirmé avoir reçu de l'argent ou des cadeaux en échange de rapports sexuels, 11 % ont été forcés à avoir des rapports sexuels, 4 % ont eu des relations sexuelles après prise d'alcool ou drogue. (29)

Au Burkina Faso, une étude a révélé que 35 % des filles et 5 % des garçons de 12-19 ans ont affirmé avoir reçu des cadeaux ou de l'argent en échange de rapports sexuels au cours de l'année 2004.

Parmi les filles qui ont déclaré avoir reçu quelque chose, 95 % ont reçu de l'argent en échange, 33 % ont reçu des vêtements, 13 % des bijoux et enfin 9 % déclarent avoir reçu de la nourriture. (32)

Dans notre enquête, 88.5 % des jeunes adultes actifs sexuellement ont déclaré avoir eu des rapports sexuels désirés, contre 2.9 % ayant eu des rapports forcés, et 3.8 % après prise d'alcool ou de drogue. En revanche, aucun cas de rapport sexuel pour argent n'a été signalé.

5-INFORMATIONS DES JEUNES ADULTES AU SUJET DE LA SEXUALITE

Parce que la sexualité est un sujet interdit dans beaucoup de pays, un grand nombre de jeunes reçoivent une information souvent défaillante. Dans la plupart des cas, les parents ne sont pas la principale source d'information, bien que les jeunes filles puissent s'en remettre à leurs mères pour toute information sur la menstruation et les risques de grossesse.

Les jeunes garçons font davantage appel aux enseignants, aux professionnels de la santé ou à leurs amis.

Les idées fausses abondent et peuvent déboucher sur un comportement risqué et peut-être fatal. (25)

Dans beaucoup de pays, le rôle de l'école à prodiguer des cours d'éducation sexuelle est très faible.

En effet, une étude menée en Côte d'Ivoire a révélé que seuls 18 % des étudiants déclarent avoir eu des cours d'éducation sexuelle, alors que dans certains lycées à Abidjan, celle-ci était quasi inexistante. (29)

Une récente étude menée dans 107 pays a montré que 44 d'entre eux n'incluaient pas l'éducation relative au SIDA dans leurs programmes scolaires. (25)

A Lyon en France, une étude faite dans certains lycées a révélé que plus de la moitié des élèves reprochent aux programmes scolaires d'être défaillants en matière de sexualité et de prévention de la grossesse. (75)

Une autre étude menée en Colombie a établi que « les enseignants ne sont souvent pas préparés à parler de sexualité avec des adolescents ». (25)

Une étude portant sur trois grandes villes du Burkina Faso a montré que près de 40 % des adolescents ne se sentaient pas à l'aise pour parler avec leurs parents de rapports sexuels et de sexualité et que près de 60 % des parents étaient peu amènes pour parler de ces questions avec leurs enfants. (32)

Au Maroc, l'étude menée par le CERED en 2003 à la ville de Marrakech montre que quand les jeunes, garçons ou filles, s'informent sur tout ce qui a trait à l'éducation sexuelle, c'est d'abord essentiellement auprès des médias audiovisuels (33 %), des amis (25 %) et via la lecture extrascolaire (16 %). L'école et la famille ne semblent pas être des sources d'information très prisées. Les pourcentages sont respectivement de l'ordre de 13 % et de 10 %. (44)

Dans une autre étude menée à Casablanca, 82 % des garçons et 76 % des filles déclarent avoir eu des informations sur la sexualité par des amis, 53 % des garçons et 48 % des filles des programmes scolaires et seulement 23 % des garçons contre 20 % des filles de leurs parents. (80)

Dans notre étude, 97.8 % des garçons et 82.2 % des filles ont déclaré avoir eu des informations sur la sexualité.

65 % des lycéens ont eu des informations des amis, 49 % de l'école, 47 % des films, 46 % de l'Internet et 33 % de la famille.

Une idée erronée courante chez les parents et les chefs de communauté est que l'éducation à la sexualité conduira les jeunes à devenir sexuellement actifs précocement. Les évaluations ont montré qu'une telle crainte n'est pas fondée. Dans les deux examens les plus approfondis consacrés aux études sur les programmes en milieu scolaire, l'OMS et l'U.S. National Campaign to Prevent Teen Pregnancy ont conclu que les programmes d'éducation à la sexualité n'encouragent pas l'activité sexuelle chez les jeunes et n'ont pas pour effet de l'augmenter. (25)

A la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) de 1994, les gouvernements ont convenu que « les adolescents devraient notamment pouvoir accéder à une information et à des services qui les aident à comprendre leur sexualité et à se protéger contre les grossesses non désirées, les maladies sexuellement transmises et les risques de stérilité en résultant. » (25)

III. LES JEUNES ADULTES ET LA CONTRACEPTION

Les adolescents actifs sexuellement ont besoin d'une contraception sûre et efficace, leur assurant ainsi une protection optimale contre les infections sexuellement transmissibles et les grossesses précoces qui peuvent compromettre leur avenir ou même leur vie.

1– INFORMATIONS SUR LA FECONDITÉ

Beaucoup d'études sur les connaissances des adolescents en matière de grossesse et de fécondité ont conclu que les adolescents avaient des informations insuffisantes.

L'étude réalisée en Côte D'ivoire a révélé que seuls 57 % des adolescents interrogés connaissaient la période d'ovulation au cours du cycle menstruel. (29)

En Jamaïque, une étude concernant 500 étudiants âgés de 15 ans à 21 ans a montré que seuls 4 % des filles et 10 % des garçons savaient que le risque de grossesse était plus élevé en milieu du cycle menstruel et que seuls 27 % des filles et 32 % des garçons affirmaient que la grossesse pouvait survenir dès le premier rapport sexuel. (23)

Au Sénégal, sur 208 filles enquêtées, 40.9 % ont répondu correctement à la question relative à la période de fertilité chez la femme. (17)

En Inde, une étude a révélé que 80 sur 100 adolescentes venues se faire avorter à l'hôpital, ignoraient que les rapports sexuels étaient la cause de leurs grossesses. (16)

Une autre étude faite au Burkina Faso en 2004 et publiée en 2006, a révélé que 33 % des filles et 40 % des garçons ignoraient qu'une fille pouvait tomber enceinte à la suite de son premier rapport sexuel. En outre 24 % des filles et 22 % des garçons ont déclaré qu'une fille avait plus de chance de tomber enceinte au milieu du cycle (32).

Dans notre enquête, 42.5 % des garçons et 48.2 % des filles croyaient que la grossesse ne survenait qu'au milieu du cycle menstruel, 66.7 % de garçons et 65.5 % de filles ont affirmé que la grossesse pouvait survenir après un seul rapport sexuel non protégé, 33.8 % des garçons et 42.2 % des filles ont déclaré que la grossesse pouvait survenir dès les premières règles.

2- CONNAISSANCE ET UTILISATION DES MOYENS CONTRACEPTIFS

2-1 Connaissance des moyens contraceptifs

La connaissance et l'utilisation des moyens contraceptifs sont très variables avec l'âge, le sexe et les convictions de chacun.

L'étude menée en côte d'ivoire avait révélé que 76 % des filles contre 59 % des garçons avaient recours à la contraception. La raison de cette différence était que les filles mieux

informées sur la période d'ovulation étaient plus nombreuses à recourir à une méthode contraceptive pour retarder ou éviter une grossesse. (29)

En Tunisie, 13 % des adolescents de l'échantillon d'une étude n'avaient pas de connaissances sur les moyens de contraception. (47)

Une étude française a révélé qu'il y avait une corrélation importante entre l'apparition du SIDA et le recours à la contraception. Ainsi, la proportion des premiers rapports sexuels protégés par les préservatifs est passée de 8 % en 1987 à 45 % en 1993. En revanche, lors des relations irrégulières, 71 % des adolescents utilisent un préservatif contre 41 % lors des relations régulières. (45)

Dans une autre étude française, en Bretagne 51 % des jeunes interrogés ont affirmé être parfaitement informés sur les moyens contraceptifs, 42 % moyennement informés et 4 % "pas du tout" informés. (81)

A Marrakech au Maroc, l'étude menée par le CERED en 2003, a révélé que la connaissance d'une méthode quelconque –plus élevée parmi les adolescentes que parmi les adolescents indépendamment du milieu de résidence– augmentait en fonction de l'âge. En effet, en milieu semi-urbain, elle est de 53,7 % pour les moins de 16 ans et 78,5 % pour ceux de 16–19 ans. En milieu rural, l'écart est encore plus grand : 55,4 % et 82,3 % respectivement. (44)

Dans notre enquête, 98.4 % des lycéens ont affirmé connaître la contraception. La pilule et le préservatif constituaient les moyens contraceptifs les plus connus chez ces adolescents.

2-2 Utilisation des moyens contraceptifs

Quant à l'utilisation des contraceptifs, une étude menée en 2002 auprès des adolescents de 24 pays a révélé que 82.3 % d'entre eux ont utilisé un moyen contraceptif au cours de leur dernier rapport sexuel. Le préservatif était le moyen contraceptif le plus utilisé allant de 52.7% en Suède à 89.2% en Grèce. (27)

Une enquête nantaise (France) a affirmé que sur les 467 élèves interrogés, 84.2 % des garçons contre 75 % des filles utilisaient le préservatif. Pour la pilule, l'utilisation était de 11.6 % versus 8.5 % pour l'association pilule/préservatif.

Par ailleurs, 21.5 % des lycéennes ont déclaré n'utiliser aucune méthode de contraception.

Toujours en France, une autre étude faite à Caen a révélé que 90 % des lycéens actifs sexuellement utilisaient un moyen de contraception : préservatif (66 %) lors de tous les rapports, pilule (24 %), double protection préservatif + pilule pour 4%. (41,84)

Une étude faite auprès de lycéennes maliennes à Bamako a montré que 42 % d'entre elles recouraient à l'association pilule/préservatif, et que 18 % à la pilule exclusivement. (37)

Au Maroc, l'étude menée à Casablanca a révélé que 29 % des filles et 58 % des garçons actifs sexuellement utilisaient une contraception. (80)

Dans notre enquête, parmi les jeunes adultes actifs sexuellement, 77 % des garçons se protégeaient contre 28.5 % des filles.

3- LES CAUSES DE LA NON UTILISATION DE LA CONTRACEPTION

Manque d'information, difficulté d'accès aux moyens contraceptifs, peur, gêne et absence de liberté à prendre une décision sont autant de raisons qui empêchent les jeunes d'utiliser les contraceptifs.

En effet, les jeunes sont mal ou nullement informés quant à la contraception et à la fécondité.

Dans la plupart des cas, les adolescents ne connaissent pas les modalités d'utilisation des méthodes contraceptives. (6)

Dans une étude ivoirienne, sur les 33 % des adolescents actifs sexuellement n'utilisant pas de contraception, 7 % ont déclaré ignorer l'existence des méthodes contraceptives, 18 % entre eux ont déclaré que la contraception n'avait aucun intérêt. (29)

Dans une étude menée au Sénégal, 80 % des 3000 jeunes interrogés croyaient que la pilule entraînait une stérilité. En outre le manque d'accessibilité reste un problème majeur : beaucoup de jeunes n'ont pas les moyens de se procurer les contraceptifs. (55)

De plus, étant donné que les services de planning familial ne s'adressent qu'aux femmes mariées, les jeunes femmes non mariées peuvent trouver les prestataires de service hostiles ou d'un faible secours, en particulier lorsque la culture ou la religion condamne l'activité sexuelle chez les adolescents non mariés. (13)

Au Nigeria, une étude a révélé que les adolescents n'utilisaient pas de méthodes contraceptives pour les raisons suivantes : l'attitude négative de la société envers cette pratique (33.2 %), la non disponibilité (22.3 %), l'ignorance du mode d'emploi (21.3 %) et le coût (11.8 %). (73)

Au Maroc, dans l'étude menée à Casablanca, les raisons de la non utilisation des contraceptifs étaient la peur des parents (32.2 % des garçons et 13.5 % des filles), le coût élevé des contraceptifs (14.5 % des garçons et 1.7 % des filles) et la croyance que les contraceptifs pouvaient entraîner un cancer (9.6 % des garçons). (80)

Dans notre échantillon, les causes les plus fréquentes de la non utilisation des contraceptifs chez les actifs sexuels étaient le refus (48.5 %) et l'irrégularité des rapports (40 %). Venaient après la peur des parents (20 %), la confiance entre partenaires (17.1 %), et l'ignorance (5.71 %), sans oublier que les adolescents pouvaient avoir plusieurs raisons à la fois de ne pas utiliser de contraceptifs.

Ainsi, le contexte dans lequel vivent les adolescents influence la prise des décisions concernant leur contraception et donc leur vie sexuelle.

4- COUNSELING SUR LA CONTRACEPTION DES ADOLESCENTS (11, 12, 18, 69)

Transmettre de bonnes informations et prodiguer un counseling adéquat permettent aux adolescents actifs sexuellement d'opter pour la meilleure méthode contraceptive susceptible de leur éviter tous les risques d'une grossesse non désirée ou des IST.

En effet, beaucoup de jeunes adultes ont des relations sexuelles malgré les interdits. Il faut donc se rendre à l'évidence de l'urgence et de la nécessité de fournir à ces jeunes des prestations de qualité et de répondre à leurs besoins en matière de contraception.

Pour ce faire, les consultations médicales ne doivent plus constituer un obstacle et doivent répondre aux objectifs suivants :

D'abord un bon accueil du jeune consultant et l'instauration d'une relation médecin patient basée sur la confiance. Le jeune adolescent doit sentir chez le médecin une compétence professionnelle, un engagement personnel, et une compréhension de la situation délicate.

Ensuite le médecin doit évaluer les besoins de l'adolescent en matière de contraceptifs. Il doit également trouver, au terme d'un examen clinique minutieux, la méthode contraceptive la mieux adaptée et partant tolérée en fonction des états physique et psychique, sexualité, choix personnel et capacité d'observance de l'adolescent consultant.

Il appartient aussi au médecin d'expliquer à celui-ci les éventuels effets secondaires ainsi que le mode d'utilisation de la méthode contraceptive choisie.

Par la même occasion, le médecin doit aborder la question de la sexualité en général, des comportements à risque, des IST et du dépistage du SIDA, de la grossesse précoce, de ses complications et des dangers de l'avortement illégal.

C'est aussi une opportunité pour discuter d'autres problèmes fréquents pendant l'adolescence tels que les conduites addictives et les troubles du comportement alimentaire chez les filles.

Le médecin doit prodiguer le maximum de conseils et être le plus préventif possible.

5- CHOIX DE CONTRACEPTIFS POUR LES JEUNES ADULTES. (11, 19, 66, 69, 74)

La prévention des infections sexuellement transmissibles et l'éviction des grossesses non désirées sont les deux enjeux de la contraception chez les adolescents. L'association du préservatif et de la pilule oestroprogestative (double DUTCH des hollandais) est la meilleure méthode à suivre durant cette période. Néanmoins, il faut tenir compte des contextes social et économique des jeunes dans le choix du moyen de contraception.

5-1 Le préservatif masculin

Le préservatif est la première méthode utilisée par les jeunes adultes de part son efficacité contre les IST et sa disponibilité sans prescription médicale et l'absence de contre indication. Son taux d'échec varie de 0,8 à 22 %. Cette variabilité s'expliquerait, entre autres, par des erreurs de manipulation et par les accidents de préservatif (rupture, glissement intra vaginal...) qui sont plus fréquents chez les adolescents.

L'avantage majeur du préservatif réside dans son rôle de prévention contre toutes les infections sexuellement transmissibles sous réserve d'une bonne manipulation

Ainsi, son utilisation est vivement encouragée en association avec les méthodes hormonales chez des adolescentes qui débutent leur vie sexuelle. Le préservatif potentialisera, par ailleurs, l'effet contraceptif de la pilule, notamment chez les oubliouses.

5-2 La contraception oestroprogéstative :

5-2-1 La forme orale (pilule) :

Les contraceptifs oraux ont une excellente efficacité contraceptive, puisqu'ils atteignent plus de 99 %. C'est la méthode de prédilection des adolescentes, mais elle ne doit en aucun cas empêcher l'utilisation du condom surtout si le risque d'infection est accru d'où l'association double DUTCH est judicieuse.

La prescription de la pilule requiert une certaine prudence. Elle doit être consécutive à des examens clinique et paraclinique systématiques à cause des contre-indications d'ordre vasculaire, métabolique ou du tabagisme sévère.

5-2-2 Les formes non orales :

Il existe d'autres formes d'oestroprogestatifs mais moins utilisées chez les adolescentes surtout dans notre contexte.

-Le patch : mis toutes les semaines, trois semaines sur quatre permet une meilleure observance.
-L'anneau vaginal : mis en place, par la patiente, pour une durée de trois semaines consécutives, puis retiré pendant sept jours avant la pose d'un nouveau dispositif. Intéressant pour les adolescentes ayant des problèmes d'observance, mais difficile à manipuler surtout pour ces jeunes qui commencent à peine à découvrir leur corps.

Ces formes non orales ont les mêmes contre indications vasculaires et métaboliques que la forme orale mais offrent une meilleure observance.

5-3 Le préservatif féminin

Le préservatif féminin qui, malgré son rôle protecteur contre les IST, reste d'utilisation délicate en raison du maniement intravaginal qui nécessite une bonne connaissance de l'anatomie de l'appareil génital féminin.

5-4 Le diaphragme

Le diaphragme dont l'utilisation ne semble pas indiquée au début de l'activité sexuelle, là encore, du fait de sa mise en place relativement complexe.

5-5 Le dispositif intra-utérin (DIU) mécanique et le système intra-utérin (SIU) hormonal.

Depuis les recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé (ANAES) de 2004, le dispositif Intra-utérin (DIU) n'est plus contre-indiqué chez les nullipares.

L'efficacité contraceptive du DIU est incontournable (efficacité à 97 à 99,5 % des cas) et indépendante des problèmes d'observance. Mais il ne doit pas constituer pendant l'adolescence une méthode contraceptive de première intention. En effet, son insertion est souvent plus douloureuse et présente quelques inconvénients tels que les métrorragies et l'apparition ou l'aggravation des dysménorrhées déjà fréquentes à cet âge.

Par ailleurs la présence d'un DIU augmente en théorie le risque d'infection génitale haute surtout en cas de multi-partenariat sexuel déjà habituel au cours de l'adolescence.

Le système intra-utérin (SIU), quant à lui, délivre localement et en continu pendant cinq ans un progestatif. Son action contraceptive est exclusivement périphérique. Ce système permet une contraception efficace (taux d'échec 0.5%) et chez l'adolescente une amélioration des dysménorrhées et une réduction des saignements menstruels. Ses inconvénients sont sa difficulté d'insertion et son risque infectieux semblable au DIU classique.

Son long délai d'action et l'absence de problèmes d'observance, associés à son efficacité sur les ménorragies et les dysménorrhées, peuvent conduire à sa prescription dans certains cas particuliers notamment, en post-IVG ou en cas de contre-indications aux estrogènes. En tout cas, lorsque l'utilisation d'un stérilet est incontournable, l'utilisation d'un SIU est préférable à celle du DIU mécanique.

En tous cas, ni le DIU ni le SIU ne doivent constituer, pendant l'adolescence, une méthode contraceptive de première intention. Particulièrement dans notre contexte, en raison des différentes contraintes citées ci-dessus, mais aussi à cause de la difficulté d'accès.

5-6 Les spermicides

Les éponges et autres spermicides sont insuffisamment fiables en raison de la fécondité élevée à cet âge. En outre, il est indispensable de prévenir la patiente des risques de diminution d'efficacité du spermicide en cas d'utilisation conjointe de savons anioniques.

5-7 les méthodes naturelles

Quant aux méthodes dites naturelles telles que l'abstinence périodique (Ogino et Knaus) consistant à éviter toute relation sexuelle au cours de la période à risque de grossesse, et la méthode du retrait consistant à éjaculer à l'extérieur du vagin...), elles sont à proscrire. Les raisons en sont : faible efficacité, caractère sporadique des relations sexuelles et difficulté à maîtriser l'éjaculation pendant l'adolescence.

5-8 La contraception progestative

Elle est prescrite en cas de contre-indications aux oestroprogestatifs et de tabagisme sévère.

5-9 La contraception d'urgence

Toute méthode de contraception utilisée après des rapports sexuels, mais avant la nidation, constitue une contraception d'urgence. Comme elles agissent avant l'implantation, ces méthodes ne sont pas abortives.

Il existe deux types de méthodes acceptées de contraception d'urgence :

La première est la méthode hormonale avec prise de 1,5 mg de lévonorgestrel, soit sous forme de dose unique soit de 2 comprimés à 0,75 mg à 12 heures d'intervalle. Cette méthode atteint 98 % de succès sachant que, plus le traitement est pris tôt, plus il est efficace.

En France, le lévonorgestrel (NORLEVO*) est disponible pour les adolescentes dans les pharmacies, sans prescription médicale.

La seconde est l'insertion d'un dispositif contraceptif intra-utérin.

Dans les deux cas, la contraception d'urgence doit être débutée moins de 72h après les rapports sexuels.

Ce type de contraception occupe une place particulièrement importante chez les jeunes. Il offre une façon sécuritaire et efficace de réduire le nombre de grossesses non intentionnelles et d'avortements, surtout dans notre contexte où l'accès aux contraceptifs est souvent contraignant.

5-10 Conclusion :

Les contextes social et culturel dans lesquels vit l'adolescent influence le choix du type du contraceptif qu'il souhaite utiliser.

Le préservatif constitue pour l'adolescent, garçon et fille, la meilleure méthode de protection contre la transmission des IST sous réserve d'une bonne manipulation.

Pour les filles, l'association pilule préservatif semble judicieuse, lui conférant une double protection contre les IST et les grossesses.

Enfin la contraception d'urgence a un rôle salvateur dans la mesure où elle empêche les grossesses en cas de non utilisation ou d'oubli du contraceptif par les jeunes filles. Mais ne doit pas constituer pour autant une méthode contraceptive habituelle.

IV. GROSSESSE ET INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE CHEZ L'ADOLESCENTE

1– ADOLESCENCE, GROSSESSE ET MATERNITE

La grossesse chez l'adolescente est une grossesse à haut risque, qu'elle soit ou non dans le cadre du mariage. Elle peut porter préjudice à la santé de la mère et de son enfant.

Elle est beaucoup plus périlleuse chez la jeune célibataire vivant dans une société qui condamne les relations sexuelles en dehors du mariage ; ce qui incite à des interruptions de grossesses clandestines pouvant être fatales.

Selon l'OMS, la majorité des études atteste que les grossesses chez les adolescentes sont mal suivies et vues tardivement, d'où la fréquence des complications obstétricales au cours de cette période.

1-1 Statistiques : (1,59).

▲ Dans le monde :

La moyenne mondiale du taux de natalité pour 1000 femmes âgées de 15 à 19 ans est de 65.

De 1995 à 2000, 5 % des femmes de 15 à 19 ans ont enfanté dans le monde.

On note plus de 14 millions de naissances chez les adolescentes chaque année, dont plus de la moitié en Asie et en Afrique subsaharienne.

▲ L'Europe :

Le taux de natalité pour 1000 les femmes de 15 à 19 ans est de 25, variant de 4 en Suisse et 57 en Bulgarie.

En Angleterre, les taux de grossesses et de natalité sont respectivement 46.9 et 28.4 pour 1000 femmes âgées de 15 à 19 ans.

Par ailleurs, le taux de grossesse chez les jeunes filles de moins de 16 ans était, de 1994 à 1996, de 9.4 pour 1000 filles âgées de 13-15 ans.

En Hongrie, les taux de grossesses et de naissances pour les femmes de 15-19 ans sont respectivement 59.1 et 29.5 pour 1000.

Aux pays scandinaves, ces taux sont plus bas en raison de la disponibilité de la contraception pour les adolescents. En effet, les derniers chiffres pour le taux de natalité pour 1000 femmes (15-19 ans) sont : 13,5 pour la Norvège, 7.7 pour la Suède, 8.3 pour le Danemark et 9.8 pour la Finlande.

▲ L'Amérique :

Aux USA, les taux de grossesses et de natalité chez les adolescents sont parmi les plus élevés dans les pays développés.

Au milieu des années 1990, chez les adolescentes de 15–19 ans, les taux de grossesse et natalité étaient respectivement 83.6 et 54.4 pour 1000.

Il existe toutefois de grandes différences entre les Etats. Le Nevada détient le taux de grossesse le plus élevé avec 140 pour 1000 adolescentes de 15 à 19 ans, suivi de la Californie (125), l'Arizona (118) et la Floride (115).

Au Canada, les taux de grossesses et de natalité sont plus faibles qu'aux USA bien qu'ils soient géographiquement et culturellement proches. Ils sont respectivement de 45.4 et 24.2 pour 1000.

En Amérique latine, les taux de grossesses pour 1000 femmes âgées de 15 à 19 ans sont 149 pour le Nicaragua, 77 pour le Mexique et 71 pour le Brésil.

▲ L'Asie :

En Asie centrale, le taux de naissances pour 1000 femmes de 15–19 ans est de 59, allant de 19 en Azerbaïdjan à 152 en Afghanistan.

En Asie du sud-est : le taux de naissances pour 1000 femmes de 15–19 ans est de 56, variant de 4 à au Japon à 115 au Bangladesh.

En Inde, le taux de natalité pour 1000 femmes (15–19 ans) est de 107. Il existe cependant des différences considérables entre les zones rurales et les régions urbaines. Dans les zones rurales, le taux de natalité chez l'adolescente est de 121 pour 1000, à Delhi, il est de 36 pour 1000.

▲ L'Afrique et le moyen orient :

En Afrique sub-saharienne, le taux de naissances pour 1000 femmes de 15–19 ans est de 143, variant de 45 à l'île Maurice à 229 en Guinée.

Les taux de naissance pour 1000 femmes (15 à 19 ans) sont de 179 en Ouganda, 168 en Ethiopie et au Kenya et 132 en Zambie.

En Afrique du nord et au moyen orient, le taux de naissances pour 1000 femmes (15-19 ans) est de 56, allant de 18 en Tunisie à 122 à Oman.

Dans notre enquête, parmi les 21 filles actives sexuellement, deux cas de grossesses ont été signalés.

1-2 Les risques liés à la grossesse précoce pour la santé :

1-2-1 Risques maternels :

▲ Les désordres hypertensifs gravidiques : (2, 8, 24, 48, 64)

La plupart des études ont prouvé que l'âge de la survenue de grossesse et la nulliparité sont des facteurs de risque importants engendrant la pathologie hypertensive gravidique (< 18 ans et > 40ans).

La survenue de la pré-éclampsie chez les femmes jeunes peut être expliquée par :

- Le sous développement (infantilisme) de l'utérus.
- L'inadaptation de l'organisme maternel aux changements de la grossesse surtout s'il s'agit d'une primiparité.
- Les troubles hémodynamiques placentaires et rénaux.

Une étude réalisée à Lille en France a révélé que 16 % des grossesses survenues chez des adolescentes de moins de 16 ans étaient compliquées d'une pré-éclampsie.

Dans une autre étude menée au C.H.U de Tokoin au Togo, sur les 71 cas d'éclampsie enregistrés en l'année 1993, 27.76 % étaient âgées de moins de 20 ans.

Dans une autre étude menée sur 1360 jeunes parturientes au CHU de Dakar, le taux des états hypertensifs et ses complications était de 39.59 %.

A Casablanca, une étude chez les parturientes de moins de 18 ans a révélé des taux de pré-éclampsie de 19.23 % et d'éclampsie : 1.02 %.

▲ L'anémie ferriprive : (6.59)

L'anémie ferriprive est fréquente chez les femmes enceintes. Les jeunes adolescentes risquent plus que les autres d'être anémiques, même dans les pays développés.

Des études cliniques effectuées aux Etats-Unis d'Amérique ont attesté que les femmes enceintes de moins de 20 ans risquaient deux fois plus d'être anémiques que leurs aînées. Aux USA toujours, une autre étude auprès d'adolescentes enceintes qui se faisaient soigner dans un dispensaire prénatal a montré que 70 % d'entre elles avaient une carence martiale.

Selon l'OMS, dans le monde, les causes les plus fréquentes de l'anémie chez les femmes enceintes sont le régime alimentaire pauvre en fer et en acide folique et les maladies infectieuses telles que le paludisme, parasitoses intestinales et tuberculose.

Pour éviter l'anémie durant l'adolescence, les jeunes ont besoin de plus de fer que les adultes, surtout quand il s'agit de jeunes femmes enceintes.

▲ La disproportion foeto-pelvienne : (6,76)

La disproportion foeto-pelvienne est fréquente chez les jeunes femmes dont le bassin n'est pas encore entièrement formé. L'étroitesse de la filière pelvi-génitale augmente le risque de complications lors d'un accouchement par voie basse et peut ainsi ralentir le travail ou même l'entraver complètement (dystocie). En l'absence de césarienne, cette disproportion est à l'origine de plusieurs complications obstétricales telles que les fistules, les déchirures périnéales, et la rupture utérine voire le décès maternel ou fœtal.

▲ La mortalité maternelle : (59.61)

La mortalité maternelle est le décès d'une femme pendant sa grossesse, lors de l'accouchement ou dans les semaines qui suivent celui-ci.

La plupart des études menées sur ce thème affirment que la mortalité maternelle est estimée à 3-4 fois plus élevée chez les adolescentes que chez les adultes.

Une étude menée au Nigeria a révélé que le taux de mortalité maternelle des jeunes filles âgées de moins de 15 ans était de 27 pour 1000 contre 4 pour 1000 chez les femmes âgées de 20 à 24 ans.

En Éthiopie une étude a mis à jour le même constat ; le taux de mortalité maternelle chez les mères de 15 à 19 ans était de 12.7 pour mille contre 3.6 pour mille chez les plus âgées.

Aux Pays-Bas, entre 1983 et 1992, ce taux était de 8.3 pour mille chez les mères âgées de plus de 25 ans contre 11.9 pour mille chez les adolescentes.

Il en ressort que les causes de la mortalité maternelle sont différentes. Celle-ci est liée d'une part à l'âge, d'autre part aux complications obstétricales telles que l'hémorragie de délivrance, l'anémie, la pathologie hypertensive, l'infection puerpérale et les avortements septiques.

1-2-2 Les risques fœtaux :

▲ Faible poids à la naissance :

Le Faible poids à la naissance ou hypotrophie fœtale se définit par un poids inférieur à 2500g. (65)

Selon l'OMS, l'incidence de l'insuffisance pondérale à la naissance chez les nourrissons de mères adolescentes est plus élevée comparée à celle concernant les nourrissons de mères adultes dans plusieurs pays du monde.

En France, le taux de l'hypotrophie fœtale est de 13 % chez les adolescentes contre 9 % pour les mères adultes. (67)

Une étude faite au Sénégal sur les 430 femmes âgées de 14 à 19 ans, a révélé une incidence de l'hypotrophie fœtale de 18 %. (7)

Selon l'OMS, les causes les plus fréquentes de l'hypotrophie fœtale à l'adolescence sont l'hypertension gravidique et les déficits nutritionnels.

▲ Prématurité :

Un accouchement est prématuré lorsqu'il survient avant 37 semaines de grossesse révolues. (65)

Selon l'OMS, la prématurité est la principale cause de décès néonatal précoce.

La prématurité constitue aussi une importante cause de morbidités néonatale et infantile et d'infirmités tardives. (65)

Selon la littérature, l'âge de la maman (<18 ans et > 40 ans) constitue un facteur de risque important dans la survenue d'un accouchement prématuré.

En effet, une étude rétrospective menée au Cameroun au CHU de Yaoundé du 01/01/1991 au 31/12/2000, a révélé qu'une adolescente sur trois accouchait prématurément. (78)

Dans une autre étude menée au Sénégal sur 435 adolescentes enceintes, 15 % ont eu des accouchements prématurés. (7)

En France, le taux d'accouchement prématuré chez les adolescentes est de 5.9 %. (67)

Cette fréquence de survenue d'accouchement prématuré chez les adolescentes peut s'expliquer par l'immaturité utérine, le mauvais suivi anténatal et la précarité des conditions socioéconomiques.

▲ Mortalité périnatale :

La prématurité et le retard de croissance intra-utérin constituent les premières causes de mortalité périnatale. (62)

D'après la littérature, l'âge maternel constitue un facteur de risque déterminant dans la mortalité périnatale. (2,14).

En effet, et selon les données de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (I.N.S.E.E) en France, le taux de mortalité périnatale était de 40 pour 1000 naissances chez la mère adolescente en 1981 soit 3 fois plus que la mortalité périnatale moyenne. En 2004, et toujours selon l'I.N.S.E.E, le taux de mortalité périnatale était de 71 pour 1000 naissances chez les mères âgées de 13-14 ans contre 10 pour 1000 chez les mères âgées de 20-24 ans. (42)

Dans une étude menée à Casablanca auprès de 182 parturientes adolescentes, le taux de mortalité périnatale était de 42.16 %. (30)

La précarité des conditions socio-économiques, la peur, l'ignorance, l'hostilité et l'insuffisance des services sanitaires, mais aussi la fréquence des complications obstétricales à l'adolescence sont autant de facteurs déterminants dans les taux élevés de mortalité périnatale.

1-2-3 Les risques psychosociaux :

Les conséquences d'une maternité précoce, qu'elle soit ou non dans le cadre du mariage, varient selon les cultures. En effet, dans certaines sociétés, la maternité apporte souvent à l'adolescente mariée respectabilité et standing social. En revanche la maternité engendre, pour la mère célibataire, malheur, rejet, sanction, et parfois même incitation au suicide. (6)

Les adolescentes qui se retrouvent enceintes sont, pour la plupart, d'un niveau socio économique bas. La survenue d'un enfantement peut faire sombrer la jeune mère dans la pauvreté la contraignant, dans des cas extrêmes, à vendre son corps pour assurer sa subsistance et celle de son enfant. (6)

La maternité précoce est un autre facteur de marginalisation dans la mesure où les perspectives de réussite scolaire deviennent minces. La grossesse serait à l'origine d'un abandon scolaire sur 2. (43)

Au Kenya, près de 10.000 étudiantes sont obligées d'abandonner chaque année leurs études parce qu'elles sont enceintes. Certains établissements expulsent même les jeunes adolescentes qui tombent enceintes, mais ne prennent que rarement des mesures contre les étudiants responsables. (6)

Quant aux jeunes pères, eux aussi –s'ils reconnaissent leur paternité– ils sont confrontés à divers obstacles. Des fois, ils sont contraints d'abandonner leurs études et de travailler afin de subvenir aux besoins de leur nouvelle famille. Dans d'autres cas, c'est le père du jeune garçon ou sa famille qui lui apportent le soutien économique nécessaire. (6)

Dans tous les cas, l'enfantement précoce est non souhaitable, du fait des conséquences catastrophiques sur la vie et l'avenir des adolescents.

1-3 La prise en charge de la jeune mère au Maroc : (86)

Dans notre pays, il n'existe pas de structure spécialisée pour l'accueil des mères célibataires. Néanmoins, on dénombre quelques associations qui aident et soutiennent ces femmes telles que l'association de solidarité féminine, l'association Bayti, l'association Insaf et autres.

Ces associations accueillent ces jeunes femmes pendant quelques mois, leur prodiguent des conseils sur la santé reproductive, et leur dispensent des soins médicaux ainsi qu'à leur progéniture.

Les mères célibataires y saisissent aussi l'occasion pour apprendre un métier tel que la couture, la broderie ou la cuisine, afin qu'elles puissent réintégrer la société une fois leur séjour à l'association terminé.

La grossesse et la maternité précoces sont à éviter dans la mesure du possible. Mais comme c'est une réalité indéniable dans plusieurs pays du monde, il s'avère nécessaire et urgent que la société réponde aux besoins des adolescents en matière de santé génésique et de planification familiale.

1-4 Programmes préventifs des grossesses des adolescentes : (25, 59)

L'objectif des programmes est de prévenir la survenue de grossesses non désirées en répondant aux besoins des adolescents en matière de santé reproductive. L'idéal serait non seulement l'information des adolescents mais aussi la disponibilité des moyens de contraception.

Cependant si grossesse il y a, des prestations médicales de qualité doivent être mises à leur disposition.

Les programmes préventifs visent donc à améliorer :

- L'accès, la disponibilité, la qualité et l'utilisation des services de santé procréative dans une ambiance d'équité des sexes.
- En cas de conception, un suivi médical particulier et professionnel est nécessaire durant toute la période de grossesse et de l'accouchement, sans discrimination ni hostilité.
- Une assistance sociale sera nécessaire pour entamer une recherche de paternité pour sauvegarder les droits de l'enfant.
- Le développement des efforts préventifs secondaires (éducation, emploi et soutien) visant à aider la mère et l'enfant, en particulier les mères célibataires.

2- INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG) CHEZ L'ADOLESCENTE

La plupart des grossesses survenant pendant l'adolescence sont non désirées et l'avortement est devenu une issue courante de la grossesse chez les adolescentes.

2-1 Législation :

Au Maroc, l'avortement provoqué ou l'interruption volontaire d'une grossesse (IVG) est sévèrement réprimé. Le législateur consacre à cette pratique une série d'articles.

L'article 449 du Code pénal punit de 1 à 5 ans de prison et d'une amende de 200 à 500 DH toute personne ayant provoqué, ou tenté de provoquer un avortement, avec ou sans l'accord de l'intéressée.

L'article 454 punit de 6 mois à 2 ans toute femme s'étant livrée à l'avortement sur elle-même.

Par contre, l'article 453 dépénalise l'avortement pratiqué pour sauver la vie de la femme, pour préserver sa santé physique et mentale.

D'après le Ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité de France, l'interruption volontaire de grossesse est autorisée depuis la loi Veil du 17 janvier 1975. La loi

du 4 juillet 2001 autorise l'accès à l'interruption volontaire de grossesse aux mineures sans accord parental.

2-2 Fréquence des IVG : (63.74)

Selon l'OMS, 50 millions d'avortements sont pratiqués dans le monde dont 30 millions aux pays en voie de développement.

Sur ces 50 millions d'avortements, 10 % sont pratiqués sur des adolescentes de 15 à 19 ans.

Le nombre des avortements chez les adolescentes de moins de 20 ans oscille entre 1 million et 4.4 millions par an.

En France, le taux d'avortement chez les adolescentes est d'environ 9 pour mille.

Dans notre échantillon, l'issue des deux grossesses signalées a été l'avortement.

2-3 Les complications de l'IVG :

A cause des législations interdisant l'IVG, la fréquence des avortements clandestins est élevée dans les pays en développement, contrairement aux pays développés où ils sont devenus rares. Par ailleurs, ils sont une source importante de morbidité et de mortalité maternelles. (2)

L'avortement clandestin est dangereux pour plusieurs raisons. Il est pratiqué dans des conditions d'hygiène défectueuse, par des personnes incompétentes, et dans des lieux inappropriés.

Quand l'avortement a lieu dans des conditions dangereuses, il peut exposer la jeune femme au risque d'incapacité, de stérilité voire de décès. (6)

Les risques de l'avortement non médicalisé sont multiples : (2)

L'infection, de type endométrite, salpingite, péritonite voire même septicémie souvent fatale pour la patiente, si un traitement adéquat n'est pas instauré d'urgence. L'infection est aussi à l'origine d'une stérilité séquellaire.

L'hémorragie pouvant être secondaire à la rétention ovulaire, à l'infection ou à la perforation utérine au cours d'un curetage défectueux.

Les lésions de voisinage : telles que les plaies cervico-vaginales et les lésions intestinales ou vésicales.

Des études faites en Afrique ont révélé que 68 % des femmes hospitalisées pour complications d'avortement avaient moins de 20 ans. (6)

Vu la fréquence et la gravité des avortements clandestins, il est impératif de prévenir les grossesses non désirées. Il s'agit d'instaurer des programmes permettant de promouvoir l'éducation sexuelle en milieu scolaire et de renforcer les activités des Centres de Santé en matière de contraception.

V. INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST)

1- DEFINITION (9)

Ensemble des infections transmises lors des rapports sexuels, avec ou sans pénétration, le partenaire étant contaminé.

L'agent infectieux peut se transmettre par le vagin, l'anus, la bouche, l'urètre et le pénis.

2- QUELQUES STATISTIQUES

Chaque année, selon l'OMS, on compte 333 millions de nouveaux cas d'infections sexuellement transmissibles (IST) curables en dehors du SIDA et un adolescent sur 20 en contracte une. Environ le tiers des 34 millions de personnes infectées par le VIH à travers le monde est âgé de 10 à 24 ans. (83)

Deux millions de femmes à travers le monde vivent avec un cancer invasif de l'utérus. (1)

Dans le monde, près de 70 millions de couples sont stériles. (1)

L'Afrique abrite près de 70 % des adultes et 80 % des enfants vivant avec le VIH dans le monde. (83)

Au Maroc, une étude a révélé que 40 % des IST ont été enregistrés chez les jeunes âgés de 15 à 29 ans. (20)

Au Maroc toujours, et en 2005, 1839 cas de SIDA cumulés dont 25 % sont âgés 15 et 29 ans. (1)

3- INFORMATIONS SUR LES IST

3-1 Connaissance des IST

Le niveau de connaissance des IST varie selon les régions du monde.

Dans l'étude menée auprès des adolescents en Tunisie, 11.7 % de l'échantillon ne connaissaient pas les IST. Pourtant, ces adolescents étaient censés être informés, du moins au cours de leur enseignement secondaire, selon l'auteur de l'article. (47)

Quant aux lycéens ivoiriens, 99 % avaient déclaré connaître les IST dans des enquêtes menées en Côte d'Ivoire. Les IST les plus connues étaient la gonorrhée avec 87 %, le SIDA 62 % puis la syphilis avec 49 %. (29)

Au Sénégal, les IST les plus connues par les 252 adolescents d'une étude menée en 2003 sont la syphilis (22.61%), le VIH-SIDA (19.04%) et la gonococcie (17.06%). Par ailleurs 23. 8 % des jeunes pensent que la stérilité est l'une des conséquences les plus fréquentes des IST ; 9.7% des personnes enquêtées disent que les IST sont mortelles et 7.9 % soulignent que le cancer du col est une conséquence des infections sexuelles. (17)

Au Maroc, dans le cadre des enquêtes réalisées par le CERED sur les adolescents à Casablanca et à Marrakech en 2003, 97.2 % de l'ensemble des adolescents Casablancais connaissent au moins une infection sexuellement transmissible et 95 % de ceux enquêtés à Marrakech.

A Casablanca, le SIDA est reconnu dans 95.8 % de cas, suivi de la syphilis (56.8%) et de la blennorragie (38.6% de cas). En milieu semi urbain de Marrakech, les proportions d'adolescents ayant déclaré avoir entendu parler de ces trois maladies sont respectivement 94.2%, 44.3% et 32.9%. (9)

Dans notre enquête, 99.7 % des lycéens interrogés connaissent les IST dont 100 % connaissant le SIDA, 50 % la syphilis et 44.9 % l'hépatite virale.

3-2 Connaissance des moyens de protection des IST

L'abstinence sexuelle est l'attitude la plus fiable de la protection contre les IST.

Par ailleurs, en cas d'activité sexuelle, le meilleur moyen de protection des IST est le condom sous réserve d'une bonne manipulation. (11)

L'état de connaissance sur ce sujet n'est pas homogène chez tous les adolescents.

En Côte d'Ivoire, 89 % des adolescents interrogés ont affirmé que le préservatif était la meilleure méthode, suivi de l'abstinence sexuelle 84 % puis la fidélité au partenaire 48 %. (29)

Au Burkina Faso, parmi les adolescents interrogés au cours d'une enquête nationale en 2004, 8 sur 10 ont déclaré que l'abstinence sexuelle pouvait réduire les risques de contamination, la même proportion avait déclaré qu'avoir un seul partenaire sexuel non infecté et n'ayant pas d'autres partenaires est également un moyen de prévention. (32)

Dans notre enquête, le préservatif est reconnu par la majorité des jeunes (91.9 %) comme étant un moyen protecteur des IST.

Les adolescents ont des connaissances sur les moyens de protection des IST. Toutefois, certains sont mal informés sur le mode d'utilisation du préservatif, ce qui les expose aux risques de contamination.

En effet, une étude menée auprès de 948 élèves chiliens révèle que 57 % des garçons et 59 % des filles croyaient que le préservatif était réutilisable. (51)

Dans une autre étude en Russie, sur les 370 adolescents interrogés seuls 25 % des filles et 35 % des garçons savaient que le condom ne pouvait être utilisé qu'une seule fois. (51)

Dans notre échantillon, 14 % des garçons et 10.2 % des filles pensaient que le préservatif était réutilisable.

4- UTILISATION DU PRESERVATIF

Même si les adolescents ont des informations sur les IST/SIDA, l'utilisation du préservatif n'est pas systématique.

Une enquête menée dans 17 lycées du Kentucky aux USA a révélé que seuls 54.6 % des interrogés utilisaient le préservatif, à chaque rapport sexuel et que 10.8 % ne l'utilisaient jamais. (87)

Une étude menée à Nouakchott en Mauritanie auprès de 711 adolescents, a révélé que 38% n'utilisaient pas le préservatif. (53)

Au Salvador, le taux d'utilisation du préservatif est parmi les plus faibles avec 9 % d'utilisation dans la tranche d'âge 15 à 19 ans en 2003. Au Guatemala et pour la même tranche d'âge, ce taux est de 24 %. (6)

Dans notre enquête, 55.1 % des garçons interrogés ont affirmé avoir déjà utilisé un préservatif.

Les causes de la non utilisation du préservatif par les jeunes sont nombreuses.

Une étude menée en Guinée en 2005 auprès des jeunes de 15 à 24 ans a révélé que les causes de la non utilisation du condom étaient le manque d'information des jeunes sur le préservatif et sur les IST/VIH/SIDA, la faiblesse de communication entre partenaires, la non disponibilité du préservatif, l'accessibilité limitée du préservatif, certains éléments du condom mal appréciés (odeur désagréable, excès de lubrifiant, manque de plaisir), et la religion, les tabous et les coutumes. (21)

En France, une étude menée auprès de 274 adolescents de l'école Sainte-Anne a révélé que 16.7 % n'utilisaient pas de condom pour problème de coût, 11.5 % étaient sous l'influence de l'alcool ou de la drogue, 11.1 % par manque de disponibilité, 5.6 % par refus. (49).

Le préservatif, quelques soient les raisons de non utilisation, reste le moyen le plus sûr contre les IST.

Il est impératif que les adolescents prennent conscience de l'utilité du préservatif, et que la société mène des campagnes de sensibilisation dans ce sens.

5- CAUSES DE VULNERABILITE DES ADOLESCENTS AUX IST (82)

Plusieurs facteurs rendent les adolescents particulièrement vulnérables aux IST :

5-1 Facteurs biologiques :

- L'immaturité de leur appareil reproducteur et de leur système immunitaire rend les adolescents plus vulnérables que les adultes à divers agents pathogènes responsables des IST.
- L'ectopie cervicale fréquente chez la jeune fille la rend plus vulnérable à certaines infections telles la chlamydiose, la gonorrhée, la trichomonase, l'herpès ou le virus du papillome humain génital (VPH).

5-2 Facteurs psychologiques :

- Le désir de tenter de nouvelles expériences et la volonté de prendre des risques: en changeant souvent de partenaires ou en ayant un partenaire qui en a lui-même beaucoup d'autres.
- Connaissances insuffisantes sur les IST, ce qui contribue aux comportements à risque.
- Difficulté à utiliser un préservatif correctement et systématiquement.

5-3 Facteurs sociaux :

Les prestataires des services de santé de la reproduction ont tendance à ne pas accueillir les jeunes à bras ouverts.

Le manque d'accessibilité, la pauvreté et l'absence de domicile fixe favorisent la contamination des jeunes.

6- PROGRAMMES PREVENTIFS DES IST (6, 56, 57)

Ces programmes qui ont pour but de prévenir les IST chez les jeunes doivent être appropriés. Ils visent à éviter ou à retarder les rapports sexuels chez les très jeunes, à préconiser l'abstinence sexuelle et à promouvoir l'utilisation des préservatifs chez les plus âgés.

Les programmes préventifs doivent :

- Diffuser un message clair et précis concernant les activités sexuelles et l'emploi du préservatif.
 - Choisir comme enseignants des personnes qui sont convaincues du bien-fondé du programme et leur apprendre à devenir efficaces.
 - Encourager les parents à participer à l'éducation sexuelle de leurs enfants au moment propice, tout en étant convaincus que cela n'incite pas les adolescents à débuter leur vie sexuelle.
 - Travailler avec les communautés, y compris les chefs politiques et religieux locaux, à prendre conscience de tous les problèmes de santé en matière de reproduction et de sexualité qui touchent les adolescents.
 - Faire participer les médias dans l'information, l'éducation et la sensibilisation des jeunes.
 - Améliorer la qualité des services de santé en matière de reproduction et faciliter leur accès aux jeunes.
-

VI. EDUCATION SEXUELLE ET SERVICES DE SANTE DE REPRODUCTION POUR ADOLESCENTS

A la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) de 1994, les gouvernements ont convenu que « les adolescents devraient notamment pouvoir accéder à une information et à des services qui les aident à comprendre leur sexualité et à se protéger contre les grossesses non désirées, les maladies sexuellement transmises et les risques de stérilité en résultant ». (25)

Chaque pays, et dans le respect de ses normes culturelles et religieuses, devrait légitimer l'éducation sexuelle de ses adolescents, vu la gravité et l'urgence des problèmes des IST, des grossesses non désirées, des avortements dangereux et des maternités précoces.

1– DEFINITION DE L'EDUCATION SEXUELLE

L'éducation sexuelle est l'enseignement des connaissances utiles, relatives à la sexualité, y compris intimité physique, rapports humains, identité sexuelle, rôles, anatomie, grossesse, puberté, contraception et infections sexuellement transmissibles.

2– PRINCIPE DE L'EDUCATION SEXUELLE

L'éducation sexuelle doit faire partie intégrante de l'éducation générale de l'enfant. Ainsi plusieurs personnes doivent être impliquées dans l'accomplissement de cette tâche : parents, enseignants, médecins et responsables politiques et religieux. (6, 56)

Cette éducation sexuelle permettra l'acquisition d'informations correctes visant à retarder ou à éviter le début des activités sexuelles et incite à des rapports sexuels plus sains pour ceux déjà sexuellement actifs.

En effet, selon le communiqué de presse du 26 novembre 1993 de l'OMS :

« L'éducation sexuelle n'entraîne pas d'augmentation de l'activité sexuelle »

3- PROGRAMMES DE L'EDUCATION SEXUELLE DES ADOLESCENTS

Le SIDA a joué pour beaucoup dans la prise de conscience de l'importance de l'éducation sexuelle des adolescents visant à limiter la progression de la pandémie.

Ainsi plusieurs partenariats ont commencé dans divers pays à mettre en place des programmes d'ensemble qui combinent la communication pour un changement de comportement et la fourniture de services accueillant les jeunes. (25)

3-1 Pays développés

Dans l'Europe du nord, les programmes nationaux de santé génésique des jeunes atteignent déjà de bons résultats. En effet les pays nordiques ont les taux de grossesses des adolescentes, d'avortements et d'IST les plus faibles parmi les pays développés. (6)

En Suède, Finlande et Danemark, l'éducation sexuelle est obligatoire dans les écoles. Aux Pays Bas, le gouvernement appuie la diffusion médiatique concernant l'éducation sexuelle. (6)

Au Canada, les programmes d'éducation et de promotion de la santé reproductive au sein des écoles primaires et secondaires ont eu un effet positif sur les comportements sexuels des jeunes. Par exemple, l'utilisation de condoms par les adolescents connaît une croissance constante. Les condoms étaient utilisés par plus des deux tiers des jeunes en 1996 contre moins du tiers en 1988. (50)

3-2 Pays en voie de développement

Certains pays ont essayé de se mobiliser pour répondre aux besoins des adolescents en matière de santé reproductive.

Au Sénégal, un projet intitulé « Promouvoir l'autonomisation des adolescentes au Sénégal» permet à 10000 jeunes filles défavorisées de recevoir une éducation sexuelle approfondie. (25)

En Mongolie, un programme d'éducation à distance a été mis en oeuvre en coopération avec l'UNESCO, et huit dispensaires de santé en matière de reproduction accueillants aux adolescents sont en cours d'établissement à travers l'ensemble du pays. (25)

Selon le CERED, le Maroc, adhérant quant à lui au concept de la santé sexuelle et reproductive tel que proposé à la CIPD, a élargi le contenu de l'éducation sexuelle à son aspect préventif, en y intégrant des activités Information-Education-Communication (IEC) visant la sensibilisation de la population à ce problème. (44)

4- PARTICIPANTS AUX PROGRAMMES D'EDUCATION SEXUELLE

Un programme réussi fait appel à plusieurs participants tels que les parents, les médias et l'école.

4-1 Les parents (6, 71, 86)

L'éducation sexuelle débute à la maison, les parents peuvent transmettre librement leurs propres valeurs morales à leurs enfants. Ils doivent les écouter, choisir le moment propice pour les informer et répondre à leurs questions et curiosité.

Pourtant en Chine, une étude menée auprès d'adolescents âgés de 15 à 19 ans a révélé que la communication entre les parents et les adolescents concernant la sexualité était très limitée.

Une autre étude en Brésil a montré que l'absence d'un ou des deux parents rendait les adolescents plus vulnérables aux comportements dangereux, entre autres les risques sexuels, d'où la nécessité d'impliquer les parents dans l'éducation sexuelle de leur progéniture.

En Jamaïque, des éducateurs ont mis au point un manuel et une vidéo pour faciliter aux parents la communication et l'information de leurs enfants.

Les cliniciens conseillent les parents à discuter de la sexualité avec leurs enfants. Cela peut donner aux parents une occasion de renforcer ce que leurs enfants ont appris et à leur fournir la possibilité de poser des questions.

4-2 Programmes scolaires : (36,57)

Les programmes scolaires peuvent avoir un impact positif sur les comportements sexuels des adolescents. Ils peuvent reculer l'âge du premier rapport et favoriser l'utilisation du contraceptif chez les actifs sexuellement.

Les responsables des politiques et les planificateurs des programmes sont en général d'accord sur un point : dans le domaine de la sexualité, il faut fournir aux jeunes des informations exactes pour les aider à prendre des décisions éclairées.

Les programmes réussis d'éducation sexuelle comportent un tronc commun d'éléments qui peuvent être adaptés à diverses situations culturelles.

Un organisme américain, le SIECUS (Sexuality Information and Education Council), a formulé des lignes directrices relatives à l'éducation sexuelle :

- La nécessité de commencer tôt parce qu'il est sans doute plus facile d'encourager de bons comportements sexuels dès le départ plutôt que de modifier des habitudes déjà acquises.
- La préparation et la formation des enseignants à cette tâche.
- Les cours doivent porter sur le développement humain, l'anatomie de l'appareil reproducteur, les relations, les compétences personnelles, les comportements sexuels et la santé.

Divers pays qui commencent à mettre en place des programmes d'éducation sexuelle s'inspirent dans une certaine mesure des lignes directrices internationales et les résultats sont d'ores et déjà encourageants.

4-3 Les médias : (54)

Télévision, Internet, radio, revues, journaux....les médias de masse occupent actuellement une place prépondérante dans la vie de tous les jours. De ce fait les médias, faciles d'accès, peuvent constituer une bonne source d'information et de sensibilisation.

Au Danemark, d'après l'OMS, les sociétés de radiodiffusion nationales consacrent volontiers à l'éducation sexuelle un temps d'antenne.

En Ouganda, une action d'un autre genre a été élaborée. Il s'agissait de diffuser des messages sur la prévention du VIH, l'abstinence, la réduction du nombre de partenaires, et l'utilisation du préservatif, à travers des chansons, des feuilletons télévisés, des concours de rap, et des pièces de théâtre mais aussi par la voie de bulletin d'information ou d'affiches.

Actuellement, Internet offre une très large perspective d'informations pertinentes, rapides et très utiles au sujet de la sexualité, des IST, et de la grossesse.

4-4 Les dirigeants politiques, communautaires et religieux : (6,55)

Pour qu'un programme soit réussi, il doit tenir compte des normes culturelles et religieuses de chaque pays. Pour ce faire, l'implication des dirigeants communautaires, politiques et religieux s'avère nécessaire.

Les dirigeants communautaires et religieux peuvent préconiser et organiser dans les écoles des programmes d'information, de sensibilisation et d'éducation à la santé reproductive.

Quant aux dirigeants politiques, ils peuvent intervenir en adoptant et appliquant des lois et des solutions qui permettront un meilleur accès aux services de santé sexuelle et de planification familiale.

5- EVALUATION DES PROGRAMMES

Pour tester l'efficacité des programmes d'éducation sexuelle, plusieurs analyses de rapports à travers le monde ont été réalisées.

De nombreuses évaluations concluent que l'éducation sexuelle a pu :

–Améliorer le niveau des connaissances des adolescents.

- Retarder l'âge du premier rapport sexuel.
- Augmenter le taux d'utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel.
- Augmenter le taux d'utilisation des moyens contraceptifs chez les actifs sexuellement.
- Diminuer le nombre de partenaires sexuels chez les adolescents. (56,57)

En effet, en Tanzanie, l'évaluation après 12 mois d'un programme local a montré un net recul de l'âge de l'initiation sexuelle chez les garçons comme chez les filles. Les différences enregistrées entre les groupes d'intervention et les groupes de contrôle étaient marquées 14 % contre 35 % pour les garçons et 3 % contre 6 % pour les filles. (76)

Une étude de 1800 jeunes hommes de 15 à 19 ans menée aux Etats-Unis a montré que chez ceux qui avaient bénéficié d'une éducation formelle sur le SIDA et la planification familiale, il y avait une croissance d'utilisation régulière des préservatifs. (38)

En Gambie, une étude a montré que le niveau des connaissances en matière de contraception était plus élevé chez les adolescents qui avaient assisté aux programmes d'éducation à la vie familiale (EVF) que chez les autres. Parallèlement, l'utilisation des contraceptifs lors des premiers rapports sexuels était plus élevée chez les femmes ayant bénéficié des programmes d'EVF. (56)

Cependant, certains programmes n'ont pas donné leurs fruits.

En effet, l'amélioration du niveau des connaissances n'est pas toujours corrélée à la modification des comportements. L'évaluation d'une étude menée en Ouganda auprès de 4510 jeunes de 15 à 24 ans en témoigne. Elle a attesté d'un très haut niveau de connaissance en matière de préservatifs. En revanche, moins de 13 % des hommes, et moins de 1% de femmes ont dit s'en servir. Le même constat a été trouvé aux Philippines où le niveau élevé des connaissances sur le préservatif n'a pas modifié le taux de son utilisation par les adolescents. (56)

Dans tous les cas, l'évaluation des programmes d'éducation sexuelle est indispensable afin d'en déceler les lacunes et de les combler.

6-RECOMMNDATIONS

Compte tenu de ce qui a été avancé dans la littérature, certaines recommandations au sujet de la santé sexuelle des adolescents sont indispensables, surtout qu'au Maroc le sujet de la sexualité est prohibé.

- Prendre conscience de la légitimité et de l'importance de la santé sexuelle des adolescents, adultes de demain.
- Faire participer les acteurs politiques, communautaires et religieux à l'élaboration des programmes d'éducation sexuelle.
- Débuter les programmes pour les adolescents à un âge assez jeune afin qu'ils aient des informations au moment où ils en auront besoin, en vue de prendre des décisions par rapport à leur santé reproductive.
- Faire participer les parents, les médias de masse et les pairs éducateurs pour toucher le maximum de jeunes.
- Former et encadrer les enseignants afin qu'ils transmettent des messages pertinents.
- Elaborer des programmes d'éducation sexuelle qui permettront d'améliorer les connaissances, de retarder l'initiation à la vie sexuelle et de faire changer les comportements à risque chez les actifs sexuellement.
- Ces programmes pourront être appliqués à différents niveaux tels que dans les écoles, les centres de santé, les centres de planification familiale...
- Créer des services de santé reproductive spécialement pour les adolescents, sinon faciliter l'accès aux services de planification familiale déjà existants.

CONCLUSION

Le sujet de la sexualité des adolescents est d'actualité.

La sexualité des adolescents présente de multiples risques tels que les IST/SIDA, les grossesses non désirées et les avortements dangereux.

Ces risques sont intimement liés au manque d'information concernant le comportement sexuel, la reproduction humaine et la contraception.

Il faut admettre que ce manque d'information est la conséquence directe du tabou qui entoure le sujet de la sexualité

En effet, le Maroc se trouve dans une situation interculturelle. D'une part, c'est un pays arabo-musulman conservateur et d'autre part, il subit l'acculturation européenne, surtout française favorisée par les liens historiques du protectorat, et américaine favorisée par la mondialisation.

De ce fait, il s'avère nécessaire et urgent de faire profiter les jeunes des expériences en matière d'éducation sexuelle des pays développés tout en respectant les normes religieuses et culturelles de notre pays.

Notre enquête a pour objectifs d'évaluer le niveau de connaissances des adolescents en matière de santé reproductive, et d'exposer certains aspects de leur vie sexuelle.

Nous espérons que notre recherche sera suivie d'autres études plus exhaustives et qu'elle sera une référence susceptible de contribuer à l'élaboration éventuelle de programmes d'éducation sexuelle.

ANNEXES

questionnaire

IDENTITE

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 1) Age | | | |
| 2) Sexe | M <input type="checkbox"/> | F <input type="checkbox"/> | |
| 3) Statut matrimonial | célibataire <input type="checkbox"/> | marié(e) <input type="checkbox"/> | |
| 4) Résidence | | | |
| 5) Profession | père : <input type="checkbox"/> | mère : <input type="checkbox"/> | |
| 6) Rang familial | | | |
| 7) Niveau d'instruction | 1 ^{ère} année <input type="checkbox"/> | 2 ^{ème} année <input type="checkbox"/> | terminale <input type="checkbox"/> |
| 8) Importance de la religion dans votre vie | | | |
| | très importante <input type="checkbox"/> | peu importante <input type="checkbox"/> | non importante <input type="checkbox"/> |
| 9) Habitudes toxiques | | | |
| tabac | chronique <input type="checkbox"/> | occasionnel <input type="checkbox"/> | jamais <input type="checkbox"/> |
| alcool | chronique <input type="checkbox"/> | occasionnel <input type="checkbox"/> | jamais <input type="checkbox"/> |
| hashish | chronique <input type="checkbox"/> | occasionnel <input type="checkbox"/> | jamais <input type="checkbox"/> |

PUBERTE

- 1) Age des premières règles / première éjaculation :
 - 2) Vous en avez parlé à quelqu'un ?
 - 3) A qui ?
 - 4) Quel était votre sentiment ?

COMPORTEMENT SEXUEL

- 1) Avez-vous eu des rapports sexuels ? oui non

2) Sinon, pourquoi ?

pas prêt(e)

pas de rapports avant le mariage

peur d'avoir un enfant

peur d'avoir le sida

3) Age du premier rapport :

4) Raison des rapports

rapport désiré

rapport forcé

après alcool ou drogue

après persuasion par partenaire

pour argent

5) Sexe du partenaire M F LES 2 SEXES

6) Type du partenaire

ami(e) voisin(e) famille autre (préciser)

7) Nombre de partenaires un seul plusieurs

8) Information sur la sexualité oui non

9) Sources d'information

amis famille école films internet

GROSSESSE ET CONTRACEPTION

1) Connaissez vous la contraception ? oui non

2) Quels sont les moyens contraceptifs que vous connaissez ?

pilule préservatif

diaphragme retrait

injectables spermicides

pilule du lendemain stérilet

abstinence périodique

3) Utilisez-vous un moyen contraceptif ? oui non

Si oui pourquoi ?

éviter une grossesse éviter la grossesse et les IST

éviter les IST (sida) je ne sais pas

Sinon pourquoi ?

je n'ai pas de rapports coût élevé

rapports irréguliers ignorance

je ne veux pas j'ai peur de mes parents

j'ai confiance en mon partenaire diminue la fertilité

4) Où vous procurez-vous les contraceptifs ?

pharmacie amis parents autres (préciser)

5) A votre avis quel est le contraceptif le mieux adapté aux adolescents ?

pilule préservatif

diaphragme retrait

injectables spermicides

pilule du lendemain stérilet

abstinence périodique

6) Connaissez vous le cycle menstruel ? oui non

7) La grossesse peut survenir

dès les premières règles

en milieu du cycle exclusivement

à n'importe quel moment du cycle

suite à un seul rapport non protégé

8) Avez-vous déjà été enceinte (fille) /avez-vous déjà été responsable d'une grossesse (garçon) ? oui non

9) Quelle était l'issue de la grossesse ?

curetage avortement spontané naissance vivante je ne sais pas

10) Avez-vous déjà utilisé la pilule du lendemain ? oui non

11) Combien de fois ?

LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST)

1) Connaissez-vous les IST ? oui non

2) Quelles sont les IST que vous connaissez ?

sida	<input type="checkbox"/>	syphilis	<input type="checkbox"/>
hépatite	<input type="checkbox"/>	herpes génital	<input type="checkbox"/>
chlamydirose	<input type="checkbox"/>	autre(s)	<input type="checkbox"/>

3) Avez-vous déjà eu une IST ? oui non

4) Avez-vous traité votre IST ? oui non

5) Quels sont les modes de transmission des IST ?

sperme salive sang sécrétions vaginales peau

6) Que faites-vous pour éviter les IST ?

abstinence contraception masturbation rien

7) Quels sont les moyens contraceptifs qui protègent des IST ?

pilule	<input type="checkbox"/>	préservatif	<input type="checkbox"/>
diaphragme	<input type="checkbox"/>	retrait	<input type="checkbox"/>
injectables	<input type="checkbox"/>	spermicides	<input type="checkbox"/>
pilule du lendemain	<input type="checkbox"/>	stérilet	<input type="checkbox"/>
abstinence périodique	<input type="checkbox"/>		

8) Le préservatif :

oui non

l'avez-vous déjà utilisé ?

savez-vous l'utiliser ?

est-il réutilisable ?

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| évite les grossesses | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| évite les IST | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| diminue le plaisir sexuel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| signe un manque de confiance entre partenaires | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PERCEPTION DE LA SEXUALITE PAR LES JEUNES

- | | oui | non |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1) La femme peut avoir des rapports sexuels avant le mariage. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) L'homme peut avoir des rapports sexuels avant le mariage. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Les partenaires doivent utiliser une contraception. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Il faut prévoir des séances d'éducation sexuelle à l'école. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

MERCI

الصحة التواليّة للمرأهق

الهويّة

1) الجنس	ذكر <input type="checkbox"/>	أنثى <input type="checkbox"/>
2) السن		
3) الحي السكني		
4) الحالة المدنية	أعزب <input type="checkbox"/>	متزوج(ة) <input type="checkbox"/>
5) مهنة	الأب <input type="checkbox"/>	الأم <input type="checkbox"/>
6) الرتبة بين الأخوة		
7) القسم	جدع مشترك <input type="checkbox"/>	أولى <input type="checkbox"/>
8) أهمية الدين في حياتك		
9) العادات السامة	مهم جدا <input type="checkbox"/>	قليل الأهمية <input type="checkbox"/>
	غير مهم <input type="checkbox"/>	
		أحيانا <input type="checkbox"/>
		دائما <input type="checkbox"/>
	أحيانا <input type="checkbox"/>	أبدا <input type="checkbox"/>
	دائما <input type="checkbox"/>	أحيانا <input type="checkbox"/>
	دائما <input type="checkbox"/>	أبدا <input type="checkbox"/>

البلوغ

- 1) عمرك عند البلوغ
- 2) هل تكلمت مع احد عن بلوغك؟
- 3) إذا نعم مع من؟
- 4) ماذا كان إحساسك؟

الحياة الجنسية

1) هل لديك علاقات جنسية؟	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
2) إذا كانت الإجابة لا لماذا؟		
- ليس قبل الزواج <input type="checkbox"/>		- غير مستعد(ة) <input type="checkbox"/>
- خوف من الإنجاب <input type="checkbox"/>		- خوف من السيدا <input type="checkbox"/>
3) إذا كانت الإجابة نعم		
4) كم كان عمرك أول علاقة جنسية؟		

(4) لماذا تمارس العلاقات الجنسية؟

- علاقة بالقوة - علاقة مرغوبة

- بعد كحول أو مخدر - للمال

(5) جنس الصديق الذي تمارس معه الجنس ذكر أنثى الجنسين

(6) نوع صديقك الجنسي

رفيق(ة) جار(ة) عائلة آخر(ة)

(7) عدد الأصدقاء الجنسيين؟ واحد(ة) أكثر من واحد

(8) هل لديك معلومات عن الجنس؟ لا نعم

(9) منبع المعلومات أصدقاء عائلة مدرسة انترنت أفلام
الحمل و موانعه

(1) هل تعرف منع الحمل؟ لا نعم

(2) ما هي موانع الحمل التي تعرفها؟

العازل الطبي - العزل - الحقن

الكينية (pilule) - اللولب - الحجاب الأنثوي

- الحساب - مبيد الحيوانات المنوية (Spermicide)

Pilule du lendemain

(3) هل تستعمل مانعا للحمل؟ لا نعم

(4) إذا نعم فلماذا؟

- لمنع الحمل

- لمنع الأمراض المنقلة جنسيا(سيدا)

- لا اعرف - علاقات غير منتظمة

(5) إذا لا فلماذا؟ - ليس لي علاقات - تمن باهض - خوف من العقم

- لا اعرفها - لا أريده

(6) من أين تقتني موانع الحمل؟

صيدلية أصدقاء الوالدين آخر(ة)

(7) ما هو في رأيك أحسن مانع الحمل للمرأهفين؟

العزل العازل الطبي

الكينية (pilule) - اللولب - الحجاب الأنثوي

الحساب مبيّد الحيوانات المنوية (Spermicide)

Pilule du lendemain

8) هل تعرف دورة الحيض الشهريّة؟ لا نعم

9) الحمل يمكن أن يحدث

لا نعم - من أول عادة شهرية

لا نعم - وسط الدورة الشهرية فقط

لا نعم - في أي وقت من الدورة الشهرية

لا نعم - بعد علاقة واحدة غير محمية

10) هل سبق لك أن كنت حاملاً(بنت) / مسؤولاً عن حمل صديقتك(اللولد)؟

لا نعم

11) ماذا كان مصير الحمل؟

لا اعرف اجهاض طبيعي ولادة حية

12) هل سبق لك استعمال Pilule du lendemain ? لا نعم

13) كم من مرة؟

الأمراض المنقوله جنسيا

1) هل تعرف الأمراض المنقوله جنسيا؟ لا نعم

2) ما هي الأمراض المنقوله جنسيا التي تعرفها؟

Hépatite- Herpes- Chlamydirose-

() - آخر -السيدا -الزهري

3) هل كان لديك مرض منقول جنسيا؟ لا نعم

4) هل عالجت مرضك الجنسي؟ لا نعم

5) طرق العدوى؟ الدم اللعاب المنى الإفرازات المهبليّة الجلد

6) ماذا تفعل لتجنب العدوى من الأمراض المنقوله جنسيا؟

الامتناع عن الجنس موانع الحمل العادة السرية

7) ما هي موانع الحمل التي تحمي من العدوى؟

الحقن العازل الطبي العزل

الحجاب الأنثوي اللولب الكبنة(pilule)

الحساب مبيّد الحيوانات المنوية (Spermicide)

(8) العازل الطبي؟

- | | | |
|-----------------------------|------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> لا | <input type="checkbox"/> نعم | - تعرف استعماله؟ |
| <input type="checkbox"/> لا | <input type="checkbox"/> نعم | - استعملته من قبل؟ |
| <input type="checkbox"/> لا | <input type="checkbox"/> نعم | - يمكن استعماله أكثر من مرة؟ |
| <input type="checkbox"/> لا | <input type="checkbox"/> نعم | - يمنع الحمل؟ |
| <input type="checkbox"/> لا | <input type="checkbox"/> نعم | - يقي من الأمراض المنقوله جنسيا؟ |
| <input type="checkbox"/> لا | <input type="checkbox"/> نعم | - ينقص من المتعة الجنسية؟ |
| <input type="checkbox"/> لا | <input type="checkbox"/> نعم | - دليل على عدم الثقة بين الأصدقاء؟ |

العلاقات الجنسية في رأي المراهقين

- 1) يمكن المرأة ممارسة الجنس قبل الزواج نعم
- 2) يمكن الرجل ممارسة الجنس قبل الزواج نعم
- 3) يجب للأصدقاء الممارسين للجنس استعمال موانع الحمل نعم
- 4) يجب إدخال التربية التو الديمة(الجنسية) في المقررات المدرسية نعم

شكرا



RESUMES

RESUME

La santé reproductive de l'adolescent marocain est l'intitulé du présent travail qui a pour dessein d'évaluer les connaissances des jeunes en matière de santé reproductive et d'identifier certains aspects de leur comportement sexuel.

Pour ce faire, une enquête a été menée auprès de 390 lycéens marocains, dont 130 à Agadir et 260 à Marrakech.

L'étude a révélé que 57,7 % des garçons ont eu des rapports sexuels contre 8.8 % des filles.

A Marrakech, les adolescents étaient plus actifs sexuellement qu'à Agadir avec des taux respectifs de 32.7 % et 17.7 %.

L'âge du premier rapport sexuel était de $14.7 \text{ ans} \pm 2$ pour les garçons et $15.6 \text{ ans} \pm 2$ pour les filles.

Les amis constituaient pour la majorité des cas les partenaires de prédilection des adolescents. En outre 56.5 % des garçons et 33.3 % des filles avaient déclaré avoir eu de multiples partenaires.

Quant à l'utilisation des moyens contraceptifs, 67.6 % des adolescents ont affirmé avoir eu recours à la contraception, dont 77 % des garçons et 28.5 % des filles.

Deux cas de grossesses ont été signalés dont l'issue était l'avortement.

Le préservatif et la pilule contraceptive sont connus par la majorité des lycéens. 82,4 % d'entre eux ont vu en le préservatif le moyen le mieux adapté pour les adolescents.

Concernant les IST, 100 % des lycéens connaissaient le SIDA, 50 % la syphilis et 44.9 % l'hépatite virale. En outre, la majorité écrasante a reconnu que le préservatif était un moyen sûr de protection contre les IST.

Ce travail nous a permis de conclure que les adolescents avaient des informations insuffisantes ou aberrantes concernant leur santé génésique.

La santé reproductive de l'adolescent marocain

Cette situation est souvent à l'origine de comportements à risque pouvant avoir un impact catastrophique sur leur avenir et leur vie.

Aussi est-il urgent et impératif d'instaurer des actions préventives telles que des programmes d'éducation sexuelle afin d'améliorer les connaissances et partant, d'orienter l'adolescent vers un comportement sain.

SUMMURY

Reproductive health of the Moroccan adolescent is the title of this work, which aims to assess the knowledge of youth reproductive health and to identify certain aspects of their sexual behaviour. To do this, a survey was conducted among 390 Moroccan students, including 130 in Agadir and 260 in Marrakech.

The study found that 57, 7% of boys had sexual experience against 8, 8% for girls. In Marrakesh, teenagers are more sexually active than Agadir with rates of 32, 7% and 17, 7%.

The age of first sexual intercourse was 14, 7 years \pm 2 for boys and 15, 6 years \pm 2 for girls. The friends are for the majority of cases the partners of choice among teenagers. 56.5% of boys and 33, 3% of girls reported having had multiple partners. As to the use of contraceptives, 67, 6% of adolescents said they were using contraception: 77% of boys and 28, 5% of girls. Two pregnancies were reported where the outcome was abortion. Condoms and contraceptive pills are known by the majority of students. 82, 4% of them had seen a condom means best suited for teenagers. On Sexual Transmitted Diseases (STDs), 100% of students knew AIDS, syphilis 50% and 44, 9% viral hepatitis. The majority acknowledged that condoms as a means of protection against STDs.

This work has enabled us to the conclusion that adolescents had insufficient information or aberrant concerning their reproductive health. This situation is often the cause of risky behaviours that can have a disastrous impact on their future and their lives.

ملخص

الصحة الإنجابية للمراءق المغربي هو عنوان هذا العمل الذي يهدف إلى تقييم معرفة الشباب للصحة الإنجابية و التعرف على جوانب معينة من سلوكهم الجنسي. لذلك أجرينا استقصاء 390 طالبا مغربية، بما في ذلك 130 من أكادير و 260 من مراكش.

وجدت الدراسة أن 57,7% من الذكور نيطشان جنسيا مقابل 8,8% من الإناث. في مراكش، وجدنا نسب أكبر من المراهقين الناشطين جنسيا بمعدلات تصل إلى 32,7% في مراكش مقابل 17,7% في أكادير. سن أول علاقة جنسية هو 14,7 سنة ± سنتين للبنين و 15,6 سنة ± سنتين للبنات. يعتبر الأصدقاء في غالبية الحالات هم الشركاء الجنسيين للمراءقين، بالإضافة إلى أن 56,5% من الذكور و 33,3% من الإناث أقرروا أن لهم شركاء جنسين متعددين. أما بالنسبة لموانع الحمل، أقر 77% من الذكور و 28,5% من الإناث استخدامها. وجدت الدراسة حدوث حالتى حمل من بين الفتيات مع اللجوء إلى الإجهاض الإرادى لكلا الحالتين. العازل الطبي و حبوب منع الحمل معروفة لدى غالبية التلاميذ. 82,4% منهم اوربتعوا أن العازل الطبي هو أفضل وسيلة منع حمل للمراءقين. أما بالنسبة للأمراض المنقولة جنسيا، ف 100% من التلاميذ يعرفون السيدا، 50% الزهري و 44,9% التهاب الكبد الفيروسي. بالإضافة إلى ذلك، أقرت الأغلبية أن العازل الطبي هو أحسن وسيلة للوقاية من الأمراض المنقولة جنسيا.

من خلال دراستنا هذه، تمكنا من التوصل إلى نتيجة مفادها أن للمراءقين معلومات غير كافية أو خاطئة المتعلقة بصحتهم الإنجابية. هذا قد يكون سببا لسلوك محفوف بالمخاطر التي قد تكون لها آثار وخيمة على حياتهم و مستقبلهم.

BIBLIOGRAPHIE

1. AISSAOUI M.

Données de base sur les adolescents au Maroc.

Ministère de la santé Maroc 2003

2. AKPADZA K., BAEZA S., KOTOR K.T., HODONOU A.K.S.

L'éclampsie à la clinique de gynécologie obstétrique du C.H.U de Tokoin-Togo.

Médecine d'Afrique Noire : 1996, 43 ,3 :166-169

3. AKPADZA K, BAEZA S, KOTOR K.T, HODONOU A.K.S.

La mortalité périnatale au centre hospitalier régional (TOGO).

Rev Fr gynécol obstet 1996 ; 91 ,5 :247-250

4. ALVIN P.

Adolescence, puberté et sexualité.

Médecine de l'adolescent, éd Masson 2005 :3-43

5. ALVIN P. , NEU-JANICKI A. , JACQUIN P., SALINIER C.

Les adolescents et la contraception. Que devrait savoir le pédiatre.

Arch. Pédiatr 2002, vol. 9, n°2, pp. 187-195

6. ANNPAC C., SALTER S.

Répondre aux besoins des jeunes adultes.

Population report 1997 Volume XXIII, 41 ; Série J

7. ANTA T.D., ISSAKHA.D, GUILLEMIN F., DESCHAMPS J.P.

Facteurs pronostiques des complications de la grossesse et de l'accouchement chez l'adolescente et son nouveau-né au Sénégal.

Cahiers d'études et de recherches francophones 2001 ; 11, 4 :221-8

8. BAH M., DIADHIOU F., DOTOU C R., BAGUEYE M., CISSE ML.

Maternité précoce au CHU Le Dantec de Dakar – à propos de 1 360 cas.

CHU le Dantec Dakar – Sénégal

9. BERROUYNE M.

Les adolescents et les IST/SIDA.

Haut commissariat au plan, Centre d'Etudes et de Recherches Démographiques (CERED) MAROC 2005.

10. BEZAD R.

Formation en santé adolescent et jeune : Santé sexuelle et de reproduction.

Ministère de la santé- Maroc 2007

11. BITZERA J., TSCHUDINB S., FREY TIRRI B.

La contraception chez les adolescentes.

Forum Med Suisse 2006; 6 :1004-1010

12. BLYTH MJ., DIAZ A.

Contraception and adolescents.

Pediatrics. 2007;120, 5:1135-48

13. BOYD A.

Répondre aux besoins de santé reproductive et sexuelle des jeunes femmes.

Population Reference Bureau (PRB), 2000

14. BRAPAS B., BROSSIER J.P., NOMBALLAIS M.F., SAVAGNER C., SEGUN G., BOUG G., ROSE J.

Mortalité foetale et néonatale.

J Gynécol obstét biol reprod 2000 ; 32, 6 :275-279

15. BRASEL J.A.

Changes in body composition during adolescence.

In Winick M. Ed adolescent nutritive

New York, john Wiley and sons 1982: 13-18

16. CHHARBA S.A.

Step towards helping mothers with unwanted pregnancies.

Indian J maternal child health 1992; 3, 2:41-2

17. COIN-BARIOU L.

Grossesse à l'adolescence : Événement de vie, avènement d'un sujet.

Thèse de médecine : 2005 ; université d'Angers France

18. COULAUD J., LARIVEN P.

SIDA et adolescent (situation épidémiologique prévention).

Contraceptif fertil sex 1995 ; 23 ,2 : 131-136

19. DAVIS V., DUNN S.

Contraception post coïtale d'urgence.

Journal de la Société d'Obstétricien et Gynécologues du Canada (SOGC)

2000 ; 92 :1-6

20. DEJONG J., SHEPARD B., JAWAD R., MORTAGY I.

The sexual and reproductive health of young people in the Arab countries and Iran.

Rev Reproductive Health Matters 2005; 13, 25: 49-59

21. DIALLO S.

Facteurs de blocage à l'utilisation du préservatif par les jeunes en Guinée.

Cellule de recherche en santé de reproduction de la reproduction en Guinée (CERREGUI)–FNUAP 2005 :1–45

22. DUVERGER P.

Sexualité normale et ses troubles.

Service de pédopsychiatrie CHU Angers France 2004

23. EGGLESTON E., JACKSON J., HADEEK.

Sexual attitudes and behaviours among young adolescents in Jamaïque.

International family perspectives 1999; 25, 2: 78–91

24. FAYE A., PICAUD A., OGOWET N., NLOME RA., PHNICOLAS NZE.

L'éclampsie au centre hospitalier de Libreville.

Rev gynécol obstét 1991 ; 86, 7-9 : 503-510

25. FNUAP

Un milliard à ne pas oublier : Investir dans la santé et les droits des adolescents.

État de la population mondiale 2003 : 23–56

26. GANONG W.

Puberté.

Physiologie médicale 2007 ; éd De Boeck : 394

27. GODEAU E., NIC GABHAINN S., VIGNES C., ROSS J., BOYCE W., TODD J.

Contraceptive use by 15-year-old students at their last sexual intercourse: results from 24 countries.

Arch Pediatr Adolesc Med. 2008; 162, 1:92-4.

28. GODEAU E., VIGNES C., DUCLOS M., NAVARRO F., CAYLA F., GRANDJEAN H.

Factors associated with early sexual initiation: French data from the international survey Health Behaviour in School-aged Children.

Gynecol Obstet Fertil. 2008 ; 36, 2 :176-182.

29. GOULET M.

Étude sur les connaissances de la santé reproductive en milieu scolaire.

Agence ivoirienne de marketing social. Rapport final 2002 : 24-47

30. GOUMRI S.

Grossesse et accouchement chez l'adolescente.

Thèse Médecine Casablanca 2001 ; 58

31. GROUSSET J.

Adolescence marocaine en milieu urbain.

Société française de santé publique2002/2003 14, 3 : 253-262

32. GUIELLE G., WOOG V.

Santé sexuelle et reproductive des adolescents au Burkina Faso: Résultats d'une enquête nationale en 2004.

Occasional Report 2006 ; 21 : 49-90

33. HEIN K., DELL R., FUTTERMAN D.

Comparison of VIH+ and adolescent: risk and psychosocial determinant.

Pediatr 1995; 95, 1:95-104

34. INSTITUT NATIONAL D'ETUDE DEMOGRAPHIQUE (INED) FRANCE

Premiers rapports sexuels en France.

Fiche d'actualité scientifique 2000 ; 5

35. KARUNGARI K., KETAN J., RUWAIDA S.

Education en matière de SIDA.

Population report 2001 ; Volume XXIX ; 3 ; série L.

36. KARTZ K., FINGER W.

Education sexuelle et éducation à la vie familiale : elles aident à préparer les jeunes.

Rev optic'jeunes, santé de la reproduction et VIH/SIDA 2002 ; 2 : 1-4

37. KONATE F O., CISSE P.

Adolescence et sexualité: cas de lycéennes de Bamako (Mali).

Recherches africaines 2003 ; 3 : Annales de la Faculté des lettres, langues, arts et sciences humaines de Bamako

38. KU LC., SONENSTEIN FL., PLECK JH.

The association of AIDS education and sex education with sexual behaviour and condom use among teenage men.

Fam Plann Perspectives 1992; 24, 3: 100-106

39. LAJOIE M., CLOUTIER J

Prévenir la grossesse à l'adolescence : défi ou illusion.

Rev Prévention en pratique médicale 2003 : 4-6

40. LEE LK., CHEN PC., KAUR J.

Premarital sexual intercourse among adolescents in Malaysia: a cross-sectional Malaysian school survey.

Rev Singapore Med J 2006; 47, 6: 476-81

41. LEMORT M.F., LEMORT J.P., LOPES P.

La contraception au cours du premier rapport sexuel: enquête réalisée auprès de 467 jeunes filles de 13 à 21 ans dans l'agglomération nantaise.

Contraception Fertil sex 1999 ; 27, 3 :197-202

42. LEVAN C.

La grossesse adolescente, un acte socialement déviant.

Les grossesses à l'adolescence : normes sociales, réalités vécues ; éd Masson 1998 : 27

43. LEVAN C.

Une grossesse à risque psychosocial.

Les grossesses à l'adolescence : normes sociales, réalités vécues ; éd Masson 1998 :28

44. LFARAKH A.

Transition à l'âge adulte et connaissances en matière de reproduction humaine.

Haut commissariat au plan, Centre d'Etudes et de Recherches Démographiques (CERED) MAROC 2005.

45. MAGNIN G., PIERRE F., MARCELLI D.

Grossesse et Adolescence.

2^{eme} Journée de Médecine et Santé de l'Adolescent 2000 Poitiers France

46. MARTINO SC., ELLIOT MN., CORONA R., KANOUE DE.

Beyond the "big talk": the roles of breadth and repetition in parent-adolescent communication about sexual topics.

Pediatrics. 2008 ; 121 ,3 : 612-8

47. MASMOUDI-SOUSSI J., BELLAJ-LACHTAR F., ALOULOU BOUGUECHA J., AMAMI O., HALOUANI A., JARRAYA A.

Vie sexuelle des adolescents (enquête auprès de 352 étudiants tunisiens).

Rev Annales Médico Psychologiques 2006 164 : 395-401

48. MATAR N., FADOUACH S., ABBASSI M., HMMI A., BEKKAY M., ADERDOUR M.

Epidémiologie de l'hypertension gravidique.

Rev Fr gynécol obstét 1996 ; 91,5 : 256-261

49. MATICK A., TUNDALE E., BARRETT M., MACKAY A.

Adolescent sexual and reproductive health in Canada: a review of national data sources and their limitations.

Can J Hum Sex 2000 ; 9 :41-65

50. MCCALL D., MCKAY A.

Santé sexuelle : Education et promotion en milieux scolaires et parascolaires au Canada.

Journal de la Société d'Obstétricien et Gynécologues du Canada (SOGC) 2000 ; 146 : 601-605

51. MILITANT T., VALENZUELA S., VARGAS.

Reproductive health in adolescent students: knowledge, attitudes and behaviour in both sexes, in a community of Santiago.

Revista medica de Chile 1995; 123, 3:368-75

52. MOHAMMAD K., FARAHANI F., MOHAMMAD M., ALIKHANI S., ZARE M., TEHRANI F.

Sexual Risk-Taking Behaviours among Boys Aged 15-18 Years in Tehran.

Journal of Adolescent Health 2007; 41, 4: 407-414

53. NDIAYE P., EL HADJ OULD A., DIEDHIOU A., TAL-DIA A., LEMORT J.

Évaluation de l'utilisation du préservatif chez les élèves du collège El Mina de Nouakchott, en République islamique de Mauritanie.

Cahiers d'études et de recherches francophones 2005 ; 15, 3 :189-94

54. Network en français

Contribution des médias à la promotion d'une meilleure santé.

Rev trimestrielle de Family Health International 1997 ; 17, 3.

55. Network en français

La santé reproductive chez l'adolescent.

Rev trimestrielle de Family Health International 2000 ; 20, 3.

56. Network en français

L'éducation protège la santé sexuelle.

Rev trimestrielle de Family Health International 1997 ; 17, 3.

57. Network en français

L'éducation sexuelle arme les jeunes adultes.

Rev trimestrielle de Family Health International 2000 ; 20, 3.

58. Network en français

Les jeunes sont confrontés à de graves risques de MST.

Rev trimestrielle de Family Health International 2000 ; 20, 3.

59. OMS

Adolescent Pregnancy, Issues in Adolescent Health and Development.

Who discussion papers on adolescence: 5-30

60. OMS

Reproductive health status of adolescents.

Sexual and reproductive health of adolescents and youths in the Republic of Korea: a review of literature and projects 1990-2003: 20-34

61. PHILIBERT M., BOISBRAS F., BOUVIER COLLE MH.

La mortalité maternelle en France : bilan et perspectives.

BEH thématique 2006 ; 50 : 391

62. PLANTAZ D.

Mortalité et morbidité infantiles.

Corpus médical de la faculté de médecine de Grenoble septembre 2004

63. PONS JC., VENDITELLI F., LACHCAR P.

Grossesse et interruption volontaire de grossesse chez l'adolescente.

L'interruption volontaire de grossesse et sa prévention 2004 ; éd Masson : 141-153

64. POUTEUIL-NOBLE C.

Complications vasculo-rénales de la grossesse.

Service de néphrologie, Unité de Formation et de Recherche (UFR) Lyon-Sud France

65. RAMBAUD P.

Prématurité et hypotrophie néonatale.

Corpus médical de la faculté de médecine de Grenoble 2003

66. Rapport sur la prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes.

La contraception des adolescentes.

Ministère de la santé, de la Jeunesse et des Sports -France

67. Rapport sur la prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes.

La grossesse des adolescentes.

Ministère de la santé, de la Jeunesse et des Sports -France

68. RIVERS K., AGGLETON P.

La sexualité chez les adolescents, les problématiques homme femme et l'épidémie de VIH.

Groupe de recherche Thomas Coram ; institut de pédagogie ; université de Londres 2000

69. ROBIN G., MASSART P., LETOMBE B.

La contraception des adolescentes en France en 2007.

Rev gynécol obstét & fert 2007 ; 35 : 951-967

70. ROCHEBROCHARD E.

Les filles sont pubères plus tôt.

Fiche d'actualité scientifique 2000 ; 1 ; Institut national d'étude démographique INED de France

71. RUTHFORD G., PERES CA., BORGES G., GALANO E., HUDESS ES., HEARST N.

Family structure and adolescent sexual behaviour in a poor area of Sao Paulo, Brazil.

J Adolesc Health. 2008 ; 42 ; 2 :177-83.

72. RUWAIDA M., SALEM MPH.

Activité sexuelle chez les jeunes hommes.

Population reports 2004 .Volume XXXII ; 2 ; tableau 10

73. SALAKO AA., IYANIWURA CA., JEMINUSI OA., SOFOWORA R.

Sexual behaviour, contraception and fertility among in-school adolescents in Ikenne Local Government, south-western Nigeria.

Revue Niger J Clin Pract 2006 ; 9, 1: 26-36

74. SALEM G., RICAN S., JOUGLA E., SUSS C.

Sexualité : comportement, maladies sexuellement transmissibles et contraception.

Atlas de la santé en France 1999 ; 2 ; éd John Libbey Eurotexte : 55-78

75. SENANAYAKE P.

Adolescent fertility. In Wallace H.N and GITI K. Health care of women and children in developing countries.

Oakland, California third party publishing 1990: 470-475

76. Soins maternels chez l'adolescente

Santé de la reproduction et VIH/SIDA.

Rev Opti'jeune 2004 ; 11 :1-4

77. TAM R., MACDONALD N., FEDER S., GIGLIA L., PEELING R GULLY P., TOYE B., DOHERTY J.

Chlamydia infection in street youth, New for more aggressive screening programs.

Canadian J infections disease 1995; 7: 49-52

78. TEBEU P.M., MAJOR A.L., LUDICKE F., OBAMA M.T., KOUAM L., DOH A.S.

Devenir de l'accouchement aux âges extrêmes de la vie reproductive.

Rev Med Liège 2004; 59, 7-8: 455-459

79. THIBAUD E., DRAPIER-FAURE E.

Physiologie de la puberté normale.

Gynécologie de l'adolescente 2005 ; éd Masson : 47-52

80. TIHADI H.

Santé reproductive des jeunes adultes, enquête auprès de 121 lycéens à Casablanca.

Thèse de médecine 2002 ; 128 ; Casablanca Maroc

81. TRON I., PENNOGNON L., MAZERIE V., PRIMAULT D.

Grossesse, IVG, contraception : opinions des jeunes.

La santé des jeunes en Bretagne 2004 : 157-167

82. TSINGAINGKAMGAING J.

IST et adolescents.

*Hospital General de Douala Post graduate Training in Reproductive Health Research
Faculty of Medicine, University of Yaoundé 2007*

83. UNAIDS

VIH/SIDA en Afrique

Département d'information de l'ONU 2001

84. VALLEE J.P., LENOC Y.

Contraception et adolescence : où est donc passé le "médecin de famille" ?

Médecine 2006 ; 2, 2 : 90-1

85. WAGNER C.

Anal intercourse and knowledge of acquired immunodeficiency syndrome among minority. Group female adolescents.

J Pediatr 1988 ; 112,6 : 1005-7

86. ZHANG L., LI X., BALDWIN W., STATON B.

Parent-adolescent sex communication in China.

Eur J Contracept Reprod Health Care. 2007 Jun;12, 2 :138-47.

87. ZIMMERMAN RS, CUPP PK, DONOHEW L, SIONEON CK, FEIST PRICE S, HELME D.

Effects of a School-Based, Theory-Driven HIV and Pregnancy Prevention Curriculum.

Perspect Sex Reprod Health. 2008 Mar;40; 1: 42-51.