

SOMMAIRE

| | <u>Page</u> |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <u>Avril 1999 - Avril 2001.....</u> | <u>1</u> |
| <u>Membres du Jury.....</u> | <u>1</u> |
| Rapporteur : Dr RAKOTOMALALA R. Christiane..... | 1 |
| UNIVERSITE D'ANTANANARIVO..... | 2 |
| <u>B. VICE-DOYEN.....</u> | <u>2</u> |
| SOMMAIRE..... | 10 |
| LISTE DES FIGURES..... | 12 |
| LISTE DES TABLEAUX..... | 13 |
| <u>Page.....</u> | <u>13</u> |
| <u>Page.....</u> | <u>14</u> |
| <u>Page.....</u> | <u>15</u> |
| LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS..... | 16 |
| | 16 |
| INTRODUCTION..... | 1 |
| <u>PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE.....</u> | <u>3</u> |
| <u>1 : Le concept de santé sexuelle et de la reproduction</u> | <u>3</u> |
| <u>Définitions.....</u> | <u>3</u> |
| <u>2 : L'adolescenCE et ses principales caractéristiques</u> | <u>7</u> |
| <u>3 : Adolescents et activité sexuelle.....</u> | <u>11</u> |
| <u>4 : Les conséquences de l'activité sexuelle chez les adolescents.....</u> | <u>18</u> |
| <u>DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE</u> | <u>27</u> |
| <u>1 : Objectifs</u> | <u>27</u> |
| <u>2 : CADRE DE L'ETUDE.....</u> | <u>28</u> |
| <u>3 : METHODOLOGIE.....</u> | <u>30</u> |
| <u>TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS</u> | <u>57</u> |
| <u>1 : COMMENTAIRES</u> | <u>57</u> |
| <u>2 : Suggestions</u> | <u>71</u> |
| CONCLUSION | 74 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 55 |
| RESUME..... | 59 |

LISTE DES FIGURES

| | <u>Page</u> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Figure 1 : L'âge au premier rapport sexuel..... | 14 |
| Figure 2 : Jeunes femmes de 18 ans ayant déjà un enfant ou attendant leur premier enfant..... | 18 |
| Figure 3 : Pourcentage d'adolescentes ayant commencé leur vie féconde par âge | 20 |
| Figure 4 : Répartition des enquêtées selon la tranche d'âge..... | 34 |
| Figure 5 : Répartition des enquêtées selon l'état matrimonial..... | 35 |
| Figure 6 : Répartition des enquêtées selon le niveau d'instruction | 36 |
| Figure 7a : Répartition des enquêtées selon le nombre de grossesses menées à terme et selon l'âge (Avril 1999)..... | 39 |
| Figure 7b : Répartition des enquêtées selon le nombre de grossesses menées à terme et selon l'âge (Avril 2001)..... | 40 |
| Figure 8a : Répartition des enquêtées selon le nombre d'enfants vivants et selon l'âge (Avril 1999)..... | 41 |
| Figure 8b : Répartition des enquêtées selon le nombre d'enfants vivants et selon l'âge (Avril 2001)..... | 42 |
| Figure 9 : Répartition selon la connaissance de la période féconde (Avril 1999)... | 44 |
| Figure 10 : Sources d'information en période féconde..... | 45 |
| Figure 11 : Répartition selon la connaissance des conséquences de la grossesse précoce (Avril 1999)..... | 46 |
| Figure 12 : Répartition des conséquences de l'avortement provoqué (Avril 1999).. | 47 |
| Figure 13 : Répartition des moyens de protection connus contre la grossesse..... | 48 |
| Figure 14 : Répartition des sources d'information en contraception (Avril 1999).... | 49 |
| Figure 15 : Répartition des lieux où l'on peut se procurer des contraceptifs (Avril 1999)..... | 49 |
| Figure 16 : Répartition selon la personne recours au moment où la grossesse est survenue..... | 50 |
| Figure 17 : Répartition selon les conséquences de la grossesse chez les célibataires au moment où elle est arrivée..... | 53 |
| Figure 18 : Causes de la non utilisation des méthodes contraceptives..... | 55 |

LISTE DES TABLEAUX

| | <u>Page</u> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Tableau 1 : Taux de prévalence de VIH chez les hommes et les femmes âgées de 15 à 24 ans, à la fin de 1999..... | 26 |
| Tableau 2 : Répartition des enquêtées selon la tranche d'âge..... | 34 |
| Tableau 3 : Répartition des enquêtées selon l'état matrimonial..... | 35 |
| Tableau 4 : Répartition des enquêtées selon l'état matrimonial au moment où la grossesse est arrivée | 35 |
| Tableau 5 : Répartition des enquêtées selon le niveau d'instruction..... | 36 |
| Tableau 6 : Répartition des enquêtées selon le niveau d'instruction reçu au moment où la grossesse est survenue..... | 36 |
| Tableau 7 : Répartition des enquêtées selon la profession..... | 37 |
| Tableau 8 : Age moyen à l'arrivée de la ménarche Age moyen au premier rapport sexuel..... | 38 |
| Tableau 9a : Répartition des enquêtées selon le nombre de grossesse (Avril 1999 -Avril 2001)..... | 38 |
| Tableau 9b : Répartition des enquêtées selon le nombre de grossesse et selon l'âge (Avril 1999)..... | 38 |
| Tableau 9c : Répartition des enquêtées selon le nombre de grossesse et selon l'âge (Avril 2001)..... | 38 |
| Tableau 10a : Répartition des enquêtées selon le nombre de grossesses menées à terme et selon l'âge (Avril 1999)..... | 39 |
| Tableau 10b : Répartition des enquêtées selon le nombre de grossesses menées à terme et selon l'âge (Avril 2001)..... | 40 |
| Tableau 11a : Répartition des enquêtés selon le nombre d'enfants vivants et selon l'âge (Avril 1999)..... | 41 |
| Tableau 11b : Répartition des enquêtées selon le nombre d'enfants vivants et selon l'âge (Avril 2001)..... | 42 |
| Tableau 12a : Répartition des enquêtées selon le nombre d'avortements et selon l'âge (Avril 1999)..... | 43 |
| Tableau 12b : Répartition des enquêtées selon le nombre d'avortements et selon l'âge (Avril 2001)..... | 43 |

| | | |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tableau 13 | : Répartition des enquêtées selon le type d'avortements (Avril 1999)..... | 43 |
| Tableau 14 | : Répartition selon la connaissance de la période féconde dans un cycle de 28 jours (Avril 1999)..... | 44 |
| Tableau 15 | : Sources d'information en période féconde dans un cycle de 28 jours (Avril 1999)..... | 45 |
| Tableau 16 | : Répartition selon la connaissance de l'âge idéal à la première grossesse (Avril 1999)..... | 45 |
| Tableau 17 | : Répartition selon la connaissance des conséquences de la grossesse précoce (Avril 1999)..... | 46 |
| Tableau 18 | : Répartition selon la connaissance des conséquences de l'avortement provoqué (Avril 1999)..... | 47 |
| Tableau 19 | : Répartition selon la connaissance des moyens de protection contre la grossesse (Avril 1999)..... | 48 |
| Tableau 20 | : Répartition selon le mois d'appréhension de la grossesse (Avril 1999)..... | 50 |
| Tableau 21 | : Répartition selon la personne recours au moment où la grossesse est survenue (Avril 1999)..... | 50 |
| Tableau 22 | : Répartition selon le désir de la grossesse et selon l'état matrimonial au moment où la grossesse est survenue (Avril 1999)..... | 51 |
| Tableau 23 | : Répartition selon les causes à la grossesse non désirée (Avril 1999)..... | 51 |
| Tableau 24 | : Répartition selon le désir d'interrompre la grossesse et selon l'état matrimonial au moment où la grossesse est arrivée (Avril 1999)..... | 51 |
| Tableau 25 | : Répartition selon la réaction au moment où la grossesse est arrivée chez les célibataires (Avril 1999)..... | 51 |
| Tableau 26 | : Répartition selon le nombre des CPN (Avril 1999)..... | 52 |
| Tableau 27 | : Répartition selon le nombre des CPN (Avril 2001)..... | 52 |
| Tableau 28 | : Répartition selon le début des CPN (Avril 1999-Avril 2001). | 52 |

| | | |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tableau 29 | : Répartition selon la fréquence des CPN (Avril 2001)..... | 52 |
| Tableau 30 | : Conséquences de la grossesse chez les célibataires au moment où elle est arrivée (Avril 1999)..... | 53 |
| Tableau 31 | : Répartition selon l'utilisation d'une méthode contraceptive chez celles connaissant la contraception (Avril 1999)..... | 54 |
| Tableau 32 | : Méthode contraceptive utilisée (Avril 1999)..... | 54 |
| Tableau 33 | : Durée d'utilisation de la méthode (Avril 1999)..... | 54 |
| Tableau 34 | : Projet d'utilisation d'une méthode contraceptive après l'accouchement (Avril 1999)..... | 56 |
| Tableau 35 | : Projet d'avenir (Avril 1999)..... | 56 |

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

| | | |
|--------------|---|------------------------------------------------------------------|
| CIPD | : | Conférence internationale pour la population et le développement |
| CPN | : | Consultation prénatale |
| CSBII | : | Centre de santé de base de niveau II |
| EDS | : | Enquête démographique et de santé |
| FNUAP | : | Fonds des Nations-Unies pour la population |
| IST | : | Infections sexuellement transmissibles |
| OMS | : | Organisation mondiale de la santé |
| PF | : | Planification familiale |
| SIDA | : | Syndrome d'immuno-déficience acquise |
| SRA | : | Santé de la reproduction des adolescents |
| VIH | : | Virus de l'Immuno déficience humaine |

INTRODUCTION

A dix-huit ans, au moins trente pour cent des adolescentes des pays d'Afrique Sub-Saharienne, parmi onze pays étudiés, **(1)** ont déjà un enfant ou attendent leur premier enfant.

Ce fait est aussi particulièrement fréquent à Madagascar. Au moins, la moitié des adolescentes de dix huit ans ont déjà un enfant ou en auront bientôt. Une comparaison faite entre les deux enquêtes nationales de démographie et de santé de 1992 et 1997, montre que la fécondité des adolescentes, semble plus précoce encore. A dix sept ans, 27,9% des adolescentes ont déjà commencé leur vie féconde, en 1992 contre 34% qui ont déjà eu au moins un enfant en 1997 **(2)**.

La précocité de la fécondité semble être influencée par le niveau d'instruction : 53% des adolescentes n'ayant pas reçu d'instruction, ont déjà débuté leur vie féconde contre 37%, ayant atteint le niveau primaire et 18% ayant fréquenté le niveau secondaire et supérieur **(2)**.

Les grossesses d'adolescentes, le plus souvent non planifiées, parfois même non désirées, comportent autant de risques nécessitant de soins prénataux et de services de santé maternelle et infantile.

Les grossesses d'adolescentes, concourent à l'accroissement rapide de la population. Pour Madagascar, le taux de croissance démographique, de l'ordre de 2,8%, fait prévoir un doublement de la population en vingt cinq ans.

L'un des objectifs globaux de la politique nationale de population, prévoyait, pour la période 1996-2000, de maîtriser les composantes de la croissance démographique **(3)**.

Madagascar, en prenant part, à la conférence internationale pour la population et le développement (CIPD) du Caire en 1994, s'est engagé à prendre en compte la santé des adolescents dans la stratégie pour la promotion et la protection de la santé. Des adolescents épanouis, en bonne santé, capables de gérer leur vie sexuelle et leur santé reproductive et capables de gérer leur avenir ! C'est l'attente de la société.

Alors pourquoi cet accroissement de la fécondité précoce ? Les adolescentes ne sont-elles pas encore suffisamment informées pour faire face aux conséquences de leur activité sexuelle ?

Nous nous sommes efforcés d'évaluer les connaissances des jeunes adolescentes, enceintes, en matière de procréation. Nous nous sommes adressés au service maternel et infantile du Centre de santé de base II (CSB II) de Mahamasina. Nous avons divisé notre travail en trois parties :

- la première partie, traite des revues de la littérature concernant les adolescents et les grossesses d'adolescentes.
- la deuxième partie, concerne notre étude
- la troisième partie relate nos commentaires et suggestions.

Une conclusion terminera notre étude.

PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE

1 : LE CONCEPT DE SANTÉ SEXUELLE ET DE LA REPRODUCTION

Le concept de la santé sexuelle et de la reproduction s'est développé rapidement surtout après la conférence internationale sur la population et le développement qui s'est tenue au Caire en 1994. Les avantages de la planification familiale en terme de santé et de bien-être, sont connus depuis de nombreuses années. Mais on s'est aperçu que les besoins des individus en matière de santé sexuelle et reproductive allaient au-delà de la planification familiale. C'est alors que le concept de santé sexuelle et reproductive en est venu englober tous ces besoins.

Cette nouvelle approche envisage la santé des femmes d'un point de vue plus large, plus complet aussi. Mais elle prend également en compte les besoins des hommes et des jeunes.

L'objectif final est de faire en sorte que chacun puisse vivre sa sexualité sans crainte, ni contrainte et que la qualité des relations sexuelles soit améliorée (4).

Définitions

1.1. La santé en matière de reproduction

« La santé en matière de reproduction, c'est 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 en non pas seulement l'absence de maladies ni d'infirmités » (5).

1.2. La santé en matière de sexualité

La sexualité est idéalement la rencontre de deux êtres au niveau de leur totalité. Elle est un moyen de communication privilégiée (6). Elle embrasse les aspects physique, émotionnel, intellectuel et spirituel de notre personnalité, ainsi que tout ce qui nous permet d'être en contact avec l'autre. La santé en matière de sexualité vise à améliorer la qualité de vie et les relations interpersonnelles (5).

La santé en matière de sexualité et de reproduction implique des droits pour la personne humaine :

- « le droit fondamental de tous les couples et de tous les individus de décider librement et en toute responsabilité du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leur naissance et de disposer de l'information et de l'éducation et des moyens nécessaires pour ce faire.
- le droit d'accéder aux meilleures normes possibles en matière de santé sexuelle et reproductive.
- le droit de prendre des décisions en matière de reproduction sans être en butte à la discrimination, à la coercition et à la violence ». **(5)**

1.3. Les composantes de la santé de la reproduction (7)

- Les informations, les conseils et les services de planification familiale,
- Les services de soins prénataux, d'assistance à l'accouchement, de soins post-nataux, de promotion à l'allaitement maternel, de surveillance staturo-pondérale et de soins infantiles,
- la prévention et le traitement de la stérilité,
- la prévention et le traitement des infections uro-génitales, des infections sexuellement transmissibles y compris l'infection à VIH et le SIDA,
- la prévention et le traitement des complications obstétricales et des avortements
- le dépistage et la référence des cancers des seins et de l'appareil génital,
- la prévention par l'éducation des pratiques traditionnelles néfastes sur la santé de la jeune femme et de la jeune fille telles que les mutilations génitales,
- l'information, l'éducation et les conseils sur la sexualité humaine, la santé de la reproduction et la parenté responsable,
- l'information des hommes en vue de leur implication dans la planification familiale, la prévention des IST/SIDA et leur co-responsabilisation pour améliorer le rôle et le statut de la femme.

1.4. La santé de la reproduction des adolescents (8) (SRA)

Après la CIPD du Caire en 1994, Madagascar s'est également penché sur les problèmes relatifs à la santé sexuelle et de reproduction des adolescents. Ces problèmes définis lors du symposium national sur la santé de la reproduction, à Toamasina en Août 1997, sont :

- l'insuffisance de l'éducation à la vie familiale,
- l'insuffisance de préparation des adolescents et des jeunes à une sexualité responsable,
- les obstacles à l'utilisation du condom,
- l'absence de données épidémiologiques sur les avortements et les complications de la grossesse chez les adolescentes.

Le projet MAG-97/PO2 pour la promotion de la santé de la reproduction des jeunes vise à long terme à :

- améliorer les conditions de vie des jeunes malgaches ;
- promouvoir leur bien être physique, mental et social
- promouvoir leur épanouissement en les dotant de la capacité de mieux gérer leur vie sexuelle et reproductive, par le biais de l'éducation à la vie familiale et les services adaptés à leurs besoins.

Ce projet est financé par les fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP).

Conformément au projet, les composantes de la santé reproductive, spécifiques aux jeunes et aux adolescents sont rapportées dans la politique nationale en matière de santé de la reproduction **(9)**. Ce sont :

- l'information et l'éducation sur la santé sexuelle de la reproduction
- la prévention des grossesses précoces et des grossesses non désirées
- la prise en charge des grossesses précoces et des grossesses non désirées
- la prévention des avortements et la prise en charge des avortements et de leurs complications
- la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST) et Syndrome d'Immuno Déficience Acquise (SIDA)

Nombreux sont les organismes non gouvernementaux qui par la suite ont porté leur appui au FNUAP dans le domaine de la SRA.

2 : L'ADOLESCENCE ET SES PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES

L'adolescence est la période de la construction de soi. Une période désarmante pour le jeune de par les fortes émotions, parfois contradictoires qu'il ressent. Il n'est plus un enfant et pourtant pas encore un adulte et les adultes ne l'acceptent pas comme tel. Pourtant, ils ont besoin de comprendre la nature des changements qui s'opèrent en eux. Les personnes les mieux placées pour les éclairer sont généralement celles qui leur sont proches et en qui ils ont confiance. De sorte qu'en arrivant à l'âge adulte, ils soient capables d'établir des relations durables et d'assumer leur rôle.

2.1. L'adolescence

L'adolescence est la période de la vie, l'âge de transition entre l'enfance et l'âge adulte **(10)**.

Selon la définition de l'OMS, elle touche le groupe d'âge de 10 à 19 ans, les jeunes sont âgés de 15 à 24 ans et la jeunesse intéresse les personnes de 10 à 24 ans **(10), (11)**.

Typiquement, elle commence avec la puberté. Mais l'âge auquel une personne est finalement considérée comme adulte varie suivant la culture. Dans un pays, une jeune femme qui fait des études est toujours considérée adolescente, tandis qu'une autre du même âge sera peut-être mariée, avec un enfant, sera considérée comme adulte **(11)**.

2.2. La puberté

La puberté correspond au début de l'activité des glandes génitales mâles, testicules, et féminines ovaires. C'est la période de maturation sexuelle, mais c'est aussi la période où commence l'attirance vers le sexe opposé. Elle s'accompagne d'une série de transformations, sous l'influence des hormones sexuelles.

Elle débute généralement vers 10-11 ans pour la fille et dure en moyenne 4 à 5 ans. Chez le garçon, elle est un peu plus tardive, vers 11-12 ans, et s'étend sur 3 à 4 ans **(12)**.

Elle peut-être plus précoce dans certains pays. Près d'un tiers des américaines d'origine africaine, sur une étude faite aux Etats-Unis commencèrent à développer des seins ou eurent une poussée de poils du pubis avant l'âge de 8 ans. Elles débutent typiquement leur puberté environ 12 à 18 mois plus tôt que les jeunes américaines d'origine européenne **(11)**.

Pour Madagascar, le début de la puberté ne diffère guère des autres pays.

2.3. Les transformations au cours de l'adolescence

2.3.1. Les transformations physiques (7), (12), (13), (14)

Chez le garçon, on observe :

- le changement de la voix ou mue
- le développement des poils (aisselle, torse, pubis, visage)
- une poussée de croissance par formation de l'ossature des bras et des jambes
- les épaules s'élargissent
- la croissance du pénis et des testicules
- la production d'hormone et de sueur, l'odeur corporelle devient plus forte
- les premières éjaculations survenant la nuit (pollution nocturne)

Chez la fille :

- le bourgeonnement des seins, les mamelons deviennent plus foncés
- le développement des poils (aisselles et pubis)
- une poussée de croissance par formation de l'ossature des bras et des jambes
- le bassin s'élargit
- le développement des organes sexuels : croissance du clitoris, des lèvres, de la vulve
- la production d'hormone et des sueur
- les premières règles

Les premières ménarches se produisent généralement entre 12-13 ans, et les premières éjaculations nocturnes entre 13-14 ans. Comme on l'a remarqué les changements physiques sont un peu plus précoces chez la fille que le garçon.

2.3.2. Les transformations psychologiques (12), (15), (16), (17)

Les changements physiques de l'adolescence vont de pair avec des sentiments très vifs. Les adolescents sont pleins d'espoir et ont confiance en l'avenir. Ils ont envie d'intégrer de nouvelles idées dans leur vie et rejettent les anciennes. Néanmoins, ils sont d'une très grande instabilité émotionnelle.

Ils peuvent éprouver de l'anxiété, face aux changements physiques (sont ils normaux ou non par rapport aux autres ?). Les adolescents sont souvent complexés, leur estime de soi diminue et leurs sentiments à l'égard de leur entourage, des jeunes du même sexe et du sexe opposé changent également. Ils doivent apprendre à gérer leurs désirs sexuels et sentiments. Ils seront tour à tour timides, agressifs ...

Les conseils éclairés, des informations précises présentées de manière stimulante et créatrice, peuvent aider les jeunes à surmonter les difficultés de la puberté.

Selon Jean Jacques Rousseau, « l'enfant devient sourd à la voix qui le rendait docile, c'est un lion dans sa fièvre ; il méconnaît son guide, il ne veut plus être gouverné ... il n'est ni enfant ni homme et ne peut prendre le ton d'aucun d'eux ... »

2.3.3. Les transformations sociales

L'adolescence est le temps de la construction de soi. Mais c'est aussi une période vulnérable à toutes les influences et une période d'expérimentation. Le jeune adopte alors une attitude de défi, il désire braver les risques sans en mesurer les conséquences possibles **(18)**. C'est à ce moment, qu'apparaissent le plus la délinquance, la violence, la toxicomanie, l'alcoolisme et les difficultés relationnelles avec les adultes, peut être la prostitution.

En Europe par exemple, à 12 ans, plus de 20% des jeunes ont consommé du cannabis. Le reniflage de solvants est plus fréquent chez les moins de 15 ans. Le risque maximum d'initiation à l'usage du cannabis se situe à l'âge de 20 ans aux Etats-Unis avec un pic à 18 ans. Le pic d'initiation à l'usage de la cocaïne y est plus postérieur.

En Asie et Amérique latine, l'âge diffère légèrement mais la toxicomanie par inhalation commence à un âge plus jeune **(19)**.

A Madagascar, 10% de la population juvénile serait des délinquants et la situation serait pire en milieu urbain : un jeune urbain sur trois serait pré-délinquant. Et 70% des jeunes en délit seraient âgés entre 15 et 17 ans **(7)**.

Les jeunes garçons seraient plus vulnérables aux invalidités et traumatismes liés à la prise de risque et les filles aux conséquences des grossesses non désirées **(20)**.

3 : ADOLESCENTS ET ACTIVITÉ SEXUELLE

Le comportement sexuel des adolescents n'a pas changé à la même mesure de l'édification de la société nouvelle. Une activité sexuelle précoce était souvent normale et attendue chez les jeunes mais cela se faisait d'une manière formelle, acceptée pour la société **(21)**. L'âge au premier mariage recule. Les expériences sexuelles avant le mariage deviennent de plus en plus fréquentes, tout comme leurs conséquences, à savoir les IST et la grossesse **(19)**. Les jeunes utilisent rarement une forme quelconque de protection.

3.1. Le premier rapport sexuel

L'âge du premier rapport sexuel varie d'un pays à l'autre, d'une société à une autre. Néanmoins, avant la fin de l'adolescence, les jeunes sont sexuellement actifs.

L'âge de début de l'activité sexuelle est inférieur à 18 ans dans la plupart des pays d'Afrique Sub-Saharienne et se situe environ à 20 ans en Asie, en Amérique Latine et dans les Caraïbes. Dans les établissements d'enseignement des Etats-Unis d'Amérique, il est de 16 ans chez les garçons et 17 ans chez les filles **(19)**.

D'autres études révèlent, une activité sexuelle beaucoup plus précoce. Sur un échantillon de jeunes femmes, âgées de 15 à 24 ans provenant de 13 pays d'Amérique Latine, plus de la moitié avait eu leur expérience sexuelle avant l'âge de 17 ans et un tiers avant l'âge de 15 ans **(21)**. Un cinquième des adolescentes de l'Afrique Sub-Saharienne ont leur premier rapport avant l'âge de 15 ans **(1)**.

Pour Madagascar, 19% des jeunes ont leur premier rapport avant l'âge de 15 ans **(1,2)** et dans l'ensemble des femmes en âge de procréer, le premier rapport survient juste avant d'atteindre l'âge de 17 ans **(22)**.

Une enquête faite sur 502 adolescents du cinquième arrondissement d'Antananarivo ville montre que 47% des garçons et 20,5% des filles sont sexuellement actifs et que 59% d'entre eux ont eu leur premier rapport entre 14 et 16 ans **(23)**.

30% des enfants prostituées sur les côtes de Madagascar auraient entre 12 à 15 ans **(24)** au moment où elles commencent à avoir des rapports sexuels

3.2. Le comportement sexuel

D'une manière générale, la jeune fille est sexuellement active plus tôt. La première expérience ayant lieu avec quelqu'un de plus âgé. La différence d'âge des partenaires au cours des premiers rapports est en moyenne de six années en plus pour les sujets masculins **(7), (25)**. L'initiative est généralement masculine.

L'activité sexuelle est plus fréquente chez l'adolescent. Dans bien des sociétés, être sexuellement actif signifie pour le garçon, la maturité. Pour la jeune fille, l'activité sexuelle est un acte interdit et jugé honteux **(10)**.

Certaines jeunes filles ont commencé leur activité sexuelle avant même d'avoir eu leurs premières règles. Leur constitution l'emporte sur l'âge et il y a également l'attrait de l'argent ou des cadeaux **(7), (23), (26)**.

3.2.1. Nombre de partenaires sexuels

Le jeune adolescent se vante souvent d'avoir des partenaires sexuels multiples et perçoit l'activité sexuelle comme étant une partie de son initiation pour devenir un homme **(27)**.

Dans l'étude de Fenoarilala Patricia **(23)**, 67,5% des adolescentes sexuellement actives ont un partenaire sexuel régulier et 32,5% ont un partenaire occasionnel.

Une enquête, connaissance-attitude-pratiques, relative aux IST/SIDA et comportements sexuels des jeunes à risque d'Antsiranana et de Sainte Marie révèle que 30,2% des jeunes appartenant à la tranche d'âge 15 à 19 ans déclarent avoir à la fois un partenaire régulier et des partenaires occasionnels **(28)**.

Des jeunes de 15 à 24 ans, fréquentent le dispensaire Médecins du Monde 67Ha à Antananarivo Ville. Sur 100 jeunes enquêtés tous ont débuté leur activité sexuelle vers 14 ans. 61% avouent n'avoir qu'un seul partenaire sexuel, 16% ont plus d'un partenaire sexuel et les 23% qui ont plus de trois partenaires sexuels sont des prostituées **(29)**.

3.2.2. Activité sexuelle non protégée

L'utilisation d'une méthode quelconque de contraception est rare chez les adolescents. Les jeunes ne sont pas conscients que le passé sexuel de leur partenaire peut constituer un risque pour eux vu qu'il peut avoir d'autres partenaires sexuels (27).

Les Centres de santé ne sont pas conçus de façon attractive pour les adolescents et les prestataires hésitent à leur dispenser des services spécialement aux adolescents non mariés (18).

Les adolescents ont peu d'autonomie financière pour se rendre dans un Centre de santé ou pour acheter des contraceptifs. Ils peuvent craindre aussi d'être mal jugés (18).

3.3. Facteurs influençant l'activité sexuelle des adolescents

Plusieurs facteurs interfèrent sur l'activité sexuelle des adolescents. Pour la plupart, ils favorisent la précocité des relations sexuelles mais aussi limitent l'accès à des services de reproduction.

3.3.1. Les us et coutumes

- La sexualité est un sujet tabou. On n'en discute pas entre parents et enfants. Elle s'entoure à Madagascar de discrétion. On la vit avec intensité, mais il faut se garder de la faire paraître au grand jour (6)

- Dans de nombreuses sociétés malgaches, les mariages à l'essai existent. Les relations sexuelles ne se limitent pas dans le cadre du mariage religieux. D'ailleurs avant l'arrivée du christianisme à Madagascar, la virginité des jeunes filles au mariage n'était pas exigée (6), (7).

- On se marie pour avoir des enfants même si cela se produit à un âge jeune. La conception et la procréation étaient considérées comme dons de Dieu et des aïeux. La profusion et la continuité de la vie étaient le plus grand bien, le nombre une assurance de collaboration et de main d'œuvre pour les parents (30).

- Dans la société Sakalava, la jeune fille pubère a droit à sa case personnelle. Elle doit prouver sa capacité fécondante.

Par contre, dans la société Antemoro, la jeune fille doit prouver qu'elle est vierge au mariage. (6)

3.3.2. *Le rôle de genres*

Dans de nombreuses cultures, les femmes n'ont pas le droit de dire non aux avances sexuelles des hommes (21).

L'éducation de la fille à Madagascar a été longtemps axée sur le rôle de la mère et sur sa fonction reproductrice (7).

3.3.3. *Le lieu de résidence*

Le graphique suivant, montre les variations qui existent à l'âge du premier rapport sexuel à Madagascar, selon les provinces et par rapport à la capitale.

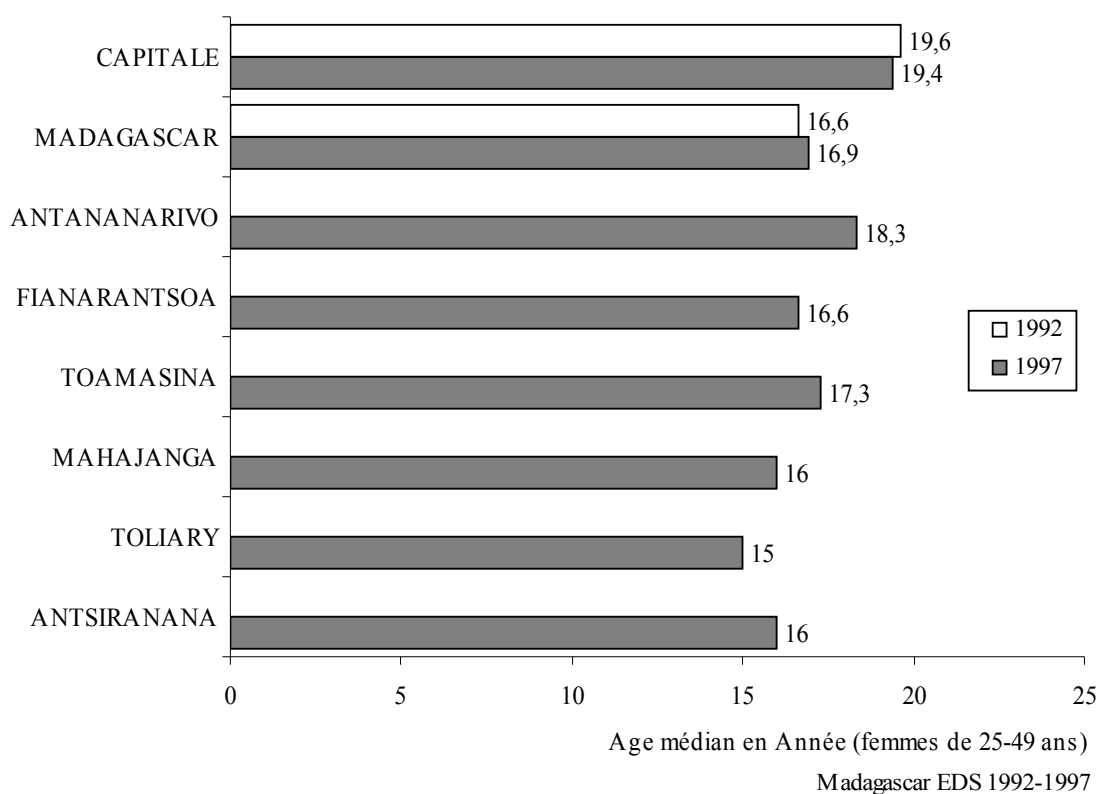


Figure 1 : Age au premier rapport sexuel

Source : *La capitale Malgache en transition démographique*

Dans les provinces de Toliary, Mahajanga et Antsiranana, les jeunes filles ont des rapports sexuels plus précoces que dans l'ensemble du pays **(22)**.

En milieu rural, les rapports sexuels ont lieu plus tôt qu'en milieu urbain 16,6 ans contre 19,4 ans dans la capitale et 17,9 ans dans les autres villes **(2)**.

3.3.4. Le niveau d'instruction

Plus une femme est instruite, plus l'âge au rapport sexuel est retardé. Pour les femmes sans instruction, l'âge médian au premier rapport est estimé à 15,6 ans, contre 18,6 ans chez celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus **(2)**.

3.3.5. Les pressions sociales

- L'environnement familial

Les parents adoptent pour la plupart une position passive, voire permissive, face à la décadence des systèmes des valeurs morales.

La défaillance des parents, leur démission, déstabilisent les jeunes et détruisent leurs références. Certains parents se rendent complices où favorisent même la prostitution de leurs enfants **(31)**.

- L'environnement social

La modernisation et l'urbanisation entraînent la perte de certaines cultures traditionnelles et la séparation des familles élargies.

Le développement de la communication et de la technologie, augmente la possibilité pour les jeunes d'entrer en contact avec des informations et des idées utiles mais apporte aussi des modèles de comportements négatifs **(32)**.

Le système audio-visuel favorise une tendance à la déviation du comportement. Les jeunes ne demandent pas la permission pour visionner un film à visa interdit **(33)**.

- L'influence de ses semblables

Le fait de ne pas avoir de relation sexuelle est considéré comme une perte de la valeur d'homme vis à vis de ses semblables. *« les gens vont se moquer de toi. Il se peut que les gens pensent que tu ne fonctionnes pas correctement » (27).*

- La pauvreté

Elle pousse à des rapports de survie. Obtenir de l'argent ou de quoi se nourrir contre un rapport sexuel. Dans son étude sur la prostitution infantile, Felly Ernestine rapporte que dans 86% des cas, les raisons financières poussent les jeunes à se prostituer. Et même, les parents vendent leurs enfants aux touristes, surtout sur les côtes de Madagascar (24).

- Les viols et violences sexuelles

Les jeunes filles qui ont des rapports sexuels à un âge très jeune ont en général été forcées.

Une étude faite à la maternité du Lima, au Pérou, constatait que 90% des jeunes mères âgées de 12 à 16 ans, avaient été violées par leur père, leur beau-père ou un autre membre proche de la famille (21).

Des études faites au Botswana et au Kenya ont trouvé que beaucoup de femmes adolescentes, sont forcées ou contraintes lors de leur premier rapport sexuel.

Une étude réalisée par l'Institut Alan Guttmacher a trouvé que 60% des filles adolescentes américaines qui avaient eu des rapports avant l'âge de 15 ans, l'avaient fait contre leur gré (11).

- L'absence ou l'insuffisance de l'éducation et de l'information concernant la sexualité

Même si les parents souhaitent informer leurs enfants, ils reconnaissent que leur compétence sur la question est plutôt limitée. L'éducation relative à la sexualité n'est pas limitée à des préceptes moraux. En plus, le niveau de connaissance des jeunes est supérieur à celui de leurs parents (25).

Quelques extraits suivants montrent bien le manque de connaissance en la matière : *« On ne peut être enceinte la première fois »*

« La période la plus sûre pour les rapports sexuels c'est entre les règles »

« Je suis trop jeune pour tomber enceinte »

« Cela n'arrive qu'aux autres » (34)

4 : LES CONSÉQUENCES DE L'ACTIVITÉ SEXUELLE CHEZ LES ADOLESCENTS

En l'absence d'information, en l'absence de précaution, la précocité de l'activité sexuelle engendre pour les jeunes et adolescents des difficultés et problèmes auxquels, ils ne sont pas prêts à être confrontés, du fait de leur immaturité (physique, psychique, socio-économique). Il s'agit des grossesses non planifiées et ou non désirées, des infections sexuellement transmissibles et du VIH/SIDA, des avortements provoqués. Le cadre de notre étude nous fera parler plus longuement des grossesses des adolescentes.

4.1. Les grossesses des adolescentes

Environ quinze millions de femmes de 15 à 19 ans accouchent chaque année. 13 millions de ces femmes appartiennent aux pays en développement dont 33% accouchent avant l'âge de 20 ans : de 8% en Asie de l'Est à 55% en Afrique de l'Ouest (10).

Le graphique suivant montre le pourcentage d'adolescentes de 18 ans ayant déjà un enfant ou attendant leur premier enfant en Afrique Subsaharienne.

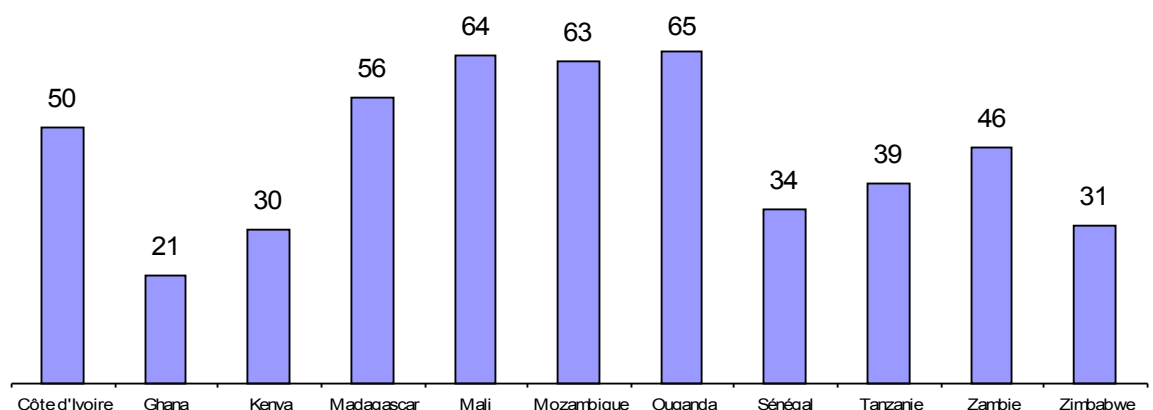


Figure 2 : Jeunes femmes de 18 ans ayant déjà un enfant ou attendant leur premier enfant

Source : La jeunesse en Afrique sub-saharienne : Données et graphiques sur la sexualité et la santé de reproduction. PRB 2001

Madagascar figure parmi les pays où la fécondité des adolescentes est encore élevée.

4.2. Adolescentes et fécondité à Madagascar

4.2.1. L'âge au premier rapport sexuel

Dans l'ensemble, au niveau du pays, les femmes ont leur premier rapport juste avant d'atteindre l'âge de 17 ans.

Pour la capitale, les premières relations sexuelles sont un peu plus tardives : vers l'âge de 19 ans. Dans les provinces, les premières expériences sont beaucoup plus précoces. Notamment, dans les provinces de Toliary, Mahajanga et Antsiranana, respectivement 15,4 ans, 16 ans et 16,1 ans **(22)**.

4.2.2. L'âge à la première union

Dans l'ensemble du pays et au niveau de chaque province, l'âge médian au premier rapport sexuel précède l'âge d'entrée en union de une à deux années. Pour la capitale, deux ans et demi sépare le début de l'activité sexuelle et l'entrée en première union **(22)**.

Entre les EDS de 1992 et 1997, la proportion de femmes en union dès l'âge de 15 ans semble augmenter. Pour les groupes d'âge des 15-19 ans et 20-24 ans, elle est respectivement de 12 et 13% en 1997. En 1992, ces chiffres ont été à 8% pour les deux tranches d'âges **(2)**.

Les femmes sans instruction entrent en union plus tôt que les femmes instruites, à 16,3 ans soit deux années plus tôt que celles du niveau primaire à 18 ans ou cinq années avant celles du niveau secondaire ou plus **(2)**.

Les femmes des provinces de Toliary et de Mahajanga vivent plus tôt en union que celles des autres provinces, respectivement 16,7 ans et 16,9 ans **(2)**.

4.2.3. L'âge à la première naissance

Un peu plus du tiers des adolescentes de 15 à 19 ans ont déjà commencé leur vie reproductive : plus de 30% des adolescentes ont eu au moins un enfant et 5% sont enceintes du premier.

L'âge à la première naissance semble aussi avoir avancé. Si à 17 ans, 27% des adolescentes avaient commencé leur vie féconde en 1992, 34% ont déjà au moins un enfant. A 18 ans, 45% des adolescentes ont au moins un enfant ou sont enceintes en 1992 contre 56% en 1997 (2).

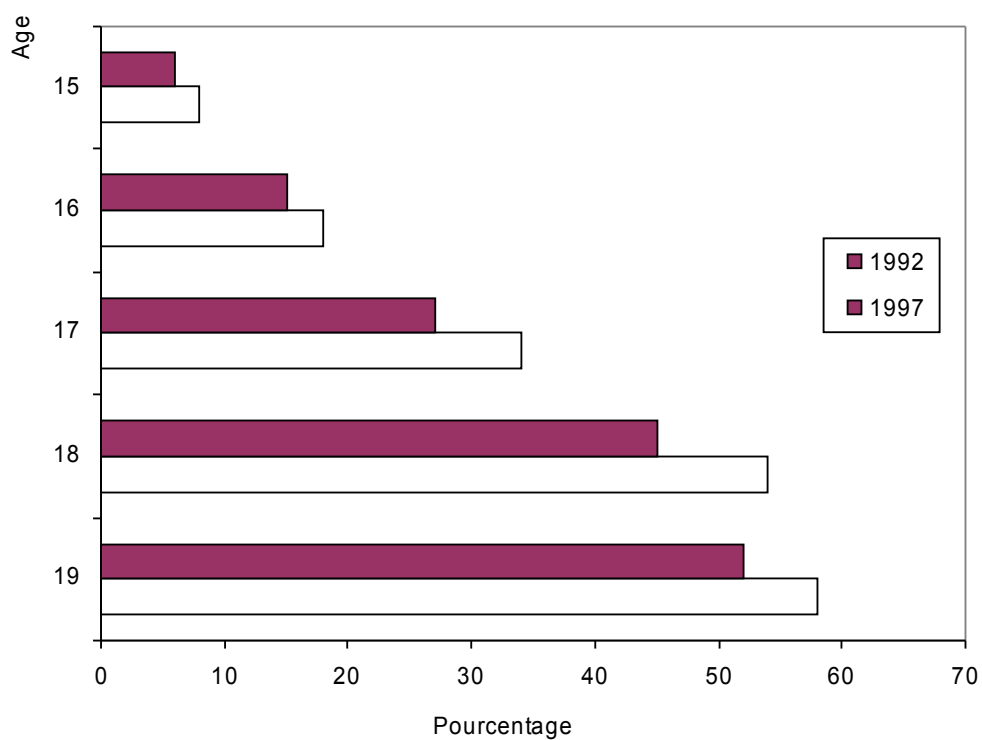


Figure 3 : Pourcentage d'adolescentes ayant commencé leur vie féconde par âge : ENDS 1992 et EDS 1997

Source : EDS 1997

La figure précédente nous montre la fécondité par âge des adolescentes de 15 à 19 ans entre les deux EDS de 1992 et 1997.

Le niveau d'instruction et le lieu de résidence influencent aussi l'âge à la première naissance : 53% des adolescentes sans instruction ont déjà débuté leur vie féconde contre 37% ayant un niveau primaire et 18% du niveau secondaire et supérieur.

41% des adolescentes, en milieu rural ont déjà eu un enfant ou sont enceintes contre 10% vivant dans la capitale, et 28% dans les autres villes.

Les provinces de Mahajanga et de Toliary ont également un niveau de fécondité élevé des adolescentes 53% et 52% **(2)**.

4.3. Les risques liés aux grossesses précoces

Un proverbe Bambara, en Afrique de l'Ouest dit :

« Etre enceinte est un pari et accoucher est un combat à mort »

Quelques données :

Chaque minute : 380 femmes tombent enceintes,

190 femmes sont confrontées à une grossesse non planifiée ou non désirée,

110 femmes sont victimes d'une complication liée à la grossesse,

40 femmes subissent un avortement à risque,

1 femme meurt. **(35)**

Ainsi, la grossesse à tout instant, menace la vie d'une femme. La maternité accroît d'au moins un tiers le risque de décès prématurés et dans certaines régions les plus reculées, elle va l'accroître jusqu'à 85% **(36)**. Pour une adolescente, dont la croissance n'est pas terminée et dont l'alimentation laisse à désirer, les risques de la grossesse sont encore plus importants et ne touchent pas uniquement la santé physique.

4.3.1. Les risques médicaux

Au moment où elle commence à avoir ses règles, l'adolescente aurait encore 4% à gagner en stature et 12 à 18% en largeur de bassin **(37)**.

Une grossesse, à ce moment là risque alors d'entraver et même stopper sa croissance.

De très nombreuses jeunes mères, présentent un état nutritionnel insatisfaisant et souffrent d'anémie **(38)** . Elles ne peuvent pas alors faire face aux besoins accrus que nécessite une grossesse, aussi bien pour elle que pour le fœtus. Le déroulement de la grossesse est perturbé, il peut s'ensuivre un avortement spontané ou un accouchement prématuré.

L'étroitesse de la filière pelvienne fait subir à la jeune parturiente dystocie ou travail prolongé. L'obstruction du travail peut être la cause de blessures graves pour la mère (et pour l'enfant) telles que les fistules vésico-vaginales **(38)**.

La toxémie gravidique peut également arriver à la jeune mère.

Le risque pour les adolescentes de mourir des suites de couches est deux fois supérieur à celui de la femme de 20 à 29 ans, et cinq fois plus élevé pour celles qui ont moins de 15 ans.

La grossesse des adolescentes retentit également sur le fœtus ou le bébé. Une étude faite à Ikalamavony, sur l'issue de la grossesse chez les adolescentes de moins de 18 ans, a montré que l'avortement spontané est la conséquence la plus fréquente chez les mères très jeunes (13-14 ans).

La prématurité et le retard de croissance in utero sont les principaux risques liés à la grossesse précoce pour le fœtus **(39)**.

Les nourrissons d'un poids trop faible, courent trois fois plus de risques que les enfants d'un poids normal à la naissance de souffrir de handicaps permanents comme l'arriération mentale, les infirmités motrices et cérébrales, l'autisme **(1)**.

Les bébés nés de mères de moins de vingt ans, ont une probabilité de mourir avant un an de 1,5 fois supérieure à celles des enfants nés de mères de 20-29 ans **(1)**.

4.3.2. Les conséquences psychologiques de la grossesse précoce

Chez une adolescente mariée et enceinte de son premier enfant, l'attention portée à sa condition émotionnelle peut l'aider à vivre une meilleure grossesse.

Quand la grossesse n'a pas été souhaitée, les difficultés émotionnelles peuvent être lourdes. Une adolescente enceinte et célibataire doit souvent affronter sa situation sans soutien de la part de sa famille, de son partenaire ou de son camarade **(11)**. Pour elle, la grossesse peut être le temps de l'effondrement de l'estime de soi. *« on sent qu'on est de trop dans sa famille... mes parents ne nous acceptent pas mon enfant et moi »*.

*« ...j'ai du mal parce que son père n'est pas à mes côtés » **(25)***

Le rejet par le partenaire peut entraîner un sentiment de honte, de déception, de dépression pouvant aller jusqu'au suicide. Dès fois, la jeune mère abandonne son bébé ou se retrouve coupable d'infanticide.

4.3.3. Les conséquences socio-économiques

Le plus souvent, la grossesse met fin à la scolarité de la jeune fille. Les chances d'obtenir un diplôme et par la suite un emploi bien rémunéré sont réduites **(40)**.

L'adolescente, abandonnée, se trouve obligée de subvenir seule à ses besoins et à ceux de son enfant. *« j'ai beaucoup du mal à le faire vivre... » **(25)***.

Le manque ou l'absence de ressource financière peut entraîner la jeune mère à se prostituer.

La charge des parents augmente *« je deviens une charge supplémentaire pour mes parents... » **(25)***

Le très grand nombre d'adolescentes qui donnent naissance à des enfants sont autant de personnes qui nécessitent des soins prénataux et des services de santé maternelle et infantile. La plupart des naissances sont des naissances à complications élevées car ce sont des premières naissances. La société doit alors supporter les coûts additionnels pour ces services.

4.3.4. Les conséquences démographiques

Les Nations Unies ont projeté, en 1998, que si les femmes avaient en moyenne deux enfants, la population mondiale attendraient 9,4 milliards de personnes d'ici l'an 2050. Cependant, si les femmes avaient en moyenne 2,5 enfants chacune, la population serait de 11 milliards d'ici 2050. Le moment choisi pour la naissance est aussi d'importance critique.

Les projections révèlent que si les jeunes femmes d'aujourd'hui commencent à avoir des enfants deux ans plus tard que l'âge moyen actuel à la naissance du premier enfant, d'ici 2100, la population serait inférieure à 10% aux chiffres qu'elle atteindrait s'il n'y a pas de changement dans le calendrier des naissances **(10)**.

Pour Madagascar, le rythme actuel d'accroissement démographique fait prévoir le doublement de la population d'ici vingt cinq ans **(2)**.

4.4. L'avortement provoqué et ses conséquences

Les grossesses des adolescentes, le plus souvent, ne sont pas planifiées voire même non désirées. La décision pour la jeune fille est de mettre alors un terme à sa grossesse. Les raisons qu'elles évoquent sont **(1)** :

- le moment est mal choisi ;
- elles craignent d'être expulsées de l'école ;
- elles ne veulent pas avoir un enfant en dehors du mariage ;
- elles ont des problèmes financiers ;
- elles éprouvent des incertitudes à l'égard de leur partenaire.

L'avortement, le plus souvent pratiqué dans les conditions illégales et généralement septiques, donne lieu à différentes complications **(41)** :

- complications locales : retentions placentaires, perforations utérines, hémorragie ;
- complications loco-régionales : fistules vésico-vaginales, pelvipéritonites ;
- complications générales : infection généralisée, choc bactériémique, tétanos.

Les données statistiques de la Maternité de Befelatanana du 1^{er} Janvier au 31 Juillet 1998, montrent que 20% des décès maternels sont d'étiologie purement abortive (7).

4.5. Les IST et le VIH/SIDA

4.5.1. *VIH/SIDA* (1)

Le SIDA constitue l'une des plus graves menaces pour la santé et le bien-être des gens en Afrique Sub-saharienne. Dans l'ensemble, plus de la moitié des nouveaux cas de VIH se déclarent chez des jeunes gens, hommes et femmes, entre 15-24 ans. Les filles sont plus susceptibles d'être séropositives que les garçons et par des hommes plus âgés plutôt que par des garçons de leur âge. Elles sont plus susceptibles d'être en position désavantagée lorsqu'elles négocient l'usage du préservatif ou la fidélité de leurs partenaires à cause des différences d'âge, des disparités économiques et des normes applicables à la dynamique hommes – femmes.

Le tableau suivant rapporte les taux de prévalence du VIH chez les hommes et les femmes de 15 – 24 ans à la fin de 1999. (42)

Tableau 1 : Taux de prévalence du VIH chez les hommes et les femmes âgées de 15 à 24 ans, à la fin de 1999.

| Pays | Fourchette estimée des taux de prévalence | |
|---------------|-------------------------------------------|---------------|
| | Femmes (en %) | Hommes (en %) |
| Côte d'Ivoire | 6,68 – 12,33 | 2,10 – 5,47 |
| Ghana | 2,40 – 4,44 | 0,76 – 1,97 |
| Kenya | 11,07 – 14,98 | 4,26 – 8,52 |
| Madagascar | 0,12 – 0,14 | 0,02 – 0,06 |
| Mali | 1,74 – 2,40 | 1,04 – 1,58 |
| Mozambique | 13,36 – 16,11 | 4,49 – 8,97 |
| Ouganda | 6,65 – 8,99 | 2,56 – 5,12 |
| Sénégal | 1,12 – 2,07 | 0,39 – 1,02 |
| Tanzanie | 6,85 – 9,27 | 2,64 – 5,28 |
| Zambie | 16,86 – 18,68 | 7,08 – 9,32 |
| Zimbabwe | 23,25 – 25,76 | 9,77 – 12,85 |

Source : ONUSIDA – Rapport sur l'épidémie mondiale du SIDA, juin 2000

L'infection au VIH à Madagascar se situe dans la tranche d'âge de 20 à 29 ans. Pour le SIDA, il concerne le groupe d'âges de 30 à 39 ans (7).

4.5.2. IST (7)

Selon le Laboratoire National de référence à l'HJRA, le taux de prévalence de la blennorragie est de 592 pour 100.000 habitants. Le taux de prévalence de la syphilis est de 366 pour 100.000 habitants, toutes tranches d'âges confondues. Le taux de prévalence combinée des diverses IST est évalué à 1190 pour 100.000 habitants. La tranche d'âge la plus touchée est celle de 15- 49 ans : 87,8% puis celle de moins de 15 an (6,7%). Il s'agit en grande proportion de célibataires. : 54,5% d'hommes, 51,2% de femmes.

DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE

1 : OBJECTIFS

1.1. Objectif principal

Notre étude se propose d'étudier les connaissances-attitudes-pratiques de jeunes adolescentes sur la grossesse précoce.

1.2. Objectifs spécifiques

- Apprécier les connaissances des jeunes adolescentes, enceintes sur les avortements à risque, la procréation et la contraception.
- Apprécier l'attitude de ces adolescentes devant la grossesse
- Apprécier la pratique de ces mêmes adolescentes, face à la grossesse et la pratique contraceptive.

2 : CADRE DE L'ETUDE

Nous avons opté pour une formation sanitaire publique en l'occurrence, le CSB II de Mahamasina.

Notre choix a été guidé pour la raison suivante : une formation sanitaire publique est un lieu où peuvent être représentées, toutes les classes de la population.

2.1. Localisation du CSB II de Mahamasina

Le CSB II de Mahamasina est situé dans le quatrième arrondissement, dans le fokontany de Mahamasina Sud. Comme le quatrième arrondissement est très étendu, il se partage les services offerts à la communauté avec le CSB II d'Anosipatrana. Il dessert alors 21 fokontany du firaiana IV avec une population totale de 98.688. Mais des personnes d'autres firaiana y viennent aussi.

2.2. Le personnel du CSB II de Mahamasina

Le personnel au sein du Centre est composé de 16 agents de santé et de 2 agents communautaires :

Les 16 agents de santé sont repartis comme suit :

- 3 médecins
- 4 sage-femmes
- 6 infirmières
- 2 administrateurs
- 1 employé de service

Les 2 agents communautaires sont représentés par :

- 1 veilleur de nuit
- 1 dispensateur

2.3. Les services offerts par le CSB II de Mahamasina

Comme tous les centres de niveau II, le paquet minimum d'activités comprend :

- les activités curatives
- les activités préventives
- la surveillance épidémiologique
- les activités promotionnelles

Le service de santé maternel infantile et la planification familiale entrent dans le cadre des activités préventives. Il est tenu par trois agents de santé qui se répartissent les tâches suivantes :

- prise en charge des enfants sains et malades de moins de 5 ans
- visite d'aptitude des élèves
- soins de premiers recours de catastrophes naturelles
- éducation sanitaire quotidienne
- consultations pré et post natales
- tenue des fiches de stock
- établissement des rapports mensuels d'activités

2.4. Les composantes des consultations pré-natales

- surveillance de la grossesse, de l'état général de la mère
- détection des grossesses à risque
- vaccination anti-tétanique
- chimioprophylaxie anti-paludéenne
- dépistage de la syphilis
- administration de fer, acide folique
- préparation de la mère à l'allaitement maternel exclusif
- éducation sanitaire quotidienne

3 : METHODOLOGIE

3.1. Méthode

3.1.1. Le recrutement

Notre étude comprend deux types d'enquête

- la première enquête, prospective
- la deuxième rétrospective

3.1.2. L'enquête prospective

Elle s'est déroulée au mois d'Avril 1999 dans la CSB II de Mahamasina, dans le service de santé maternelle et infantile. Les adolescentes ont été prises à l'entrée, pour être questionnées séparément. Pour respecter la confidentialité des réponses, ni leur nom, ni leur adresse exacte, n'ont été mentionnés sur le questionnaire.

a) Critères d'inclusion

- l'âge : inférieur ou égal à 19 ans
- le fait d'être enceinte
- le motif de la venue au centre : CPN ou services relatifs aux CPN

b) Critères d'exclusion

- l'incapacité à répondre à toutes les questions
- l'interposition d'un tiers pour répondre aux questions

c) Taille de l'échantillon

Parmi les 272 CPN du mois d'Avril 1999, nous avons pu recueillir 78 adolescentes répondant aux critères. C'est la taille de notre échantillon.

3.1.3. L'étude rétrospective

Elle a permis d'avoir une évolution sur la fécondité des adolescentes. Le recrutement des adolescentes enceintes, ici, s'est fait sur les fiches de CPN du mois d'Avril 2001.

a) Les critères d'inclusion

Comme précédemment

- l'âge : inférieur ou égal à 19 ans
- la grossesse

b) Les critères d'exclusion

Les fiches dont les paramètres ne sont pas remplis correctement

c) La taille de l'échantillon

Nous avons recensé 199 fiches de CPN, parmi lesquels 84 fiches d'adolescentes répondant à nos critères.

3.1.4. Les paramètres étudiés

a) Les paramètres communs aux deux études

- âge
- scolarisation

- profession
- état matrimonial
- nombre de grossesses menées à terme
- nombre d'enfants vivants
- nombre d'avortements
- nombre de consultations prénatales
- début des consultations prénatales

b) Paramètres propres à la première enquête

- la connaissance : du moment propice à la fécondation
de l'âge idéal à la première grossesse
des conséquences de la grossesse précoce
des conséquences de l'avortement provoqué
de la contraception
- l'attitude : l'appréhension du mois de grossesse
la personne recours en cas de grossesse
désir de la grossesse
cause à la grossesse non désirée
désir d'interruption volontaire de grossesse
- la pratique : conséquence de la grossesse chez les célibataires
pratique contraceptive

c) Paramètre propre à la deuxième étude

Il concerne la pratique des adolescentes sur la fréquence des consultations prénatales.

3.2. Matériels d'études

Les matériels sont les suivants :

- questionnaire individuel, préalablement testé, composé de 38 questions fermées, auxquelles on doit répondre pour certaines par une réponse unique, pour d'autres il y a possibilité de plusieurs réponses.

- fiches de consultations prénatales

- les données ont été saisies et analysées sur Microsoft Excel et le traitement de texte sur Microsoft Word.

4 : LES RESULTATS

4.1. Les caractéristiques socio-démographiques

a) Age

Tableau 2 : Répartition des enquêtées selon la tranche d'âge (années 1999 - 2001)

| Mois Age (an) | avril-99 | | avril-01 | |
|------------------|----------|-------------|----------|-------------|
| | Effectif | Pourcentage | Effectif | Pourcentage |
| 14 - 15 | 4 | 5,13% | 6 | 7,14% |
| 16 - 17 | 24 | 30,77% | 35 | 41,67% |
| 18 - 19 | 50 | 64,10% | 43 | 51,19% |
| TOTAL | 78 | 100,00% | 84 | 100,00% |

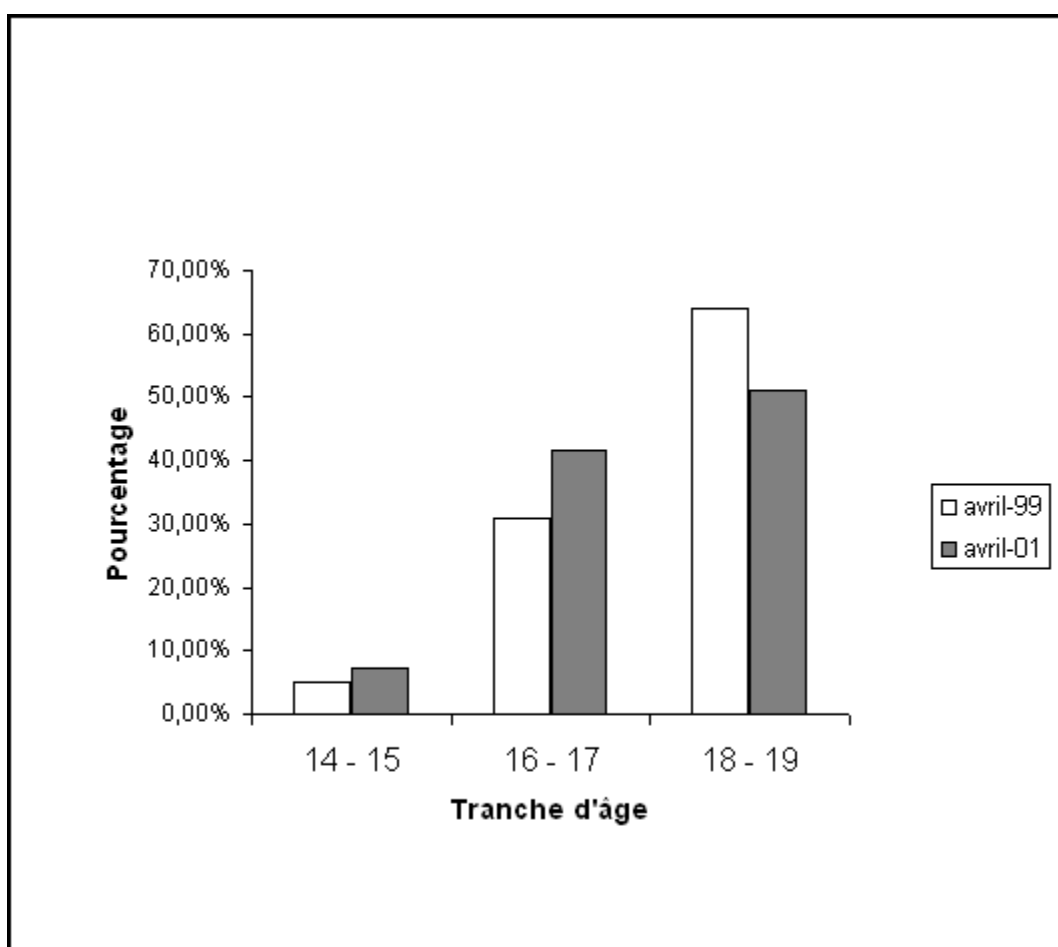


Figure 4 : Répartition des enquêtées selon la tranche d'âge (années 1999 - 2001)

b) Etat matrimonial

Tableau 3 : Répartition des enquêtées selon l'état matrimonial (années 1999 - 2001)

| Année | avril-99 | | avril-01 | |
|--------------------|----------|-------------|----------|-------------|
| | Effectif | Pourcentage | Effectif | Pourcentage |
| Etat matrimonial | | | | |
| Union légitime | 21 | 26,92% | 20 | 23,81% |
| Union consensuelle | 50 | 64,10% | 61 | 72,62% |
| Célibataire | 7 | 8,97% | 3 | 3,57% |
| TOTAL | 78 | 100,00% | 84 | 100,00% |

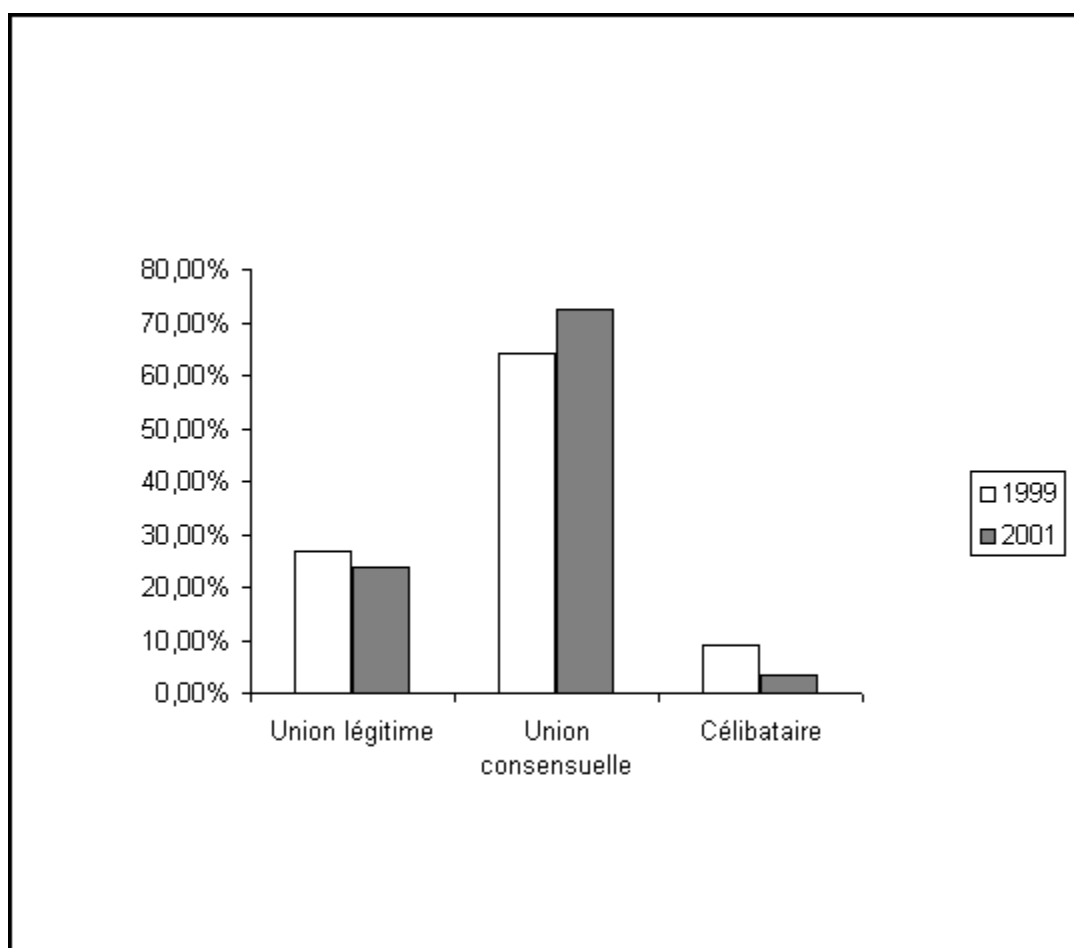


Figure 5 : Répartition des enquêtées selon l'état matrimonial (années 1999 - 2001)

Tableau 4 : Répartition des enquêtées selon l'état matrimonial au moment où la grossesse est survenue (année 1999)

| | Effectif | % |
|-------------|----------|---------|
| Célibataire | 21 | 26,92% |
| En union | 57 | 73,08% |
| TOTAL | 78 | 100,00% |

c) Niveau d'instruction

Tableau 5 : Répartition des enquêtées selon le niveau d'instruction (années 1999 - 2001)

| Année | avril-99 | | avril-01 | |
|----------------------|----------|-------------|----------|-------------|
| | Effectif | Pourcentage | Effectif | Pourcentage |
| Niveau d'instruction | | | | |
| Sans instruction SI | 8 | 10,26% | 7 | 8,33% |
| Primaire I | 48 | 61,54% | 60 | 71,43% |
| Secondaire II | 22 | 28,21% | 17 | 20,24% |
| TOTAL | 78 | 100,00% | 84 | 100,00% |

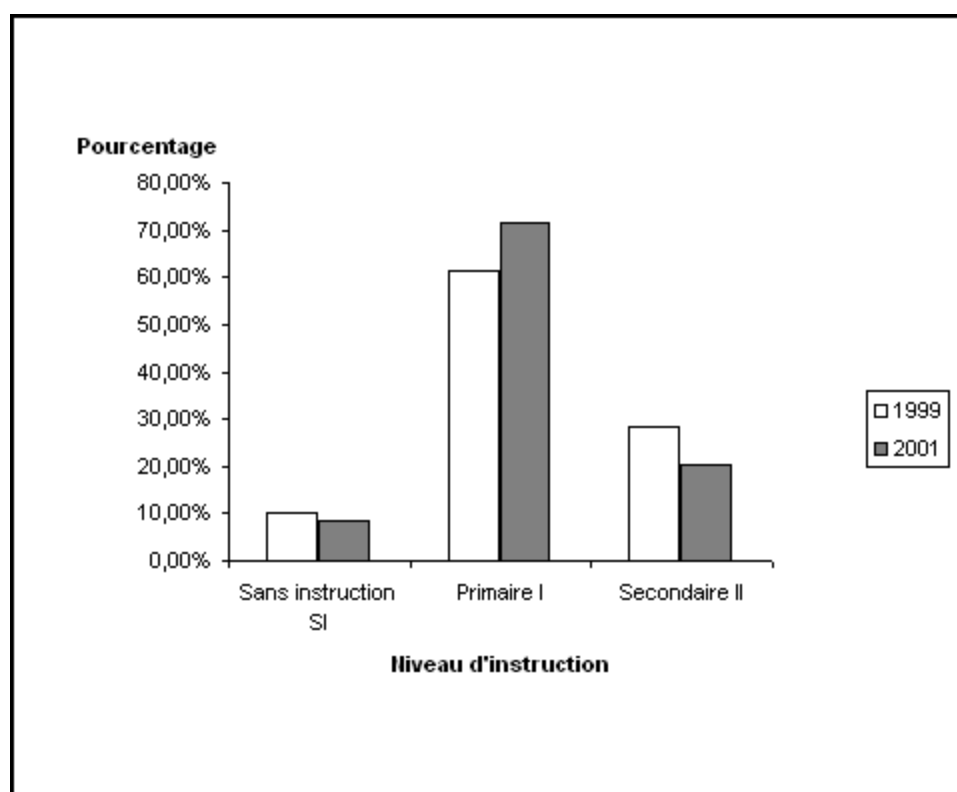


Figure 6 : Répartition des enquêtées selon le niveau d'instruction (années 1999 - 2001)

Tableau 6 : Répartition des enquêtées selon le niveau d'instruction reçu au moment où la

grossesse est survenue (année 1999)

| | Effectif | % |
|------------------------|----------|---------|
| Etait encore à l'école | 2 | 2,56% |
| N'a plus étudié | 76 | 97,44% |
| TOTAL | 78 | 100,00% |

d) Profession

Tableau 7 : Répartition des enquêtées selon la profession (années 1999 - 2001)

| Profession | Année | avril-99 | | avril-01 | |
|---------------------------|-------|----------|-------------|----------|-------------|
| | | Effectif | Pourcentage | Effectif | Pourcentage |
| Ménagère | | 52 | 66,67% | 50 | 59,52% |
| Employées de zone franche | | 1 | 1,28% | 4 | 4,76% |
| Maraichères | | 17 | 21,79% | 10 | 11,90% |
| Couturières | | 4 | 5,13% | 5 | 5,95% |
| Petits métiers | | 4 | 5,13% | 15 | 17,86% |
| TOTAL | | 78 | 100,00% | 84 | 100,00% |

4.2. Les antécédents obstétricaux

Tableau 8 : Age moyen à l'arrivée de la ménarche

Age moyen au premier rapport sexuel (année 1999)

| | Age moyen (ménarches) | Age moyen (1er rapport) |
|-----|-----------------------|-------------------------|
| Age | 14 | 16 |

Tableau 9a : Répartition des enquêtées selon le nombre de grossesse

(années 1999 - 2001)

| Nombre de grossesse | 1999 | | 2001 | |
|-----------------------------|------|---------|------|---------|
| | N | % | N | % |
| Première grossesse | 57 | 73,08% | 59 | 70,24% |
| Deuxième grossesse | 20 | 25,64% | 22 | 26,19% |
| Troisième grossesse et plus | 1 | 1,28% | 3 | 3,57% |
| TOTAL | 78 | 100,00% | 84 | 100,00% |

Tableau 9b : Répartition des enquêtées selon le nombre de grossesse et selon l'âge

(Avril 1999)

| Année | 1999 | | | | | |
|-----------------------------|----------|-------|----------|--------|----------|--------|
| Age | 14 - 15 | | 16 - 17 | | 18 - 19 | |
| Nombre de grossesse | Effectif | % | Effectif | % | Effectif | % |
| Première grossesse | 4 | 5,13% | 22 | 28,21% | 31 | 39,74% |
| Deuxième grossesse | 0 | 0,00% | 2 | 2,56% | 18 | 23,08% |
| Troisième grossesse et plus | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 1 | 1,28% |
| TOTAL | 4 | 5,13% | 24 | 30,77% | 50 | 64,10% |

Tableau 9c : Répartition des enquêtées selon le nombre de grossesse et selon l'âge

(Avril 2001)

| Année | 2001 | | | | | |
|-----------------------------|----------|-------|----------|--------|----------|--------|
| Age | 14 - 15 | | 16 - 17 | | 18 - 19 | |
| Nombre de grossesse | Effectif | % | Effectif | % | Effectif | % |
| Première grossesse | 6 | 7,14% | 22 | 26,19% | 31 | 36,90% |
| Deuxième grossesse | 0 | 0,00% | 12 | 14,29% | 10 | 11,90% |
| Troisième grossesse et plus | 0 | 0,00% | 1 | 1,19% | 2 | 2,38% |
| TOTAL | 6 | 7,14% | 35 | 41,67% | 43 | 51,19% |

Tableau 10a: Répartition des enquêtées selon le nombre de grossesses menées à

terme et selon l'âge (année 1999)

| Année | 1999 | | | | | |
|------------|----------|---------|----------|---------|----------|---------|
| Age | 14 - 15 | | 16 - 17 | | 18 - 19 | |
| | Effectif | % | Effectif | % | Effectif | % |
| Parité = 0 | 4 | 100,00% | 23 | 95,83% | 36 | 72,00% |
| Parité = 1 | 0 | 0,00% | 1 | 4,17% | 14 | 28,00% |
| Parité = 2 | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% |
| TOTAL | 4 | 100,00% | 24 | 100,00% | 50 | 100,00% |

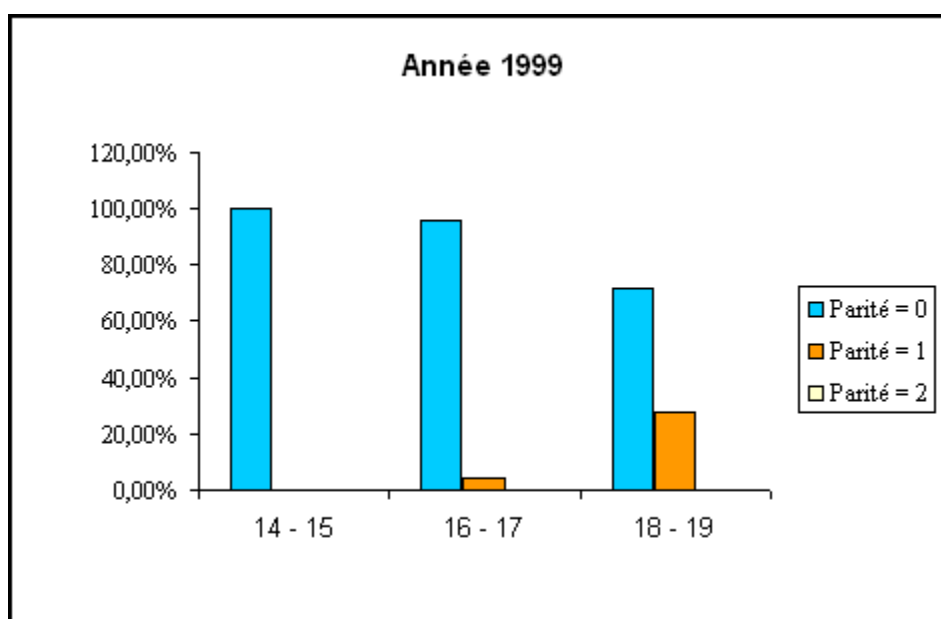


Figure 7a : Répartition des enquêtées selon le nombre de grossesses menées à terme et selon l'âge (année 2001)

Tableau 10b : Répartition des enquêtées selon le nombre de grossesses menées à terme et selon l'âge (année 2001)

| Année | 2001 | | | | | |
|------------|----------|---------|----------|---------|----------|---------|
| Age | 14 - 15 | | 16 - 17 | | 18 - 19 | |
| | Effectif | % | Effectif | % | Effectif | % |
| Parité = 0 | 7 | 100,00% | 27 | 77,14% | 36 | 83,72% |
| Parité = 1 | 0 | 0,00% | 7 | 20,00% | 6 | 13,95% |
| Parité = 2 | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 1 | 2,33% |
| TOTAL | 7 | 100,00% | 34 | 100,00% | 43 | 100,00% |

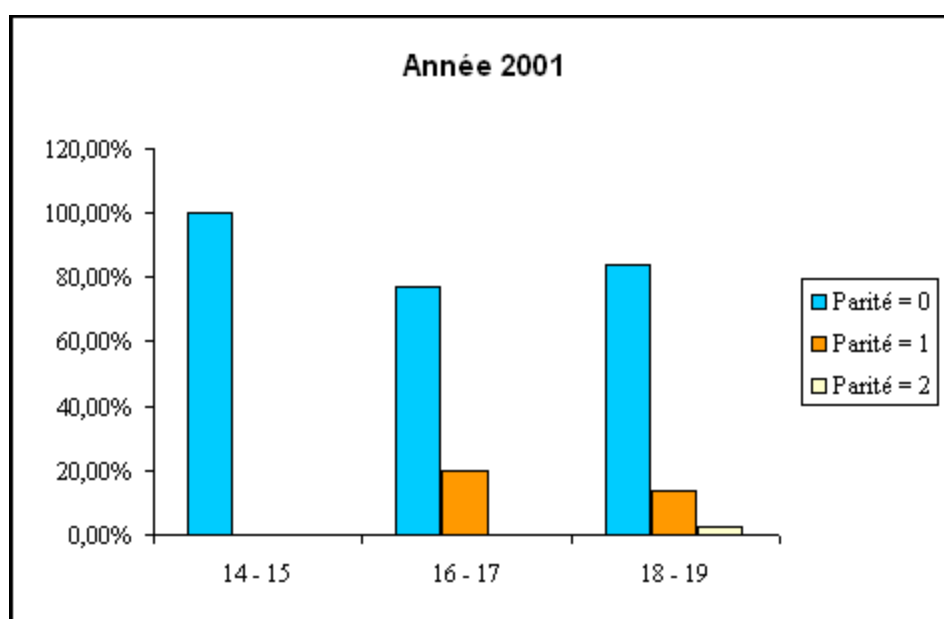


Figure 7b : Répartition des enquêtées selon le nombre de grossesses menées à terme et selon l'âge (année 2001)

Tableau 11a : Répartition des enquêtées selon le nombre des enfants vivants et selon l'âge (année 1999)

| Année | 1999 |
|-------|------|
|-------|------|

| <div> <div>Age</div> <div>Nombre d'enfants vivants</div> </div> | 14 - 15 | | 16 - 17 | | 18 - 19 | |
|-----------------------------------------------------------------|----------|---------|----------|------|----------|---------|
| | Effectif | % | Effectif | % | Effectif | % |
| 0 | 4 | 100,00% | 24 | 100% | 39 | 78,00% |
| 1 | 0 | 0,00% | 0 | 0% | 11 | 22,00% |
| 2 et plus | 0 | 0,00% | 0 | 0% | 0 | 0,00% |
| TOTAL | 4 | 100,00% | 24 | 100% | 50 | 100,00% |

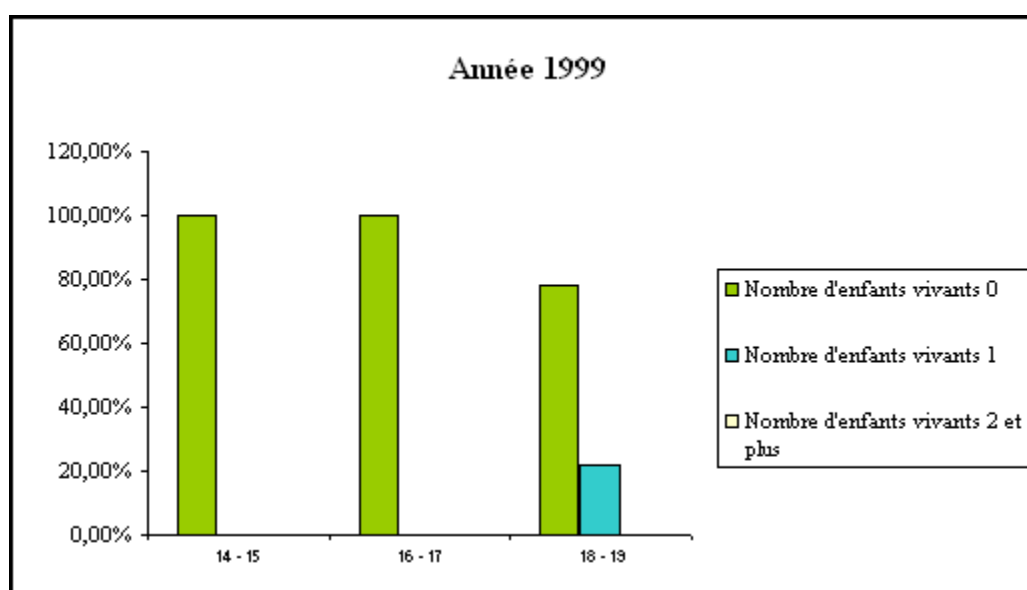


Figure 8a : Répartition des enquêtées selon le nombre d'enfants vivants et selon l'âge (année 1999)

Tableau 11b : Répartition des enquêtées selon le nombre des enfants vivants et selon l'âge (année 2001)

| <div> <div>Année</div> <div>Age</div> </div> | 2001 | | |
|----------------------------------------------|---------|---------|---------|
| | 14 - 15 | 16 - 17 | 18 - 19 |

| Nombre d'enfants vivants | Effectif | % | Effectif | % | Effectif | % |
|--------------------------|----------|---------|----------|---------|----------|---------|
| 0 | 7 | 100,00% | 30 | 88,24% | 39 | 90,70% |
| 1 | 0 | 0,00% | 4 | 11,76% | 4 | 9,30% |
| 2 et plus | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% |
| TOTAL | 7 | 100,00% | 34 | 100,00% | 43 | 100,00% |

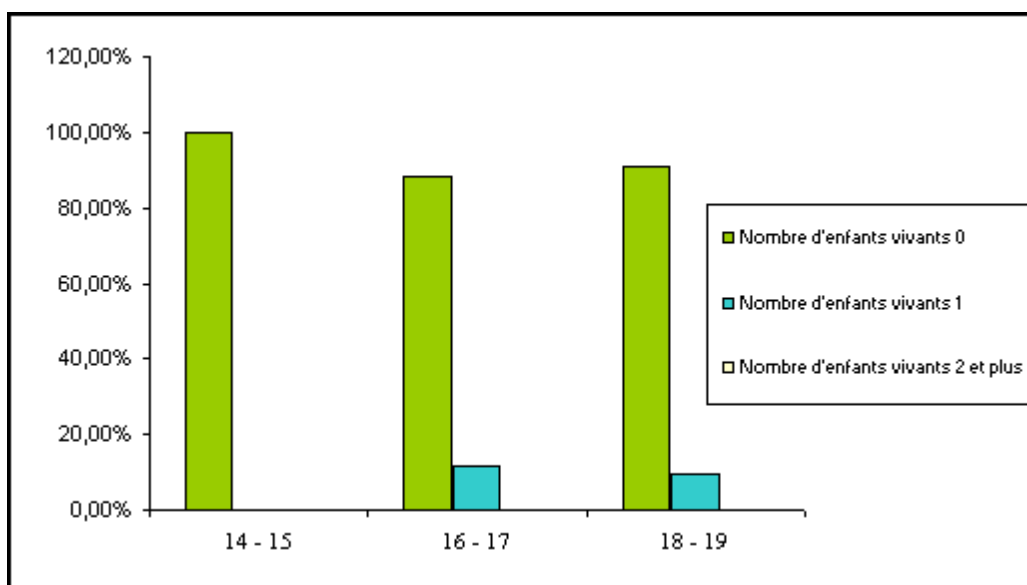


Figure 8b : Répartition des enquêtées selon le nombre d'enfants vivants et selon l'âge (année 2001)

Tableau 12a : Répartition des enquêtées selon le nombre d'avortements et selon l'âge (année 1999)

| Année Age | 1999 | | | | | |
|--------------|----------|-------|----------|----|----------|--------|
| | 14 - 15 | | 16 - 17 | | 18 - 19 | |
| | Effectif | % | Effectif | % | Effectif | % |
| 1 | 0 | 0,00% | 1 | 3% | 4 | 8,00% |
| 2 | 0 | 0,00% | 0 | 0% | 1 | 2,00% |
| 3 et plus | 0 | 0,00% | 0 | 0% | 0 | 0,00% |
| TOTAL | 0 | 0,00% | 1 | 3% | 5 | 10,00% |

Tableau 12b : Répartition des enquêtées selon le nombre d'avortements et selon l'âge (année 2001)

| Année Age | 2001 | | | | | |
|--------------|----------|-------|----------|-------|----------|-------|
| | 14 - 15 | | 16 - 17 | | 18 - 19 | |
| | Effectif | % | Effectif | % | Effectif | % |
| 1 | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% |
| 2 | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% |
| 3 et plus | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% |
| TOTAL | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% |

| | | | | | | |
|-----------|---|-------|---|-------|---|-------|
| 1 | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% |
| 2 | 0 | 0,00% | 3 | 8,57% | 3 | 6,98% |
| 3 et plus | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% |
| TOTAL | 0 | 0,00% | 3 | 8,57% | 3 | 6,98% |

Tableau 13 : Répartition des enquêtées selon le type d'avortements (année 1999)

| Types | Effectif | % |
|----------|----------|-------|
| Spontané | 7 | 8,97% |
| Provoqué | 0 | 0,00% |
| TOTAL | 7 | 8,97% |

N.B : Les pourcentages sont rapportés au nombre total des enquêtées

4.3. Connaissance (1999)

4.3.1. Connaissance sur la grossesse

Tableau 14 : Répartition selon la connaissance de la période féconde dans un cycle de 28 jours

| | Effectif | % |
|------------------------------------------|----------|---------|
| Réponse exacte (12-17è j) | 18 | 23,08% |
| Réponse approximative (6-11è j, 18-23èj) | 12 | 15,38% |
| Ne sait pas (les autres réponses) | 47 | 60,26% |
| Pas de réponse | 1 | 1,28% |
| TOTAL | 78 | 100,00% |

Figure 9 : Répartition selon la connaissance de la période féconde

Tableau 15 : Sources d'information en période féconde dans un cycle de 28 jours

| Sources d'information | Effectif | % |
|-----------------------|----------|---------|
| Parents | 26 | 33,77% |
| Frères et sœurs | 5 | 6,49% |
| Média | 0 | 0,00% |
| Centre de santé | 3 | 3,90% |
| Médecin libre | 1 | 1,30% |
| Partenaire | 4 | 5,19% |
| Amis | 7 | 9,09% |
| A l'école | 17 | 22,08% |
| Avis personnel | 13 | 16,88% |
| Dans les livres | 1 | 1,30% |
| TOTAL | 77 | 100,00% |

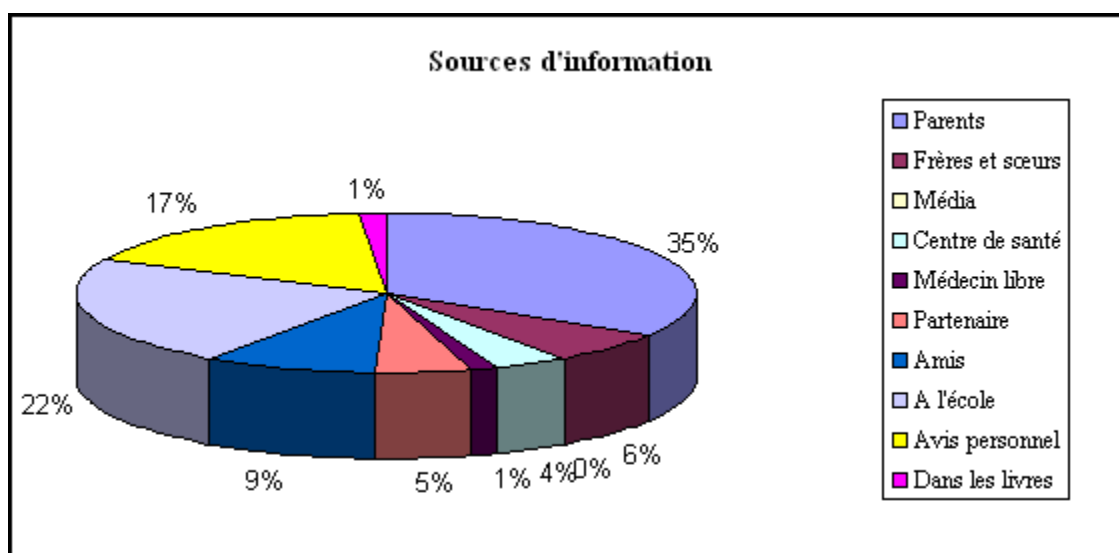
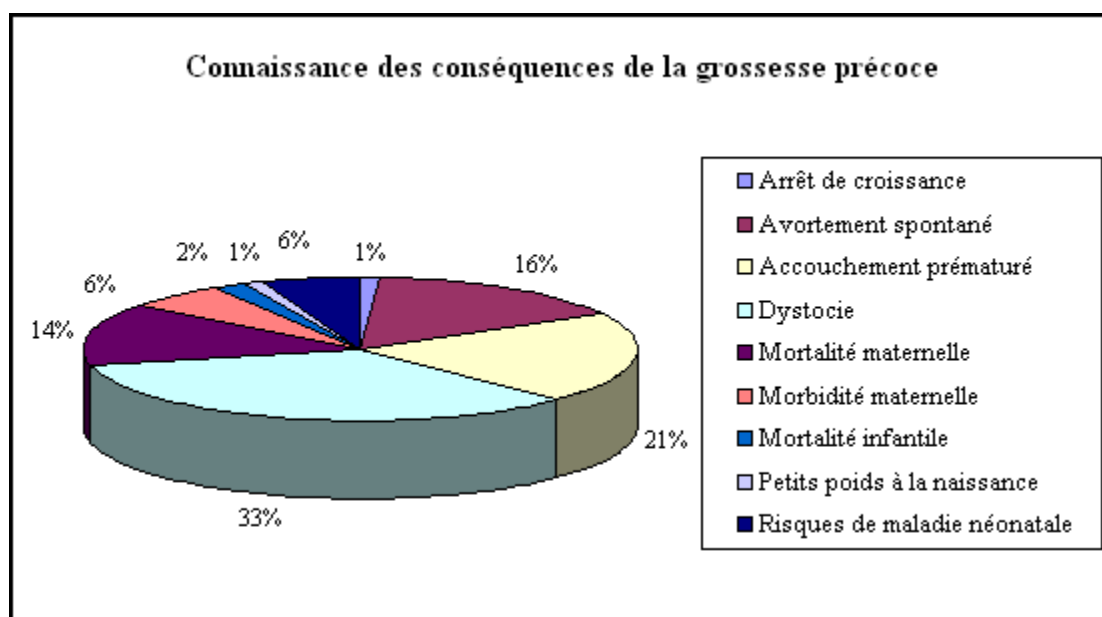


Figure 10 : Sources d'information en période féconde**Tableau 16** : Répartition selon la connaissance de l'âge idéal à la première grossesse

| Age idéal | Effectif | % |
|-------------------|----------|--------|
| Avant 20 ans | 53 | 67,95% |
| Entre 20 - 35 ans | 24 | 30,77% |
| Après 35 ans | 0 | 0,00% |
| TOTAL | 77 | 98,72% |

Tableau 17 : Répartition selon la connaissance des conséquences de la grossesse précoce

| Connaissance | Effectif | % |
|-------------------------|----------|---------|
| N'en connaît aucune | 35 | 44,87% |
| En connaît au moins une | 16 | 20,51% |
| En connaît plus d'une | 27 | 34,62% |
| TOTAL | 78 | 100,00% |

**Figure 11** : Répartition selon la connaissance des conséquences de la grossesse précoce

4.3.2. Connaissance sur les avortements

Tableau 18 : Répartition selon la connaissance des conséquences de l'avortement provoqué

| Connaissance | Effectif | % |
|-------------------------|----------|---------|
| N'en connaît aucune | 17 | 21,79% |
| En connaît au moins une | 9 | 11,54% |
| En connaît plus d'une | 52 | 66,67% |
| TOTAL | 78 | 100,00% |

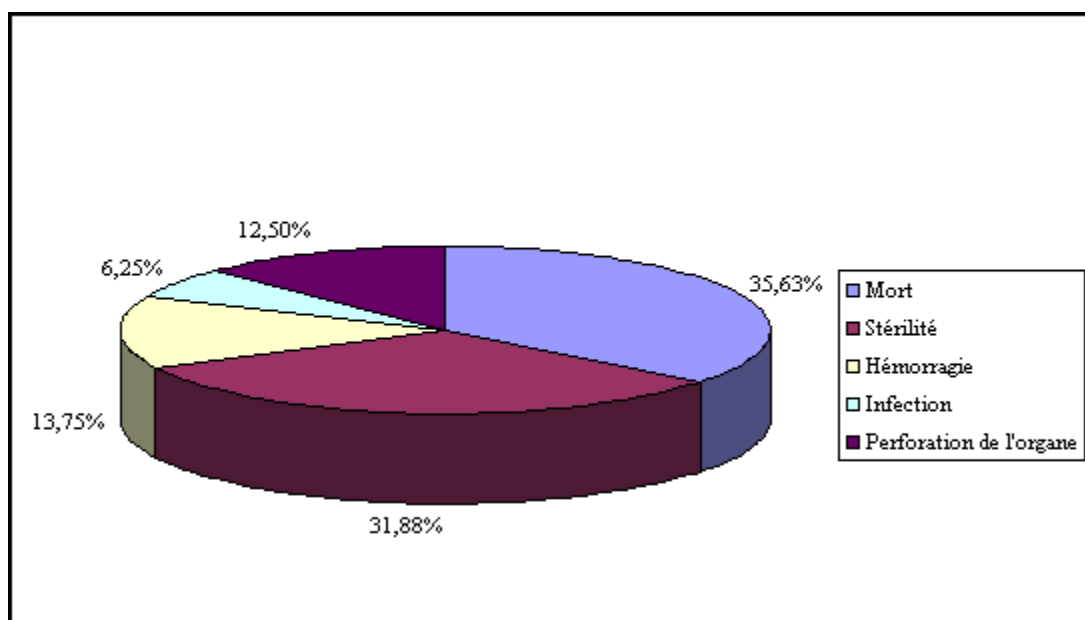


Figure 12 : Répartition des conséquences connues de l'avortement provoqué

4.3.3. Connaissance des moyens de protection contre la grossesse

Tableau 19 : Répartition selon la connaissance des moyens de protection contre la grossesse

| Connaissance | Effectif | % |
|-------------------------|----------|---------|
| N'en connaît aucune | 31 | 39,74% |
| En connaît au moins une | 5 | 6,41% |
| En connaît plus d'une | 42 | 53,85% |
| TOTAL | 78 | 100,00% |

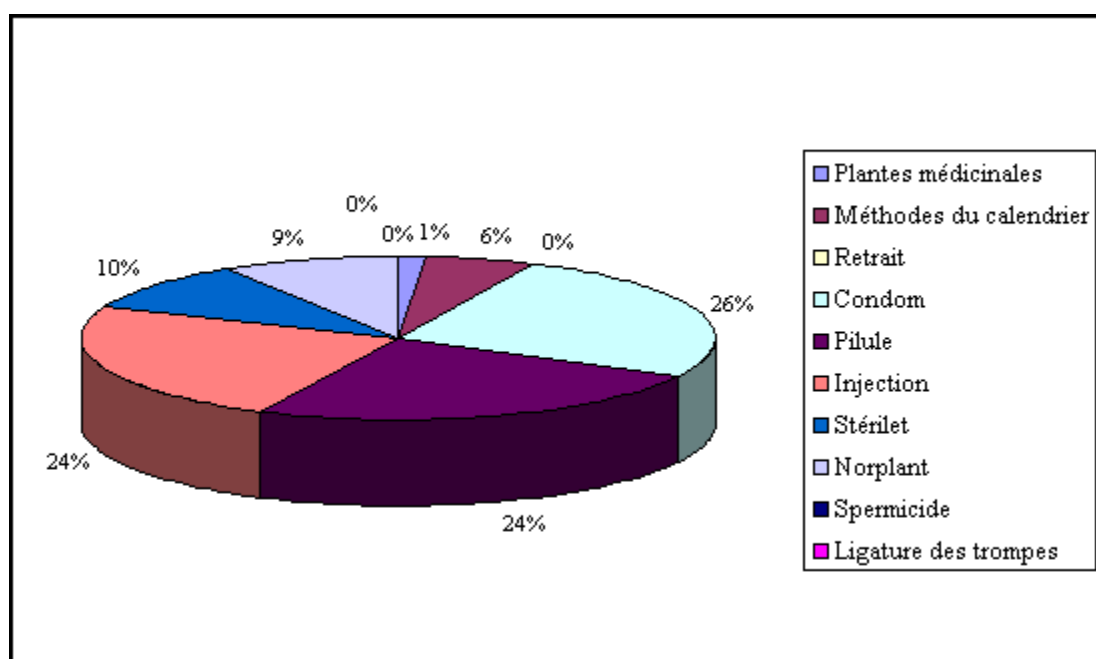


Figure 13 : Répartition des moyens de protection connus contre la grossesse

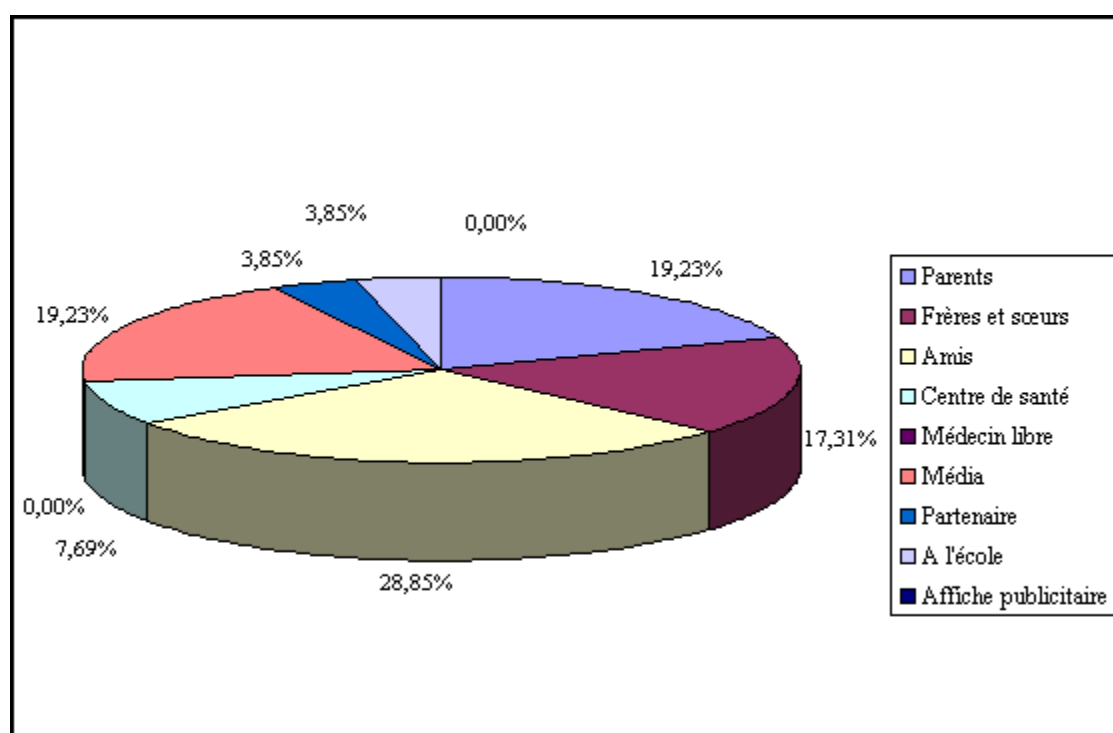


Figure 14 : Répartition des sources d'information en contraception

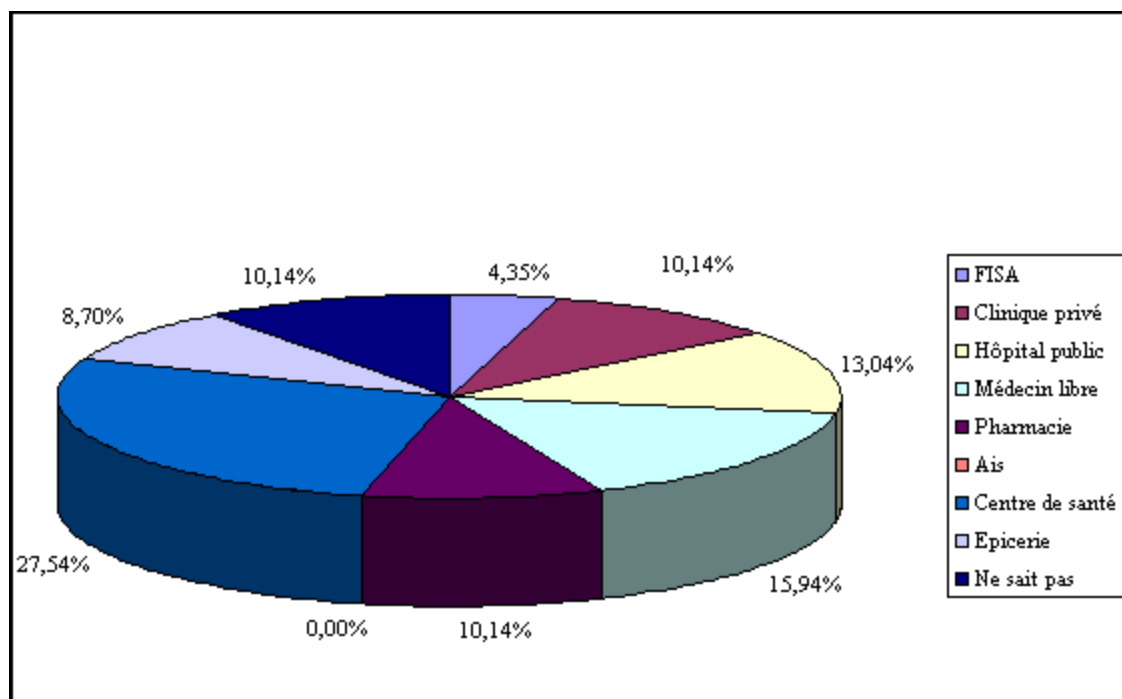


Figure 15 : Répartition des lieux où l'on peut se procurer des contraceptifs

4.4. Attitude face à la grossesse (Année 1999)

Tableau 20 : Répartition selon le mois d'appréhension de la grossesse

| Mois d'appréhension | Effectif | % |
|---------------------|----------|---------|
| Avant 3 mois | 62 | 79,49% |
| Après 3 mois | 16 | 20,51% |
| TOTAL | 78 | 100,00% |

Tableau 21 : Répartition selon la personne-recourue au moment où la grossesse est survenue

| Personne-recourue | Effectif | % |
|--------------------------------------------------------|----------|---------|
| Mère | 32 | 41,03% |
| Autre parent proche (père, frère, sœur) | 1 | 1,28% |
| Partenaire | 41 | 52,56% |
| Ami | 1 | 1,28% |
| Professionnel (personnel de santé, éducation, matrone) | 3 | 3,85% |
| TOTAL | 78 | 100,00% |

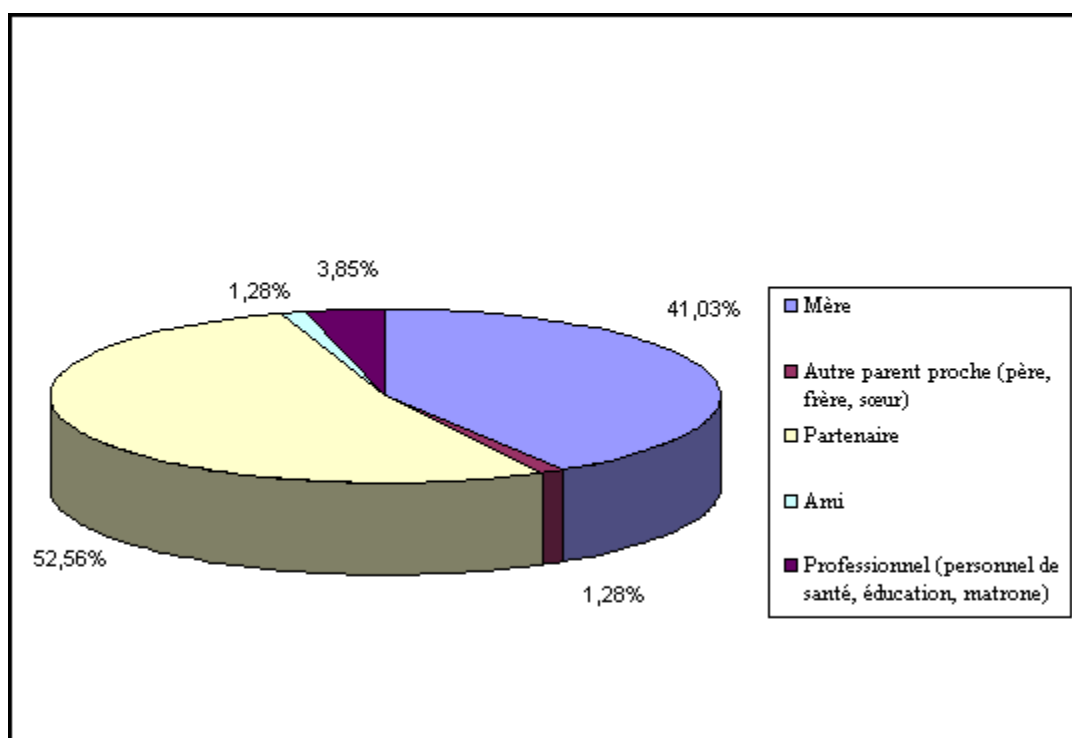


Figure 16 : Répartition selon la personne-recourue au moment où la grossesse est survenue

Tableau 22 : Répartition selon le désir de la grossesse et selon l'état matrimonial au moment où la grossesse est arrivée

| Désir de grossesse | Femmes en union | | Femmes célibataires | |
|----------------------------|-----------------|--------|---------------------|--------|
| | Effectif | % | Effectif | % |
| Désire la grossesse | 56 | 71,79% | 20 | 25,64% |
| Ne désire pas la grossesse | 1 | 1,28% | 1 | 1,28% |
| TOTAL | 57 | 73,08% | 21 | 26,92% |

Tableau 23 : Répartition selon les causes de la grossesse non désirée

| Causes de la grossesse non désirée | Effectif | % |
|-------------------------------------------|----------|-------|
| A cause des études | 0 | 0,00% |
| Ne se sent pas prête à élever des enfants | 3 | 3,85% |
| N'a pas de travail | 0 | 0,00% |
| Rejet par le partenaire | 0 | 0,00% |
| Peur des parents | 0 | 0,00% |
| Peur du "qu'en dira-t-on" | 0 | 0,00% |
| TOTAL | 3 | 3,85% |

Tableau 24 : Répartition selon le désir d'interrompre la grossesse et selon l'état matrimonial au moment où la grossesse est arrivée

| Désir d'interrompre la grossesse | Femmes en union | | Femmes célibataires | |
|----------------------------------------|-----------------|--------|---------------------|--------|
| | Effectif | % | Effectif | % |
| Désir d'interrompre sa grossesse | 2 | 2,56% | 0 | 0,00% |
| Ne désire pas interrompre sa grossesse | 53 | 67,95% | 21 | 26,92% |
| TOTAL | 55 | 70,51% | 21 | 26,92% |

Tableau 25 : Répartition selon la réaction au moment où la grossesse est arrivée chez les célibataires

| Réactions | Effectif | % |
|-------------|----------|--------|
| Regret | 1 | 1,28% |
| Joie | 18 | 23,08% |
| Peur | 2 | 2,56% |
| Honte | 0 | 0,00% |
| Ne sait pas | 0 | 0,00% |
| TOTAL | 21 | 26,92% |

Tableau 24 : Répartition selon le désir d'interrompre la grossesse et selon l'état matrimonial au moment où la grossesse est arrivée

| Désir d'interrompre la grossesse | Femmes en union | | Femmes célibataires | | Total | |
|----------------------------------------|-----------------|--------|---------------------|--------|----------|---------|
| | Effectif | % | Effectif | % | Effectif | % |
| Désir d'interrompre sa grossesse | 2 | 2,56% | 0 | 0,00% | 2 | 2,56% |
| Ne désire pas interrompre sa grossesse | 53 | 67,95% | 21 | 26,92% | 74 | 94,87% |
| N'a pas répondu | 2 | 2,56% | 0 | 0,00% | 2 | 2,56% |
| TOTAL | 55 | 70,51% | 21 | 26,92% | 78 | 100,00% |

Tableau 25 : Répartition selon la réaction au moment où la grossesse est arrivée chez les célibataires

| Réactions | Effectif | % |
|-------------|----------|--------|
| Regret | 1 | 1,28% |
| Joie | 10 | 23,08% |
| Peur | 2 | 2,56% |
| Honte | 0 | 0,00% |
| Ne sait pas | 0 | 0,00% |
| TOTAL | 21 | 26,92% |

NB : Les pourcentages sont rapportés au nombre total des enquêtées

4.5. Pratiques

4.5.1. Pratique face à la grossesse

Tableau 26 : Répartition selon le nombre de consultations prénatales (CPN) (Avril 1999)

| Nombre de CPN | Adolescentes | | Toutes tranches d'âge |
|------------------------------------------|--------------|-------|-----------------------|
| | Nb | % | Nb |
| Première CPN | 78 | 51,3% | 152 |
| Première CPN avant 04 mois | 18 | 24,7% | 73 |
| Au moins une CPN au 3 ^e Trim. | 1 | 0,5% | 185 |
| TOTAL | 78 | 28,3% | 276 |

Tableau 27 : Répartition selon le nombre de consultations prénatales (CPN) (Avril 2001)

| Nombre de CPN | Adolescentes | | Toutes tranches d'âge |
|------------------------------------------|--------------|-------|-----------------------|
| | Nb | % | Nb |
| Première CPN | 24 | 32,9% | 73 |
| Première CPN avant 04 mois | 11 | 23,9% | 46 |
| Au moins une CPN au 3 ^e Trim. | 3 | 2,6% | 114 |
| TOTAL | 84 | 42,2% | 199 |

Tableau 28 : Répartition selon le début des consultations prénatales (Années 1999 - 2001)

| Debut de CPN | 1999 | | 2001 | |
|------------------|----------|---------|----------|---------|
| | Effectif | % | Effectif | % |
| Avant 4 mois | 18 | 23,08% | 11 | 13,10% |
| Entre 4 - 5 mois | 44 | 56,41% | 50 | 59,52% |
| Entre 6 - 7 mois | 15 | 19,23% | 20 | 23,81% |
| Entre 8 - 9 mois | 1 | 1,28% | 3 | 3,57% |
| TOTAL | 78 | 100,00% | 84 | 100,00% |

Tableau 29 : Répartition selon la fréquence des consultations prénatales (Année 2001)

| | | |
|----------------------------|----|--------|
| Une consultation seulement | 54 | 64,29% |
| Deux consultations | 20 | 23,81% |
| Trois consultations | 7 | 8,33% |

| | | |
|----------------------|----|---------|
| Quatre consultations | 3 | 3,57% |
| TOTAL | 84 | 100,00% |

Tableau 30 : Conséquence de la grossesse chez les célibataires au moment où la grossesse est arrivée (Année 1999)

| Conséquence | Effectif | % |
|-------------------------|----------|--------|
| Arrêt des études | 1 | 1,28% |
| Mariage forcé | 11 | 14,10% |
| Rejet par les parents | 2 | 2,56% |
| Rejet par le partenaire | 2 | 2,56% |
| Nécessité de travailler | 1 | 1,28% |
| Aucune | 3 | 3,85% |

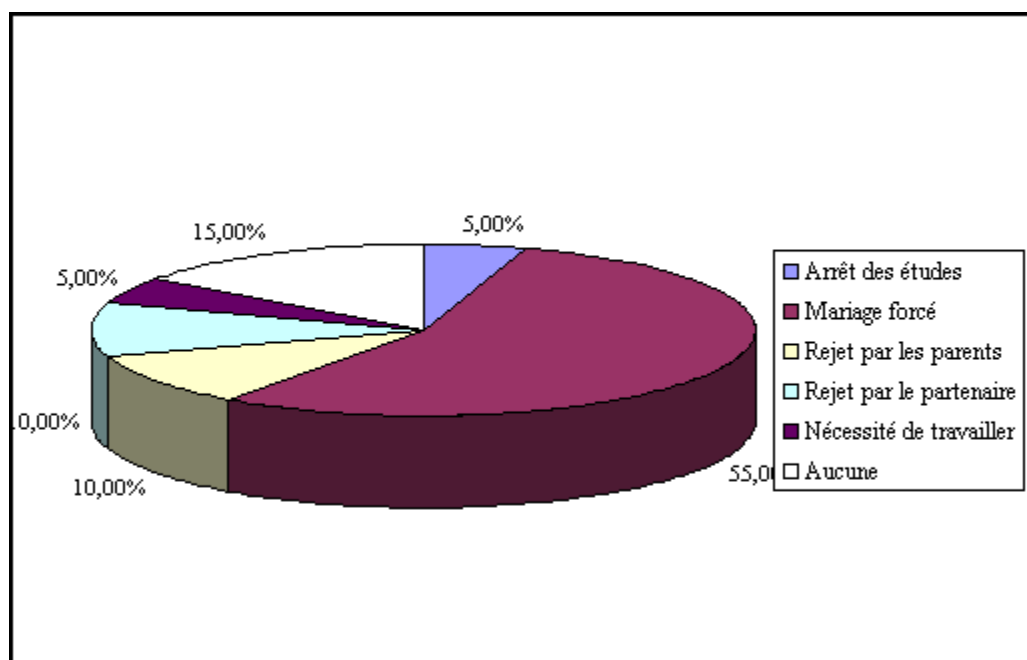


Figure 17 : Répartition des conséquences de la grossesse

4.5.2. Pratique contraceptive (année 1999)

Tableau 31 : Répartition selon l'utilisation d'une méthode contraceptive chez celles connaissant la contraception

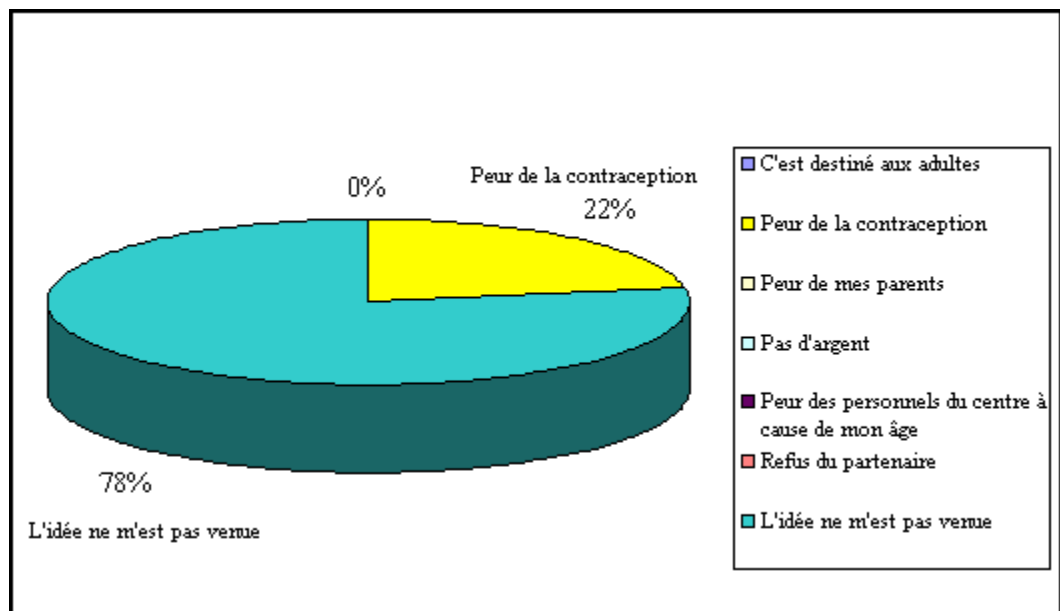
| Utilisation d'une méthode | Effectif | % |
|-------------------------------|----------|--------|
| A déjà utilisé une méthode | 3 | 3,85% |
| N'a jamais utilisé de méthode | 44 | 56,41% |
| TOTAL | 47 | 60,26% |

Tableau 32 : Méthode utilisée

| Méthode utilisée | Effectif | % |
|------------------------|----------|-------|
| Plantes médicinales | 0 | 0,00% |
| Méthodes du calendrier | 0 | 0,00% |
| Retrait | 0 | 0,00% |
| Condom | 0 | 0,00% |
| Pilule | 1 | 1,28% |
| Injection | 2 | 2,56% |
| Stérilet | 0 | 0,00% |
| Norplant | 0 | 0,00% |
| Spermicide | 0 | 0,00% |
| TOTAL | 3 | 6,38% |

Tableau 33 : Durée d'utilisation de la méthode

| Durée d'utilisation | Effectif | % |
|---------------------|----------|-------|
| Moins de 6 mois | 1 | 1,28% |
| Une année | 1 | 1,28% |
| Plus d'une année | 1 | 1,28% |
| TOTAL | 3 | 3,85% |

**Figure 18** : Cause de non-utilisation de méthode contraceptive

4.6. Projets des jeunes enquêtées après l'accouchement

4.6.1. Projet d'utilisation d'une méthode contraceptive après l'accouchement

Tableau 34 : Projet d'utilisation

| Projet d'utilisation | Effectif | % |
|----------------------|----------|---------|
| Oui | 55 | 70,51% |
| Non | 10 | 12,82% |
| Ne sait pas | 13 | 16,67% |
| TOTAL | 78 | 100,00% |

4.6.2. Projet d'avenir

Tableau 35 : Projet d'avenir

| Projet d'avenir | Effectif | % |
|-----------------------------------------|----------|--------|
| S'occuper de son enfant et de son foyer | 85 | 50,30% |
| Poursuivre des études | 8 | 4,73% |
| Apprendre un métier | 4 | 2,38% |
| Travailler | 72 | 42,60% |

TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS

1 : COMMENTAIRES

1.1. Les caractéristiques socio-démographiques

- *L'effectif*

Les adolescentes, enquêtées au CSBII de Mahamasina, en Avril 1999, représentent 21% des femmes venant pour consultations prénatales. Au mois d'Avril 2001, elles constituent les 42,21%.

- *L'âge*

La moyenne d'âge de ces adolescentes est sensiblement la même : 17,43 ans en Avril 1999 et 17,34 ans en Avril 2001.

Les adolescentes de la tranche d'âge 17-18 ans sont les plus nombreuses avec un taux plus faible en Avril 2001 : 51,19% contre 64,10% en Avril 1999.

Les proportions d'adolescentes enceintes, dans les tranches d'âge inférieures, accusent une nette augmentation. Pour les 16-17 ans, le taux passe de 30,77% en Avril 1999 à 41,67% Avril 2001. Pour les 14-15 ans, ce pourcentage est de 5,13% en Avril 1999 contre 7,14% en Avril 2001.

- *L'état matrimonial*

L'union consensuelle est la forme d'union la plus fréquente : 64,10% en Avril 1999 ; 72,62% en Avril 2001.

La bénédiction des parents suffit pour sceller une union, conformément aux rites et coutumes malgaches. Les influences extérieures comme le christianisme, l'occident et l'islam ont apporté des transformations au niveau du mariage. Schématiquement, on distingue quatre formes d'union chez les malgaches (7)

- vady andrana ou vady sakaiza : les amants
- vady vita fomba : mariés selon la tradition, mariage sanctionné par la dot offerte par le mari

- vady vita soratra : mariés par l'état civil

- vady vita eglizy : mariage religieux

26,22% en Avril 1999 et 23,81% en Avril 2001 sont en union légitime.

La grossesse est une des raisons pour contracter une union : les deux tiers des adolescentes encore célibataires en 1999, au moment où la grossesse est survenue, sont passées en union. Seulement 8,97% sont restées célibataires.

La proportion de célibataires en Avril 2001 semble plus faible : 3,57%

• *Le niveau d'instruction*

La majorité des adolescentes ont au moins fréquenté le niveau primaire : 61,54% en Avril 1999 et 71,43% en Avril 2001.

On note quand même un certain taux d'adolescentes sans instruction : 10,26% en Avril 1999 ; 8,33% en Avril 2001

97,4% des enquêtées, en 1999, n'étaient plus en cours d'études au moment où leur grossesse est survenue. L'abandon scolaire constitue une des causes de déperdition scolaire. L'enquête prioritaire auprès des ménages de 2001, essaie de voir les raisons qualitatives, pouvant entraîner l'abandon. Cinq catégories d'abandon ont été identifiées (43)

- les raisons dépendant de l'enfant lui-même (l'enfant veut se marier, veut travailler, infirmité physique)

- les raisons financières

- les causes dépendantes de l'offre (école fermée, manque d'enseignants, école éloignée, programme scolaire : langue d'enseignement ne convient pas, contenu inadapté)

- les autres raisons

Chez les plus pauvres, près de sept enfants sur dix ont une durée de scolarité de cinq ans au plus.

La diminution de la fréquentation scolaire aurait également pour cause l'inefficacité du système scolaire **(44)**

La fréquentation féminine décroît plus rapidement à mesure que le niveau scolaire augmente **(2)** : à 21-24 ans, le pourcentage d'hommes suivant un enseignement est en milieu urbain, deux fois plus élevé que celui des femmes, et en milieu rural, cinq fois plus fort.

Pourtant, le niveau d'instruction des femmes est un élément important de l'amélioration des conditions de vie de la société particulièrement au sein des familles des ménages **(43)**. On constate que leur niveau d'instruction est encore faible : 49,7% de non instruites au niveau national.

- ***La profession***

Ces adolescentes, enceintes sont en grande partie sans ressources financières. 66,7% en 1999 et 59,52% en 2001 sont ménagères. L'insertion des femmes sur le marché du travail est moins fréquente en milieu urbain qu'en milieu rural : moins de 41% des femmes urbaines exercent ou veulent exercer un emploi contre 65% en milieu rural. Les principales raisons, évoquées par les femmes pour ne pas chercher un travail sont **(43)** :

- le manque de qualification requise
- l'objection par une autre personne
- l'ignorance des démarches à effectuer
- d'autres raisons involontaires

1,28% des adolescentes en Avril 1999 et 4,76% des adolescentes en Avril 2001 sont employées de zone franche. Elles reçoivent donc un salaire plus ou moins régulier, mais ne sont pas à l'abri d'un licenciement. Selon, l'EPM 2001, les femmes s'insèrent le plus dans le secteur informel : plus de trois femmes sur quatre y travaillent **(43)**.

Le taux d'activité chez les pauvres est plus important que chez les riches : 68% contre 60,9% et la différence est plus significative en milieu urbain **(43)**.

Les jeunes sans instruction sont souvent moins chômeurs. Ils s'orientent assez vite vers l'apprentissage traditionnel ou trouvent une occupation dans le secteur informel **(45)**.

Les métiers les plus courants qu'exercent, ces adolescentes sont :

- maraîchères : 21,79% et 11,90%
- couturière : 5,13% et 5,95%

Les 5,13% restant 1999 et 17,86% en 2001, s'investissent dans des activités à revenus immédiats mais précaires, taxés par certains auteurs d'"activité de survie" **(45)**. La prolifération des petites activités, conduit à la saturation de la demande et aussi à une diminution de revenus.

1.2. Les antécédents obstétricaux

Deux années séparent l'arrivée de la menarche (14 ans) et l'âge du premier rapport sexuel (16 ans). Celui-ci ne diffère pas beaucoup des chiffres relatés dans les études précédentes **(2), (24)**. Les adolescentes sont généralement consentantes lors du premier rapport sexuel : seulement 3 sur les 78 enquêtées en 1999 disent avoir été forcées sans pour autant préciser si elles avaient été violées ou non.

L'amour est la principale raison qui pousse les adolescentes à accepter les avances sexuelles de leur partenaire **(46)**. Elles cèdent à l'affirmation des garçons « si on aime une personne, on devrait avoir des rapports avec elle » **(11)**.

Ce sont les adolescentes de 15 ans et moins qui sont particulièrement vulnérables aux rencontres sexuelles non désirées. Un certain nombre de facteurs, de nature sociale, éducative et économique, font parfois des jeunes filles des cibles faciles et elles sont forcées d'avoir des rapports sexuels avec leur petit ami, leur professeur ou d'autres hommes en position d'autorité.

Par rapport à l'âge moyen des enquêtées, la grossesse survient une année après le premier rapport sexuel, et dans le cadre de l'union (légitime ou consensuelle) : 73,08% des cas en Avril 1999.

Les femmes les moins instruites, entrent beaucoup plus tôt en union : à 16,3 ans si elles sont sans instruction, à 18 ans pour celles du niveau primaire et plus tard pour celles du niveau secondaire ou supérieur. Elles enfantent aussi beaucoup plus tôt : 53% des adolescentes, sans instruction, ont déjà débuté leur vie féconde contre 37% du niveau primaire et 18% du niveau secondaire ou supérieur. Le niveau d'instruction d'une femme améliore son statut socio-économique. Plus elle est instruite, mieux elle

est préparée physiquement, socialement et économiquement à la grossesse et à l'éducation d'un enfant.

- Dans notre enquête, les premières grossesses sont les plus nombreuses, tout âge confondu : 73,08% en Avril 1999 et 70,24% en Avril 2001, respectivement les deux tiers des adolescentes enceintes du mois.

Les deuxièmes et troisièmes grossesses concernent les tranches d'âge 16-17 ans et 18-19 ans.

- Les grossesses d'adolescentes sont souvent liées à des risques. Ils sont principalement représentés ici par l'avortement spontané et la mort du bébé, quelques jours à quelques mois après la naissance. En 1999, dans la tranche d'âge 16-17 ans, pour les deux adolescentes qui sont à leur seconde grossesse, l'issue de la 1^{ère} grossesse a été pour l'une, la mort de son bébé avant sa première année de vie et pour l'autre, la première grossesse n'est pas arrivée à terme, il y a eu avortement spontané.

Dans la tranche d'âge des 18-19 ans, pour les dix-huit adolescentes, à leur seconde grossesse, pour les premières grossesses, nous dénombrons quatorze naissances vivantes et seulement onze enfants vivants : il y aurait eu 4 avortements spontanés et trois morts en bas âge.

Dans la même tranche d'âge, pour la seule adolescente à sa troisième grossesse, les deux précédentes se sont soldées par des avortements spontanés.

Les schémas sont assez identiques pour les adolescentes à leur seconde et troisième grossesse en 2001.

Dans la tranche d'âge des 16-17 ans, pour les douze adolescentes à leur seconde grossesse et pour la seule qui est à sa troisième grossesse, nous comptons sept naissances vivantes et seulement quatre enfants vivants : il y a aurait quatre nourrissons morts en bas âge et sept avortements spontanés.

Dans la tranche d'âge des 18-19 ans, pour les dix adolescentes à leur seconde grossesse et les deux adolescentes à leur troisième grossesse, nous avons six naissances vivantes et quatre enfants vivants : six enfants sont décédés en bas âge et sept grossesses ont été interrompues spontanément.

Les enfants de mères adolescentes, ont des espérances de vie moins élevées que les enfants dont les mères ont entre 20 et 30 ans. Les taux de mortalité des enfants de mères de moins de 20 ans dépassent 100 décès pour 1000 naissances vivantes : cela veut

dire qu'au moins un enfant sur dix, né d'une mère de moins de 20 ans, mourra avant son premier anniversaire **(1)**.

1.3. Connaissance sur la grossesse

- Soixante dix pour cent des adolescentes ne savent pas à quel moment du cycle menstruel une femme peut tomber enceinte, d'après les résultats obtenus de l'enquête en Avril 1999. Etant donné que la majorité est issue du niveau primaire, ce fait est prévisible : les questions sur la sexualité et la reproduction ne sont pas encore abordées en classes primaires.

Pour celles ayant fourni une réponse exacte (23,08%) ou une réponse approximative (15,38%), la principale source d'information est représentée par les parents 33,77%. Celles qui ont été informées à l'école, 22,08%, sont sûrement celles du niveau secondaire.

Les amis, 9,09% sont un réseau d'information, beaucoup plus important que les centres de santé, 3,90% ou les médecins 1,30%.

L'existence de services adaptés uniquement aux adolescents, serait de rigueur pour vaincre leur réticence à venir s'informer quant aux questions relatives à la sexualité et à la reproduction 67,5% des enquêtées, situent l'âge idéal à la première grossesse avant l'âge de 20 ans. Cela démontre également le niveau insuffisant de connaissance concernant la procréation. Déjà les poids des traditions retiennent les femmes dans le rôle de la reproduction, même si cela doit se faire à un âge précoce et engendrer un certain nombre de grossesse. Le nombre d'enfants représente assurance et sécurité pour la vieillesse, fierté pour l'homme, pour la femme autorité et respect au sein de la société, assurance et sécurité des biens et des terres **(25)**.

- La grossesse précoce peut être à l'origine de complications : 20,51% des enquêtées connaissent au moins une complication à la grossesse précoce 34,62% en connaissent plus d'une. Dystocie 33%, accouchement prématuré 21% et avortement spontané 16% sont les complications les plus connues par les enquêtées. Vient ensuite, la possibilité pour la jeune mère de mourir : 14%. Morbidité maternelle et risque de maladies néonatales (respectivement 6%) mortalité infantile 2%, petit poids à la

naissance et arrêt de croissance pour la mère (1% respectivement), sont moins bien connus.

Les jeunes adolescentes sont moins bien informées, moins bien expérimentées. Elles manquent de ressources et d'information concernant la grossesse. La plupart tiennent leur savoir de leurs mères qui forcément ne sont pas plus instruites qu'elles.

1.4. Connaissance sur l'avortement provoqué

La plupart des enquêtées savent que subir un avortement est à l'origine de risques : 66,67% connaissent plus d'une conséquence à l'avortement provoqué.

La mort est la complication la plus connue : 35,63% ; vient ensuite la stérilité : 31,88% ; l'hémorragie : 13,75% ; la perforation de l'organe : 12,50%. L'infection est la conséquence la moins connue : 6,25%.

Selon les jeunes, l'accouchement provoqué ne serait que le dernier recours face à la grossesse non planifiée et seulement s'il n'y avait pas d'autres issues **(26)**.

La principale raison qui incite les jeunes à avorter serait l'abandon par le partenaire. Ces jeunes filles seraient surtout des célibataires ou des femmes en situation matrimoniale précaire **(7)**.

Les avortements provoqués sont le résultat d'une activité sexuelle élevée, associée à un certain refus de la contraception.

Selon le rapport de l'OMS, un tiers des avortements provoqués est pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité et dans un climat social et légalement hostile, aboutissant à quelques 135 à 275 décès chaque jour. L'avortement à risque constitue l'un des grands problèmes de santé négligés dans les pays en développement et une préoccupation sérieuse pour les femmes au cours de leur vie reproductive **(47)**.

Le soulagement serait le principal sentiment éprouvé après l'acte, mais il est teinté de honte, de regret et aussi d'un sentiment de culpabilité en partie parce que l'avortement provoqué est condamné par la société **(47)**.

1.5. Connaissance des moyens de protection contre la grossesse

- Cinquante quatre pour cent des enquêtées connaissent plus d'une méthode pour se protéger contre la grossesse et 6,41% ne connaissent qu'une méthode.

- Les méthodes modernes sont les plus connues : condom 21%, pilule 20% et injections 20%.

- La connaissance de méthodes classiques est très faible : 5% seulement des adolescentes ont pu citer la méthode du calendrier et 1% ont évoqué les plantes médicinales comme méthodes contraceptives.

- L'enquête démographique et de santé 1997 montre une amélioration de la connaissance des méthodes contraceptives, quelque soit la méthode : entre 1992 et 1997, la connaissance des méthodes modernes est passé de 57 à 68% pour toutes les femmes et de 45 à 46% pour les méthodes traditionnelles **(2)**.

- L'enquête prioritaire 2001 révèle que dans l'ensemble du pays, 56,4% des femmes savent ce qu'est la planification familiale. 29,3% ne la connaissent pas et 14,2% ne se sont pas prononcées **(43)**. Le taux de connaissance varie de 75,8% (Antananarivo) à 36% (Toliara). A Toliara, Fianarantsoa et Mahajanga, ce taux de connaissance est inférieur à 50%. Il diminue au fur et à mesure que le milieu s'éloigne des grands centres : 84,7% dans la capitale, 79,03% dans les grands centres urbains, 67,6% dans les centres urbains secondaires et 49,7% dans le milieu rural.

Selon l'âge, ce taux de connaissance est au dessus de la moyenne sauf pour les deux extrêmes des tranches d'âge, avec des taux de 44,7% chez les adolescentes et 55,5% chez les femmes de 45-49 ans.

- les sources d'information en méthodes contraceptives sont représentées en grande partie par les amis : 28,85%. Viennent ensuite média, parents et amis : 19,23%.

Ces résultats montrent l'influence des amis et semblables sur les adolescents. L'information ou l'éducation par les pairs est soutenue par les jeunes. « ce sont les jeunes du même âge qui se consultent ... » **(26)**.

Dans l'enquête connaissance-attitude-pratique, en matière de santé de la reproduction des jeunes, la majorité des parents sont d'accord pour informer les adolescents sur l'utilisation de méthodes contraceptives. Ils voudraient que l'information se fasse surtout à partir de 15 ans. Ce sont surtout les parents de sexe

féminin qui affirment pouvoir informer leur enfant **(72%)**. Les autres avancent le manque de connaissance 18%, 8% la pudeur ou le tabou et le reste la crainte d'inciter les jeunes à la débauche.

Les centres de santé constituent les lieux les plus cités pour se procurer des contraceptifs : 27,54% des réponses. En second lieu, les médecins libres 15,87% puis les hôpitaux publics 13,04%. Cliniques privées et pharmacies se partagent la côte : 10,14%

Il faut noter un certain pourcentage d'adolescentes 10,14%, qui, même si elles connaissent l'existence de la contraception, ne savent pas où elles peuvent s'en procurer.

1.6. Attitude face à la grossesse

Environ 20,51% des adolescentes ne se sentent sûres qu'elles sont enceintes que le troisième mois de l'arrêt de leurs règles. Il faut noter le fait que certaines adolescentes ne veulent pas se rendre à l'évidence. « Cela n'arrive qu'aux autres », « je suis trop jeune pour tomber enceinte », « on ne peut pas tomber enceinte sans rapports sexuels réguliers » **(34)**.

- Leur partenaire est leur principal recours lorsqu'elles tombent enceintes : 52,56%. Ce qui est normal puisque 73,08% étaient déjà en union au moment où leur grossesse est survenue. Mais on note quand même quelques 41,03% d'adolescentes qui informent leur mère en premier lieu, mariées ou non.

Le soutien apporté par l'entourage peut avoir une influence essentielle. Une étude menée à Baltimore **(11)** a montré que les adolescentes enceintes bénéficiant de l'aide d'un parent ou d'un autre adulte pour la prise de décisions importantes, de même que celles peu nombreuses, n'ayant pas consulté un parent, étaient plus satisfaites avec leur choix de continuer ou d'interrompre leur grossesse que celles dont les parents n'approuvaient pas la décision.

Quel que soit l'état matrimonial au moment où la grossesse est survenue, la grande majorité des adolescentes l'ont désiré. Une étude faite à Fortaleza, au Brésil **(11)** par Family Health International sur 519 adolescentes âgées de 12 à 18 ans, ayant consulté les services hospitaliers pour des soins prénatals ou des soins d'urgence pour des cas liés à un avortement, révèle qu'une adolescente sur cinq aurait répondu « oui » à

deux questions séparées, si elle avait souhaité tomber enceinte au moment où elle l'est devenue et si elle aurait préféré repousser la période de la grossesse.

L'infime pourcentage d'adolescentes, 1,28% ayant déclaré ne pas désirer leur grossesse, ont invoqué la raison qu'elles ne se sentaient pas prêtes à assumer la responsabilité d'élever un enfant.

- Trois pour cent des femmes en union ont éprouvé la tentation d'interrompre leur grossesse. La peur des conséquences de l'avortement provoqué les a sûrement retenues.

- la joie est la principale réaction des adolescentes célibataires au moment où leur grossesse est survenue : 23,08% des réponses. Seulement 1,28% ont éprouvé du regret et 2,56% de la honte.

1.7. Pratique face à la grossesse

- En Avril 1999 ; les CPN d'adolescentes constituent :

- 28,3% des CPN totales

- 51,3% des premières CPN

- 24,7% des premières CPN avant le quatrième mois

- 0,5% des consultations prénatales « au moins une » pendant le troisième trimestre de la grossesse

- En Avril 2001, les CPN d'adolescents représentent

- 42,2% des CPN du mois

- 32,9% des premières CPN

- 23,9% des premières CPN avant le quatrième mois

- 2,6% de celles qui viennent au moins une fois pendant le dernier trimestre.

- le début des CPN survient également entre le quatrième et cinquième mois de la grossesse 56,41% des cas en Avril 1999 et 59,52% des cas en Avril 2001.

Le pourcentage d'adolescentes ayant commencé les CPN avant le quatrième mois a diminué : 23,08% en Avril 1999 contre 13,10% en Avril 2001.

Le taux de consultations tardives connaît une légère augmentation : 19,23% en Avril 1999 contre 23,81% en Avril 2001 ont débuté leur CPN entre le sixième et septième mois de grossesse.

1,28% en Avril 1999 contre 3,57% en Avril 2001 ont commencé leur CPN au neuvième mois de grossesse.

- Seulement 3,57% des adolescentes en Avril 2001 ont bénéficié de quatre CPN. La majorité, 64,29% n'ont fait qu'une CPN. Pourtant, les CPN permettent de détecter les anomalies qui peuvent subvenir pendant la grossesse afin d'éviter un avortement ou une fausse couche et de référer les femmes à un niveau plus spécialisé. La femme doit le faire au moins quatre fois et régulièrement au cours de la grossesse. Les femmes pauvres ont beaucoup moins accès à ce service que les femmes riches **(43)** 45,0% de ces femmes font une CPN contre 85,4% des femmes riches.

Les femmes pauvres courent un risque plus élevé de ne pas aboutir à un accouchement naturel. Selon l'Enquête Prioritaire auprès des Ménages 2001 parmi les femmes qui ont eu une CPN et en enlevant celles qui sont enceintes durant l'enquête, 92% ont vu leur grossesse se terminer par un accouchement naturel contre 73% pour celles qui ne l'ont pas reçu.

De plus, la probabilité que la grossesse aboutisse à un mort-né ou à une fausse couche est multipliée par trois au cas où la femme enceinte ne reçoit pas une CPN.

L'accueil réservé aux adolescentes peut également freiner leur ardeur à jouer des CPN. Des raisons pécuniaires peuvent également constituer un obstacle pour ces adolescentes. Lalao, 16 ans, dans son histoire vécue « Mon expérience » raconte : « Arrivée là-bas et en attendant mon tour, je n'ai entendu parler que d'allaitement maternel ainsi que d'espacement de naissance Je suis restée jusqu'à ce qu'une autre sage-femme me reçoive. Elle m'avait recommandée de venir un mois plus tard. Or pour des raisons pécuniaires, j'ai été dans l'impossibilité de revenir jusqu'à mon accouchement. Je ne me suis pas sentie à l'aise auprès de cette femme car elle m'avait plus ou moins mal reçue lors de ma visite. Je ne sais pas si c'est parce qu'elle me jugeait trop jeune pour avoir un enfant, ... En tout cas, son accueil glacial et cassant m'a enlevé toute envie de revenir » **(48)**.

La distance entre le Centre de santé et le domicile ainsi que le poids des traditions fortement ancré chez les femmes à niveau d'éducation moindre peut favoriser

le penchant pour les matrones et accoucheuses traditionnelles ou guérisseurs traditionnels.

Le manque d'expérience, de ressources et d'informations des adolescentes sur les soins prénatals et l'accouchement, les exposent encore plus à des risques lorsqu'elles ne se font pas suivre au cours de la grossesse (49).

- Chez les célibataires, la grossesse a motivé l'entrée en union : 14,10%. Elle a entraîné également l'arrêt des études : 1,28% des cas, le rejet par les parents : 2,56% ; le rejet par le partenaire : 2,56% : la nécessité de travailler : 1,28%, dans 3,85% des cas les adolescentes disent que la grossesse n'a eu aucune conséquence sur leur vie. La grossesse réduit pour les adolescentes, les chances d'obtenir leur autonomie avant d'aborder leur vie de couple.

1.8. Pratique contraceptive

Même si le pourcentage d'adolescentes connaissant la planification familiale est élevé, de l'ordre de 60,25%, le taux d'utilisation de la contraception est faible. Seulement ; 3,85% des enquêtées avouent avoir déjà utilisé une méthode contraceptive.

La reconnaissance de l'utilité de la planification familiale est faible à Madagascar (43) : seulement 46,4% des femmes enquêtées lors de l'Enquête Prioritaire auprès des Ménages 2001, connaissent l'utilité de la contraception. Tous les faritany autres qu'Antananarivo ont un taux inférieur à 50%.

Les méthodes utilisées par ces adolescentes sont les méthodes modernes : pilules 1,28%, injections 2,56%.

La durée d'utilisation n'a pas dépassé deux ans.

L'EDS 1997 révèle une utilisation plus marquée des méthodes traditionnelles chez les adolescentes. Moins de 5% des adolescentes mariées ou célibataires utilisent le condom alors que l'utilisation des méthodes traditionnelles est relativement élevée chez les célibataires sexuellement actives (1).

Andriamasy N., dans son étude sur la planification familiale au niveau des écoles dans la ville de Toliary, révèle que la méthode contraceptive la plus utilisée par les élèves, est la méthode naturelle : 57,17% des cas (50).

Le recours aux méthodes traditionnelles, expose les adolescentes aux risques de grossesse, d'avortement provoqué et d'IST VIH.

Si les adolescentes connaissent la contraception mais n'y ont jamais eu recours, la principale raison évoquée est que l'idée ne leur est pas venue : 78% des réponses. La peur des effets de la contraception constitue la seconde réponse 22%.

Le célibat comme motif de non utilisation de la planification familiale se pose surtout dans les groupes d'âge de 15 à 19 ans et 20 à 24 ans **(43)**. Les célibataires dans ces catégories d'âge correspondraient à l'état de célibat dans le sens propre du terme et seraient représentées par des jeunes non mariées.

Des enquêtes indiquent que 12 à 42% des adolescentes mariées dans les pays en développement affirment qu'elles préféreraient espacer ou limiter le nombre de naissances mais ne pratiquent pas le planning familial **(49)**. Si les adolescentes sexuellement actives et non mariées étaient incluses dans les enquêtes, le pourcentage de besoins non satisfaits serait certainement supérieur.

1.9. Projets des jeunes enquêtées après l'accouchement

Les femmes enceintes, en fréquentant les services de santé maternelle, bénéficient de séances d'information et d'éducation pour la santé concernant la grossesse, l'alimentation de la femme enceinte, l'importance des consultations prénatales et l'intérêt de la vaccination antétanique.

Au cours de ces séances, sont également évoquées les méthodes de planification que la jeune femme pourrait utiliser après son accouchement.

Soixante et onze pour cent des enquêtées en Avril 1999 ont accepté l'idée d'utiliser une méthode contraceptive après l'accouchement,

12,82% ont été catégoriques dans leur refus de la PF,

16,67% sont restées indécises.

- A la question, que comptaient entreprendre les enquêtées après l'accouchement la moitié des réponses a été de s'occuper de son enfant et de son foyer : 50,30%. Travailler occupe la seconde place : 42,60% des réponses. Très peu d'adolescentes désirent poursuivre des études ou apprendre un métier : 4,73% et 2,37%.

Ces réponses semblent conforter la femme dans son rôle traditionnel, lui laissant peu de chances d'autonomie et de meilleur emploi.

2 : SUGGESTIONS

Quatre points sont essentiels pour améliorer la santé de reproduction et la santé sexuelle des jeunes et adolescentes. Il faut :

- retarder la première expérience sexuelle
- repousser l'âge à la première grossesse
- expliquer aux adolescentes, l'importance des visites prénatales
- reporter pour plus tard la seconde grossesse

2.1. Retarder la première expérience sexuelle

Le message est destiné directement aux adolescents. Il doit être clair et facile à comprendre : utiliser le langage approprié, le réseau d'information adéquat.

➔ Dès le début de la puberté, expliquer les transformations qui vont subvenir : transformations physiques, psychiques et sociales.

- La mère est un réseau d'information non négligeable : ses relations avec son enfant, pendant cette période, sont encore privilégiées.

- L'école constitue un autre réseau, de préférence dès la classe de huitième car la puberté devient plus précoce surtout en milieu urbain et que l'abandon scolaire survient généralement après la classe de septième.

- La formation de tous les enseignants, en éducation à la vie familiale, pour les classes de huitième et de septième, s'avère primordiale.

➔ Au milieu de l'adolescence, promouvoir un comportement sexuel sain et responsable :

- Apprendre aux jeunes à se respecter mutuellement
- Apprendre aux jeunes à faire le bon choix : leur expliquer les risques et les conséquences d'un rapport sexuel non protégé.

- Encourager les mouvements des jeunes (sportives ou autres) qui permettent des activités saines et responsables
- Au cours des spectacles et loisirs qui attirent bon nombre d'adolescents il ne faudrait jamais oublier de distribuer des prospectus qui préviennent des dangers d'une activité sexuelle non protégée.
- Encourager les parents à s'impliquer et promouvoir la communication et l'interaction entre les adultes et les jeunes.

2.2. Repousser l'âge à la première grossesse

Le message est surtout destiné à l'adolescente et à la communauté

- Offrir des services de santé intégrés aux adolescentes, y compris des informations et des services de PF pour les adolescentes ayant des rapports sexuels
 - Offrir des services de santé accessibles aux adolescentes qui respectent la confidentialité et la vie privée des jeunes et leur fournissent des informations pour qu'ils agissent en connaissance de cause.
 - Eliminer toutes formes de violence envers les femmes et mettre fin à l'exploitation sexuelle des femmes
 - Apprendre à la jeune fille à avoir l'estime de soi : lui apprendre à dire non aux avances sexuelles du garçon ou à négocier l'usage du préservatif
 - Valoriser le statut des adolescentes : promouvoir l'accès des femmes à l'autonomie en améliorant l'accès des adolescentes à l'éducation permanente, à l'enseignement scientifique et technique
- favoriser les initiatives qui permettent
- aux jeunes filles ayant abandonné l'école d'obtenir une formation qualifiante
- Mais aussi, impliquer les hommes dans la décision de repousser la première grossesse, surtout dans les cas de mariage précoce. La stabilité financière des couples est indispensable pour la venue d'un bébé
 - Il faut agir à travers les activités et loisirs des jeunes : hira gasy, spectacles en plein air, salles de vidéo, rencontres sportives, mass-media, lieux de travail, assemblées religieuses.

2.3. Expliquer aux adolescentes enceintes, l'importance des CPN

- La qualité du premier accueil de l'adolescente enceinte lors de sa venue au centre est importante car motive le suivi de sa grossesse. Peut-être, regrouper les CPN d'adolescentes avant ou après celles des adultes pour qu'elles se sentent plus à l'aise entre elles.
- Le contenu de l'éducation pour la santé sur l'importance des CPN doit être court et clair mais bien explicite. Il faudrait apprendre aux jeunes adolescentes les signes de risques pour qu'elles puissent agir en conséquence.
- Si possible, former des éducateurs de même niveau social pour mieux atteindre ces adolescentes enceintes lors de leur venue au centre
- Impliquer également leur partenaire dans le bon déroulement de la grossesse dans la reconnaissance des signes de risque et de la conduite à tenir devant ces signes.

2.4. Reporter pour plus tard, la seconde grossesse

Le message ne concerne pas uniquement la jeune femme, mais également son partenaire et la communauté.

- Œuvrer pour faire évoluer le comportement de la communauté en faveur des grossesses espacées et peu nombreuses : promouvoir le PF. Les besoins non satisfaits en contraception sont plus élevés chez les adolescentes, mariées ou non, que dans les autres tranches d'âge.
- Faire impliquer les hommes est ici primordial à cause de leur place au niveau de la famille, de la communauté. Il est important d'informer et conseiller les hommes en matière de sexualité et de la reproduction.
- Offrir des services de santé accessibles aux hommes pour qu'ils agissent en connaissance de cause, les conscientiser sur le danger des grossesses trop rapprochées et trop nombreuses sur la santé de leur femme.

CONCLUSION

La fécondité des adolescentes est un fait particulièrement fréquent à Madagascar, la majorité des adolescentes de 18 ans ont déjà un enfant ou en attendent un selon la dernière enquête de démographie et de santé.

A travers l'enquête prospective, faite au CSB II de Mahamasina, concernant les connaissances attitudes pratique des adolescentes sur la grossesse, en Avril 1999, nous constatons que les adolescentes ne sont pas prêtes à affronter leur santé de reproduction et sexuelle.

Sur les 78 enquêtées, le pourcentage ne sachant pas à quel moment du cycle menstruel, la femme peut tomber enceinte n'est pas négligeable, 60,26%. Si la connaissance des moyens de protection contre la grossesse semble élevée 62,26%, la pratique contraceptive est très faible 3,85%.

Les réseaux de communication, essentiellement la mère et les amis ne sont pas des sources sûres. La mère ne possède généralement pas un niveau d'instruction plus élevé que sa fille, les amis ont le même niveau de connaissance.

D'autre part, les adolescentes ne sont pas conscientes des risques qu'elles peuvent courir durant leur grossesse et leur accouchement. Elles consultent généralement à partir du quatrième, cinquième mois de grossesse : 56,41% des enquêtées. Elles ne peuvent alors bénéficier des consultations complètes et régulières. L'étude rétrospective, sur les fiches de consultations prénatales du mois d'Avril 2001, confirme ce fait. Seulement 13,10% des adolescentes enceintes sur les 84 fiches recensées consultent avant le troisième mois. Nous remarquons également que le pourcentage qui bénéficie de quatre consultations prénatales nécessaires est faible : 3,57%.

Les grossesses des adolescentes, à travers les quartiers défavorisés du Firaisana IV constituent un problème majeur pour la société. Elles concourent à élever la croissance démographique, elles entravent le développement socio-économique.

Les adolescentes ne sont pas les seules concernées . Tous, doivent œuvrer ensemble pour y remédier. L'information, la sensibilisation de tout un chacun s'avère indispensable.

Le point de départ est avant tout la cellule familiale, référence généralement de choix pour chaque adolescent. La mère, nous l'avons vu constitue un réseau de communication non négligeable. Elle devrait être la première à sensibiliser ses enfants sur les dangers d'une activité sexuelle précoce. Il faut pouvoir l'atteindre à travers ses activités (professionnelle ou autre) où à travers les associations de femmes. Dans la mesure du possible, la communication interpersonnelle serait idéale.

La responsabilité familiale ne doit pas incomber à la mère seule. La société malgache place le père, en tant que Chef de famille et décideur. Il devrait avoir la possibilité de débattre des questions de sexualité, sans contrainte avec ses enfants. Il ne faudrait pas minimiser l'information et la sensibilisation du père, en matière de SRA. Tout comme la mère, l'atteindre à travers toutes ses activités. Les jeunes ne cherchent certainement pas à ce que leurs parents leur fassent la morale : ils ont besoin de leurs aide et conseils pour devenir responsables.

L'information et la sensibilisation des jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive, doivent commencer le plus tôt possible : le pourcentage de jeunes abandonnant leurs études avant la fin du cycle primaire est encore élevé. La mise en place de service de SRA dans les Collèges et Lycées devrait être vulgarisée, surtout dans les campagnes, les provinces où l'information fait le plus défaut. Il nous semble nécessaire que des séances régulières d'information soient dispensées par des personnes ayant compétence au niveau de ces établissements pour permettre aux jeunes de s'exprimer et d'exposer leur problème.

La communauté n'a pas moins son rôle à jouer. Il faut qu'elle soit sensibilisée sur le fait que certaines traditions sont néfastes à la santé des jeunes : les mariages précoces qui engendrent grossesse précoce, grossesses rapprochées et nombreuses et par conséquent la pauvreté. La communauté doit aussi comprendre qu'il faut donner les mêmes chances d'éducation aux filles et aux garçons, offrir à la jeune fille en cas d'abandon des études, les chances d'une autonomie professionnelle et financière. C'est aussi au niveau de la communauté que doivent évoluer certaines mœurs : faire prendre conscience aux hommes de leur responsabilité vis à vis de l'acte sexuel et de leur partenaire pour que ne se pose plus le vieux dicton : « Ny lehilahy kapain-tsy hita fery ».

Les informations et la sensibilisation ne concernent pas uniquement la prévention des risques de l'activité sexuelle précoce. Devant la grossesse de l'adolescente, il faut conscientiser la jeune femme et son entourage immédiat sur l'importance et la nécessité des consultations prénatales pour que la grossesse puisse se dérouler sans incidents.

Informar sur les signes des risques pour que la jeune femme puisse être transportée à temps en milieu adéquat.

L'éducation à la vie familiale, la promotion de la planification familiale adaptée aux besoins des jeunes et adolescents sont les facteurs indispensables à prendre en compte pour donner aux jeunes la possibilité de gérer sainement leur vie sexuelle et reproductive.

Pour ce faire, les médias sont très importants pour diffuser l'information et la sensibilisation : émissions destinées aux jeunes, débats réunissant jeunes, parents et spécialistes en la matière.

Les institutions politique, religieux, traditionnelles ont aussi leur rôle à jouer.

Les communications interpersonnelles par les pairs éducateurs, par mobilisation d'équipe sanitaire peuvent aussi y parvenir.

L'utilisation des artistes en matière de sensibilisation a fait ses preuves.

Bref, tout doit être mis en œuvres pour protéger nos jeunes et leur permettre de vivre sainement leur santé sexuelle et reproductive.

BIBLIOGRAPHIE

1. POPULATION REFERENCE BUREAU, Données et graphiques sur la sexualité et la santé de la reproduction, Measure Communication, Washington, 2001 : 11-17, 25-30, 39-41
2. ANDRIAMANJAKA J.H, RANDRETSIA I, fécondité in Enquête démographique et de santé, INSTAT MACRO INTERNATIONAL Madagascar, 1997 : 33-46,
3. REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DE MADAGASCAR. Stratégie d'actions politique nationale de population pour le développement économique et social, RDM, Antananarivo 1990 ; 90-030 : 8
4. IPPF VISION 2000, Santé sexuelle et reproductive. Planification familiale : mettre les promesses en pratique, IPPF, Londres, 1995 : 8-12
5. FAMILY CARE INTERNATIONAL, Engagements concernant la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction pour tous, Smart Design Inc, New York, 1995 : 16-24
6. UNICEF, Possibilités et disparités éducatives entre fillettes et garçons à Madagascar, Fivoarana sy Fomban-drazana., UNICEF, Antananarivo 1991 : 133-146
7. RANJALAHY RASOLOFOMANANA J., VOLOLONIRINA R., ANDRIATSARAFARA R., RAVELOARIMANGA M, La santé et le développement des adolescents et des jeunes à Madagascar. OMS, Antananarivo , 1999 : 15-31
8. RANJALAHY RASOLOFOMANANA J. RAKOTO-RABARIJOHN N., RARIVOSON B. et collaborateur, Symposium national sur la santé de la reproduction, Rapport technique 11 au 15 Août 1997 à Toamasina. Ministère de la Santé/FNUAP, 1997 : 1-30, 1-176
9. Ministère de la santé, Déclaration Politique nationale en santé de la reproduction, MINSAN, Antananarivo, 2000 : 83
10. POPULATION REFERENCE BUREAU Qui sont les jeunes ? in La Jeunesse du monde 2000, Measure Communication, Washington 2000 : 2,8,13
11. NETWORK EN FRANÇAIS. La santé reproductive des adolescents. Family Health International, New York, Printemps 1997 ; 17 ; 3 : 9-29

12. ORGANISATION MONDIALE DU MOUVEMENT SCOUT. Région Afrique les étapes de la vie, in Manuel pour l'éducation à la vie familiale, OMS, Genève, 1959 : 142-143
13. UNESCO, L'éducation en matière de population, – L'éducation sexuelle. Division des sciences de l'éducation , UNESCO, Paris, 1988 : 14-19
14. PIERSON M. La maturation pubertaire : croissance et développement sexuel. Aspects cliniques. Puberté, La Revue des praticiens, Paris, 1989 : 19,36
15. CLAUDE L, PATRICIA D. La psychologie de l'enfant et de l'adolescent à la portée de tous. Privat, Paris, 1999 : 37,42
16. ROSS C, L'adolescent. Le défi et l'amour inconditionnel. How to really love your teenager. Herford, Angleterre, 1990 : 32,36
17. OMS, Programme de santé des Adolescents. Formation aux techniques de conseil, en sexualité, procréation et santé des adolescents. OMS, Genève, 1993 : 23-26
18. LEGRAIN G., DELVOYE P., RANJALAHY RASOLOFOMANANA J. La santé de la reproduction. Pratique opérationnelle. Hatier, Paris, 1994 : 192-203
19. OMS, Rapport sur la santé dans le monde 1998. la vie au 21^è siècle, une perspective pour tous, OMS, Genève, 1998 : 83-94
20. OMS, Région Afrique. Santé de l'adolescent : stratégie de la région africaine. Genève, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, Brazaville, 2001 : 2-4
21. . UN AGE TRANSITOIRE. Le monde se penche sur la question de l'adolescence, Advocate for youth, Washington, 1995 ; 14 : 7-13
22. DÉMOGRAPHIC AND HEALTH SURVEYS. La capitale malgache en transition démographique, Macro international INC, Colverton, Maryland USA, 1999 : 41-54
23. RAKOTOMANGA F. P. Santé Reproductive : connaissance – attitude – pratique des élèves du niveau secondaire du V^e Arrondissement d'Antananarivo-Ville. Thèse en médecine, Antananarivo, 2001, 56 52
24. FELLY T. Etude de la prostitution infantile dans la ville de Tuléar. Thèse en médecine, Antananarivo, 2001, 56 90.
25. MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION. FNUAP Projet MAG,. Recherches qualitatives IEC/PF, Rapport de synthèse, Version finale FOCUS, Antananarivo, FNUAP 1996 ; 95PO2 : 89
26. RAZANAMPARANY M. et Coll, Etude sur les Connaissance, Attitude, Pratique en matière de Santé de la reproduction des jeunes, Pré-projet MAG, Antananarivo, 1996 ; 95PO2 : 24,83

27. PSI MADAGASCAR, Les jeunes hommes adolescents et le rapport sexuel non protégé au Kenya, Journal Le Mensuel. Antananarivo, 2002 ; 4
28. RANDRIANIRINA F. J, GONZALES J., CAP Relatives aux MST/SIDA et comportements sexuels des jeunes et des groupes à risques d'Antsiranana et de Sainte Marie, Rapport d'analyse des enquêtes CAP réalisées en Octobre et Novembre 1998, PNL MST, 1999 : 34-42
29. RASANDEMANANA M. J. H., Santé reproductive. Qu'est-ce qui pousse les jeunes à venir consulter un médecin ? Thèse en médecine, Antananarivo, 2000 ; 5380 : 10,42
30. FNUAP, FOMBAN-DRAZANA SY FIVOARANA. Projet MAG. Eléments pour une étude des pratiques traditionnelles populaires à l'égard de la fécondité à Madagascar. Pragma, Copyright, © Antananarivo, Mai 1993 ; 95PO2 : 24-58
31. MINISTERE DE LA SANTE, MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS. FNUAP SOS Jeunes. Quelle jeunesse pour le troisième millénaire, Newprint, Antananarivo, 2000 : 5-7,23
32. OMS, UNICEF, FNUAP, ONUSIDA, Conférence mondiale des ministres chargés de la Jeunesse. Santé des Jeunes et Développement. Document pour l'examen et l'évaluation des mesures prises pour la mise en œuvre du programme mondial d'action en faveur de la jeunesse jusqu'en l'an 2000 et au delà, OMS, 1998 : 3-4, 7-13
33. RATOVOHARISOA Mamiharivony. Effets déviants de l'audiovisuel sur le comportement des jeunes. Thèse en Médecine, Antananarivo, 1998, 4576 : 44-50
34. AFRICA LINK, Jeunes et sans répit, IPPF, Région Afrique, 1995 : 5-10
35. CEFOPREP, La prévention de la mortalité maternelle par les soins obstétricaux d'urgences. Donner la vie et rester en vie. Africa Consultants International. Dakar, 2001 : 11-18
36. NATIONS UNIES, Femmes. Défis pour l'an 2000. Nations Unies, New York, 1991 : 12-30
37. BM, OMS, FNUAP. Maternité sans risque, dossier d'information OMS, Genève, 1987
38. UNICEF, Programmer pour une maternité sans risques. Directives pour la survie de la mère et du nouveau-né. UNICEF, New York, 1999 : 16-25

39. MAHAVOKATSY Armand. Issue de la grossesse chez les adolescentes de moins de 18 ans au centre hospitalier du district de la commune d'Ikalamavony des années 1996-1998. Thèse en médecine, Antananarivo, 2000, 5354 : 20-40
 40. OMS, Santé de la reproduction, Dossier d'information sanitaire de la région africaine de l'OMS, Bureau Régional de l'OMS pour l'Afrique, OMS, 1999 : 1,2,3
 41. RANDRIAMAROZAKA B. H. Etude de l'importance de la planification familiale chez les jeunes dans les secteurs sanitaires du CSB II d'Ambohipo. Thèse en Médecine, Antananarivo, 2001, 5661 : 20
 42. ONUSIDA, LE SIDA en Afrique subsaharienne Rapport sur l'épidémie mondiale du SIDA. ONUSIDA/OMS, Genève, 2000 : 11
 43. INSTAT/DSM, Enquête prioritaire auprès des ménages 2001. Rapport principal, INSTAT, Antananarivo, 2002 : 39,43
 44. INSTAT-PNUD, Tableau de bord social 2002. Programme PNUD-MAG, Dapi Antananarivo 2002 ; 97/007 : 57
 45. CHAUVEAU F, Stratégies pour les jeunes défavorisés. UNESCO, Paris, 1998 : 16-25
 46. ANDRIANASOLO T. problèmes de la grossesse au niveau d'un lycée urbain. Thèse en médecine, Antananarivo, 1999, 4728 : 17-18, 24-36
 47. OMS, Méthodes médicales d'interruption de grossesse, série de rapport technique. Rapport d'un groupe scientifique de l'OMS. OMS, Genève, 1997 ; 871 : 4,73
 48. MINISTERE DE LA SANTE, USAID, JSI. Mon Inexpérience in doux sourire teinté d'espoir. Colormad, Antananarivo, 2001 : 17-23
 49. POPULATION REFERENCE BUREAU, Répondre aux besoins de santé reproductive et sexuelle des jeunes femmes, Rapport de politique générale, Measure Communication, Washington, 2000
- ANDRIAMASY N. La planification familiale au niveau des écoles dans la ville de Toliary en 1996-1997. Thèse en médecine, Antananarivo, 1999 ; 5047 : 99,103

Noms : RAMANANIRINA RANJALAHY

Prénoms : Irène Vony

Titre de la thèse : GROSSESSE : CONNAISSANCE-ATTITUDE-PRATIQUE des
ADOLESCENTES du CSBII de MAHAMASINA AVRIL 1999
et AVRIL 2001

Rubrique : Santé publique **Nombre de pages** : 74 **Nombre de tableaux** : 35

Nombre de figures : 18 **Nombre de schémas** : 00 **Nombre de photos** : 00

Nombre d'annexes : 01 **Nombre de références bibliographiques** : 50

RESUME

Les grossesses des adolescentes restent un fait marquant à Madagascar. Une enquête connaissance-attitude sur la grossesse, menée au CSB II de Mahamasina en Avril 1999, sur 78 adolescentes enceintes, a montré, l'insuffisance des connaissances des jeunes adolescentes en matière de procréation, une certaine connaissance des risques liés à la grossesse, à l'avortement provoqué et une certaine connaissance des méthodes de planification familiale.

Les jeunes adolescentes ne sont pas conscientes de l'avantage qu'elles ont à tirer des consultations prénatales. Elles consultent pour la plupart assez tard, au cinquième mois de la grossesse. Ce fait est confirmé par une enquête rétrospective sur 84 fiches de consultation prénatale d'adolescentes en Avril 2001. Les adolescentes n'ont pas alors le temps de suivre les quatre consultations, nécessaires au cours de la grossesse.

Nous suggérons une information et une éducation adéquate aux adolescentes pour retarder la première expérience sexuelle et repousser la première grossesse. Il faut conscientiser les adolescentes enceintes sur l'importance des consultations prénatales et promouvoir le planning familial après l'accouchement pour permettre aux jeunes mères une autonomie financière et un avenir meilleur.

Mots clés : adolescence - grossesse - CPN - PF - éducation - information

Directeur de thèse : Professeur RAKOTOMANGA Jean de Dieu Marie

Rapporteur : Docteur RAKOTOMALALA R. Christiane

Adresse de l'auteur : IAD 34 A Antanetibe Itaosy Antananarivo 102

Names : RAMANANIRINA RANJALAHY

First names : Irène Vony

Title of the thesis : KNOWLEDGE-ATTITUDE-CONVENIENT on the PREGNANCY of the TEENAGERS of the CSBII of MAHAMASINA in APRIL 1999 and in APRIL 2001

Category : Health public **Number of pages** : 75 **Number pictures** : 35

Number of faces : 18 **Number diagrams** : 00 **Number photos** : 00

Number of appendices : 01 **Bibliographic references** : 50

SUMMARY

The pregnancies of the teenagers remain a prominent fact in Madagascar. A knowledge attitude investigation on pregnancy, led to the CSB II of Mahamasina in April 1999, on 78 pregnant teenagers, showed, the insufficiency of the knowledge of the young teenagers concerning procreation, a certain knowledge of the risks bound to pregnancy, to the provoked abortion and a certain knowledge of the domestic scheduling methods.

The young teenagers are not conscious of the advantage that they have to pull prenatal consultations. They consult enough late for most, in the fifth month of pregnancy. This fact is confirmed by a retrospective investigation on 84 cards of prenatal consultation of teenagers in April 2001. The teenagers don't have the time then to follow the four consultations, necessary during pregnancy.

We suggest an information and an adequate education to the teenagers to delay the first sexual experience and to repulse the first pregnancy. Conscientiser needs the teenagers enclosed on the importance of the prenatal consultations and promote the family planning after the childbirth to allow to the young mothers a financial autonomy and a best future.

Key words : adolescence - pregnancy - CPN - PF - education - information

Director of thesis : Professor RAKOTOMANGA Jean de Dieu. Marie.

Reporter : Doctor RAKOTOMALALA R. Christiane

Address of the author : IAD 34 A Antanetibe Itaosy Antananarivo 102