

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : RAPPELS	
I. L'adolescence	3
II. Santé reproductive des adolescents	9
III. La contraception	11
IV. La grossesse chez les adolescentes	21
DEUXIEME PARTIE : METHODES ET RESULTATS	
I. Méthodes	25
I.1. Caractéristiques du cadre de l'étude	25
I.2. Type d'étude	26
I.3. Période d'étude	26
I.4. Durée d'étude	26
I.5. Population d'étude	26
I.5.1. Critères d'inclusion	26
I.5.2. Critères d'exclusion	27
I.6. Mode d'échantillonnage	27
I.7. Taille de l'échantillon	28
I.8. Variables de l'étude	28
I.9. Mode de collecte de données	29
I.9.1. Enquête	29
I.9.2. Déroulement de l'enquête	30
I.10. Mode d'analyse des données	30
I.11. Limites de l'étude	30
I.12. Considérations éthiques	31

II. Résultats de l'étude	31
II.1.Caractéristiques de l'échantillon	32
II.2.Connaissances sur la contraception et la grossesse précoce	35
II.3.Attitudes sur la contraception et la grossesse précoce	36
II.3.1.Attitudes face au sujet de sexualité	36
II.3.2.Attitudes face aux méthodes contraceptives	38
II.3.3.Attitudes face à un problème de santé reproductive	41
II.4. Pratiques sur la contraception et sur la grossesse précoce	43
II.4.1. Avoir un petit ami	43
II.4.2. Pratique sur la vie sexuelle active	44
II.4.3. Pratique de la contraception	45
II.4.4. Cas de grossesse précoce	46
II.5. Proposition pour améliorer la SRA à Madagascar	47
II.6.Déterminants du comportement des jeunes lycéennes	48
II.6.1. Facteurs influençant sur les connaissances en matière de contraception et de grossesse précoce	48
II.6.2.Facteurs influençant sur l'utilisation de contraception	48
II.6.3.Facteurs influençant sur la grossesse précoce	51
 TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRE	
I. Echantillon	53
II. Famille de la lycéenne en milieu urbain	53
III. Milieu scolaire et sexualité de la lycéenne	55
IV. Niveau de connaissances et facteurs qui l'influencent	57
V. Face à un problème de SRA	59
V.1. Limites d'accès aux soins	59
V.2. Méthodes contraceptives	60
V.3.Grossesse précoce et facteurs explicatifs	62
 CONCLUSION	67
 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	
 ANNEXES	

LISTE DES TABLEAUX

	Pages
Tableau I : Classification de l'évolution morphologique de la puberté (stades de Tanner)	5
Tableau II : Indice de Pearl : efficacité des différentes méthodes contraceptives (OMS)	11
Tableau III : Différents types de contraceptifs oraux œstroprogestatifs : Dénomination commune internationale (DCI) et spécialités	13
Tableau IV : Différents types de contraceptifs oraux progestatifs : Dénomination commune internationale (DCI) et spécialités	14
Tableau V : Taille de l'échantillon selon le type d'établissement et le niveau d'étude	28
Tableau VI : Niveau de connaissances global des lycéennes en matière de contraception et de grossesse précoce	35
Tableau VII : Facteurs influençant sur les connaissances en matière de contraception et de grossesse précoce	48
Tableau VIII : Facteurs influençant sur l'utilisation de contraception	50
Tableau IX : Facteurs influençant sur la grossesse précoce	51

LISTE DES FIGURES

		Pages
Figure 1 : Evolution morphologique de la puberté chez la fille selon Tanner	4	
Figure 2 : Préservatif féminin, préservatif masculin, diaphragme	17	
Figure 3 : Principe de la vasectomie: section du canal déférent	19	
Figure 4 : Lycéennes du Lycée Jean Joseph Rabearivelo Analakely	25	
Figure 5 : Répartition des personnes avec lesquels les lycéennes vivent	32	
Figure 6 : Répartition selon le statut matrimonial des parents	33	
Figure 7 : Répartition du type de profession des parents	34	
Figure 8 : Répartition des individus avec qui la lycéenne parle de sexualité	36	
Figure 9 : Répartition des groupes où les lycéennes parlent de sexualité	37	
Figure 10 : Répartition des canaux par lesquels la lycéenne a entendu parler de la contraception	38	
Figure 11 : Répartition des réponses sur le type de contraception apprécié	39	
Figure 12 : Répartition des réponses sur la raison d'utilisation de méthodes contraceptives	40	
Figure 13 : Répartition des facteurs qui limitent l'accès aux soins chez les lycéennes	41	
Figure 14 : Répartition des réponses par rapport aux attitudes face à une grossesse non planifiée	42	
Figure 15 : Répartition des lycéennes ayant un petit-ami	43	
Figure 16 : Répartition des lycéennes selon leur pratique sexuelle	44	
Figure 17 : Répartition des lycéennes selon la méthode contraceptive utilisée	45	
Figure 18 : Cas de grossesse précoce	46	
Figure 19 : Répartition des réponses sur les propositions pour améliorer la SRA à Madagascar	47	

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

BIPAM	Bulletin D'information Sur La Population En Afrique Et A Madagascar
CISCO	Circonscription Scolaire
DCI	Dénomination Commune Internationale
DIU	Dispositif Intra-Utérin
DIU-CU	Dispositifs Intra-Utérins Au Cuivre
FNUAP	Fonds Des Nations Unies Pour La Population
FSH	Follicle Stimulating Hormone
FVV	Fistule Vésico-Vaginale
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
IVG	Interruption Volontaire De Grossesse
LH	Luteinizing Hormone
LH-RH	Luteinizing Hormone-Realising Hormone
 mL	Millilitre
NTIC	Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
%	Pourcentage
SIDA	Syndrome de l'Immuno Déficience Acquise
SRA	Santé de la Reproduction des Jeunes
UNFPA	United Nations Population Fund
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire sur la pratique des lycéennes en matière de contraception et grossesse précoce, Antananarivo Renivohitra 2015

Annexe 2 : Lettre d'introduction au CISCO

Annexe 3 : Lettre d'introduction aux responsables des établissements

Rapport-Gratuit.com

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Dans le monde, 25% de la population totale sont des jeunes âgés de 10 à 24 ans [1] et quatre adolescents sur cinq vivent dans un pays en développement [2]. En Afrique, cette proportion oscille entre 30 et 50% selon les pays [2]. A Madagascar, la population est jeune. En effet, plus de la moitié de celle-ci à moins de 18 ans. 53,8% de la population malgache est composée de jeunes de moins de 20 ans, et les jeunes entre 10 et 24 ans représentent 32% d'une population malgache estimée à 20 millions en 2012 [3]. Environ 30% de la population de la Grande Ile réside dans la capitale où presque la moitié sont des jeunes de moins de 16 ans [4].

L'adolescence est la période de la vie entre l'enfance et l'âge adulte, pendant laquelle se produit la puberté et se forme la pensée abstraite [5]. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit l'adolescence comme la décennie comprise entre 10 et 19 ans [6]. Il s'agit d'une période de défis, de changements et d'expérimentation, tout au long de laquelle le désir sexuel augmente avec pour conséquence possible la survenue d'une grossesse, qu'elle soit désirée ou non [7]. C'est une population vulnérable à plusieurs égards et notamment en matière de santé de la reproduction. Les jeunes sont souvent mal informés sur la sexualité, la contraception, les signes d'une grossesse et les infections sexuellement transmissibles. Ils dialoguent difficilement avec les adultes et ont peu recours aux services de santé de la reproduction. Prévalences élevées des IST, des grossesses non désirées, des mortalités maternelle et infantile, etc. caractérisent la santé de la reproduction des jeunes (SRA) et comptent parmi les plus importants, urgents et complexes défis que doivent relever les Etats et les sociétés [2].

Malgré les efforts de différents intervenants, les adolescents et les jeunes continuent de faire face à des défis de taille, en particulier la santé de la reproduction [8]. Selon l'Enquête Nationale sur le Suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement à Madagascar (ENSOMD) 2012-2013, le taux de fécondité chez les adolescentes de 15 à 19 ans demeure élevé à Madagascar pour se situer à 16,3 % contre 14,8% en 2009 avec 7,7% au sein de la capitale. L'Enquête Démographique et de Santé (EDS) IV décrit que la prévalence contraceptive chez les adolescentes reste la plus faible par rapport aux autres tranches d'âges, 17%. Ne disposant actuellement que de peu de données relatives sur les déterminants du comportement des adolescentes en matière de sexualité, nous

avons décidé d'effectuer une étude intitulée « Contraception et grossesse précoce chez les lycéennes d'Antananarivo Renivohitra ».

D'après le rapport synthétique de l'United Nations Population Fund (UNFPA), l'âge officiel au niveau lycée est de 15 à 17 ans [8]. En effet, les lycéennes sont des adolescentes. C'est en milieu scolaire que la plupart des jeunes filles en milieu urbain puise les informations en matière de santé sexuelle, l'établissement scolaire étant le lieu où l'adolescente passe beaucoup de son temps. De plus, la pratique de la contraception et l'apparition de la grossesse sont fonction du niveau de connaissances des adolescentes.

L'objectif général est de déterminer les facteurs qui favorisent la grossesse précoce et la pratique de la contraception chez les lycéennes. Et les objectifs spécifiques sont de :

- Identifier le profil sociodémographique des lycéennes
- Evaluer le niveau de connaissances, attitudes et pratiques des lycéennes en matière de sexualité, surtout concernant la contraception et la grossesse précoce
- Analyser les déterminants du comportement des jeunes lycéennes
- Proposer des suggestions compte tenu des résultats.

Ce travail comporte trois parties outre l'introduction et la conclusion.

La première partie parle des considérations théoriques concernant l'adolescence, leur santé reproductive, de contraception et de grossesse précoce. La deuxième partie se consacre aux matériels et méthodes et aux résultats de l'investigation. La troisième partie concerne la discussion avec les suggestions.

PREMIERE PARTIE : RAPPELS

RAPPELS

I. L'ADOLESCENCE

I.1. Définition

Le mot adolescence vient du latin *adolescere* qui signifie grandir [9]. L'OMS définit l'adolescence comme la décennie comprise entre 10 et 19 ans [6]. C'est pendant cette période que se font la maturation physique, la formation de l'identité et l'acquisition des rôles sociaux qui est associée à l'émergence d'une conscience de la sexualité et du désir de l'expérimenter. Aussi, c'est une étape de l'évolution de l'individu, conduisant de l'enfance à l'âge adulte. Elle débute à la puberté et s'accompagne d'importantes transformations aux plans biologique, psychologique et social [10].

I.2. Puberté

I.2.1. *Définition et âge de la puberté*

C'est la période de transition entre l'enfance et l'adolescence, caractérisée par le développement des caractères sexuels et par une accélération de la croissance staturale, et conduisant à l'acquisition des fonctions de reproduction. À cette période de leur vie, les jeunes sont particulièrement sensibles à la pression des pairs et peuvent, en jugeant de façon irrationnelle les avantages et les inconvénients de certains comportements, prendre des décisions mettant leur vie en danger. Or, la sexualité est perçue avec beaucoup d'ambiguïté dans la plupart des régions du monde. En effet, si on admet que les adolescents puissent avoir une vie sexuelle, elle est souvent jugée problématique à cause des risques encourus : IST, grossesses non désirées, et les prohibitions sociales imposées aux adultes sont accrues chez les adolescents.

L'âge de la puberté dépend de nombreux facteurs : raciaux, climatiques, géographiques. Il varie d'un individu à l'autre et même dans une famille donnée. Mais généralement elle débute entre 11 et 13 ans chez la fille et entre 13 et 15 ans chez le garçon [10].

I.2.2. *Modifications physiologiques et physiques*

La transformation s'effectue sous l'action successive de structures cérébrales (hypothalamus, antéhypophyse), puis des gonades (ovaires et testicules), et enfin de certains tissus de l'organisme. Schématiquement, l'hypothalamus stimule les cellules gonadotropes de l'antéhypophyse par l'intermédiaire d'une hormone, la gonadolibérine

ou LH-RH. Cette stimulation hypophysaire aboutit à l'augmentation de la sécrétion de gonadotrophines (hormone folliculostimulante, ou FSH ; hormone lutéinisante, ou LH), qui induit un développement des gonades. Celles-ci commencent à secréter les hormones stéroïdes sexuelles (testostérone pour les testicules, chez les garçons, et œstrogènes, puis progestérone, pour les ovaires, chez les filles) [10].

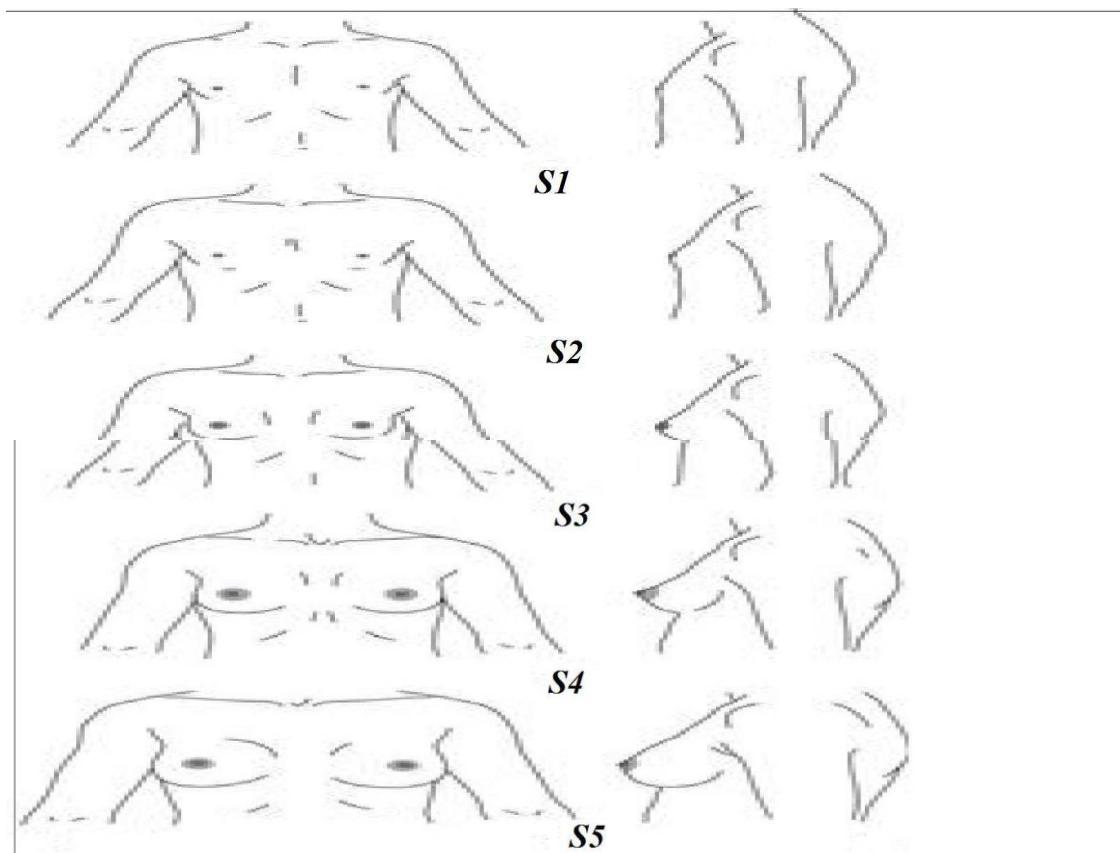


Figure 1: Evolution morphologique de la puberté chez la fille selon Tanner.

Source: Ndigo M, Blanc A, Bourdon O. Puberté précoce centrale : prise en charge thérapeutique. Cent Nat Hospit D'info Sur Le Medic. 2010 ; XXXI, 6 : 8.

Les stades du développement pubertaire ont été décrits par James Mourilyan Tanner en 1962. Ils sont côtés de 1 à 5, le stade 1 définissant un stade prépubaire et le stade 5 une maturation complète de type adulte [11].

Tableau I. Classification de l'évolution morphologique de la puberté (stades de Tanner) :

Pilosité pubienne (Garçon et Fille)	
P1	Absence de pilosité
P2	Quelques poils longs sur le pubis
P3	Pilosité pubienne au-dessus de la symphyse pubienne
P4	Pilosité pubienne fournie
P5	La pilosité s'étend à la racine de la cuisse et s'allonge vers l'ombilic chez le garçon
Développement mammaire (Fille)	
S1	Absence de développement mammaire
S2	Petit bourgeon mammaire avec élargissement de l'aréole
S3	La glande mammaire dépasse la surface de l'aréole
S4	Développement maximum du sein (apparition d'un sillon sous-mammaire) ; saillie de l'aréole et du mamelon sur la glande
S5	Aspect adulte ; disparition de la saillie de l'aréole
Développement des organes génitaux externes	
G1	Testicules et verge de taille infantile
G2	Augmentation du volume testiculaire de 4 à 6 mL
G3	Continuation de l'accroissement testiculaire de 6 à 12 mL ; accroissement de la verge
G4	Accroissement testiculaire de 12 à 16 ml et de la verge
G5	Morphologie adulte

I.2.3. Particularités psychologiques et comportementales des adolescentes

Sur le plan psychologique, on constate aussi des changements. La jeune fille prend conscience des transformations qui interviennent dans son corps. Elle a de nouveaux désirs et se pose des questions sur ce qui se passe en elle. Elle peut aussi avoir du mal à contrôler ses sentiments. Elle veut qu'on l'aime, qu'on l'apprécie et qu'on la rassure. Elle veut être « quelqu'un ». Elle éprouve des désirs sexuels qu'elle n'assume pas. C'est aussi à ce stade qu'elle va élaborer sa propre personnalité, renforcer son nouveau mode d'expression et façonner son caractère. Son caractère va être marqué par l'instabilité, l'impulsivité et la propension au changement.

À ce stade, la vie intérieure de l'adolescente se manifeste par les conduites suivantes :

- la tendance au changement : en effet, l'adolescente a besoin de tâtonner, d'avancer et de régresser dans ses relations avec tout ce qui l'entoure ;
- par rapport aux parents : elle se montre parfois très attachante, parfois hostile parce qu'elle désire à la fois jouir de leur affection et se libérer de leur autorité ;
- par rapport aux normes sociales qui représentent pour elle des épreuves de passage à la vie adulte : elle a tendance à s'y conformer ou à les rejeter ;
- le passage à l'acte, signe de l'impulsivité, traduit la violence de ses pulsions qui sont difficiles à maîtriser.

Dans de nombreuses sociétés, la période de l'adolescence est réduite, voire inexistante. En effet, une fille dès qu'elle a ses règles peut être mariée (mariage précoce) et, de ce fait, passe directement de l'enfance à l'âge adulte.

L'adolescence pour les filles comme pour les garçons est le moment où ils prennent leurs distances par rapport à la famille, aux croyances transmises par les parents – et jusqu'alors indiscutées – et aux modes de comportement inculqués depuis l'enfance. C'est une période de remise en question qui permet de forger une personnalité entière et autonome. L'auto-affirmation de l'individu se fait en contradiction avec les modèles familiaux jusqu'alors respectés ainsi que par imitation des comportements extérieurs, notamment celui des « bandes » d'ami(e)s de la même classe d'âge.

Une adolescente n'a pas le même statut qu'une femme mariée. Elle a peu de pouvoir de décision et on lui impose de se conformer à un modèle de comportement strictement codifié. Elle doit apprendre à tenir un foyer, à compléter ses connaissances intellectuelles, aider sa famille par son travail et/ou ses ressources financières. Elle doit rester pure et chaste jusqu'à son mariage, elle doit se limiter en matière de prise de parole, de comportement, d'habillement. Elle ne doit pas fumer ou boire de l'alcool. Elle ne doit pas sortir le soir ou fréquenter les garçons. Elle ne doit pas être violente, penser à la drogue, ou avoir des relations sexuelles. Elle doit savoir se faire belle.

Face à cet arsenal d'injonctions et d'interdits et sous l'influence du modèle de jeune fille indépendante véhiculé par les médias, l'adolescente peut se révolter et, progressivement, se tourner vers des voies défendues pour protester contre les multiples pesanteurs d'ordre familial, économique et social qu'elle subit. Malheureusement, les

parents sont bien peu préparés à communiquer avec cette personnalité en devenir, en rébellion aussi contre sa famille, et mal dans sa peau.

Le modèle de vie désirable présenté par la société moderne, fondé sur la jeunesse, la liberté individuelle, la vitalité, la consommation, l'indépendance et la vitesse renforce souvent la « crise d'adolescence ». Aussi, pour ces différentes raisons, afin d'avoir une vie plus brillante, de se procurer des choses que l'on ne peut obtenir autrement (habillement, études) ou simplement afin de faire comme les autres, l'adolescente peut être entraînée à mener une vie plus libre et à adopter des comportements « contestataires » (cigarettes, sorties, liberté sexuelle). Tous les moyens peuvent être bons à cette fin, y compris celui de recourir de façon occasionnelle ou systématique à la prostitution.

Elle peut subir les conséquences à court, moyen ou long terme : par exemple une grossesse inattendue.

Le dilemme auquel doit faire face l'adolescente peut lui sembler sans issue et la conduire à des actes encore pires : fuite, fugue, tentative d'avortement provoqué, infanticide, voire suicide.

Lorsque les conséquences regrettables d'un acte se font sentir chez l'adolescente parce qu'aucune disposition préventive n'a pu être prise, elle doit essayer de privilégier, malgré les perturbations du jugement dont elle est alors victime, d'autres alternatives qui s'offrent à elle : par exemple la communication avec toute personne dotée d'une certaine faculté d'écoute (membre de la famille, personnel de santé, personnel enseignant, assistant social). Toute solution est préférable à la solitude et à la mort.

Un autre danger est la drogue qui guette les jeunes, bien que les filles puissent être moins touchées.

Quelle que soit la drogue, les conséquences de son utilisation peuvent être dangereuses pour la santé et l'avenir de l'adolescente. Les risques liés à la consommation de drogues peuvent aussi avoir des répercussions secondaires : comportements sexuels dangereux du fait de la baisse de vigilance due à l'euphorie, infection par le VIH en cas de consommation d'une drogue injectable, recherche de moyens faciles pour se procurer l'argent nécessaire au financement de la dose de drogue devenue indispensable (prostitution, délinquance) [7].

I.3. Cycle menstruel

C'est la période comprise entre chaque début de règles, au cours de laquelle se succèdent un ensemble de phénomènes physiologiques et hormonaux rendant possibles l'ovulation, la rencontre des gamètes, la fécondation, et la nidation de l'embryon au niveau de la muqueuse utérine. Il se répète chez la femme, de la puberté à la ménopause et n'est interrompu que par une grossesse. Il dure en moyenne 28 jours et intéresse l'hypophyse, les ovaires, l'utérus et le vagin.

Le cycle menstruel se subdivise en une phase folliculaire et une phase luteale. La phase folliculaire dure environ 14 jours, pendant lesquels la sécrétion hypophysaire de FSH provoque la maturation de plusieurs follicules ovariens, dont un seul parviendra à la maturité. Ceux-ci sécrètent des œstrogènes responsables à leur tour d'un épaississement de l'endomètre, muqueuse interne de l'utérus, et d'une sécrétion abondante de glaire cervicale, destinée à faciliter l'ascension des spermatozoïdes. La phase luteale débute vers le 14^e jour, lorsqu'une légère hausse du taux d'œstrogènes déclenche dans l'hypophyse une importante sécrétion de LH, qui provoque l'ovulation et la transformation du follicule rompu en corps jaune. Le corps jaune, à son tour, sécrète de la progestérone, hormone qui contribue à préparer l'endomètre pour une nidation éventuelle de l'œuf. Si l'ovule n'est pas fécondé, le corps jaune se flétrit brutalement et dégénère entraînant la desquamation de l'endomètre, qui s'évacue en formant les règles. Un autre cycle peut recommencer, qui va préparer à nouveau le corps féminin à l'accueil d'un œuf [12].

I.4. Spécificités anatomiques de l'appareil génital et du bassin chez l'adolescente

Chez les adolescentes, les parties molles sont encore immatures, avec une moins grande souplesse des tissus responsable le plus souvent la survenue de déchirures vaginales [13]. Plusieurs auteurs évoquent la notion d'immaturité du bassin des adolescentes, responsable de dystocie [14]. En effet, le non achèvement de la croissance de l'adolescente ou du développement de son bassin pourrait jouer un rôle dans la survenue de complications obstétricales [15].

I.5. Sexualités des adolescents

Il existe 1,2 milliard d'adolescents âgés de 10 à 19 ans à travers le monde.

Environ 90 % d'entre eux vivent dans des pays en développement et environ 600 millions sont de sexe féminin. Pour les filles, le début de la puberté correspond au commencement de leur vie sexuelle et reproductrice. Dans presque toutes les régions du monde, les filles ont aujourd'hui leur première relation sexuelle, entre 15 et 19 ans [16]. Les jeunes malgaches commencent leur vie sexuelle relativement tôt. En effet, 31% des filles et 22,3% des garçons âgés entre 15 et 24 ans ont eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 15 ans. Et 40% des filles entre 15 et 19 ans ont déjà eu des rapports sexuels, tandis que pour 20% d'entre elles le premier rapport a eu lieu avant leurs 15 ans [3].

II. SANTE REPRODUCTIVE DES ADOLESCENTS

II.1. Définition

L'OMS définit la santé de la reproduction comme un état de bien-être physique, mental et social total, et non la simple absence de maladie ou de handicap, pour tout ce qui a trait au système de la reproduction, à ses fonctions et à ses mécanismes. La santé de la reproduction suppose par conséquent que les individus aient une vie sexuelle satisfaisante et sûre, ainsi que la capacité de se reproduire et la liberté de décider quand et à quelle fréquence le faire. Ils englobent également les soins relatifs à la santé sexuelle, qui visent à améliorer la vie et les relations personnelles, et ne se limitent pas aux conseils et aux soins en matière de reproduction et de maladies sexuellement transmissibles [17].

II.2 Santé reproductive des adolescents à Madagascar

II.2.1. *Histoire de la SRA à Madagascar*

Pour faire diminuer la fécondité précoce considérée comme à risque, les autorités malgaches ont mis en œuvre en 2000 une politique nationale de la santé des jeunes à Madagascar, visant à élargir la portée des services de santé de la reproduction déjà effectifs aux adolescents. Un acteur important de santé de la reproduction des adolescents à Madagascar est l'organisation américaine *Population Services International* (PSI). Elle anime *Top-réseaux*, un réseau de médecins sur l'ensemble du

territoire formés spécifiquement aux questions de santé de la reproduction des adolescents. Le gouvernement malgache s'est donné comme objectif de parvenir à un taux de prévalence contraceptive des jeunes femmes de 45 % en 20126 (calculé pour toutes les adolescentes de 15-19 ans et toutes méthodes contraceptives confondues), alors que ce taux était de 9 % en 1997 et de 14 % en 2003. Plusieurs programmes d'action menés par des ministères (Santé et Planning familial, Jeunesse et Sports, etc.), par des associations nationales ou internationales (OMS, FNUAP, etc.) s'intéressent à la question des grossesses précoces comme facteur de risque pour la santé maternelle et infantile. Ils ont pour objectif le plus souvent de limiter les grossesses précoces *via* des campagnes d'éducation et d'information auprès des jeunes visant à promouvoir l'abstinence sexuelle auprès des jeunes filles [18].

II.2.2. Concept de la SRA à Madagascar

Madagascar présente une situation particulière en matière de santé de la reproduction des adolescents. Les thématiques particulièrement considérées dans la SRA depuis son élaboration sont :

- La lutte contre la grossesse précoce
- La lutte contre les IST et le VIH
- Le mésusage des produits toxiques (toxicomanie : drogue, tabac, alcool)
- La lutte contre la violence

Plus récemment, c'est-à-dire en 2015, ont été ajoutées:

- La lutte contre le cancer du col de l'utérus par la mise en place d'un programme de vaccination anti-papillomavirus
- La nutrition des adolescents [19]

Le FNUAP émet que les progrès prometteurs face à ces problèmes de SRA sont le passage vers l'enseignement secondaire et la faible prévalence du VIH. Les propositions d'actions urgentes pour l'améliorer rejoignent les objectifs du Service de la SRA à Madagascar [20].

III. LA CONTRACEPTION

III.1. Généralités

III.1.1. *Définition*

Selon l'OMS, la contraception est l'utilisation d'agents, de dispositifs ou de méthodes pour diminuer la probabilité de conception ou pour l'éviter. L'indice de Pearl, il mesure l'efficacité contraceptive d'une méthode par le nombre de grossesses par années pour 1000 femmes utilisant cette méthode [21].

Tableau II : Indice de Pearl : efficacité des différentes méthodes contraceptives (OMS)

Méthodes	Utilisation optimale*	Pratique courante
Implants	0,1	0,1
Vasectomie	0,1	0,2
Stérilisation féminine	0,5	0,5
Dispositif intra-utérin	0,6	0,8
Système intra-utérin	0,1	0,1I
Lévonorgestrel		
Pilules microprogestatives	0,5	1
Pilules oestroprogestatives	0,1	6-8
Préservatifs masculins	3	14
Préservatifs féminins, diaphragme, capes cervicales	5-26	20-40
Méthodes naturelles	1-9	20
Pas de méthode	85	85
Aménorrhée lactationnelle	0,5	2*

* Obtenue lors des essais thérapeutiques.

Résultats exprimés en nombre de grossesses pour 100 femmes au cours des 12 premiers mois d'utilisation.

III.1.2. Différentes types de contraception

On peut regrouper les méthodes contraceptives en deux catégories : les méthodes modernes et les méthodes naturelles.

III.1.2.1. Méthodes modernes

Les méthodes modernes regroupent la contraception hormonale, les méthodes dites “barrière” et les méthodes par voie chirurgicale.

III.1.2.1.1. Contraception hormonale

Il existe trois types de contraception hormonale :

- Contraception oestroprogestative
- Contraception microprogestative
- Contraception macroprogestative

**Tableau III : Différents types de contraceptifs oraux œstroprogestatifs :
Dénomination commune internationale (DCI) et spécialités**

DCI	Dosage	Spécialités
1^{ère} génération		
Noréthistérone	EE 35 µg, Noréthistérone 500-750-1000 µg	Triella
2^{ème} génération		
Lévonorgestrel	EE 30µg, Lévonorgestrel 150 µg EE 20µg, Lévonorgestrel 100µg EE 30-40µg, Lévonorgestrel 150-200 µg EE 20-40-30 µg, Lévonorgestrel 50-75-125µg	Minidril, Ludéal, Zikiale Leeloo, Lovavulo Adépal, Pacilia
Norgestrel	EE 50 µg, Norgestrel 500 µg	Trinordiol, Amarance, Daily Gé, Evanecia Stédiril
3^{ème} génération		
Désogestrel	EE 20 µg, Désogestrel 150 µg	Mercilon, Désobel 150/20, Désogestrel EE150/20 Biogaran Varnoline continu
Gestodène	EE 30µg, Désogestrel 150µg EE 15 µg, Gestodène 60 µg EE 15 µg, Gestodène 60 µg	Mélodia, Minesse, Sylviane, Edenelle, GestodèneEE60/15 Biogaran/ Teva/ Arrow/ Zentiva Harmonet, Méliane, Carlin 75/20, Efezial 75/20, Félixita 75/20, Gestodène EE 75/20 Arrow / Biogaran /Ranbaxy / Ratiopharm / Sandoz /Teva / Zentiva Minulet, Monéva, Carlin 75/30, Efezial 75/30, Félixita 75/30, Gestodène EE 75/30 Arrow / Biogaran/Ranbaxy / Ratiopharm / Sandoz /Teva / Zentiva / Zydus Phaéva, Tri-Minulet, Perléane
Norgestimate	EE 20-30-40µg, Gestodène 50-70-100 µg, EE 35µg, Norgestimate 250µg EE 35 µg, Norgestimate 180-215-250 µg,	Cilest, Effiprev Tricilest, Triafemi
Autres		
Chlormadinone	EE 30µg, Chlormadinone 2mg EE 30 µg, Drospirénone 3 mg	Bélara Jasmine, Drosipibel 3 mg/ 30 µg, DrospirenoneEE 3 mg / 30 µg
Drospirénone	EE 20 µg, Drospirénone 3 mg	Jasminelle continu, Drospirenone EE 3 mg / 20 µgBiogarancontinu
Diénogest	Valératé d'estradiol 3, 2,1mg, Diénogest	Qlaira
Nomégestrol	estradiol 1,5 mg, Nomégestrolacétate 2,5 mg	Zoely

La contraception oestroprogestative est l'association d'un œstrogène et d'un progestatif. La forme de contraception oestroprogestative la plus fréquemment retrouvée en vente, est la pilule [22].

Tableau IV : Différents types de contraceptifs oraux progestatifs : Dénomination commune internationale (DCI) et spécialités

Progestatifs		
Lévonorgestrel	Lévonorgestrel 30 µg	Microval
Désogestrel	Désogestrel 75 µg	Cérazette, Désogestrel 75 µgActavis / Biogaran / Mylan/Teva

La contraception microprogestative est constituée d'un progestatif de synthèse à faible dose [22].

Mais les microprogestatifs peuvent également être administrés par voie sous-cutanée : il s'agit de l'implant, tels sont le Nexplanon, l'Implanon, dispositifs placés à la face interne du bras non dominant [23].

La contraception macroprogestative repose sur l'administration de fortes doses de progestatifs de synthèse. La plus connue est la forme injectable, la Depo-Provera. Par ailleurs, il y existe une autre méthode dite "d'urgence", il s'agit de la Norlevo, et de l'Ella One [23].

L'œstroprogestatif premier moyen de contraception en France, utilise par 60 % des femmes françaises ayant une contraception. La Haute autorité de santé (HAS) recommande de la proposer en première intention chez les femmes sans facteur de risque particulier (cardiovasculaire, oncologique, hépatique...). Aussi, son utilisation est limitée par ses contre-indications [23].

✓ **Contre-indications absolues**

- Antécédent personnel de cancer hormono-dépendant (sein ou endomètre)
- Migraines avec aura
- Antécédent personnel thromboembolique artériel ou veineux
- Lupus avec syndrome des anti-phospholipides (SAPL)

- Hypertension artérielle, même équilibrée sous traitement
- Tabagisme actif > 15 cigarettes/jour chez une femme > 35 ans
- Hypercholestérolémie et hypertriglycéridémie
- Altération de la fonction hépatique
- Diabète avec complications
- ✓ **Contre-indications relatives**
- Tabagisme actif < 15 cigarettes/jour chez une femme > 35 ans
- Diabète non équilibré
- Mastopathies bénignes
- Obésité
- Lupus sans syndrome des antiphospholipides

Cependant, il existe de réels bénéfices non contraceptifs à la prise d'une contraception oestroprogestative, tels que l'amélioration des dysménorrhées et du syndrome prémenstruel, l'amélioration de l'acné, la diminution de l'abondance des règles, la «regularisation» d'un cycle anarchique [23].

La contraception micro-progestative est principalement indiquée en cas de contre-indication à l'administration d'œstrogènes. Quelle que soit la voie d'administration, les microprogestatifs présentent comme principaux effets secondaires :

- Des troubles du cycle (70 % des patientes) : oligomenorrhée, spottings
- Une hyperoestrogenie relative responsable de mastodynies, d'œdèmes cycliques ou de douleurs pelviennes
- La survenue de kystes fonctionnels ovariens
- L'altération de la motilité tubaire induisant un risque accru de grossesse extra-utérine

Tandis que principaux effets secondaires des macroprogestatifs résident en une prise de poids et une atrophie endométriale marquée responsable de troubles du cycle (aménorrhée principalement, rares spottings).

Communément aux deux types de progestatifs, les contre-indications sont [23] :

- les mètrorragies non explorées,

- les accidents thromboemboliques veineux récents (moins de 3 mois)
- les antécédents d'accidents thromboemboliques artériels sous microprogestatifs
- les cancers hormono-dépendants (sein et endomètre)
- les affections hépatiques (hépatite virale évolutive, adénome hépatique, cirrhose décompensée, carcinome hépatocellulaire...)

III.1.2.1.2. Méthodes dites “barrières”

Il s'agit du préservatif masculin, des contraceptifs féminins barrières (diaphragmes, capes cervicales, préservatifs féminins) mais aussi les spermicides ainsi que les éponges vaginales contraceptives contenant des spermicides.

Le préservatif masculin est une gaine cylindrique mince, flexible, fermée à une extrémité, ouverte de l'autre, en caoutchouc vulcanisé ou latex. Certes, cette méthode est simple, facile à se procurer, représente une excellente méthode de prophylaxie des IST et notamment du sida, mais le préservatif peut se déchirer et peut altérer la qualité et la spontanéité de l'acte sexuel [24].

Les diaphragmes sont des contraceptives féminines qui sont des disques souples en fin latex, bombés en coupole qui se place en diagonale le long du vagin et recouvre la paroi antérieure de celui-ci et le col utérin. L'adjonction d'un spermicide est obligatoire pour renforcer son efficacité. Les capes cervicales sont à rapprocher du diaphragme. Ce sont des cupules en caoutchouc épais se plaçant sur le col utérin tel un « dé à coudre sur le doigt ». Les préservatifs féminins sont destinés à être mis en place dans le vagin dans les 8 heures avant le rapport sexuel. Ce préservatif féminin est maintenu ouvert grâce à un anneau externe flexible reposant contre la vulve. Un deuxième anneau interne, amovible, est destiné à faciliter l'introduction du dispositif qui est pré lubrifié ;

Il existe aussi l'éponge vaginale contraceptive qui est une éponge cylindrique de 4cm de diamètre et de 2 cm d'épaisseur, en mousse imprégnée de spermicide. Son mode d'emploi requiert son introduction profonde dans le vagin.

Les avantages de ces contraceptifs vaginaux sont semblables à ceux des méthodes masculins, à cela s'ajoutent l'existence de barrière spermicide. Les inconvénients sont : un retrait spontané difficile, une expulsion spontanée possible [25].



Figure 2 : De droite à gauche : préservatif féminin, préservatif masculin, diaphragme.

Source: Organisation Mondiale de la Santé. Le préservatif féminin : Guide pour planifier et mettre en place les programmes. OMS ; 2007. Disponible à http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_RHR_00.8_fre.pdf

La dernière méthode est le dispositif intra-utérin pouvant être en cuivre ou constitué d'hormone. Les dispositifs intra-utérins en cuivre agissent par l'effet toxique du cuivre sur l'ovule et le spermatozoïde inhibant ainsi la fertilisation. Les DIU au cuivre modernes représentent une méthode de contraception peu coûteuse, non astreignante, très efficace, associée à un bon contrôle du cycle, ne posant pas de problèmes d'observance, généralement bien tolérée et rapidement réversible. Mais il est nécessaire de respecter rigoureusement les contre-indications de cette méthode, notamment [26].

Contre-indications absolues

- Grossesse
- Post-partum < 1 mois
- Infection pelvienne aiguë en évolution, récente ou récidivante
- Sida
- Antécédent de grossesse extra-utérine (pas de consensus)
- Malformations utérines importantes

- Fibromes sous-muqueux
- Polypes endo-utérins
- Hémorragies génitales non diagnostiquées
- Cancer génital (ou suspicion)
- Maladie trophoblastique
- Valvulopathies cardiaques à risque d'endocardite
- Traitements immunsupresseurs
- Maladie de Wilson (si DIU au cuivre)
- Hypersensibilité au cuivre (si DIU au cuivre)

Contre-indications relatives

- Haut risque de salpingite
- Antécédent de salpingite
- Haut risque d'IST
- Sténose cervicale
- Dysménorrhée, ménorragies, anémie si DIU au cuivre
- Coagulopathies, traitements anticoagulants

Contre-indications transitoires (jusqu'à guérison)

- Vaginites, cervicites (*a fortiori* à chlamydia ou à gonocoque)
- Dysplasies cervicales
- Diabète non équilibré

Il y aussi les dispositifs intra-utérins hormonaux où la libération intra-utérine du lévonorgestrel inhibe la croissance de l'endomètre et crée un épaississement du mucus cervical ainsi qu'une inhibition de l'ovulation chez certaines femmes.

A part la contraception, l'utilisation de ce type de dispositifs présente un effet thérapeutique : traitement des ménorragies fonctionnelles, traitement hormonal substitutif de la ménopause. D'autres indications telles que l'endométriose, en particulier de la cloison rectovaginale, et l'adénomyose sont tout à fait envisageables.

Ses contre-indications sont, en plus de celles du dispositif en cuivre sont [26] :

- Thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire en cours. Cependant, en cas de traitement anticoagulant, le DIU-LNG est permis dans ces cas selon l'OMS (2009) ;

- Migraines avec symptômes neurologiques ;
- Hépatite virale active
- Tumeurs hépatiques
- Cancer du sein actuel ou en rémission depuis 5 ans.

III.1.2.1.3. Méthode chirurgicale ou stérilisation

Chez l'homme, il s'agit de la vasectomie, un geste chirurgical simple visant à sectionner une portion de chacun des deux canaux déférents en vue d'une azoospermie secondaire. Chez la femme, l'approche se fait par la ligature et ou section des trompes [23].

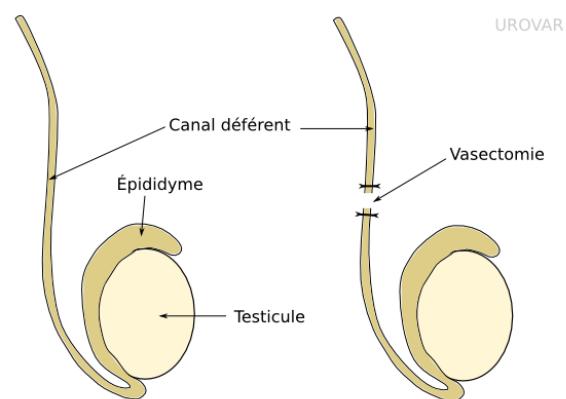


Figure 3: Principe de la vasectomie: section du canal déférent.

Source: Association Française d'urologie. Vasectomie contraceptive. AFU ; 2012.

Disponible à <http://www.urofrance.org>

La méthode chirurgicale est la plus efficace. Cependant, elle est irréversible [23].

III.1.2.2. Méthodes naturelles.

Il s'agit de l'allaitement maternel exclusif et de l'abstinence périodique regroupant les différentes méthodes d'auto-observation.

Avec certaines conditions, l'allaitement maternel pourrait retarder le retour de l'ovulation et avoir un effet contraceptif jusqu'à six mois après l'accouchement.

Tandis que la méthode d'abstinence périodique se base sur différentes techniques permettant de déterminer la phase fertile du cycle menstruel [27].

- Méthode du rythme/calendrier (Ogino-Knaus) : la méthode du calendrier implique des calculs numériques basés sur la durée des cycles précédents pour prédire le premier et le dernier jour de la phase fertile des cycles à venir.

- Méthode des températures : une élévation de 0,5 °C au-dessus de la température moyenne de la phase préovulatoire, pendant 3 jours consécutifs, indique que l'ovulation s'est produite
- Méthode de la glaire cervicale ou de l'ovulation (Billings) : au cours du cycle menstruel, la femme observe des modifications de la consistance de la glaire cervicale et peut ressentir diverses sensations à l'entrée du vagin.
- Méthode symptothermique : la méthode symptothermique combine deux techniques ou davantage, telles que la modification de la glaire cervicale, la courbe thermique, l'observation de symptômes associés à l'ovulation (douleurs, tension mammaire, saignement) et les calculs de la méthode du calendrier.
- Méthode de retrait : certains couples choisissent aussi la méthode de retrait au moment du coït.

Les techniques utilisées pour déterminer la phase fertile n'ont pas d'effets secondaires connus. Cependant, elles présentent des inconvénients [27].

- La méthode dépend presque exclusivement de l'engagement et de la coopération des deux partenaires, ce qui peut être difficile à réaliser
- Toute utilisation incorrecte est associée à des taux de grossesse très élevés.
- Une longue période de formation est nécessaire
- La tâche quotidienne de surveiller et de noter les signes de fertilité peut être difficile et parfois impossible pour certaines femmes
- Les femmes qui ont des règles irrégulières peuvent éprouver des difficultés à suivre la méthode

III.2. Méthodes contraceptives adaptées aux adolescents

Le comportement contraceptif des adolescents repose essentiellement sur l'utilisation de préservatif combiné à la prise de pilule. Il protège à la fois des grossesses et des IST. Les contraceptions fondées sur l'abstinence périodique sont aussi fréquemment utilisées par les adolescents mais s'avèrent être inadaptés en raison de l'irrégularité du cycle menstruel des jeunes filles, de la mauvaise connaissance de la période fertile et d'une sexualité imprévisible [28].

III.3. Obstacles des contraceptions chez les jeunes

Le besoin de confidentialité autour de la vie sexuelle, la faiblesse des ressources financière, la pudeur, opposition culturelle ou religieuse et une certaine exigence de proximité, facteurs spécifiques aux adolescents, sont à prendre en compte pour faciliter leurs l'accès à la contraception [28].

IV. LA GROSSESSE CHEZ LES ADOLESCENTES

IV.1. Mère adolescente

La grossesse précoce est une grossesse survenant lors de l'adolescence [29]. La loi malgache, datant du 20 avril 2007, n'autorise le mariage civil qu'à partir de l'âge de dix-huit ans révolus. Ainsi, les jeunes qui entrent dans la vie de couple avant 20 ans, sont sujets à des grossesses précoces [8].

IV.2. Profils psychologiques des adolescentes enceintes

Il est important de rappeler que la grossesse précoce n'est pas essentiellement due à une méconnaissance des contraceptifs mais souvent à des problèmes plus profonds.

LE VAN a, d'ailleurs, su mettre en évidence ce fait dans son livre « les grossesses à l'adolescence, normes sociales, réalités vécues ». Elle définit 5 types de grossesse:

- « la grossesse rite d'initiation » caractérisée par le fait qu'elle soit désirée ou au moins attendue et par le fait que ce ne soit qu'un désir de grossesse et non un désir d'enfant. Ce « type de grossesse » est utilisé comme un moyen de communication pour le couple et un moyen de mettre à l'épreuve l'authenticité des sentiments du père.
- « la grossesse S.O.S » sera utilisée comme un comportement à risque, c'est-à-dire, qu'elle permettra, à l'adolescente, d'exprimer son mal-être, son mal de vivre. Elle sera, donc, un appel au secours au même titre qu'une tentative de suicide ou qu'une fugue.
- « la grossesse insertion » est une grossesse programmée et réfléchie. Pour l'adolescente, elle lui permettra d'acquérir un statut et une reconnaissance sociale et familiale.
- « la grossesse identité » permet surtout à l'adolescente de lui donner une raison de vivre et de justifier sa propre naissance.

- « la grossesse accidentelle » contrairement aux précédentes ne met pas en évidence un désir conscient ou inconscient de grossesse ou d'enfant. Elle montre simplement des jeunes filles qui n'ont pas encore pris conscience de leur fécondité et qui pense que cela ne peut pas leur arriver [29].

IV.3. Facteurs explicatifs de la grossesse précoce

Toute une série de facteurs peuvent entrer en jeu dans la survenue d'une grossesse à l'adolescence : tomber enceinte à 15 ans peut résulter d'un accident ou traduire le besoin d'avoir un bébé.

La littérature retrouve 5 groupes de facteurs explicatifs de cette grossesse adolescente qui sont liés entre eux [30].

- les facteurs liés à l'environnement socio-économique, sociodémographique, et culturel, qui influencent sur le niveau et le mode de vie
- les facteurs psychologiques et psycho-sociaux
- les facteurs cognitifs
- les facteurs liés à l'entourage familial, amical, amoureux
- les facteurs environnementaux et politiques généraux qui témoignent du milieu de vie.

IV.4. Risques au cours de la grossesse

La grossesse et l'accouchement à l'adolescence sont beaucoup plus risqués pour la santé de la mère et de l'enfant que chez les femmes adultes. Les enfants nés de mères adolescentes présentent également un risque accru de faible poids de naissance et de taux de mortalité et de morbidité plus élevés.

Selon l'OMS, les problèmes majeurs que rencontrent les adolescentes enceintes en période anténatale sont :

- ✓ L'hypertension artérielle
- ✓ L'anémie
- ✓ Les IST/SIDA
- ✓ Le paludisme
- ✓ La pré-éclampsie

Lors de l'accouchement et de la délivrance, l'incidence des problèmes suivants sont accusés :

- ✓ La pré-éclampsie
- ✓ L'accouchement prématué
- ✓ La disproportion céphalo-pelvienne

En post-partum, sont souvent rencontrés :

- ✓ L'anémie
- ✓ La dépression du post-partum
- ✓ Des grossesses répétées
- ✓ La fistule obstétricale

Par ailleurs, l'enfant né pourrait être sujet à un faible poids, voire un problème plus grave, la mortalité péri ou néonatale [17].

IV.5. L'avortement provoqué

L'avortement c'est l'interruption prématuée de la grossesse. Dans l'usage courant, le mot avortement est employé comme synonyme d'interruption volontaire de grossesse (IVG) [31].

Chez les adolescentes, l'issu facile d'une grossesse précoce est presque toujours une IVG. Elles ont plus fréquemment recours à l'avortement pratiqué par des prestataires qualifiés ou non. Les adolescentes ont aussi le plus souvent recours à des méthodes d'avortement dangereuses, telles que l'insertion d'objets dans l'utérus, l'utilisation de préparations à base de plantes dans le vagin ou la prise de plusieurs préparations préconisées par la médecine moderne ou traditionnelle, que ce soit par voie orale ou par injection.

L'interruption volontaire de la grossesse est interdite à Madagascar. Dans de nombreux pays, différents types d'obstacles légaux entravent la prestation de services d'avortement. Même dans les pays où les lois en matière d'avortement sont un peu moins sévères, des conditions ont été établies, rendant plus difficile l'accès des adolescentes à l'avortement sûr. Ainsi, dans certains pays, le consentement du mari, des

parents ou du tuteur est nécessaire à l'avortement si la femme n'a pas atteint un certain âge.

Si les risques de mortalité et de morbidité liés à l'avortement pratiqué dans des conditions dangereuses sont élevés chez les femmes de tous âges, ils le sont tout particulièrement chez les adolescentes. Les conséquences sont diverses et peuvent être regroupées dans les catégories suivantes :

- ✓ Médicales :
 - A court terme : hémorragie, infection du post-partum voire septicémie, perforation de l'utérus ou même de l'intestin, mortalité
 - A long terme : stérilité secondaire, avortement spontané à répétition
- ✓ Psychologiques : Ces adolescentes se sentent notamment perdues et affligées. Certaines expriment aussi de la culpabilité liée non seulement à l'avortement même, mais aussi à la pratique sexuelle et au fait de ne pas avoir assumé leur rôle de femme en optant pour l'avortement.
- ✓ Sociales et économiques : Les conséquences sociales et économiques de l'avortement à risque affectent la fille elle-même, sa famille, sa communauté et l'ensemble de la société [17].

DEUXIEME PARTIE : METHODES ET RESULTATS

METHODES ET RESULTATS

I. METHODES

I.1. Caractéristiques du cadre de l'étude



Figure 4 : Lycéennes du Lycée Jean Joseph Rabearivelo Analakely.

Source : UNFPA. Rapport synthétique : Les jeunes malgaches-Faits et chiffres. UNFPA. Aout 2011.

L'étude s'est déroulée dans la Commune Urbaine d'Antananarivo au sein des lycées privés et publics d'enseignement général. A Madagascar, la scolarité est obligatoire à partir de 6 ans pour l'enseignement public. L'âge officiel au niveau primaire est de 6 à 10 ans, au niveau collège de 11 à 14 ans et la période lycéenne est de 15 à 17 ans [8].

Environ 13% des lycéens de la grande île est concentré dans la capitale. Pour l'année scolaire 2013-2014, l'enseignement général à Antananarivo Renivohitra comptait 39166élèves dont 52,54% où 20579 des élèves aux lycées sont des filles. Dans la capitale, 68% des lycéennes sont dans les établissements privés. La capitale compte 220 lycées dont 96,81% sont des établissements scolaires privés. Un établissement scolaire privé sur cinq est un établissement confessionnel. Néanmoins, les établissements scolaires confessionnels regroupent environ 22% des élèves des établissements privés. La majorité des lycées publics se trouve dans le premier arrondissement (57%), tandis que les établissements privés sont répartis sur les six arrondissements mais majoritairement dans le cinquième arrondissement. La lycéenne passe 5 ou 6 jours sur 7 au sein de l'établissement scolaire avec un volume horaire de 40 heures par semaine [32].

I.2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive, rétrospective et transversale.

I.3. Période d'étude

La période étudiée concerne le troisième trimestre de l'année scolaire 2014-2015.

I.4. Durée de l'étude

La collecte des données s'est déroulée du 11 Mai 2015 au 01 Juin 2015 soit trois semaines. L'étude a duré 14 mois, c'est-à-dire du mois de Septembre 2014 jusqu'au mois de Novembre 2015.

I.5. Population d'étude

L'étude porte sur les lycéennes d'Antananarivo Renivohitra.

I.5.1. Critères d'inclusion

Ont été incluses les lycéennes en classe de seconde, première et terminale, appartenant à la tranche d'âge 15 à 19 ans des lycées privés et publics d'enseignement général d'Antananarivo Renivohitra.

I.5.2. Critères d'exclusion

Parmi les lycéennes incluses dans l'étude, ont été exclues celles qui n'acceptent pas de remplir le questionnaire, celles présentant un handicap physique (mal voyant, mal entendant et muets), et celles mariées légitimement (ayant un livret de famille).

I.6. Mode d'échantillonnage

La technique de sondage aléatoire par grappe à deux degrés a été adoptée dans la réalisation de cette étude. Il s'agit de:

- La sélection des lycées
- La sélection des classes

A partir des données sur les lycées existant à Antananarivo Renivohitra (publics et privés) délivrées par le Circonscription Scolaire (CISCO), une classification des lycées en fonction de leur taille a été établie.

Dans chaque classification, une sélection de lycées a été faite de façon aléatoire.

Au total, huit établissements ont été sélectionnés :

- 3 établissements publics :

Lycée Moderne Ampefiloha,

Lycée Andohalo,

Lycée Jean Joseph Rabearivelo

- 4 établissements privés non confessionnels :

Lycée Privé Mahaleovasoa L'Impec Namontana

Lycée Privé Hanitra Anosibe

Lycée Privé Fanaperana Ampasika

Lycée Privé Charlemagne Antohomadinika

- 1 établissement privé confessionnel :

Institution Sainte Famille Mahamasina

Ces lycées regroupent une population de 9638 élèves où la majorité est des filles.

Suivant le niveau d'étude, 33,57% sont en classe de seconde, 29,65% en classe de première, et 36,78% en terminale.

Au sein de chaque établissement tiré au sort, des classes ont été choisies de façon aléatoire. L'effectif recruté par établissement et par classe est proportionnel à leur taille respective pour chaque type d'établissement et chaque niveau d'étude.

I.7. Taille de l'échantillon

La formule suivante a été utilisée dans le calcul de la taille de l'échantillon :

$$n = Z\alpha^2 p(1-p)$$

$$i^2$$

Avec :

- n : effectif
- $Z\alpha$: niveau de confiance à 95% ou 1, 96 est la valeur de probabilité associée
- p : proportion la plus récente estimée des grossesses précoce chez les adolescentes à Madagascar, 2013, p= 12,3 % [1].
- i : marge d'erreur 5%

Nous obtenons comme taille de l'échantillon 165,75 soit 166 lycéennes. Avec une pondération de 5% pour possibilité de non réponse et de réponse invalide, la taille de l'échantillon finale est de 175 (Tableau III).

Tableau V: Taille de l'échantillon selon le type d'établissement et le niveau d'étude

Etablissements	Seconde	Première	Terminale	Total
Privés	40	33	46	119
Publiques	20	16	20	56
Total	60	49	66	175

I.8. Variables de l'étude

Les variables étudiées au cours de cette étude peuvent être classées en:

- Variables sur l'état civil de la lycéenne: âge, niveau d'étude
- Variables sur les conditions socio-économiques : type d'établissement, fokontany, profession et âge des parents
- Variables sur la vie familiale et sociale: statut matrimonial des parents, individu avec lequel la lycéenne vit, nombre de fratrie, rang dans la fratrie
- Variables de connaissances : connaissances en matière de sexualité (ménarche, cycle menstruel, l'ovulation), connaissances sur la contraception, la grossesse précoce (signes, causes, conséquences, éviction)
- Variables d'attitudes : attitudes face au sujet de la sexualité (individu avec lequel elle discute de la sexualité, canal sur le sujet de la sexualité, milieu où elle parle

de sexualité), attitudes face à la contraception (type de contraception apprécié, raisons d'utilisation), attitudes face à un problème de santé reproductive (accès aux soins, cas de grossesse précoce).

- Variables de pratiques : avoir un petit-ami, utilisation de méthodes contraceptives, pratique sur la vie sexuelle active, cas de grossesse précoce et d'avortement, proposition d'amélioration de la santé reproductive des adolescentes.

Pour les variables de connaissances, nous avons attribué un niveau allant du niveau nul au niveau bon à chaque variable en fonction des réponses données par les lycéennes.

I.9. Mode de collecte de données

I.9.1. Enquête

Un questionnaire préalablement testé a servi de support au recueil des données.

Cet outil renferme 30 questions fermées et ouvertes réparties en trois modules :

- Module 1 : Identification de l'interlocuteur
- Module 2 : Vie sexuelle
- Module 3 : Connaissances, attitudes et pratiques en matière de contraception et de grossesse précoce

Le questionnaire est individuel et anonyme, en version française, auto-administré pour éviter que l'enquêteur soit un obstacle, et rempli en même temps pour toutes les lycéennes tirées au sort d'un même établissement (dans la mesure du possible) ou d'une même classe d'un même établissement pour éviter le phénomène de contagion inter-groupe.

Le responsable de l'établissement scolaire a été chargé d'informer les lycéennes retenues pour l'étude avant chaque collecte et de les regrouper dans une salle réservée à cet effet le jour de l'enquête.

La durée de chaque séance de collecte a été de 15 à 30 minutes. Après la présentation de l'objet de cette étude, les jeunes filles ont été rassurées quant au caractère anonyme et confidentiel des informations recueillies. Une explication du bien fondée de l'étude et les différents items a ensuite été réalisée. Avant le remplissage du questionnaire, le facilitateur explique comment le remplir correctement. Il se met à la disposition des lycéennes en cas de problème.

I.9.2. Déroulement de l'enquête

Une autorisation préalable auprès des responsables du CISCO d'Antananarivo

Renivohitra a été nécessaire avant la descente sur terrain. La CISCO a aussi permis la consultation de la liste complète des lycées d'Antananarivo Renivohitra nécessaire pour effectuer l'échantillonnage. L'autorisation de la CISCO a facilité la collaboration des responsables des différents établissements scolaires.

Dans les établissements scolaires, une sélection préalable et aléatoire des classes et des lycéennes a été menée selon leurs emplois du temps. Les jeunes en classe de terminale ont été difficilement mobilisables, surtout pour les établissements publics.

En cas de problèmes de compréhension du questionnaire, des éclaircissements ont été donnés pour faciliter le remplissage des questionnaires. A la fin de la séance, la vérification des fiches et le remerciement des élèves pour leur disponibilité et pour leur participation ont été réalisés.

I.10. Mode d'analyse des données

Les données ont été analysées sous Excel 2007 et du logiciel R version 2.9 avec analyse descriptive avec fréquence relative par rapport à la fréquence moyenne. La comparaison des proportions a fait appel à l'utilisation du Chi-carré. Le degré de signification retenu dans cette étude est $p<0,05$.

I.11. Limites de l'étude

Par rapport au questionnaire, les limites résident sur le caractère intime de certaines questions rendant les réponses évasives et quelque fois peu fiables. Le choix du questionnaire en français a été motivé suite aux résultats du pré-test afin de mettre les lycéennes à l'aise (certains termes nommés en malgaches gênent les lycéennes) et pour faciliter la compréhension. Néanmoins, les lycéennes ont eu la possibilité de répondre en malgache et en français, pour les questions ouvertes. Cette approche a rendu difficile l'uniformité des réponses.

Par rapport au sujet, on aurait dû faire participer les garçons pour identifier leurs implications dans les problèmes de SRA.

I.12. Considérations éthiques

D'un point de vue administratif, la descente sur terrain auprès des différents lycées a nécessité des documents signés par le Rapporteur de la thèse, et avec un accord favorable du responsable au sein du CISCO d'Antananarivo. De plus, un accord des responsables de l'établissement scolaire sélectionné a également été obligatoire.

Par rapport à l'enquête auprès des lycéennes, les points suivants ont été respectés :

- consentement éclairé : avant l'enquête, l'objet de l'étude a été expliqué aux lycéennes sélectionnées,
- confidentialité : le questionnaire est anonyme, les données collectées ne permettent pas d'identifier avec certitude la lycéenne.
- participation volontaire : la participation de la lycéenne est libre, avec possibilité de retrait et sans aucune visée de sanction pour ceux qui refusent de participer.

Toutes les informations concernant les lycéennes sont restées strictement confidentielles. Les données concernant les lycéennes n'ont été accessibles qu'aux personnes participant à cette recherche et aux personnes chargées de contrôler la qualité de l'étude. Ces données ont été exploitées dans des conditions garantissant leurs confidentialités et la publication de l'étude ne comportera aucun résultat individuel.

II. RESULTATS DE L'ETUDE

Pour chaque résultat donné, « x » représente le nombre de réponses données par les lycéennes. Les facteurs qui font varier « x » sont :

- facteurs qui l'augmentent : questions à choix multiples, questions ouvertes
- facteurs qui le diminuent : absence de réponses

II.1. Caractéristiques de l'échantillon

Suivant le type d'établissement, 32% des lycéennes viennent d'établissements publics, 21.71% d'établissements privés non confessionnels, et 46.29% d'établissements privés confessionnels. Suivant le niveau d'étude des lycéennes, 34.29% sont en classe de seconde, 28% en classe de première, et 37.71% en classe de terminale.

La population étudiée compte 175 individus. L'âge moyen des lycéennes est de 16.93 ans \pm 1.27. L'âge moyen de la ménarche des lycéennes est de 13,03ans \pm 1,19 avec un minimum d'âge de 10ans et de maximum d'âge de 16ans.

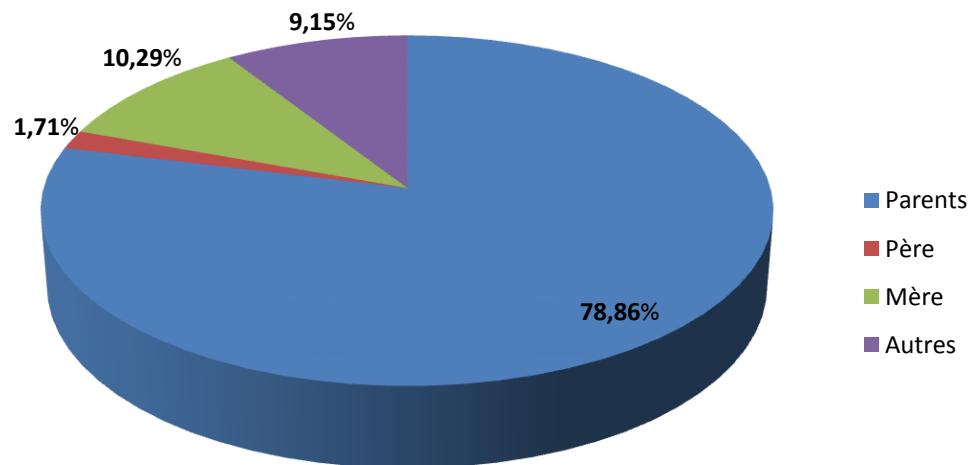


Figure 5: Répartition des lycéennes selon le mode d'habitation (x=175)

Les lycéennes habitent en milieu suburbain dans 22.86 % des cas et vivent en majorité avec leurs parents. Lorsqu'elle ne vit pas avec au moins un de ses parents, le système de placement auprès de proches comme la fratrie, les tantes et oncles, ou les grands-parents est choisi. Néanmoins, 0.57 % des lycéennes vivent en pensionnat.

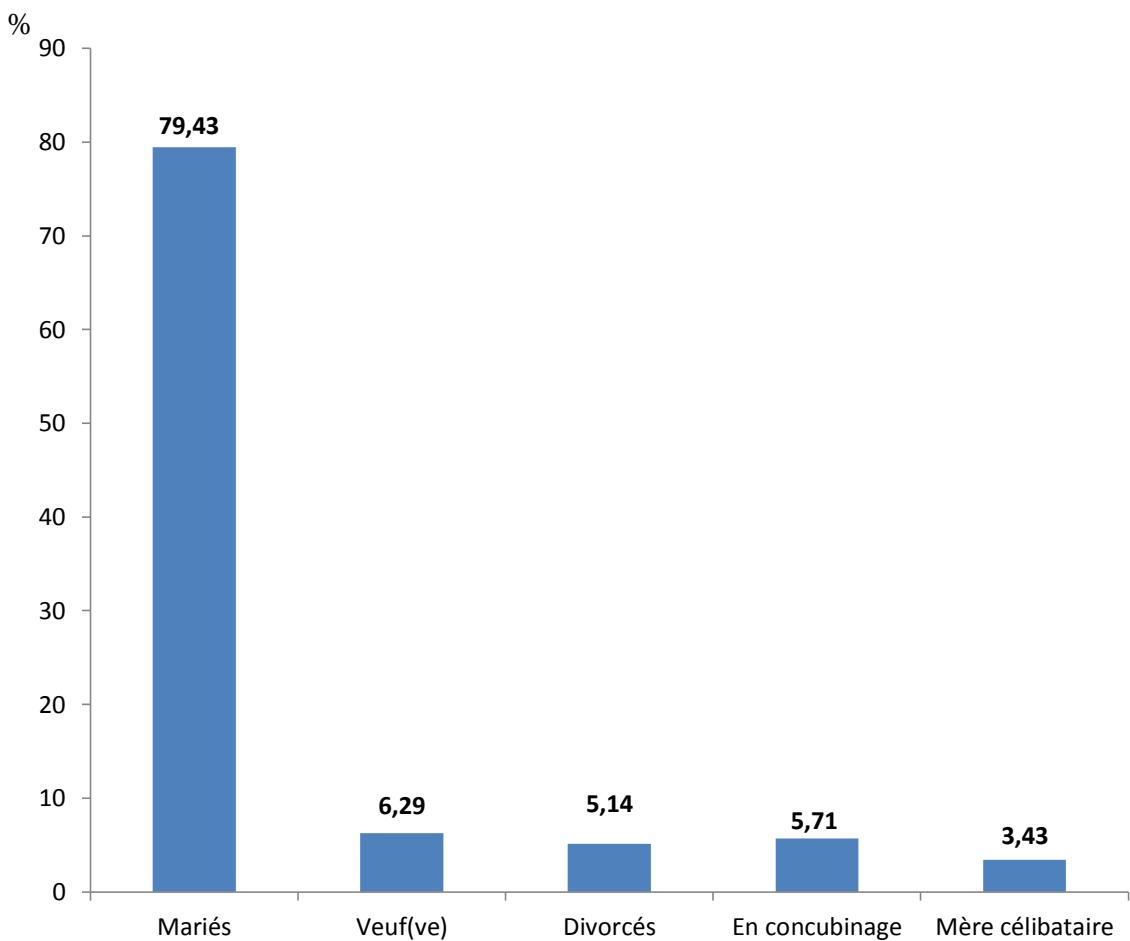


Figure6 : Répartition selon le statut matrimonial des parents (x=175)

Les parents sont mariés à 79,43%. Le reste sont des familles instables où les parents sont soit en concubinage, soit divorcés, soit séparés ou monoparentales dont 3,43 % sont des mères célibataires. L'âge de la mère varie de 30 à 56 ans avec un âge moyen de 43,12 ans tandis que celui du père varie de 33 à 61 avec un âge moyen de 46,68 ans.

Parmi les lycéennes, il y a des enfants uniques. Par contre le nombre maximum d'enfant existant dans une fratrie va jusqu'à 12. Dans la majorité des cas, une famille comporte 3 enfants (38,86%).

Par ailleurs, 40,57% des lycéennes enquêtées sont les ainées tandis que dans 36 % d'elles sont la deuxième dans la fratrie où elles se trouvent.

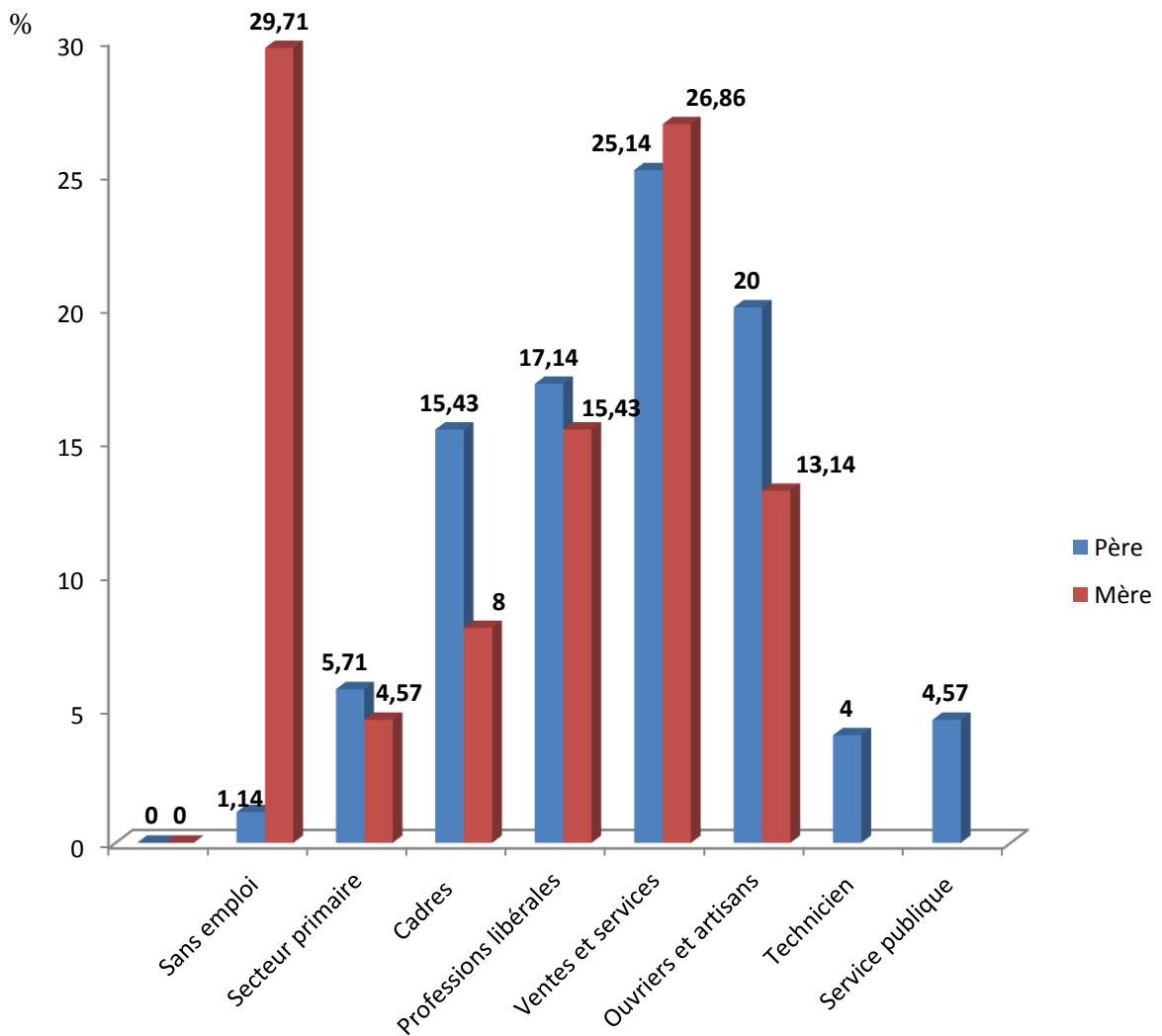


Figure 7: Répartition du type de profession des parents (x=163 pour la profession du père et x=171 pour la profession de la mère)

Les pères occupent à peu près tout type de profession, tandis que beaucoup de mères s'occupent du foyer. Le type de profession occupé par les mères diminue lorsque le besoin d'études supérieures est nécessaire mais la plupart des parents ont leurs places dans le secteur des ventes et services.

II.2. Connaissances sur la contraception et la grossesse précoce

Tableau VI: Niveau de connaissances global des lycéennes en matière de contraception et de grossesse précoce

Différents types de connaissance	Niveau de connaissance					
	Nul		Moyen		Bon	
	Effectif	(%)	Effectif	(%)	Effectif	(%)
Définir le cycle menstruel	60	(34,29)	95	(54,29)	20	(11,53)
Situer l'ovulation	137	(78,29)			38	(21,71)
Définir de la contraception	10	(5,71)	6	(3,43)	159	(90,86)
Citer des types de contraception	0		61	(38,86)	114	(65,14)
Définir la grossesse précoce	26	(14,86)	79	(45,14)	70	(40)
Citer 3 premiers signes de la grossesse	8	(4,57)	25	(14,29)	142	(81,14)
Citer des causes de la grossesse précoce	2	(1,14)	110	(62,86)	63	(36)
Citer des conséquences de la grossesse précoce	7	(4)	10	(5,71)	152	(90,29)
Comment éviter la grossesse précoce	14	(8)	15	(8,57)	46	(83,43)

Beaucoup de lycéennes pensent que le cycle menstruel se résume à la présence des règles chez la femme tous les mois et que l'ovulation se fait 14 jours après les règles peu importe la durée du cycle menstruel. En ce qui concerne les signes de la grossesse, certaines d'elles se fixent sur l'idée que la paresse, le besoin de sommeil fréquent, l'éclaircissement du teint font partie des premiers signes de la grossesse. Par ailleurs, la majorité des lycéennes adopte l'idée de l'abstinence pour éviter une grossesse précoce.

II.3. Attitudes sur la contraception et la grossesse précoce

II.3.1. Attitudes face au sujet de sexualité

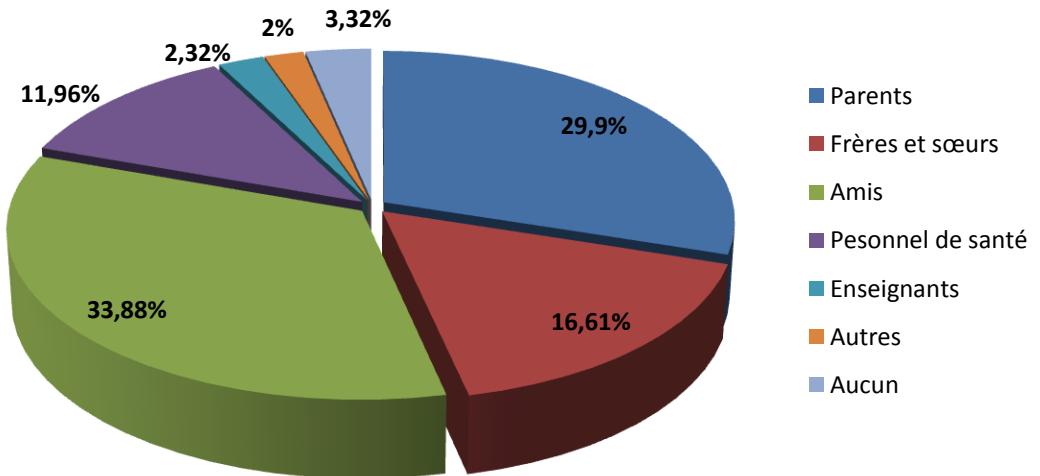


Figure8: Répartition des individus avec qui la lycéenne parle de sexualité (x=301)

Le sujet de la sexualité est en général abordé avec les amis (33,88%) et la famille (46,51%). Le petit ami, la cousine ainsi que la tante représentent les autres personnes avec qui elles parlent de sexualité. Les enseignants, principalement les professeurs de Science de la vie et de la terre (SVT) sont abordés dans 2,32%. Dans 3,32%, les lycéennes ne parlent pas de sexualité. Il existe des groupes où les lycéennes peuvent parler de sexualité dans 12 % des cas.

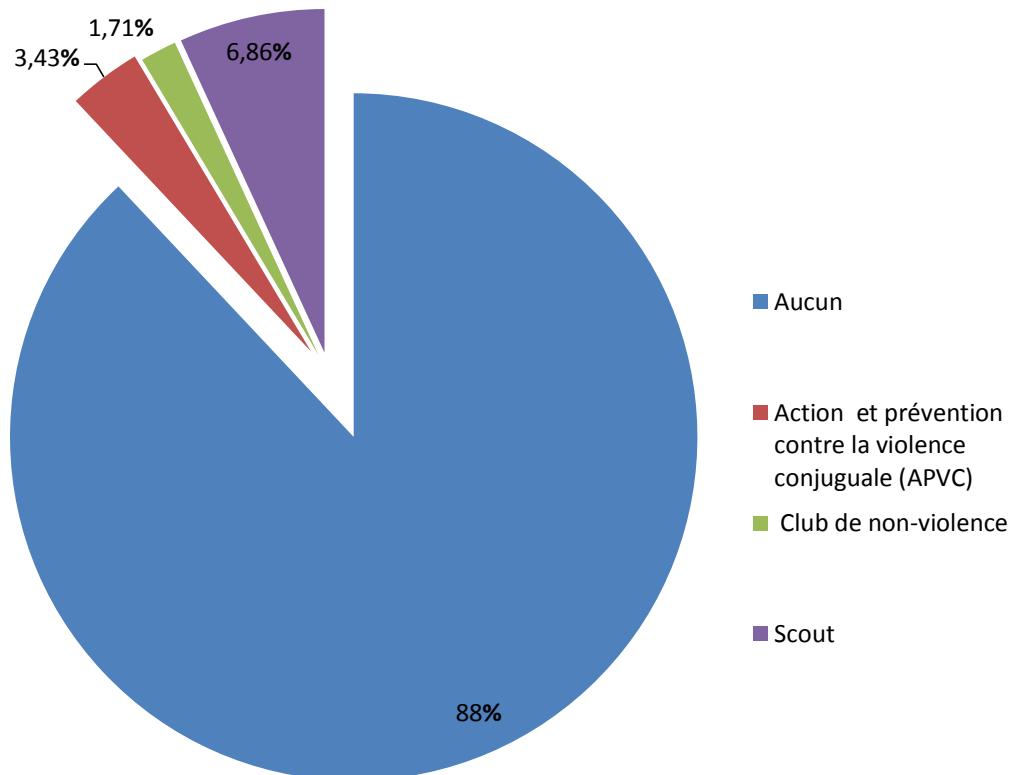


Figure 9: Répartition des groupes où les lycéennes parlent de sexualité(x=175)

Cette figure montre que la plupart des lycéennes n'adhèrent pas aux groupes d'éducation sur la santé de reproduction (88%). Les groupes d'activités où elles adhèrent sont : le scoutisme (6,86%), l'action et prévention contre la violence (1,71%) et le club de non-violence (3,43%)

II.3.2. Attitudes face aux méthodes contraceptives

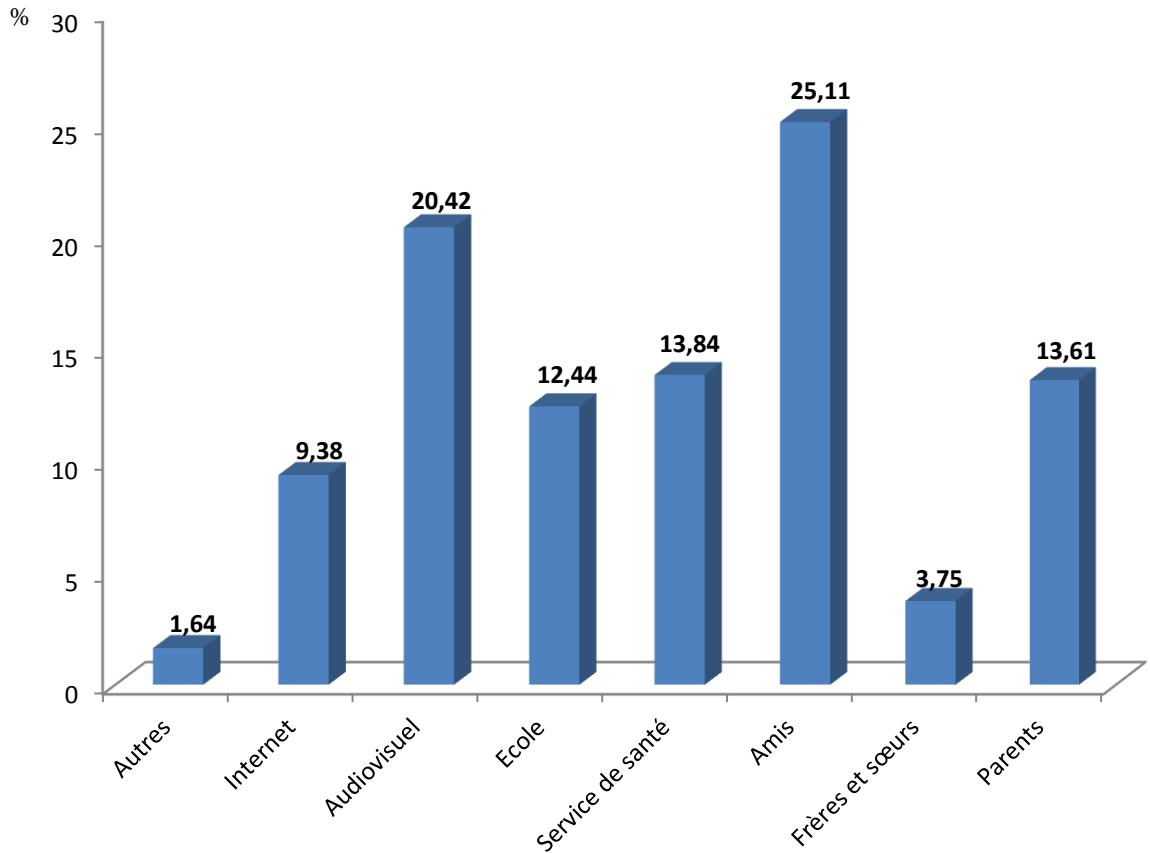


Figure 10: Répartition des canaux par lesquels la lycéenne a entendu parler de la contraception (x=426)

Les médias via la télévision, la radio et l'internet véhiculent le plus de messages en matière de contraception, viennent par la suite la discussion avec les amis et au sein de la famille. L'école comme les services de santé se trouvent en derniers lieux quand il s'agit de canal d'information concernant la contraception.

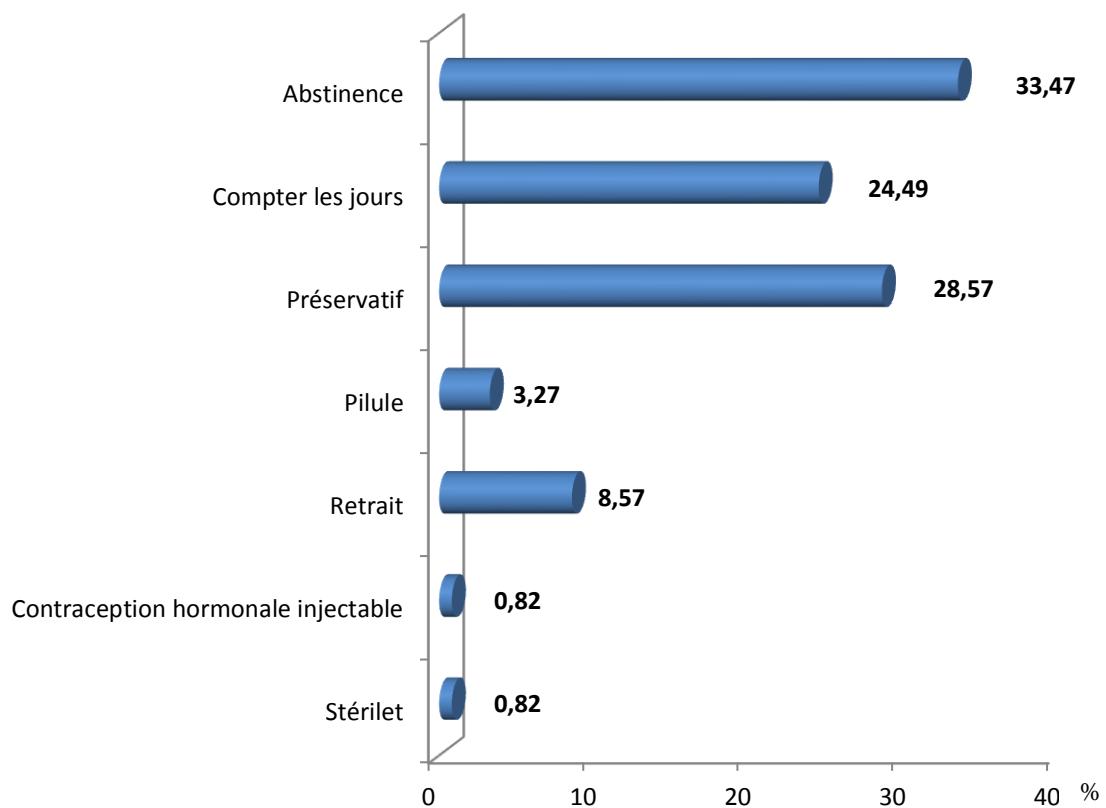


Figure 11: Répartition des réponses sur le type de contraception apprécié (x=245)

Beaucoup de jeunes apprécient des méthodes contraceptives fondées sur la prédiction de l'ovulation, l'abstinence, le retrait malgré le fait qu'elles leurs sont déconseillés en raison de l'irrégularité du cycle menstruel des jeunes filles et d'une sexualité imprévisible.

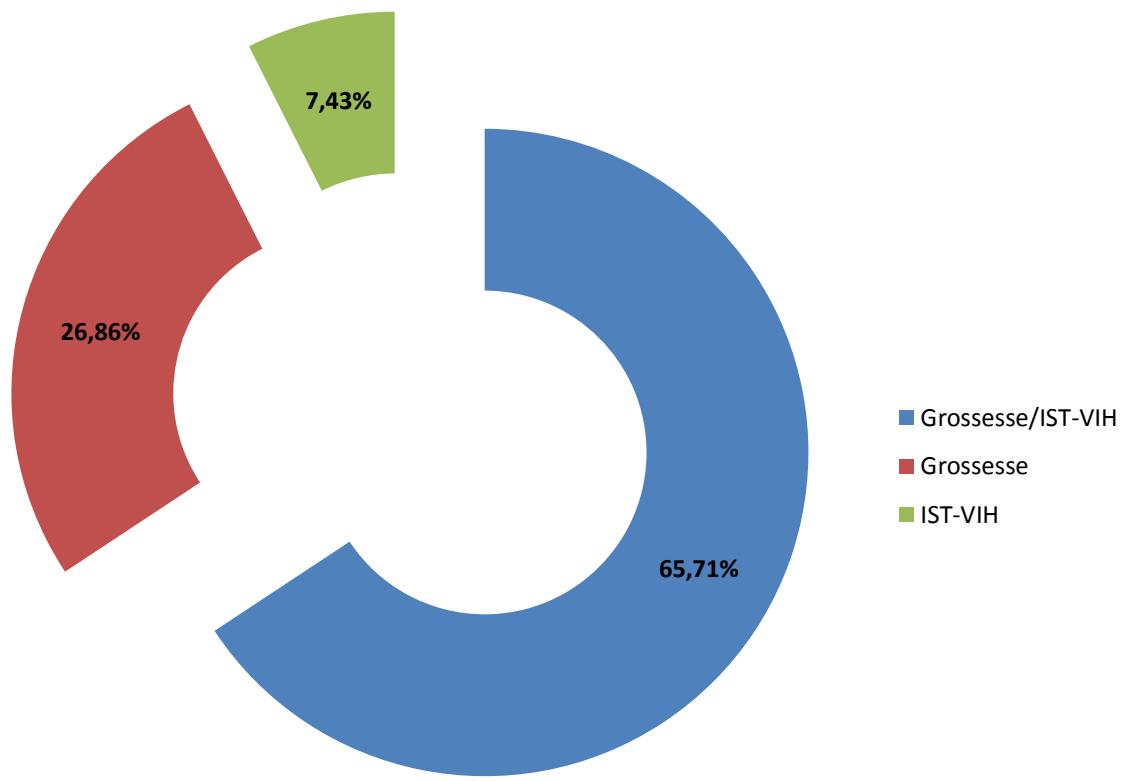


Figure12 : Répartition des réponses sur la raison d'utilisation de méthodes contraceptives (x=175)

Principalement, les lycéennes se protègent contre une grossesse et les IST/VIH (65,71%). Cependant, elles se protègent plus contre une grossesse (26,86%) que contre les IST-VIH (7,43%).

II.3.3. Attitudes face à un problème de santé reproductive

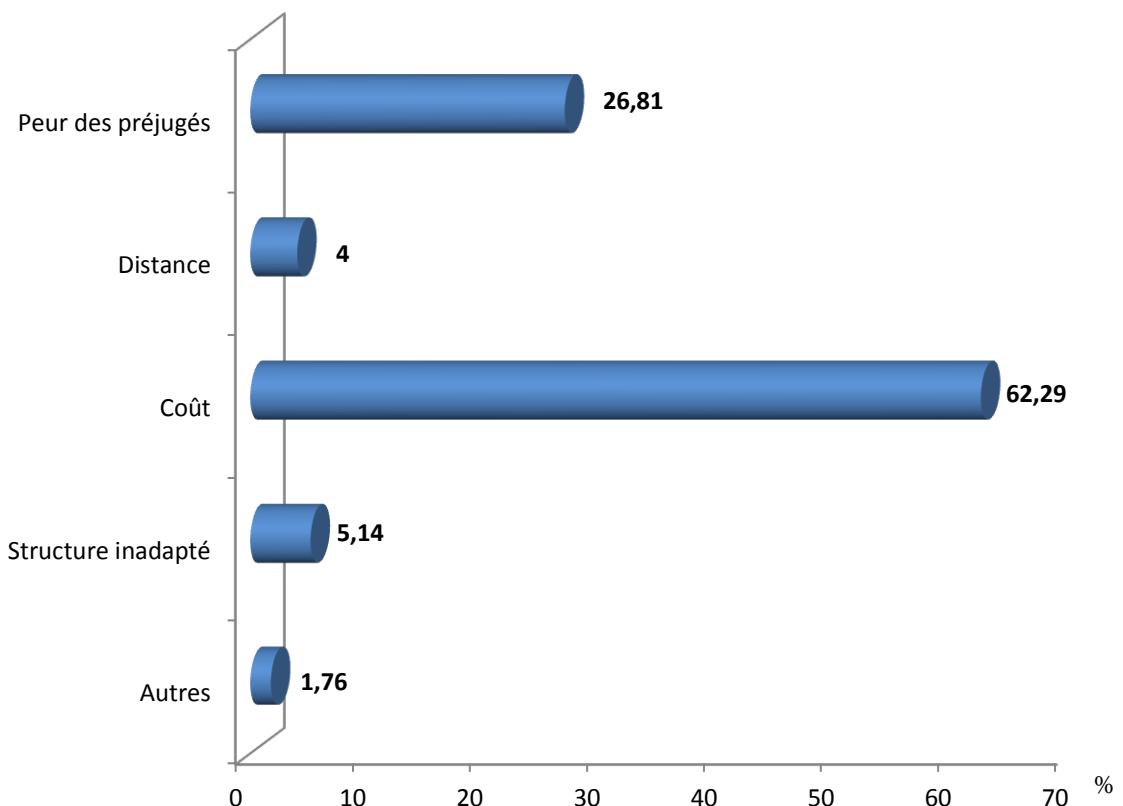


Figure 13: Répartition des facteurs qui limitent l'accès aux soins chez les lycéennes (x=175)

Dans 62,29%, les lycéennes avouent avoir un problème financier quant à l'accès aux soins, ensuite par le sentiment de honte et la peur d'aller seule dans un centre de santé (26,81%).

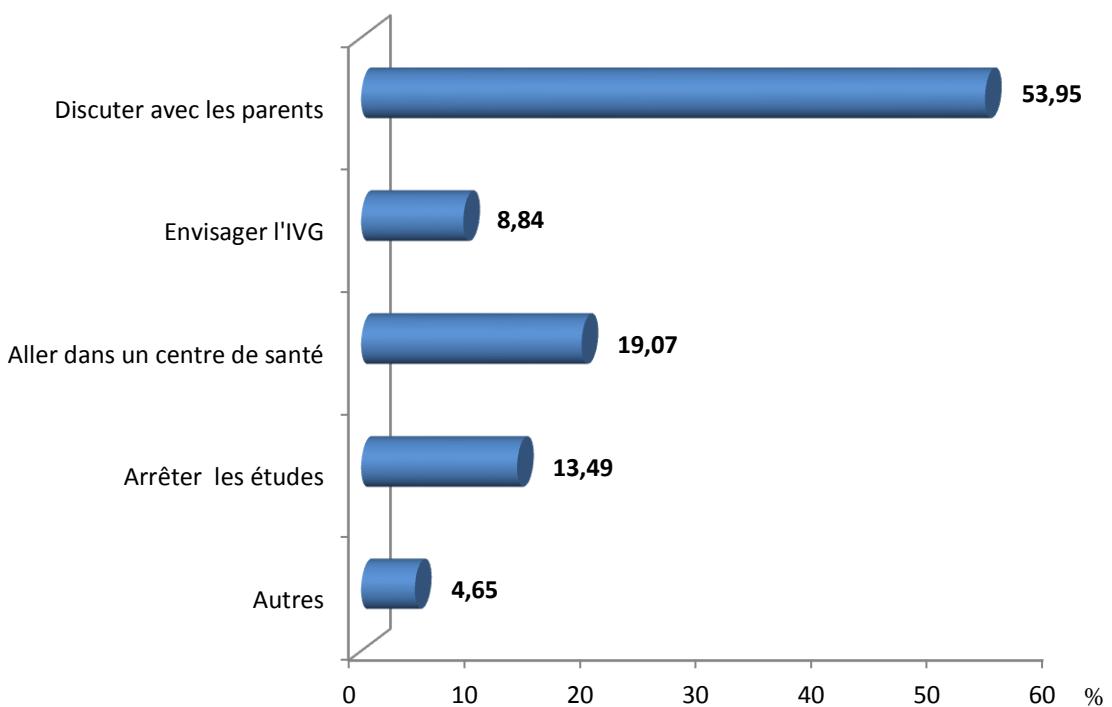


Figure 14: Répartition des réponses par rapport aux attitudes face à une grossesse non planifiée (x=215)

En aucun cas, il n'a été mentionné l'idée de faire adopter le bébé. Dans les autres attitudes, les adolescentes envisagent de garder l'enfant, de se marier, de chercher du travail.

II.4. Pratiques sur la contraception et sur la grossesse précoce

II.4.1. Avoir un petit ami

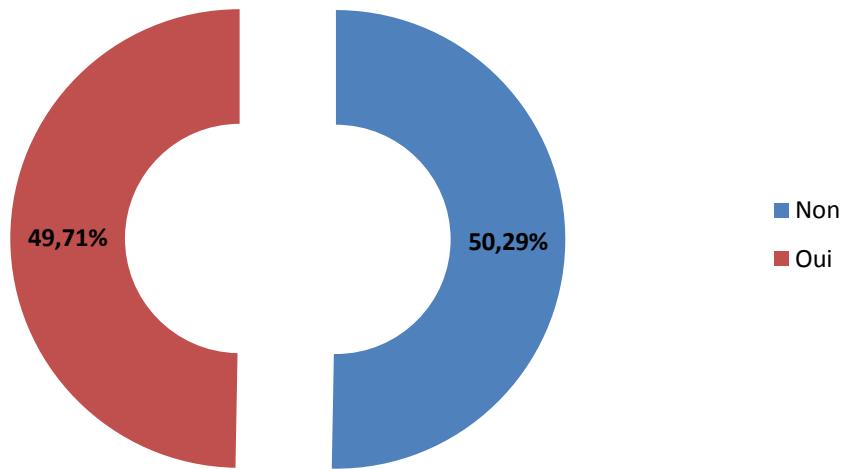


Figure 15: Répartition des lycéennes selon l'existence un petit-ami (x=175)

Presque la moitié des jeunes filles a déjà un petit-ami (50,29%).

Il s'agit d'un compagnon masculin avec qui elles entretiennent une relation romantique voire sexuelle.

II.4.2. Pratique sur la vie sexuelle active

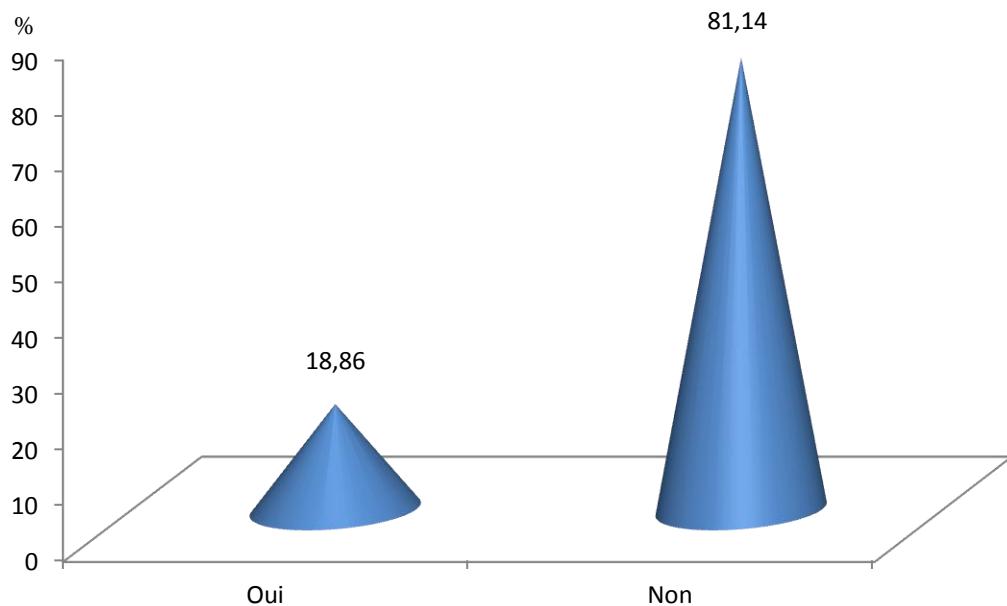


Figure 16: Répartition des lycéennes selon leur pratique sexuelle (x=175)

Les lycéennes sont actives sexuellement dans 18,86%, principalement par amour comme elles le décrivent. Seule une jeune fille a eu une relation sexuelle précoce dans le cadre d'un viol.

L'âge minimum du premier rapport sexuel est de 14ans tandis que l'âge maximum est de 18ans.

II.4.3. Pratique de la contraception

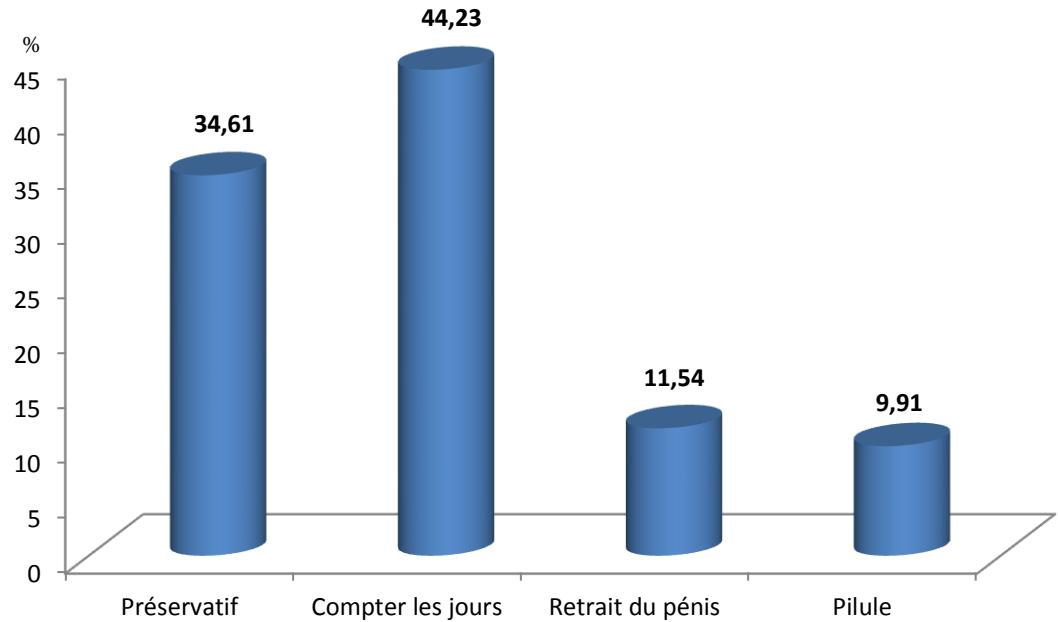


Figure17 : Répartition des lycéennes selon la méthode contraceptive utilisée (x=52)

Ces lycéennes, qui ont une vie sexuelle active, utilisent toutes des méthodes contraceptives principalement dominées par la prédition de l'ovulation (44,23%) et l'utilisation de préservatif (34,61%).

II.4.4. Cas de grossesse précoce

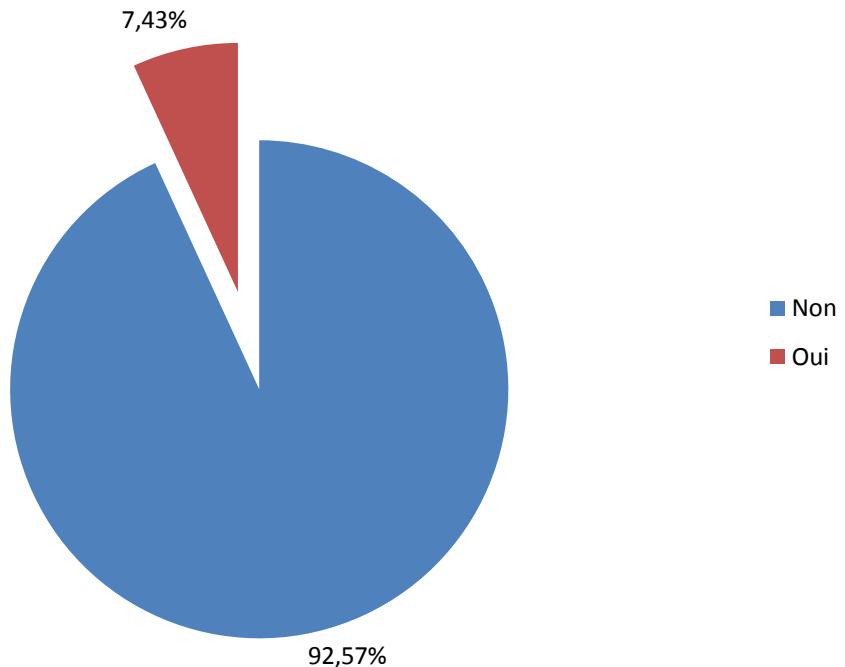


Figure 18 : Cas de grossesse précoce (x=175)

D'après cette figure, 7,43% des lycéennes âgées de 15 à 19 ans ont déjà eu un problème de grossesse précoce se terminant tous par une IVG.

Un cas de grossesse d'environ 7 semaines d'aménorrhée s'est confié de son cas au moment de l'enquête.

II.5. Proposition pour améliorer la SRA à Madagascar

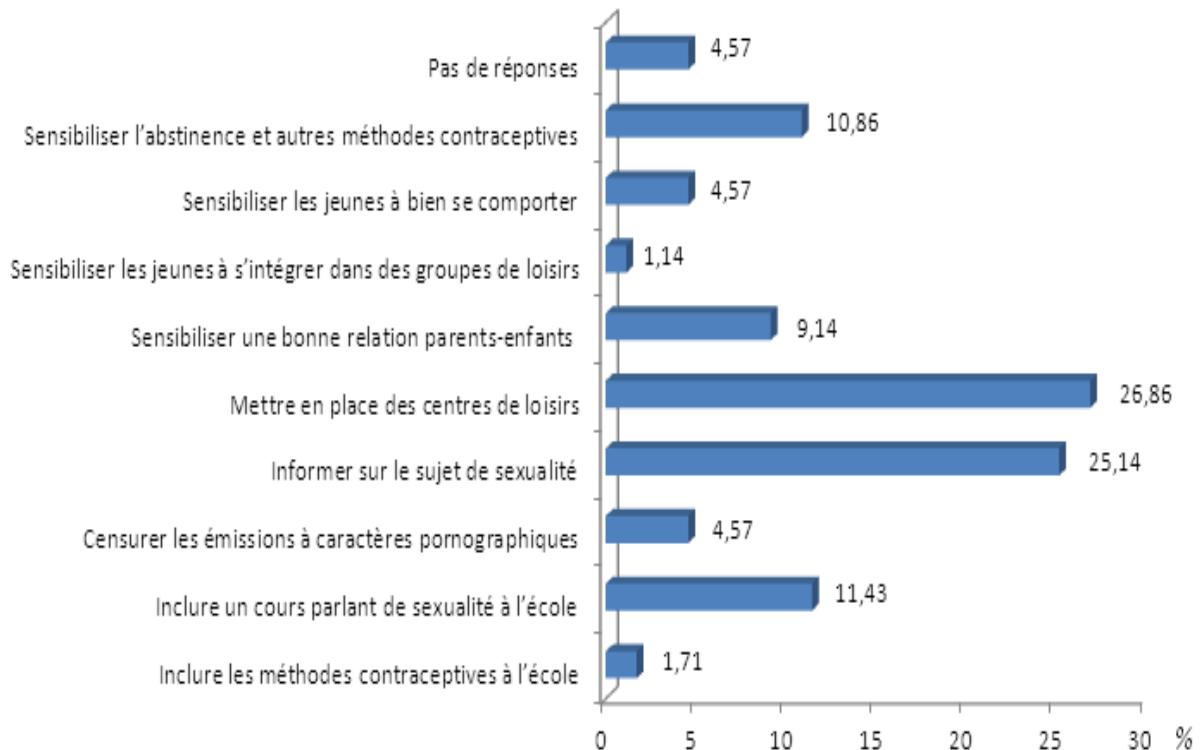


Figure 19: Répartition des réponses sur les propositions pour améliorer la SRA à Madagascar (x=210)

Pour améliorer la SRA à Madagascar, 26,86% des lycéennes ont déclaré la mise en place de centres de loisirs en vue de distraire les jeunes pendant leur temps libre et 25,14% l'information des jeunes sur la sexualité. D'autres réponses évoquent la sensibilisation des jeunes à bien se comporter, à discuter avec les parents, à utiliser la contraception voire pratiquer l'abstinence. Peu de lycéennes, 1,71% adhèrent l'idée d'inclure l'accès aux méthodes contraceptives à l'école.

II.6. Déterminants du comportement des jeunes lycéennes

II.6.1. Facteurs influençant sur les connaissances en matière de contraception et de grossesse précoce

Tableau VII: Facteurs influençant sur les connaissances de SRA

Variables	Bonne connaissance				
	Oui		Non		P
	Effectif	%	Effectif	%	
Type d'établissement (x=175)					
Public	6	10.71	50	89.29	NS
Privé Non confessionnel	0	0	38	100	
Privé confessionnel	11	13.58	70	82.42	
Niveau d'étude (x=175)					
Seconde	8	13.33	52	86.67	0.03
Première	12	25.00	36	75.00	
Terminale	20	29.85	47	70.15	
Lieu d'habitation (x=175)					
Urbain	59	43.70	76	56.30	0.04
Rurale	11	27.50	29	72.50	
Profession du père (x=175)					
Sans emploi	1	50.00	1	50.00	0.002
Secteur primaire	8	80.00	2	20.00	
Cadres	26	92.30	1	7.70	
Professions libérales	25	83.33	5	16.67	
Ventes et services	40	90.90	4	9.10	
Ouvriers et artisans	34	90.90	1	2.86	
Techniciens	7	100	0	0.00	
Service publique	6	75.00	2	25.00	
Profession de la mère (x=175)					
Sans emploi	4	7.69	48	92.31	0.10
Secteur primaire	0	0.00	8	100	
Cadres	2	14.29	12	85.71	
Professions libérales	5	18.52	22	81.48	
Ventes et services	5	10.64	42	89.36	
Ouvriers et artisans	3	13.04	20	86.96	
Parler sexualité avec leur parent (x=175)					
Oui	13	65.00	7	35.00	0.03
Non	77	49.68	78	50.32	
Petit ami actuel (x=175)					
Oui	25	28.74	62	71.26	0.03
Non	13	14.77	75	85.23	
Vie sexuelle active (x=175)					
Oui	16	48.49	17	51.81	0.11
Non	47	33.10	95	66.90	

Les lycéennes issues des établissements privées confessionnels ont plus de connaissances sur la sexualité.

Le niveau de connaissances augmente significativement au fur et à mesure que le niveau d'études est élevé, sur le fait que la lycéenne habite en milieu urbain. Il y aussi une relation entre le niveau de connaissances et le fait qu'au moins un parent travaille, le fait que la lycéenne parle de sexualité avec ses parents , et enfin le fait qu'elle a un petit ami.

II.6.2. Facteurs influençant sur l'utilisation de contraception

Tableau VIII: Facteurs influençant sur l'utilisation de contraception

Variables	Utilisation de contraception				
	Oui		Non		P
	Effectif	%	Effectif	%	
Type d'établissement (x=175)					
Public	9	16.07	47	83.93	0.4
Privé Non confessionnel	5	13.16	33	86.84	
Privé confessionnel	19	23.46	62	76.54	
Niveau d'étude (x=175)					
Seconde	3	5.00	57	95.00	NS
Première	4	8.16	45	91.84	
Terminale	26	39.40	40	60.6	
Parler contraception avec leur parent (x=175)					
Oui	13	22.41	45	78.59	0.5
Non	20	17.09	97	82.91	
Parler contraception avec leurs amis (x=175)					
Oui	23	21.50	84	78.50	0.3
Non	20	14.92	57	85.08	
S'informer de la contraception via les médias (x=175)					
Oui	22	28.57	65	71.43	0.04
Non	11	12.50	77	87.50	
Limites d'accès à la contraception (x=175)					
Distance	0	0.00	7	100	0.7
Coût	21	19.27	88	80.73	
Honte	5	23.81	16	76.19	
Peur	5	17.24	24	82.76	
Structure inadapté	2	22.22	7	77.78	
Petit ami actuel (x=175)					
Oui	33	37.93	54	62.07	NS
Non	0	0.00	88	100	
Vie sexuelle active (x=175)					
Oui	33	100	0	0	NS
Non	0	0.00	142	100	

Le fait d'avoir un petit ami n'a pas de relation significative avec l'utilisation de méthodes contraceptives. Ce qui influence l'utilisation de contraception est le monde des médias ($p=0,04$).

II.6.3. Facteurs influençant sur la grossesse précoce

Tableau IX: Facteurs influençant sur la grossesse précoce

Variables	Grossesse				
	Oui		Non		
	Effectif	%	Effectif	%	P
Type d'établissement (x=175)					
Public	1	1.79	55	98.21	0.3
Privé Non confessionnel	3	7.89	35	92.11	
Privé confessionnel	8	9.88	73	90.12	
Niveau d'étude (x=175)					
Seconde	1	1.66	59	98.34	0.003
Première	1	2.04	48	97.96	
Terminale	10	15.15	56	84.85	
Connaissance sur la grossesse précoce (x=175)					
Oui	7	11.11	56	88.89	0.009
Un peu	4	3.64	106	96.36	
Non	1	50.00	1	50.00	
Petit ami actuel (x=175)					
Oui	13	14.94	74	85.06	0.0009
Non	0	0.00	88	100	
Statut matrimonial des parents (x=175)					
Mariés	9	6.47	130	93.53	0.9
Veuf/Veuve	1	9.09	10	90.91	
Divorcés	0	0.00	9	100	
Concubinage	2	20.00	8	80.00	
Mère célibataire	0	0.00	6	100	
Profession du père (x=175)					
Sans emploi	0	0.00	2	100	0.1
Secteur primaire	2	20.00	8	80.00	
Cadres	1	3.70	26	96.30	
Professions libérales	3	10.00	27	90.00	
Ventes et services	3	7.32	41	92.68	
Ouvriers et artisans	0	0.00	35	100	
Techniciens	0	0.00	7	100	
Service publique	2	33.33	6	66.67	
Profession de la mère (x=175)					
Sans emploi	4	7.69	48	92.31	0.6
Secteur primaire	1	12.50	7	87.5	
Cadres	0	0.00	14	100	
Professions libérales	1	3.70	26	96.30	
Ventes et services	5	10.64	42	89.36	
Ouvriers et artisans	1	4.35	22	95.65	

Ni le statut matrimonial des parents, ni leur profession n'ont une relation significative avec la grossesse précoce chez les lycéennes. Les facteurs qui favorisent une grossesse chez les lycéennes sont : leur niveau de connaissances en matière de sexualité, leur niveau d'étude des lycéennes, et avoir un petit-ami.

TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRE

DISCUSSION

La discussion portera successivement sur : l'échantillon, la famille de la lycéenne malgache en milieu urbain, son milieu scolaire, leur niveau de connaissances et les facteurs qui l'influencent, leurs attitudes face à un problème sur la sexualité, et leurs pratiques sur la contraception et la grossesse précoce.

A noter que toutes les suggestions proposées dans cette troisième partie considèrent aussi les besoins émis par les lycéennes.

I. Echantillon

La répartition de l'échantillon selon les types d'établissements correspond aux différentes structures des lycées à Antananarivo. Les établissements ont été recrutés sur chaque type d'établissement (public, privé confessionnelle, privée non confessionnelle). La représentativité par établissement est obtenue en fonction de leur poids en termes d'effectif sur chaque niveau d'étude et par classe. L'âge moyen des lycéennes dans cette étude ($16.93 \text{ ans} \pm 1.27$) correspond à un cursus scolaire normal [8].

Au total, l'échantillon répond aux critères de représentativité par rapport à l'ensemble des lycéens d'Antananarivo Renivohitra.

II. Famille de la lycéenne en milieu urbain

Les questions abordant la structure familiale concernent principalement le type de famille (traditionnelle, monoparentale, recomposée, autres) et la taille de la fratrie.

En général, la cellule familiale est préservée car les lycéennes vivent majoritairement avec leurs parents biologiques. Une enquête réalisée au Canada révèle un chiffre presque semblable à celui retrouvé avec un taux où 80,4% des enfants vivent avec les deux parents.

Ce fait résulte de la bonne répartition spatiale des établissements scolaires et leur grand nombre dans la capitale surtout pour les lycées privés. De ce fait, 9,15% des lycéennes sont placés auprès de proches parents, contre 17,7% au Canada [33].

Cette catégorie familiale, c'est-à-dire biparentale, est affectivement stable. Ce soutien familial est nécessaire dans l'épanouissement de l'adolescente [30]. Une insuffisance

d'affection ressentie durant l'enfance est source de désir de créer une famille pour compenser ce vide.

La famille de la capitale devient peu nombreuse au fil des années avec 2 enfants par famille de nos jours comparativement à la moyenne nationale où une famille a environ 4,2 enfants [34]. En effet, ce chiffre est aussi inférieur par rapport à l'indice synthétique de fécondité en milieu urbain qui est évalué à 2,7 enfants par femme dans la capitale et à 2,9 en milieu urbain [35]. Ce déclin de l'indice synthétique de fécondité s'explique peut-être par les crises politiques et économiques qui affaiblissent le pays ces dernières décennies.

Gastinaeu B. incrimine la pauvreté étant comme l'origine de la baisse de la fécondité dans le pays [36].

Cependant, le taux de fécondité aussi a été amené à la baisse suite à l'amélioration de l'accès aux services de planification familiale de qualité pour les individus et les couples et leur utilisation selon les intentions de reproduction [37].

Dans cette étude, 87,42% des lycéennes ont des parents avec un emploi chacun. Certes, la même situation a été retrouvée en France où 84,3 % des adolescents vivent dans des familles où les deux parents travaillent [38] mais les emplois effectués ne sont pas similaires. La plupart des professions occupées par ces parents tourne autour des ventes et services. Cette situation est le résultat du développement du marché financier à Antananarivo qui fait de la capitale un grand centre commercial [39].

Les jeunes filles qui fréquentent les lycées sont ainsi issues d'une famille avec un revenu plus ou moins stable.

La forte représentativité des femmes au foyer dans cette étude (29,71%) permet plus de disponibilité dans les discussions avec leurs enfants. En effet, une étude menée par Dadoorian en 2005 suivant une enquête auprès des adolescentes françaises a permis d'affirmer que l'éducation sexuelle devrait commencer à la maison, spécifiquement par la mère [30]. Les pères de famille ont plus accès à des postes de cadre que les mères.

Le modèle de famille traditionnelle est encore conservé dans la capitale. L'homme tient son rôle de chef de famille où il est dans son devoir de nourrir sa famille. La femme quant à elle, devrait s'occuper du foyer et instruire les enfants.

La pauvreté est l'un des plus grands obstacles au respect des droits des adolescentes. Elle propulse prématurément les jeunes gens dans le statut d'adulte, en les faisant sortir du cursus scolaire, en les poussant sur le marché du travail ou en les obligeant à se marier prématurément.

Ainsi, des interventions visant à améliorer le niveau de vie de la population sont à mener particulièrement dans le domaine du travail tant pour les parents que pour les jeunes.

Pour lutter contre le chômage, la promotion de l'entrepreneuriat, l'octroi de travail et la valorisation des études surtout pour les jeunes est nécessaire.

Cette pauvreté étant parmi les facteurs influençant sur le comportement à risque chez les jeunes, une sensibilisation de masse devrait se focaliser sur la sexualité sans risque telle l'utilisation de préservatif, le dépistage régulier du VIH/Sida et des autres IST.

Concernant les facteurs qui compromettent le comportement à risque des adolescentes, l'application effective des législations sur l'alcool, la drogue et le tabac, les émissions pornographiques ainsi que les lieux d'amusements installées près des écoles (Karaoké, discothèque) est également à suivre de près.

Certes la grossesse engendre un déshonneur de la famille, une honte au niveau de la société voir un rejet de la famille et une déperdition scolaire, mais quand la grossesse a lieu chez une adolescente, elle ne devrait pas mettre en péril l'éducation et l'avenir professionnel de la jeune fille. Des lois et des politiques devront être régies afin de permettre aux adolescentes de porter et de s'occuper de leur bébés sans compromettre leur opportunités d'éducation ou de travail.

III. Milieu scolaire et sexualité de la lycéenne

L'éducation est le présent et le futur des jeunes, le présent parce que c'est à cet âge qu'ils devraient s'instruire et se former et le futur parce que cette éducation qu'ils reçoivent déterminera en grande partie leur avenir. Compte tenu de l'importance de l'éducation, les lycéens ont un volume horaire hebdomadaire chargé d'environ 40 heures [8], contrairement aux lycéens français qui passent longtemps en moyenne 26 heures au lycée [40].

Comme la lycéenne passe beaucoup de son temps au lycée, le milieu scolaire est le lieu de prédilection pour parler de la sexualité. Cependant, très peu de lycéennes se confient ou discutent librement de sexualité avec les professeurs (2,32%), pareil pour les adolescentes au Burkina Faso avec un chiffre de 2,6% [41] de même pour celles du Mali où une étude révèle qu'il y a une manque de communication entre les jeunes et leurs éducateurs [42].

Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que parler de la sexualité avec une personne hors du cadre familial est encore assez délicat.

L'appartenance à des groupes socioculturels peut apporter un appui aux adolescents pour les inciter à prendre moins de risques qui pourraient compromettre leur santé sexuelle et reproductive. Dans cette étude, les lycéennes sont peu attirées à cette idée d'appartenance au sein de groupes socioculturels mais les jeunes Burkinabés en sont moins intéressées avec 10.7% d'adhésion [41]. Ce faible taux est peut être due à un emploi du temps chargé même si les groupes sont implanté au sein même de leurs lycées.

La mission première de l'école est de transmettre des savoirs. Cependant, parce qu'il existe un lien réel entre santé et apprentissages, parce que les établissements scolaires sont fréquentés quotidiennement par tous les enfants, il appartient aussi à l'école, espace de socialisation et de pratique de la citoyenneté, de veiller à leur santé et de les aider à adopter des comportements qui préservent celle-ci dans le respect d'eux-mêmes, des autres et de l'environnement

Ainsi, il est important de revoir un programme scolaire pas trop chargé mais effectif tant au niveau de l'apprentissage qu'au niveau de l'éducation sexuelle des jeunes. Cette action devrait se faire par l'amélioration d'une bonne relation entre les professeurs et les élèves.

La mise en place d'animations à l'éducation sexuelle dans les écoles serait bénéfique pour ces jeunes. De cette façon les jeunes auront une balise pour leur permettre à un bon comportement.

IV. Niveau de connaissances et facteurs qui l'influencent

Le niveau de connaissances de la population étudiée en matière de grossesse précoce et d'avortement est globalement moyen.

Une étude menée dans la capitale a évoqué que les jeunes avaient une mauvaise connaissance des questions de sexualité et de santé de la reproduction chez les jeunes de la capitale [43]. Cette hypothèse a également été retrouvée dans cette enquête où les lycéennes ont du mal à définir le cycle menstruel et situer le jour fécond. Or, la connaissance de la période féconde est maîtrisée au Burkina Faso [41] au Congo [44] et à Caen, France [45]. L'enseignement sur la physiologie de l'appareil reproducteur débute à partir de la classe de septième, mais ne sont véritablement approfondis qu'en classe de terminale, d'où l'existence de fausses idées en la matière par le biais des discussions dans le cadre de groupes d'amies.

Les lycéennes excellent sur la connaissance de la contraception tant dans la définition que pour la connaissance de la plupart (plus de 4 types) des types de méthodes contraceptives, pareillement aux adolescentes au Mali qui ont aussi une bonne connaissance sur la contraception [46]. Mais similairement, peu de jeunes connaissent les méthodes modernes telles le stérilet ou autres méthodes sophistiquées comme les capes cervicaux ou encore les gels spermicides. Or, la plupart les jeunes de Caen connaissent ces méthodes [45].

Les signes sympathiques précoces de la grossesse sont fortement connus par les jeunes filles de capitale tout comme les jeunes à Ouagadougou [47]. Cependant, certaines d'entre elles ont mentionné des signes se rapportant au trouble alimentaire et au changement de caractère et du corps comme ceux retrouvés au Congo [48].

Les lycéennes issues des établissements privés confessionnels ont de meilleures connaissances sur la santé de reproduction. Le niveau de connaissances augmente avec le niveau d'étude. Cette situation s'explique par le fait que les cours théoriques sur la SRA sont plus approfondis en classe de terminale. Mais ce n'est peut-être pas assez. L'éducation sexuelle doit survoler tout le cursus scolaire en partant de la classe de 7^{ème} pour un meilleur niveau de connaissances.

La forte représentativité des mères au foyer permettent une bonne communication avec leurs enfants. Toujours est-il que cette communication devrait être axée principalement sur l'éducation sexuelle. Lever le tabou sur le sujet de sexualité est nécessaire pour casser la barrière existant depuis bien depuis plusieurs décennies.

L'école est le lieu où les jeunes reçoivent le plus d'informations sur la sexualité et contraception. Elle a donc un rôle essentiel. Ces informations peuvent être dispensées en cours de SVT, par les camarades de classe ou par le médecin l'infirmière de l'école.

Nous proposons d'intégrer la santé de reproduction dans le programme scolaire, étant comme un cours à part entier et indépendamment du cours SVT. La réalisation de ce module concernera aussi bien les filles que les jeunes garçons. Le cours en santé de la reproduction comporterait une approche de l'éducation sexuelle et des informations sur la contraception.

Tous les thèmes de la SRA sont à aborder, en insistant sur la physiologie de l'appareil reproducteur (principale lacune sur le niveau de connaissances), les méthodes contraceptives adaptées aux adolescentes, la fécondité et les risques de la sexualité et de la grossesse précoce.

Les cours peuvent se faire sous forme d'animations ou expositions thématiques sur la santé reproductive. Des documents et des supports adaptés sont ainsi nécessaires.

Cette approche devra se faire en prenant soin d'informer sans moraliser car toute attitude moralisatrice ou basée sur la peur sera rejetée par la majorité des adolescentes. Ces séances doivent aussi viser à augmenter chez les lycéennes leur confiance et estime de soi.

Comme le sujet de la sexualité est un sujet délicat à aborder chez les jeunes, l'éducation sexuelle doit être initiée par des individus formés en santé de la reproduction, qui sont aptes à donner une information facile à comprendre et exacte. Un personnel de santé que ce soit médecin ou infirmier de l'infirmérie de l'établissement scolaire peut se charger de l'éducation sexuelle. A défaut, une collaboration avec un corps médical d'une structure sanitaire peut se concevoir puisque les adolescents sont plus réceptifs et

plus ouverts face à un intervenant extérieur, et que la majorité des jeunes trouvent naturel de parler de sexualité à l'école mais n'y trouve pas toujours l'interlocuteur idéal. Le personnel de santé devrait toujours y être présent au cas où les lycéennes ont le besoin de parler.

Mis à part les cours sur la reproduction, l'attente des lycéennes est de pouvoir accéder à la contraception dans les établissements scolaires.

Le fait de vivre en milieu urbain et d'avoir un petit ami a une influence sur le niveau de connaissances des lycéennes en matière de grossesse précoce et de contraception. Cette situation pourrait être l'effet des médias et la curiosité de celles qui sont en couples à chercher plus d'informations dans ce milieu et mieux prendre leur vie sexuelle. Aussi, la médiatisation de la contraception devrait aussi être accompagnée d'information sur la santé de reproduction sous forme de courts métrages reflétant le problème de sexualité des jeunes.

Toutes ces suggestions montrent que les lycéennes ont une réelle conscience de leur bas niveau de connaissance en matière de sexualité, malgré la vulgarisation de la sexualité dans le quotidien en milieu urbain.

V. Face à un problème de SRA

V.1. Limites d'accès aux soins

Les limites à l'accès aux soins dans cette étude relèvent à priori de l'aspect financier, ce qui concorde à ce que décrit le FNUAP concernant les problèmes d'accès aux soins des jeunes sur le plan national où 55,1% des filles de 15 à 19ans déclare avoir un problème financier [8]. Mais une étude réalisée aussi au niveau des lycées d'Antananarivo a évoqué une autre cause telle que la personnalité et la culture où les lycéens enquêtés sont plus sujets à la honte du fait de leur statut [49]. Au Burkina Faso, l'accès aux soins est limité par la répartition inégale et l'inadaptation des structures sanitaires du point de vue géographique [50]. La distance, le mauvais état des routes, la rareté des véhicules de transport, la paupérisation des populations et la faiblesse des économies locales sont généralement les facteurs qui entravent l'accès des populations rurales aux soins de santé dans le département d'Abengourou [51]. Malgré

que la France soit un pays riche, un taux élevé à 33% par rapport au notre a été retrouvé où les jeunes françaises déclarent renoncer aux soins pour des raisons financières [52]. Aussi, nous suggérons de promouvoir un accès gratuit pour les jeunes afin de limiter les problèmes liés à leur santé. L'état devrait octroyer un budget défini pour permettre cette action. A défaut, chercher des financements à long terme auprès des organismes internationaux devrait être étudié.

Les structures sanitaires sont concentrées dans le milieu urbain et sont plus équipés que ceux existant en milieu rurale. Revoir la répartition géographique de ces structures est alors important. Il faut aussi améliorer les structures sanitaires déjà existant dans les milieux ruraux en matière d'équipement quitte à y trouver presque tous les soins nécessaires pour ne pas se déplacer en ville.

Par ailleurs, le personnel de santé devrait adopter une attitude donnant confiance aux jeunes ayant un problème de personnel. Ce sera une attitude tenant plus à informer que de juger les jeunes.

V.2. Méthodes contraceptives

V.2.1. Canal d'information sur le sujet de contraception

Les médias jouent un rôle essentiel dans l'intégration des jeunes dans la société d'aujourd'hui et de demain. En effet, c'est le moyen de transmission des informations aux adolescents et au public en général. Pareillement à la moyenne nationale [8] et l'étude effectuée par Rasoarilanto [53], respectivement 32,8% et 47,48% des jeunes ont entendu l'information concernant la contraception au niveau des médias. Pour les adolescentes du Burkina Faso, après les médias, 33% de la source d'information est représenté par la famille, un taux élevé par rapport à celui retrouvé dans cette étude [41]. Les adolescentes malgaches s'ouvrent de plus en plus dans le monde des médias. Les lycéennes de la capitale ont un accès plus régulier et plus aisés aux mass médias en général et aux NTIC en particulier, d'autant plus que l'utilisation des outils informatiques est intégrée dans certains établissements.

Nous tenons à proposer que la sensibilisation sur la santé reproductive est à renforcer, non seulement au niveau national (radio, télévision), mais en multipliant localement

les sources et les modalités d'accès à l'information. Tous les moyens de diffusion de cette information (affiches dans les établissements scolaires, centres d'information, les centres d'information, les maisons des jeunes, bref, les lieux fréquentés par les adolescents) doivent être mises en jeu.

Le comble avec la technologie c'est l'accès libre à toutes les informations, plus précisément l'accès à la pornographie. Certains sites ne devraient pas être disponibles pour les jeunes, surtout les mineurs. Il est aussi nécessaire d'établir un contrôle parental sur les émissions diffusées à la télévision et une censure de certaines scènes de la part des chaines locales.

V.2.2. Pratiques de la contraception

La proportion de jeunes qui connaissent une méthode de planification familiale est assez élevée mais il semble que l'utilisation de la contraception ne suive pas ce niveau de connaissance au niveau national ou seulement 12,3% des jeunes filles de 15 à 19ans pratique n'importe quelle méthode [35]. Par contre, dans cette étude, 18,86% des lycéennes enquêtées déclarant être sexuellement actives confie pratiquer la contraception.

En matière de contraception, la méthode de prédilection la plus appréciée et utilisée par les adolescents en France est la pilule [54]. Mais contrairement à cette étude, c'est la méthode contraceptive la moins appréciée par les adolescentes de la capitale.

La méthode contraceptive la plus appréciée par les adolescents, après les méthodes naturelles, est le préservatif masculin, tant au Canada [55] au Burkina Faso [41] qu'en Chine [56].

Les adolescentes de la capitale préfèrent de loin les méthodes naturelles. Mais cette pratique est contradictoire avec le fait que le niveau de connaissance des lycéens sur le cycle menstruel soit très faible. Cependant faute de moyens financiers, et par peur des effets secondaires par l'utilisation des méthodes plus modernes, les adolescentes préfèrent se tourner vers cette méthode, le même problème est retrouvé au Niger [57].

La contraception offre aux jeunes un moyen de gérer leur vie reproductive. D'après les données du BIPAM, les jeunes se protègent peu contre le risque de grossesses [2] tandis que les jeunes en France se méfient principalement des IST-VIH [58] mais la majorité

des lycéennes de la capitale déclarent se protéger en même temps d'une grossesse et de l'IST-VIH.

La pratique des méthodes contraceptives modernes sont appréhendé par les lycéennes. Des mauvaises idées circulent que les méthodes modernes sont cancérigènes et est responsable d'une infertilité. Une meilleure information (types, contraceptions adaptées aux adolescentes, fiabilité) sur le sujet de contraception est alors à promulguer pour éliminer ses mauvaises connaissances.

Ainsi, par rapport à l'accessibilité, au cout, au jugement, une abstinence totale est fortement recommandée chez l'adolescente.

V.3. Grossesse précoce et facteurs explicatifs

V.3.1. Vie sexuelle active

L'activité sexuelle des lycéennes dans cette étude est presque pareille à la moyenne retrouvée pour la capitale [8]. Un chiffre semblable est retrouvé au Pérou et au Thaïlande [59]. La cause la plus citée par ces lycéennes est l'amour. Au Burkina Faso, c'est la pression des pairs (le désir de faire comme les autres) qui a été le plus évoqué [60] tandis qu'au Sénégal elle est liée à la tendance séculaire à une puberté plus précoce [61].

L'âge minimum du premier rapport sexuel est de 14ans avec un âge médian de 16ans. Cette entrée précoce des adolescentes dans la vie sexuelle est fréquente dans un certain nombre de pays africains (Burkina, Mali, Congo, par exemple) [2] contrairement aux jeunes filles dans certains pays de l'Asie où l'âge moyen est de 19ans [62].

En matière de sexualité et de comportements sexuels des adolescents, les cultures diffèrent sur les pratiques de l'abstinence et la contraception. Le taux d'abstinence dans notre étude concorde bien avec celui indiqué dans le rapport intitulé "Santé reproductive et santé sexuelle des jeunes" où le taux d'abstinence des femmes en Afrique varie entre 34 % au Congo et 96 % en Érythrée, en Éthiopie et au Sénégal, tandis qu'en Arménie et au Vietnam il atteint 100% [63].

Les années de Lycée ne se caractérisent pas seulement par l'essor des relations amicales, elles sont aussi profondément marquées par le développement des relations

affectives, amoureuses et/ou sexuelles. L'initiation sexuelle est au cœur des préoccupations des jeunes filles de cet âge et les premiers échanges physiques ont généralement lieu à cette période. La sexualité génitale concerne encore un faible nombre de lycéennes. Néanmoins, ces relations sexuelles précoces constituent un enjeu de santé publique important car elles sont généralement considérées comme des indicateurs de risque à l'égard des IST et des grossesses non désirées.

Aussi, la sensibilisation d'un bon comportement mais surtout de l'abstinence est à solliciter pour permettre aux adolescentes d'avoir une activité sexuelle sans entraves. L'abstinence jusqu'au mariage est le principal argument contre une activité sexuelle. L'utilisation de méthode contraceptive en cas de rapport sexuel est fortement conseillée pour celles qui ont déjà une vie sexuelle active, en particulier le préservatif qui protège aussi contre les IST et le VIH ainsi que les grossesses non désirées.

V.3.2. Cas de grossesse précoce

Dans le monde, environ 14 millions d'adolescentes deviennent mères chaque année et près de 90 % de celles-ci vivent dans les pays en voie de développement [64].

La problématique de la fécondité des adolescentes est apparue dans les années soixante aux États-Unis où la libéralisation des mœurs a conduit à un accroissement de l'activité sexuelle des célibataires et des grossesses hors mariage [65].

Le cas de grossesse précoce dans cette étude est inférieur à la moyenne nationale pour les cas de grossesse précoce chez les jeunes filles de la capitale [8]. Ce chiffre pourrait s'expliquer par le fait que la scolarisation est un outil clé pour élucider le problème de grossesse précoce.

C'est dans l'ensemble des pays d'Afrique subsaharienne que l'on observe une forte fécondité adolescente [62], contrairement aux Belgique, Grèce, les Pays-Bas et l'Espagne où le taux de fécondité des adolescentes est très bas, résultant de la disponibilité des moyens contraceptifs et la diffusion de l'information concernant la contraception [66]. Pour certains pays Africains, cette fécondité précoce est la plupart

issue d'un mariage rejoignant aux rites et coutumes. Ce que l'on rencontre très rarement à Madagascar voire inexistant dans la capitale.

Les grossesses d'adolescentes sont généralement perçues comme un problème social, car elles sont associées à la pauvreté, à la déscolarisation qui accompagne potentiellement la grossesse et aux difficultés de carrière qui en résultent. Face à une grossesse précoce, la plupart des lycéennes optent pour l'arrêt des études et entre dans la vie familiale. Cette même hypothèse a été citée par un auteur américain ou selon elle l'adolescente enceinte est alors présentée comme une menace pour la sécurité économique [67].

Un cas de grossesse précoce devrait être pris en charge sous tous les niveaux, en partant du partant du partenaire, en passant par les parents mais aussi par les responsables des établissements et de l'Etat.

Les législations devraient intégrer les géniteurs dans cette grossesse en l'obligeant à prendre en charge au moins financièrement l'éducation de son enfant dans le but de freiner les grossesses précoce.

Malgré le fait que ce cas soit encore mal vu par la société actuelle, des lois devraient être instaurées pour interdire le renvoi des lycéennes confrontées à une grossesse au cours de l'année scolaire. Une éducation générale pour limiter les comportements à risque est également nécessaire : lutte contre la toxicomanie, interdire l'exhibitionnisme en imposition un code vestimentaire.

La grande majorité des lycéennes de cette étude discute avec leurs parents. Aussi, il faut prendre cette situation comme un atout. Idéalement un travail avec les parents devrait être réalisé sur comment aborder la sexualité avec les adolescents.

Devant le fait accompli, les parents, même déçus, doivent s'imprégner dans la continuité de l'épanouissement de la jeune mère tant du point de vue financier, de la scolarisation, que de l'apprentissage pour faire face à cette nouvelle vie de maman.

Dans le cadre d'une prévention, un suivi périodique de la santé des lycéennes serait nécessaire en promouvant la prescription de contraception chez celles qui ont déjà une

vie sexuelle. Cette visite systématique permettra aussi au dépistage d'une éventuelle IST, d'un dialogue plus intime avec un personnel de santé sur des sujets de sexualité.

V.3.3. Facteurs explicatifs de la grossesse précoce

La grossesse précoce est actuellement de 33% à Madagascar d'après l'OMS [68].

Pour cette étude, la grossesse précoce est de 7,43% en milieu scolaire et en milieu urbain, ce qui est largement en dessous de la moyenne nationale. Ce résultat rejoint des études menées à Abidjan où la grossesse en milieu scolaire atteint 5,5% [69].

La survenue d'une grossesse à l'adolescence peut être influencée par une multitude de facteurs de natures différentes.

Dans notre étude, le niveau de connaissance et le niveau d'étude des lycéennes influencent positivement sur leur fécondité ce qui explique le taux de fécondité inférieur à la moyenne national. Le même facteur influençant est cité par certains auteurs [30].

On peut donc en déduire que la scolarisation a un effet bénéfique contre le mariage précoce et par conséquent la prévention de la grossesse précoce.

Dans leur étude Davies et al. retrouvent que le partenaire peut également influencer la survenue d'une grossesse chez les adolescentes afro-américaines [70], ce qui rejoint au même facteur retrouvé dans cette étude.

Certains auteurs ont mis en évidence que les grossesses à l'adolescence surviendraient plus fréquemment dans les milieux socio-économiques défavorisés [71], ce que l'on retrouve dans cette étude. Certes, Madagascar est un pays économique faible mais la grossesse précoce touche à peu près les familles aisées que les familles à faible revenu.

Une autre hypothèse émise par Corcoran et al. est le manque d'accès aux soins : le manque de ressources pour accéder à des services de santé et à des moyens de contraception rend les jeunes de milieu socio-économiques bas plus vulnérables au risque de grossesse [72]. Dans cette étude, le facteur qui limite l'accès aux soins est le problème financier mais ce problème d'accès aux soins n'a pas de relation significative avec la survenu de la grossesse précoce.

Selon toujours le même auteur, la survenue d'une grossesse à l'adolescence est également influencée par des facteurs culturels où dans son étude l'appartenance ethnique (en l'occurrence l'origine hispanique) est un facteur prédictif d'une grossesse à l'adolescence. Ces hypothèses non plus ne sont pas retrouvées dans cette étude. Malgré une attitude conservatrice avec ses rites et coutumes, des cultures semblables ne sont pas retrouvées dans le pays.

CONCLUSION

CONCLUSION

La grossesse précoce est un phénomène qui touche de plus en plus les adolescentes dans le monde. Les jeunes filles malgaches ne sont pas épargnées malgré l'amélioration de l'accès à la contraception. Cette grossesse précoce, minime soit-elle, constitue un facteur de blocage dans l'économie. La déperdition scolaire entraîne la diminution des jeunes dans le secteur de l'emploi.

Cette étude porte sur la grossesse précoce et l'avortement provoqué en milieu urbain et en milieu scolaire. Les résultats de cette étude montrent que les adolescents en milieu urbain et en milieu scolaire ont un niveau de connaissances globalement moyen en matière de contraception et de grossesse précoce. Les lycéens sont peu informés sur le sujet de la santé reproductive. Leur principale source d'information est les mass médias (la télévision, la radio et l'internet). Les lycéennes parlent de sexualité essentiellement entre elles. Néanmoins, les parents sont abordés en cas de grossesse précoce.

Les lacunes de connaissances se trouvent surtout dans la compréhension de la physiologie de l'appareil reproducteur. Par contre, elles excellent dans la connaissance des méthodes contraceptives et des signes précoces de la grossesse. Certes, elles ont un faible niveau sur la connaissance du jour féconde mais elles ont une forte connaissance sur les causes, les conséquences et l'évitement d'une grossesse précoce.

Le niveau de connaissances augmente significativement au fur et à mesure que le niveau d'étude est élevé, le fait que la lycéenne habite en milieu urbain, le fait qu'au moins un parent travaille, le fait que la lycéenne parle de sexualité avec ses parents, et enfin le fait qu'elle a un petit ami.

La grossesse précoce chez les lycéennes se chiffre à 7,43% pour cette étude. Les facteurs protecteurs retrouvés sont un bon niveau de connaissance en matière de sexualité ainsi qu'un niveau d'étude élevé des lycéennes, et avoir un partenaire sexuel fixe.

Dans cette étude, la grossesse précoce est moins marquée par rapport à la statistique nationale. Les suggestions proposées dans cette étude sont basées sur celles des lycéennes elles-mêmes.

Au premier plan, initier une éducation précoce sur la santé reproductive chez les adolescents le plus précocement est nécessaire. Cette éducation sera assurée par les parents, mais aussi dans les établissements scolaires où elles passent quotidiennement la majorité de leur temps. Pour ce faire, intégrer un cours sur la santé de reproduction est nécessaire. Des actions de la part des acteurs de la santé de l'état aussi sont à entreprendre. Et pour que les actions pour la prévention de la grossesse précoce soit palpables, un renforcement des mesures d'accompagnements et du suivi et évaluation est primordial.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Population Référence Bureau (PRB). Les Jeunes du Monde : Fiche de données. PRB ; 2013. Disponible à http://www.prb.org/pdf13/youth-datasheet-2013_fr.pdf (accès le 29 Septembre 2014).
2. Mouftaou A, Roger A. Santé de la reproduction des adolescents: Défis des Réformes des Systèmes de Santé. Bulletin d'Information sur la Population en Afrique et à Madagascar (BIPAM) sur la santé de la reproduction des adolescents (SRA) ; 2011. 10 : 57-2
3. United Nations Population Fund (UNFPA). Jeunes et adolescents : L'UNFPA s'engage en faveur des jeunes. UNFPA Madagascar ; Décembre 2013. Disponible à http://countryoffice.unfpa.org/madagascar/2013/12/02/8531/jeunes_et_adolescents/ (accès le 29 Septembre 2014).
4. Ministère de l'Agriculture, de l'Elevage et de la Pêche (MAEP). Unité de politique de développement rural. Monographie de la Région d'Antananarivo. MAEP ; Juin 2003.
5. Le Petit Larousse illustré. Edition 2008. Paris : Larousse ; 2008. Adolescence ; p.16.
6. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Adolescentes enceintes : Apporter une promesse d'espoir dans le monde entier. OMS ; 2007. Disponible à http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789242593785_fre.pdf (accès le 29 Septembre 2014).
7. Sow F. Notre corps, notre santé: la sexualité des femmes en Afrique Subsaharienne. Paris : Harmattan ; 2004.

8. United Nations Population Fund (UNFPA). Rapport synthétique : Les jeunes malgaches-Faits et chiffres. UNFPA Madagascar ; Aout 2011.
Disponible à
http://www.unicef.org/madagascar/mg_media_pubs_jeunes_malgaches_faits_chiffres.pdf(accès le 02 Février 2015).
9. Malfois C. Basket, entraînement des jeunes: Principes fondamentaux, perfectionnement technico-tactique. Barcelone : Amphora ; Mai 2009.
10. Larousse Médical. Edition 2000. Paris : Larousse-Bordas/HER ; 2000. Puberté ; p.853-54.
11. Brassier A. Puberté normale et pathologique. In : Lapidus N, Ayadi S, Bajer B, dir. Le livre de l'externe: Pédiatrie. Milon-la-Chapelle : S-Editions ; 2012. p.71-6.
12. Larousse Médical. Edition 2000. Paris : Larousse-Bordas/HER ; 2000. Cycle menstruel ; p. 263.
13. Alouini S, Randriambololona D, Randriamboavonjy R. Facteurs de risques de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum des adolescentes dans le département du Loiret. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2014, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2014.07.004>
14. Iloki L.-H, Koubaka R, Itoua C, Mbemba Moutounou G. Grossesse et accouchement chez l'adolescente au Congo À propos de 276 cas au CHU de Brazzaville. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2004; 33 (cahier 1): 37-42.
15. Debras E, Revaux A, Bricou A, Laas E, Tigaizin A, Benbara A et al. Devenir obstétrical et néonatal des grossesses chez les adolescentes : cohorte de patientes en Seine-Saint-Denis. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2014 ; 42 : 579–584, DOI : <10.1016/j.gyobfe.2014.04.012>

16. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Les femmes et la santé : la réalité d'aujourd'hui le programme de demain. OMS; 2009.
Disponible à http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563856_fre.pdf (accès le 18 Octobre 2014).
17. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Programme d'Orientation sur la Santé des Adolescents destiné aux Prestataires de Soins de santé. OMS ; 2005 .
Disponible à
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/9242591262_op_ha_ndout_fr.pdf (accès le 02 Février 2015).
18. Binet C, Gastineau B, Rakotoson L. Fécondité précoce à Madagascar : quel impact sur la santé maternelle et infantile. In :Gastineau B, Gubert F, Robilliard A-S et al, dir. Madagascar face au défi des Objectifs du millénaire pour le développement. Paris : IRD Éditions ; 2010. p. 257-72
19. Ministère de la Santé Publique (Min San). Santé reproductive des adolescents à Madagascar. Min San; 2015.
20. Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), Population Reference Bureau (PRB). Rapport sur le statut des adolescents et des jeunes en Afrique Subsaharienne. Possibilités et enjeux. UNFPA; 2012.
21. Blumental Y, Belghiti J, Driessen M. Gynécologie-obstétrique. Paris: De Boeck Secundair; 2008.
22. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Contraceptifs oraux commercialisés en France au 1er janvier 2013. ANSM ; Janvier 2013. Disponible à www.anmsante.fr (accès le 16 Mars 2016).
23. Gronier H, Robin G, Dewailly D. Contraception. Rev Prat. 2011 Juin ; 61 : 849-57.

24. Belaisch J. Contraception masculine. In : Serfaty D, dir. Contraception. Paris : Masson ; 2011. p. 266-82.
25. Serfaty D. Contraception vaginale. In : Serfaty D, dir. Contraception. Paris : Masson ; 2011. p. 240-59.
26. Serfaty D. Dispositifs intra-utérins. In : Serfaty D, dir. Contraception. Paris : Masson ; 2011. p. 203-37.
27. International Planned Parenthood Federation (IPPF). Abstinence périodique. In: Serfaty D, dir. Contraception. Paris : Masson ; 2011. p. 260-65.
28. Bouvattier C, Thibaud E. Gynécologie de l'enfant et de l'adolescente. Rueil-Malmaison : Doin ; 2011.
29. Le Van C. Les grossesses à l'adolescence : normes sociales, réalités vécues. Paris : Le Harmattan ; 1998.
30. Berrewaerts J, Noirhomme-renard F. Les grossesses à l'adolescence : quels sont les facteurs explicatifs identifiés dans la littérature. UCL- RESO : Dossier technique. 2006 Juin ; 06-40 :18.
31. Larousse Médical. Edition 2000. Paris: Larousse-Bordas/HER; 2000. Avortement; p. 117.
32. Ministère de l'Education Nationale (MEN), Circonscription scolaire Antananarivo Renivohitra (CISCO). Données sur les lycées à Antananarivo Renivohitra pour l'année scolaire 2014-2015. MEN; 2015.
33. Ministère de la Famille et des Ainés (MFA). Faits saillants : Un portrait statistique des familles au Québec. MFA; 2011. Disponible à <http://www.mfa.gov.qc.ca> (accès le 10 Novembre 2015).

34. Lefort L. République de Madagascar : Statistiques 2015. Statistiques mondiales; 2015. Disponible à http://www.statistiques-mondiales.com/taux_de_fécondité.htm (accès le 10 Novembre 2015).
35. Institut National des Statistiques (INSTAT).Enquête démographique et de santé 2008-2009. INSTAT; 2010. Disponible à <http://www.instat.mg/pdf/eds2008-2009.pdf>(accès le 10 Novembre 2015).
36. Gastineau B. Economie et fécondité à Ampitatafika (Madagascar). In : Sandron F. dir. Population et développement dans les Hautes-Terres de Madagascar. Paris : Harmattan ; 2007. p 47-71.
37. United Nations Population Fund (UNFPA). Santé de la Reproduction : Les actions de l'UNFPA pour améliorer la santé maternelle à Madagascar. UNFPA Madagascar ; Décembre2013. Disponible à http://countryoffice.unfpa.org/madagascar/2013/12/02/8528/sante_de_la_reproduction/ (accès le 29 Septembre 2014).
38. Delpierre C, Jovic S, Arnaud C. Statut socio-économique et structure des familles. In : Godeau E, Navarro F, Arnaud C, dir. La santé des collégiens en France / 2010 : Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Saint-Denis : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé INPES ; 2010. p. 35-46.
39. Organisation des Nations Unies (ONU). Habitat. Madagascar : profil urbain d'Antananarivo. ONU; 2012.Disponible à <http://www.hayzara.org/BANQUEDECONNAISSANCES/ThemesTransversaux/Madagascar-Profil-Urbain-d-Antananarivo-ONU-Habitat-2012> (accès le 10 Novembre 2015).
40. Cavet A. Rythmes scolaires : pour une dynamique nouvelle des temps éducatifs. Dossier d'actualité de la VST- L'essentiel. 2011 Février ; 60 : 1-4.

41. Guiella G, Woog V. Résultats d'une enquête nationale en 2004. Santé sexuelle et reproductive des adolescents au Burkina Faso. New York : The Alan Guttmacher Institute. 2006 Avril ; 21 : 23-48.
42. Konaté F, Cissé P. Adolescence et sexualité: cas de lycéennes de Bamako (Mali). Recherches Africaines [En ligne]. 2003 Décembre [Consulté le 10 Novembre 2015] ;02-2003:[4pages].Consultable à l'URL
<http://www.recherchesafricaines.net/document.php?id=168.ISSN 1817-423X>
43. Gastineau B, Hanitriniaina O. Connaissance de la contraception et sexualité à risque chez les jeunes à Antananarivo, Madagascar. Méd Afr Noire. 2008 Avril; 5504 : 207-12.
44. Massamba H, Bitémo M, Purhence M, Nkéoua F. Santé sexuelle, santé de reproduction et profils démographiques des décès à Brazzaville sur le terrain à VIH. In : Ziaoula R, dir. Brazzaville, une ville à reconstruire. Brazzaville : Karthala éditions ; 2006. p. 271-98.
45. Bennia-bouraï S, Asselin I, Vallée M. Vie Professionnelle. Contraception et adolescence: Une enquête un jour donné auprès de 232 lycéens (Caen).Médecine. De la Médecine Factuelle à nos Pratiques. 2006 Février ; 2,2 : 84-9.
46. Projet d'Approche Solidaire en santé Génésique. Santé reprod Mali. Novembre 2006.
47. Gomez-perez M, Leblanc M. L'Afrique des générations. Entre tensions et négociations. Paris : Karthala ; 2012.
48. Lallement M, Jourdain G. Grossesse impossible chez les filles scolarisées à Brazzaville. Cah ORSTOM et sér Sci Hum. 1985; XX-I (2-3): 363-72.
49. Ramanase I. Grossesses précoces et avortements provoqués chez les lycéens d'Antananarivo Renivohitra [Thèse]. Santé publique : Antananarivo ; 2013. 105 p.

50. Cadot E, Harang M. Offre de soins et expansion urbaine, conséquences pour l'accès aux soins. L'exemple d'Ouagadougou (Burkina Faso). *Espace populations sociétés*. 2006 ; 2006/2-3 : 329-39.
51. Kouadio A. L'accessibilité des populations rurales aux soins de santé dans le département d'Abengourou (Côte-d'Ivoire). *Les Cahiers d'Outre-Mer*. 2010 ; 251 : 439-59.
52. Ministère de la ville, de la jeunesse et des sports (MVJS). Priorité jeunesse : améliorer la santé des jeunes et favoriser l'accès à la prévention et aux soins. MVJS; 2013 Février. Disponible à <http://www.jeunes.gouv.fr/actualites/prioritejeunesse/article/ameliorer-la-sante-des-jeunes-et> (accès le 10 Novembre 2015).
53. Rasoarilanto S. La santé de la reproduction des adolescents dans le District d'Antananarivo Avaradrano [Thèse]. Santé publique : 2005. 105 p.
54. Leridon H, Oustry P, Bajos N, Équipe. La médicalisation croissante de la contraception en France. *Popul Soc*. 2002; 381:1–4.
55. Sex information and education council in Canada (SIECCAN). Recours à la contraception chez les jeunes femmes canadiennes : quelles sont les tendances? La recherché en revue. SIECCAN; 2010 Mai, 3: 1-2.
56. Zhou H, Wang X, Ye F, Gu H, Zeng X, Wang Y. Contraceptive knowledge, attitudes and behavior about sexuality among college students in Beijing. *Chin Med Journal*. 2012 Juin;125(6):1153-57.
57. Fonds Des Nations Unies Pour La Population (FNUAP). Santé de la reproduction des jeunes. FNUAP Niger; Novembre 2000. Disponible à (accès le 29 Septembre 2014).

58. Robin G, Massart P, Letombe B. La contraception des adolescentes en France en 2007. *Gynécol Obstét & Fertil.* 2007 ; 35 : 951–67.
59. Singh S, Wulf D, Samara R, Cuca P. Moment des premiers rapports sexuels: différences entre les jeunes hommes et femmes dans 14 pays. *Perspectives Internationales sur le Planning Familial.* New York : The Alan Guttmacher Institute ; 2000 ; Numéro spécial.
60. Guiella G. Santé Sexuelle et de la Reproduction des Jeunes au Burkina Faso : Un Etat des Lieux. *Occasional Report,* New York : The Alan Guttmacher Institute. 2004; 12.
61. Delaunay V, Enel C, Lagarde E, Diallo A, Seck K, Becker C et al. Sexualité des adolescents : tendances récentes en milieu rural sénégalais. *Dossiers du CEPEP, Centre français sur la population et le développement.* 2001; 65 : 1-34.
62. Dieme N, Ndiaye T, Touma O. Fécondité des adolescentes dans les pays en développement : diversités des profils entre l'Asie et l'Afrique subsaharienne ; 26 au 31 Aout 2013. Busan. Dakar : Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) ; 2013.
63. Khan S, Mishra V. Youth Reproductive and Sexual Health. *DHS Comparative.* 2008; 19:25-40.
64. Reynolds H, Wong E, Tucker H. Adolescents use of maternal and child health services in developing countries. *International Family Planning Perspectives.* 2006 ; 32 : 1, 6-16.
65. Delaunay V. Sexualité et Fécondité des adolescents : évolutions récentes en milieu rural sénégalais. In : Gendreau, Poupard M, dir. *Les transitions démographiques des pays du Sud.* Paris: ESTEM; 2001. p. 225-39.

66. United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF). A league table of teenage births in rich nations. *Innocenti Report Card*. UNICEF; 2001; Issue no.3
67. Geronimus A. Teenage childbearing as cultural prism. *Brit Med Bullet*. 2004; 69: 155-166.
68. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). *Statistiques Sanitaires Mondiales 2014*. OMS; Mars 2014. Disponible à http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/en/ (accès le 10 Novembre 2015).
69. Tano-Ve A et all. Pratiques sexuelles des adolescentes en milieu scolaire en 2003 à Abidjan. *Cah Santé Publique*. 2006. Mai; 5. 2 – 2006: 42-8.
70. Davis S.L, DiClemente R.J, Wingood G.M, Harrington K.F, Crosby R.A, Sonean C. Pregnancy desire among disadvantaged African American adolescent females. *Amer J of Health Behav*. 2003; 27(1): 55-62.
71. Faucher P, Dappe S, Madelenat P. Maternité à l'adolescence: analyse obstétricale et revue de l'influence des facteurs culturels, socio-économiques et psychologiques à partir d'une étude rétrospective de 62 dossiers. *Gynécol Obstét & Fertil*. 2002; 30: 944-52
72. Corcoran J, Franklin C, Bennett P. Ecological factors associated with adolescent pregnancy and parenting. *Social Work Research*. 2000; 24(1): 29-39.

ANNEXES

Annexe 1 : fiche d'enquête

CONTRACEPTION ET GROSSESSE PRECOCE CHEZ LES LYCEENNES
D'ANTANANARIVO RENIVOHITRA

QUESTIONNAIRE

Bonjour,

Il s'agit d'un questionnaire qui rentre dans le cadre d'une étude pour l'obtention d'un diplôme de doctorat en médecine portant sur la contraception et la grossesse précoce chez les lycéens d'Antananarivo Renivohitra.

Les données de cette enquête resteront anonymes et confidentielles.

Mettre une croix dans la ou les rubriques correspondant à votre réponse

Nom de l'établissement :

Type d'établissement : Public Privée
Confessionnel Non confessionnel

Module 1 : identification de l'interlocuteur

1. Age
2. Niveau d'étude : Seconde
Première
Terminale
3. Fokontany.....
4. Profession des parents : - père : Age du père
- mère: Age de la mère.....
5. Statut matrimonial des parents : Mariés
Veuf (ve)
Divorcés
Concubinage
6. Avec qui vivez-vous
7. Nombre de fratrie
8. Rang dans la fratrie

Module 2 : Vie sexuelle

9. Avez-vous un petit-amis ? -oui

-non

10. Avez-vous déjà eu des relations sexuelles (RS) avec votre petit-amis (e)? - oui - non

Age du 1^{er} RS.....

Pourquoi :.....

11. Age de la première règle :..... ans

12. Avez-vous déjà été enceinte ? -oui -A quel âge ? ans
-non

- Désir de grossesse :- oui -non

- j'ai eu recourt à l'avortement provoquéfois

- je suis actuellement enceinte d'un premier enfant : -oui (Date des dernières règles)
-non

- naissance vivantefois

13. Avec qui parlez-vous de sexualité?

- vos parents

- vos frères ou sœurs

- vos amis

- un personnel de santé

- personne

- autres à préciser

14. Existe-t-il un (des) milieu(x) où vous pouvez parler de santé reproductive des adolescents?

- oui (à préciser)

- non

15. Qu'est-ce qui vous limite à avoir accès aux soins lorsque vous avez des problèmes en matière de sexualité (demande de conseils, choix de contraceptif, grossesse, MST, etc.)

- la distance du centre de santé.....

- le problème financier (cout du traitement)

- la honte.....□
- la peur d'y aller seul)□
- la structure (prestataire et médicaments non disponibles)□
- autres à préciser.....□

16. Que devrait faire un couple en cas de grossesse non planifiée qui arrive avant l'âge de 18ans

- discuter avec les parents□
- envisager l'avortement provoqué.....□
- aller dans un centre de santé□
- arrêter les études□
- autres à préciser.....□

Module 3: Connaissance sur contraception et grossesse précoce

17. Le cycle menstruel, c'est :

.....
.....

18. L'ovulation se produit au :-.....jour après règles
ou -..... jour avant les règles suivantes

19. Connaissance de la contraception : oui □ non □

La contraception c'est :
.....

20. Citer des types de contraception :

.....
.....

21. Comment avez-vous été informé de la contraception :

- Parents□
- Frères et Sœurs□
- Amis□
- Service de santé□
- A l'école□
- Audiovisuel□

- Internet

-Autres (à préciser)

22. Avez-vous utilisé une méthode contraceptive lors des relations sexuelles avec votre petit-amie (e)? - oui - non

23. Si vous (devez) utiliser une méthode contraceptive, cochez parmi toutes les méthodes proposées

- abstinence

- compter les jours

- préservatif

- pilule

- retrait

- autres à préciser

24. De quoi vous protégez-vous ?

-Grossesse.....

-IST/Sida.....

- autres à préciser.....

25. Pour vous, qu'est-ce qu'une grossesse précoce ?

.....
.....

26. Citez 3 signes précoce de la grossesse

.....
.....
.....

27. Quelles sont les causes de la grossesse qui survient avant l'âge de 18 ans?

.....
.....

28. Quelles sont les conséquences de la grossesse qui survient avant l'âge de 18 ans?

Physique:.....

Socio-économique:.....

Psychique:.....

29. Comment peut-on éviter une grossesse non désirée?

.....

.....

30. Que proposez-vous pour améliorer la santé reproductive des adolescents à Madagascar?

.....

.....

Merci de votre participation !

Annexe 2 : Lettre d'introduction au CISCO



REPOBLIKAN'IMADAGASIKARA
Fitianava - Taminindrazana - Fandrosoana
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE **MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE**
INSTITUT NATIONAL DE SANTE PUBLIQUE ET COMMUNAUTAIRE



A Monsieur/Madame Le Chef de la Circonscription Scolaire
d'Antananarivo Renivohitra

Objet : Demande de consultation de la liste des Lycées d'Antananarivo Renivohipatra et demande d'autorisation d'effectuer une enquête auprès des élèves des lycées

Monsieur/Madame,

Dans le cadre de la réalisation de thèse de Doctorat à la Faculté de médecine d'Antananarivo intitulé « Contraception et grossesse précoce chez les lycéennes d'Antananarivo Ranivohipitra », nous avons l'honneur de vous demander de bien vouloir permettre à Stagiaire internée, 8^{ème} année de consulter la liste des Lycées existants dans votre circonscription et de mener une enquête auprès des lycéennes d'Antananarivo Ranivohipitra.

Le questionnaire est anonyme, respectant la confidentialité et le secret professionnel. L'enquête sera réalisée après consentement éclairé des élèves (explication de l'objectif d'étude, confidentialité des réponses, possibilité de refus de participer).

Comptant sur votre entière collaboration, veuillez agréer, Monsieur/Madame, l'expression de notre haute considération.

Antananarivo, le 12 mars 2015

L'Encadreur de thèse

200

Annexe 3 : Lettre d'introduction aux responsables des établissements



REPOBLIKAN'I MADAGASIKARA
Fitiavana - Tanindrazana - Fandrosoana
MINISTÈRE DE LA SANTE PUBLIQUE **MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE**
INSTITUT NATIONAL DE SANTE PUBLIQUE ET COMMUNAUTAIRE



A Monsieur/Madame Le Responsable de l'Etablissement,

Objet : Demande d'autorisation pour effectuer une enquête auprès des lycéennes

Monsieur/Madame,

Dans le cadre de la réalisation de thèse de Doctorat à la Faculté de médecine d'Antananarivo intitulé « Contraception et grossesse précoce chez les lycéennes d'Antananarivo Renivohitra », nous avons l'honneur de vous demander de bien vouloir permettre à
Stagiaire internée, 8^{me} année de mener une enquête auprès des lycéennes dans votre établissement.

Le questionnaire est anonyme, respectant la confidentialité et le secret professionnel. L'enquête sera réalisée après consentement éclairé des élèves (explication de l'objectif d'étude, confidentialité des réponses, possibilité de refus de participer).

Comptant sur vot're entière collaboration, veuillez agréer, Monsieur/Madame, l'expression de notre haute considération.

Antananarivo, le 12 mars 2015

L'Encadreur de thèse

Brin

VELIRANO

Eto anatrehan' Andriamanitra Andriananahary, eto anoloan'ireo mpampianatra ahy, sy ireo mpiara-nianatra tamiko eto amin'ity toeram-pampianarana ity ary eto anoloan'ny sarin'i HIPPOCRATE.

Dia manome toky sy mianiana aho, fa hanaja lalandava ny fitsipika hitandrovana ny voninahitra sy ny fahamarinana eo am-panatontosana ny raharaham-pitsaboana.

Ho tsaboiko maimaimpoana ireo ory ary tsy hitaky saran'asa mihoatra noho ny rariny aho, tsy hiray tetika maizina na oviana na oviana ary na amin'iza na amin'iza aho mba hahazoana mizara aminy ny karama mety ho azo.

Raha tafiditra an-tranon'olona aho dia tsy hahita izay zava-miseho ao ny masoko, ka tanako ho ahy samirery ireo tsiambaratelo haboraka amiko ary ny asako tsy avelako hatao fitaovana hanatontosana zavatra mamoafady na hanamoràna famitànkeloka.

Tsy ekeko ho efitra hanelanelana ny adidiko amin'ny olona tsaboiko ny antonjavatra ara-pinoana, ara-pirenena, ara-pirazanana, ara-pirehana ary ara-tsaranga.

Hajaiko tanteraka ny ain'olombelona na dia vao notorontoronina aza, ary tsy Hahazo mampiasa ny fahalalako ho enti-manohitra ny lalàn'ny maha-olona aho na Dia vozonana aza.

Manaja sy mankasitraka ireo mpampianatra ahy aho kahampita amin'ny Taranany ny fahaizana noraisiko tamin'izy ireo.

Ho toavin'ny mpiara-belona amiko anie aho raha mahatanteraka ny velirano nataoko.

Ho rakotry ny henatra sy horabirabian'ireo mpitsabo namako kosa aho raha Mivadika amin'izany.

PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APPROUVE

Le Directeur de thèse

Signé : Professeur RATSIMBAZAFIMAHEFA RAHANTALALAO Henriette

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé : Professeur ANDRIAMANARIVO Mamy Lalatiana

Name and surname:	RAKOTOARIVELO Ravaka Sandra		
Title of thesis:	Contraception et teenage pregnancy among students in Antananarivo Renivohitra		
Rubric :	PUBLIC HEALTH		
Number of pages	: 66	Number of tables	: 09
Number of figures	: 19	Number of annexes	: 03
Number of bibliographical references	: 72		

SUMMARY

Introduction: Despite the easy access to contraception, teenage pregnancy remains a phenomenon which affects progressively Malagasy young girls.

This study aims to determine factors which influence the practice of contraception and teenage pregnancy among high school girls of Antananarivo Renivohitra.

Methodology: This is a descriptive, retrospective, and cross-sectional study within public and private schools in Antananarivo Renivohitra, on 2014-2015 school years. The total sample included 175 high school girls from 15 to 19.

Results: The results show that 18, 86% of high school girls are sexually active and they all use contraceptive methods based on the ovulation prediction. However, they have a rudimentary level of knowledge of the reproduction physiology. Consequently, the rate of teenage pregnancy comes to 7,43%. Media influence mainly the use of contraception. The factors which influence teenage pregnancy are: the level of knowledge of sexuality, the study level and having a fixed boyfriend.

Conclusion: Giving media coverage to contraception does not reduce the rate of teenage pregnancy. Sexual education should be given earlier and the improvement of the academic program related to the reproduction is quite necessary.

Key words: contraception, high school girls, level of knowledge, sexuality, teenage pregnancy.

Director of thesis : Professor RATSIMBAZAFIMAHEFA RAHANTALALAO
Henriette

Reporter of thesis : Doctor RARIVOHARILALA Esther

Author's address: : Logement 25, Cité Akany Firaiana, Ambanilalana Itaosy,
Antananarivo 102

Nom et prénoms :	RAKOTOARIVELO Ravaka Sandra		
Titre de la thèse :	Contraception et grossesse précoce chez les lycéennes d'Antananarivo Renivohitra		
Rubrique :	SANTE PUBLIQUE		
Nombre de pages	: 66	Nombre de tableaux	: 09
Nombre de figures	: 19	Nombre d'annexes	: 03
Nombre de références bibliographiques	: 72		

RESUME

Introduction : Malgré l'amélioration de l'accès à la contraception, la grossesse précoce est un phénomène qui touche de plus en plus les jeunes filles malgaches.

L'objectif général est de déterminer les facteurs qui favorisent la grossesse précoce et la pratique de la contraception chez les lycéennes.

Méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive, rétrospective et transversale réalisée au sein des lycées publics et privés d'Antananarivo Renivohitra sur un échantillon de 175 lycéennes de 15 à 19 ans durant l'année scolaire 2014-2015.

Résultats : Les résultats montrent que les lycéennes sont sexuellement actives dans 18,86% et utilisent toutes des méthodes contraceptives se basant par prédition de l'ovulation. Or, elles ont un niveau de connaissances faible en matière de physiologie de la reproduction, d'où un taux de grossesse précoce qui s'élève à 7,43%. Ce sont les médias qui influencent majoritairement l'utilisation de la contraception. Les facteurs qui favorisent une grossesse précoce chez les lycéennes sont : leur niveau de connaissances en matière de sexualité, leur niveau d'étude, et le fait d'avoir un partenaire sexuel fixe.

Conclusion : La médiatisation de la contraception ne réduit pas le nombre de grossesse précoce. Une éducation sexuelle précoce, dès le collège, est nécessaire ainsi que l'amélioration des programmes scolaires en matière de reproduction.

Mots clés : contraception, grossesse précoce, lycéennes, niveau de connaissances, sexualité.

Directeur de thèse : Professeur RATSIMBAZAFIMAHEFA RAHANTALALAO
Henriette

Rapporteur de thèse : Docteur RARIVOHARILALA Esther

Adresse de l'auteur : Logement 25, Cité Akany Firaisana, Ambanilalana Itaosy,
Antananarivo 102

