

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
- INTRODUCTION	1
- PREMIERE PARTIE : RAPPELS THEORIQUES	
1-1- L'ADOLESCENCE ET LA PUBERTE	3
1-1-1- L'adolescence	3
1-2- LA SANTE SEXUELLE CHEZ LES ADOLESCENTS	5
1-2-1- Définition de la santé sexuelle	5
1-2-2- Particularité des adolescents et des jeunes en milieu rural en matière de sexualité à Madagascar	6
1-3- PROBLEMES DE LA SANTE LIES A LA REPRODUCTION CHEZ LES ADOLESCENTS	8
1-3-1- Les grossesses non désirées	8
1-3-2- Les avortements provoqués ou interruptions volontaires de grossesse	9
1-3-3- Les infections sexuellement transmissibles	10
1-3-4- Grossesse et accouchement	11
1-3-5- La contraception	11
- DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE	
2-1- OBJECTIFS	16
2-2- CADRE D'ETUDE	16
2-2-1- Le fivondronana de Vavatenina	16
2-2-2- Le service de santé de district de Vavatenina	17
2-2-3- Le site de Planification Familiale	18
2-3- METHODOLOGIE	19
2-4- PARAMETRES D'ETUDES	19
2-4-1- L'âge des consultantes	19
2-4-2- Le domicile	19
2-4-3- La situation matrimoniale	20

	<u>Pages</u>
2-4-4- Les motifs de consultation	20
2-4-5- La parité	20
2-4-6- La Méthode adoptée	21
2-4-7- Sources d'information	21
2-5- NOS RESULTATS	21
2-5-1- Selon l'âge et le domicile	21
2-5-2- Selon le domicile et le niveau d'instruction	22
2-5-3- Selon l'âge et la situation matrimoniale	23
2-5-4- Selon l'âge et les motifs	26
2-5-5- Selon l'âge et la parité	28
2-5-6- Selon l'âge et les méthodes adoptées	30
2-5-7- Selon l'âge et les sources d'information	32
TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES, DISCUSSIONS	
ET SUGGESTIONS	
3-1- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	35
3-1-1- Age et domicile	35
3-1-2- Domicile et niveau d'instruction	35
3-1-3- Age et situation matrimoniale	36
3-1-4- Age et motifs	36
3-1-5- Age et parité	37
3-1-6- Age et méthodes adoptées	37
3-1-7- Age et sources d'information	37
3-2- SUGGESTIONS	38
3-2-1- Mesures préventives	38
3-2-2- Mesures curatives	45
CONCLUSION	46
BIBLIOGRAPHIE	

LISTE DES TABLEAUX

	<u>Pages</u>
<u>Tableau n°1</u> : Répartition des femmes selon l'âge et le domicile	21
<u>Tableau n°2</u> : Répartition des femmes selon le domicile et le niveau d'instruction	22
<u>Tableau n°3</u> : Répartition des femmes à Vavatenina selon l'âge et la situation matrimoniale	23
<u>Tableau n°4</u> : Répartition des femmes en Périphérie selon l'âge et la situation matrimoniale	24
<u>Tableau n°5</u> : Répartition des femmes en Cumulé selon l'âge et la situation matrimoniale	25
<u>Tableau n°6</u> : Répartition des femmes à Vavatenina selon l'âge et les motifs	26
<u>Tableau n°7</u> : Répartition des femmes en Périphérie selon l'âge et les motifs	27
<u>Tableau n°8</u> : Répartition des femmes en Cumulé selon l'âge et les motifs	28
<u>Tableau n°9</u> : Répartition des femmes à Vavatenina selon l'âge et la parité	28
<u>Tableau n°10</u> : Répartition des femmes en Périphérie selon l'âge et la parité	29
<u>Tableau n°11</u> : Répartition des femmes en Cumulé selon l'âge et la parité	29
<u>Tableau n°12</u> : Répartition des femmes à Vavatenina selon l'âge et les méthodes adoptées	30
<u>Tableau n°13</u> : Répartition des femmes en Périphérie selon l'âge et les méthodes adoptées	31
<u>Tableau n°14</u> : Répartition des femmes en Cumulé selon l'âge et les méthodes adoptées	32
<u>Tableau n°15</u> : Répartition des femmes de Vavatenina selon l'âge et les sources d'information	32
<u>Tableau n°16</u> : Répartition des femmes en Périphérie selon l'âge et les sources d'information	33
<u>Tableau n°17</u> : Répartition des femmes en Cumulé selon l'âge et les sources d'information	34

LISTE DES FIGURES

	<u>Pages</u>
<u>Figure n° 1</u> : Répartition des femmes selon l'âge et le domicile	22
<u>Figure n° 2</u> : Répartition des femmes selon le domicile et le niveau d'instruction	23
<u>Figure n° 3</u> : Répartition des femmes à Vavatenina selon l'âge et la situation matrimoniale	24
<u>Figure n° 4</u> : Répartition des femmes en Périphérie selon l'âge et la situation matrimoniale	25
<u>Figure n° 5</u> : Répartition des femmes à Vavatenina selon l'âge et les motifs	26
<u>Figure n° 6</u> : Répartition des femmes en Périphérie selon l'âge et les motifs	27
<u>Figure n° 7</u> : Répartition des femmes de Vavatenina selon l'âge et les méthodes adoptées	30
<u>Figure n° 8</u> : Répartition des femmes en Périphérie selon l'âge et les méthodes adoptées	31
<u>Figure n° 9</u> : Répartition des femmes de Vavatenina selon l'âge et les sources d'information	33
<u>Figure n°10</u> : Répartition des femmes de la Périphérie selon l'âge et les sources d'information	34

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

FNUAP	:	Fonds des Nations Unies pour la Population
VIH	:	Virus de l'Immunodéficience Humain
SIDA	:	Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise
SRA	:	Santé Reproductive des Adolescents
CSB II	:	Centre de Santé de Base Niveau II
FISA	:	Fianakaviana Sambatra
P F	:	Planification Familiale
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
MST	:	Maladies Sexuellement Transmissibles
CEG	:	Collège d'Enseignement Général
IVG	:	Interruption Volontaire de Grossesse
IST	:	Infections Sexuellement Transmissibles
MAMA	:	Méthode d'Allaitement Maternel et d'Aménorrhée
CCVF	:	Contraception Chirurgicale Volontaire Féminine
PEV	:	Programme Elargi de Vaccination
CHD	:	Centre Hospitalier de District
CCC	:	Communication pour le Changement de Comportement
DIU	:	Dispositif Intra-utérin
ddl	:	degré de liberté
Rc	:	Rapport des côtes
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	:	United States Aid for International Development

INTRODUCTION

Lors de la Journée Internationale de la Femme du 08 Mars 2002, Madame THORAYA A O, Directrice Exécutive du FNUAP (Fonds des Nations Unies pour la Population) a déclaré que : «Partout dans le monde, et en particulier dans les pays les plus pauvres, les femmes doivent avoir accès à de meilleurs soins de santé en matière de reproduction afin de pouvoir survivre aux accouchements, de donner naissance à des bébés en bonne santé et de pouvoir planifier les naissances et d'empêcher les infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH/SIDA.»

La santé reproductive joue un rôle crucial dans la santé en général. Elle est non seulement le reflet de la santé dans l'adolescence et l'âge adulte, mais elle détermine aussi la santé des femmes et des hommes après leur période féconde et exerce une influence marquée d'une génération à l'autre. Elle contribue aussi pour beaucoup au confort et aux contacts physiques et psychosociaux et à l'épanouissement individuel et social. Inversement lorsqu'elle est mauvaise, elle peut être cause de maladies, d'abus, d'exploitations, de grossesses non désirées, voire de mort.

Conscientes de ces faits, plusieurs Nations ont pris en considération la réalité de l'activité sexuelle des adolescentes. Si dans les pays développés, la santé de reproduction des adolescentes (SRA) commence à occuper une place importante dans le cadre national, dans certains pays en voie de développement en Afrique et à Madagascar, les services spécialisés en SRA restent encore insuffisants, surtout dans les zones rurales.

Dans les zones rurales, le seul moyen accessible pour les adolescentes et les jeunes femmes qui ont souci de leurs avenir sexuels est le « Planification Familiale » (PF) existant souvent au niveau du Centre de Santé de Base Niveau I (CSB I) sous forme de site qu'elles appellent communément « Faire le FISA ».

Les adolescentes mariées peuvent bénéficier au site de P F de contraceptifs pour reporter la naissance de leur premier enfant jusqu'à ce que leur corps soit suffisamment

développé pour assumer une grossesse saine à terme et reporter les naissances ultérieurement. Les célibataires aussi peuvent y aller pour éviter une grossesse non désirée.

Conscients de ces problèmes qui menacent la vie sexuelle des adolescentes, nous nous sommes intéressés à la santé reproductive des adolescents dans les zones rurales pour en savoir plus sur ce sujet et annoncer nos suggestions afin de participer à la recherche des solutions efficaces pour la promotion des mères et des enfants en bonne santé.

1.1.- L'ADOLESCENCE ET LA PUBERTE

1.1.1.- L'ADOLESCENCE

1.1.1.1.- Définition

D'une manière générale, l'adolescence est conçue comme une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini l'adolescence comme une période durant laquelle :

- l'être humain passe du stade de la première apparition des caractères sexuels secondaires à celui de la maturité sexuelle,
- l'être humain acquiert des structures psychologiques et des modes d'identification qui transforment l'enfant en adulte,
- une transition se réalise entre le stade de dépendance relative (1).

1.1.1.2.- Durée de l'adolescence

Selon l'OMS et le FNUAP, le terme « adolescence » englobe les personnes âgées de 10 à 19 ans, les jeunes étant les personnes âgées de 15 à 24 ans (2).

1.1.1.3.- La puberté

Adolescence et puberté s'incluent et souvent confondues, mais la puberté est incluse dans l'adolescence et constitue le début de l'adolescence.

a).- Définition

Puberté vient du mot latin « Pubère » qui signifie « couvert de poils ». Scientifiquement, la puberté est définie comme une période de développement de l'individu, marquée par un ensemble de transformations morphologiques, psychologiques et surtout sexuelles, durant laquelle les organes sexuels parviennent à maturité et deviennent fonctionnels.

b).- Variabilité de l'âge de la puberté

L'âge de puberté dépend de nombreux facteurs : raciaux, climatiques et sociaux. Il varie d'un individu à l'autre et même dans une famille donnée.

En règle générale, la puberté apparaît plus précocement chez la fille vers 11 - 12 ans, que chez le garçon vers 12 - 13 ans.

A Madagascar, l'âge moyen de la puberté chez les filles est de 13,7 ans avec des différences minimes comme 13,4 à 13,9 ans en milieu urbain et 13,7 à 14,2 ans en milieu rural (3).

c).- Mécanisme physiologique de la puberté (4)(5)(6)

C'est l'hypophyse glande située à la face inférieure du cerveau qui déclenche la puberté, en sécrétant une hormone appelée « la gonadotrophine ».

La gonadotrophine va agir sur les glandes génitales et détermine la production des hormones sexuelles :

- la testostérone pour les testicules,
- la folliculine ou oestrone et la lutéine ou la progestérone pour les ovaires.

Ce sont ces hormones sexuelles qui vont induire les différentes transformations constatées au moment de la puberté.

Ainsi, chez les garçons, on assiste à :

- une poussée de croissance staturale et pondérale,
- un élargissement des épaules,
- une modification de la voix qui devient plus grave,
- une apparition des poils aux pubis, aux aisselles, au menton,
- une augmentation de volume de la verge avec plissement et pigmentation du scrotum,
- une apparition de pollution nocturne.

Chez les filles, on observe :

- une poussée de croissance staturale et pondérale,
- une apparition des poils axillaires et pubiens,

- un élargissement du bassin,
- un développement des seins et une pigmentation des aréoles, une saillie des mamelon,
- une croissance des petites et grandes lèvres accompagnée d'une modification de leur orientation et enfin une apparition des règles.

Chez les deux sexes, on observe des modifications du caractère. Ils commencent à ressentir une attirance sexuelle les uns envers les autres. Ils sont aussi très souvent d'humeur changeante et veulent prendre eux-mêmes des décisions, posant parfois des problèmes d'éducation (7)(8).

1.2.- LA SANTE SEXUELLE CHEZ LES ADOLESCENTS

1.2.1.- DEFINITION DE LA SANTE SEXUELLE

L'OMS définit la santé sexuelle comme étant l'intégration des aspects somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux de l'être sexué, de façon à parvenir à un enrichissement et à un épanouissement de la personnalité humaine, de la communication et de l'amour.

La santé sexuelle ne concerne pas seulement les rapports sexuels et la procréation. Elle comporte également des éléments tels que l'estime de soi, l'expérience de la personnalité, la sollicitude à l'égard des autres et les préceptes culturels.

En un mot, la santé sexuelle est l'expression positive de la sexualité d'un individu (9).

1.2.1.1.- La sexualité

La sexualité peut être décrite comme étant :

- l'estime de soi : la manière dont chaque individu se perçoit en tant qu'homme ou femme,
- l'image du corps : la manière dont chaque individu perçoit son propre corps et la manière dont il l'utilise,
- les rôles sociaux : les rôles assumés par chaque individu et ce que les autres attendent de lui,
- les relations interpersonnelles ; la manière dont chaque individu gère ses relations avec autrui.

1.2.1.2.- La santé de reproduction

Elle est définie comme étant le bien être général et dynamique tant physique que mental et social de la personne humaine pour tout ce qui concerne l'appareil génital ; ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité (10).

Le retardement de la première naissance pour attendre d'avoir la maturité physique est l'objectif principal de la vision globale de la santé reproductive des adolescents. Cependant, d'autres facteurs entrent en ligne de compte. Il faut en effet, considérer la prévention des maladies sexuellement transmissibles (MST), les conséquences d'une grossesse non désirée, la maternité précoce et l'avortement provoqué.

1.2.2.- PARTICULARITE DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES EN MILIEU RURAL EN MATIERE DE SEXUALITE A MADAGASCAR

En milieu rural, l'éducation reste encore une préoccupation secondaire pour l'ensemble des familles. Les enfants entrent à l'école un peu tard, soit à partir de 6 ans ou plus. A la fin de son étude primaire, il atteint l'âge de 12 ans ou plus, sans compter les années de redoublement. Beaucoup n'arrivent pas à finir leurs études primaires. Pour continuer leur parcours scolaire, ils sont obligés de quitter le village pour rejoindre le Collège d'Enseignement Général (CEG) le plus proche. Certains sont contraints d'abandonner la scolarisation par faute de moyens financiers de leurs parents et le manque de motivation, gênés par leur âge avancé par rapport aux autres élèves. Les parents n'ont aucune réaction sur

l'intention de leurs enfants de quitter l'école. D'une part, ils ne sont pas dans la mesure d'assumer leur devoir envers leurs enfants et d'autre part, ils pensent qu'ils vont obtenir une aide pour faire vivre la famille qui est souvent nombreuse en milieu rural.

En milieu rural, il existe une insuffisance ou même une absence d'activités culturelles pour les jeunes. Cependant, ils arrivent à inventer quelques loisirs à leur manière : la promenade, le paris, les dominos, le foot-ball et surtout le bal des jeunes.

En milieu urbain, ce bal des jeunes se passe l'après-midi, mais en milieu rural, il se fait la nuit car toute la journée, les jeunes sont occupés par le travail des champs. Ce bal représente une opportunité entre les jeunes de se rencontrer et de se défouler entre eux. « Liberté et promiscuité font bon ménage, aventures et pollution génitale sont pris pour des actes de bravoure » (11).

Il se passe alors des choses inimaginables sur le plan sexuel des adolescents et les jeunes : la contraction des premiers rapports sexuels, les partenaires occasionnels et les rapports sexuels non protégés.

Les conséquences de tous ces actes incontrôlés pèsent lourdement sur les adolescents et les jeunes comme : la grossesse non désirée, obligeant les jeunes filles à se faire avorter ou entrer dans la maternité précoce ; la contraction des infections et maladies sexuellement transmissibles. Malheureusement, par manque de formation et information sur l'éducation sexuelle aggravée par leur niveau d'instruction très bas, tous ces jeunes ignorent ces dangers qui menacent leur avenir conjugal et même leur propre vie.

1.3.- PROBLEMES DE LA SANTE LIES A LA REPRODUCTION CHEZ LES ADOLESCENTS

Selon l'OMS, notre sexualité recouvre notre développement physique et reflète notre attitude en société, nos valeurs, notre attitude mentale, nos émotions, ce que nous aimons, ce

que nous n'aimons pas, notre spiritualité et toutes les façons dont la société a pu laisser son empreinte sur nous (12).

La sexualité est un système à étudier, à élucider et surtout à comprendre. La compréhension réside dans la connaissance des problèmes rencontrés au cours du développement biosocial de l'être humain, en particulier pendant l'enfance et l'adolescence. Selon l'OMS, une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, elle est capable de procréer et est libre de le faire aussi souvent et aussi peu souvent qu'elle le désire (12).

1.3.1.- LES GROSSESSES NON DESIREES

Les risques médicaux de la grossesse chez l'adolescente de moins de 17 ans sont considérables. Plus elle est jeune, plus les risques de complications de la grossesse et de l'accouchement, d'avortement spontané, de mortalité, de naissance prématurée et d'insuffisance pondérale à la naissance sont grands. Selon le milieu social, les effets psychologiques seront différents et la conception est intervenue hors mariage ou après mariage et si elle était programmée ou non (13).

La grossesse chez l'adolescente n'est pas seulement une grossesse à risque au point de vue médical mais aussi elle a un impact négatif sur le psychisme, sur la vie socio-économique et sur l'avenir de la jeune mère et de son enfant. Dans cette situation, il n'existe que deux alternatives pour l'adolescente : mener la grossesse à terme ou se faire avorter.

Mener la grossesse à terme signifie pour la mère être prête à supporter les risques que la grossesse peut entraîner.

Se faire avorter, c'est un tout autre problème.

Les causes des grossesses non désirées chez l'adolescente sont multiples :

- la recherche des plaisirs sexuels prédomine plus que le sentiment de reproduction à cet âge,
- les premiers rapports sexuels sont non protégés et aboutissent souvent à une grossesse non désirée,
- l'absence d'information, d'éducation et des services de contraception appropriés,
- des risques particuliers atteignent les adolescents comme : le viol, l'inceste, la prostitution, pouvant aboutir à une grossesse non souhaitée.

1.3.2.- LES AVORTEMENTS PROVOQUES OU INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE LA GROSSESSE (IVG)

L'avortement provoqué est l'interruption volontaire de la grossesse, c'est-à-dire, l'expulsion prématurée volontairement provoquée du produit de la conception quel que soit son âge, pour s'en débarrasser (14).

Le risque de mortalité par l'avortement provoqué est énorme chez les adolescentes car l'avortement est généralement pratiqué sans précautions et par des gens non qualifiés. Pire encore, lorsque l'acte est effectué sur une grossesse déjà avancée (12 semaines d'aménorrhée et voire plus).

Il y a quelques signes d'alarme permettant de reconnaître les complications après un avortement ; fièvre avec :

- frissons,
- douleurs musculaires,
- fatigue,
- douleurs abdominales, crampes ou douleur lombaire,
- sensibilité de l'abdomen (à la palpation),
- hémorragie prolongée ou abondante,
- pertes vaginales fétides,
- retard (de 6 semaines ou plus) dans le retour des règles (13).

L'avortement provoqué peut laisser des séquelles, surtout lorsqu'il est Complicqué, telles que :

- stérilité par synéchie,
- sténose tubaire,
- infection des organes génitaux hauts à l'origine des troubles menstruels, douleur pelvienne,
- accidents obstétricaux : grossesse extra-utérine, avortement à répétition (béance du col), placenta praevia, accident de délivrance (placenta acréta),
- séquelle psychique : psychose dépressive avec idée de culpabilité.

1.3.3.- LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST)

L'accroissement spectaculaire des IST, appelées auparavant Maladies Sexuellement Transmissibles (MST) chez les jeunes et adolescents malgaches peut être dû à une forte activité sexuelle durant ces deux périodes ou à la prostitution ou bien par négligence au traitement du sujet atteint entraînant de nouvelles contaminations.

Les IST qu'on rencontre le plus souvent à Madagascar sont :

- la syphilis,
- la blennorragie,
- l'herpès génital,
- la trichomonas,
- la chlamydia.

Sans oublier la menace de la recrudescence de l'infection à VIH.

La négligence du traitement, aggravée par l'insouciance des jeunes peuvent avoir comme conséquences :

- la cécité,
- la paralysie,
- la stérilité,
- les grossesses tubaires,

- les abcès tubo-ovariens,
- les péritonites,
- les ophtalmies du nouveau-né en cas de blennorragie,
- les avortements spontanés à répétition,
- la prématurité de l'enfant,
- la mort in utero
- la mort en cas de SIDA.

1.3.4.- GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT

Même désirée, une grossesse chez l'adolescente présente plus de risques pour la santé de la mère et de l'enfant qu'une grossesse à un âge supérieur à 18 ans. Elle peut provoquer :

- une hypertension artérielle et une éclampsie,
- une anémie,
- une disproportion fœto-pelvienne,
- des malformations fœtales,
- un retard de croissance du fœtus,
- une prématurité et la mort.

1.3.5.- LA CONTRACEPTION

Au sens strict du mot, la contraception est une notion biologique qui empêche la fécondité. Elle fait appel à un ensemble de moyens et techniques diversifiés.

La prescription d'une contraception à un(e) adolescent(e) impose de prendre en compte les spécificités physiologiques et psychologiques de cette période de la vie. De ce fait, proposer une contraception efficace et réellement utilisée à un(e) adolescent(e) pose souvent des difficultés.

Les différentes méthodes contraceptives existant à Madagascar pourront se classer en (12)

- Méthodes naturelles :

- MAMA (Méthode d'allaitement maternel et de l'aménorrhée),
- Continence périodique,
- Retrait ou coït interrompu.
- Méthodes barrières :
 - Condom,
 - Spermicide,
 - Diaphragme.
- Méthodes hormonales :
 - Orale pilule,
 - Injectable.
- Méthode de longue durée :
 - Stérilet,
 - Norplant,
 - Vasectomie,
 - Contraception chirurgicale volontaire féminine (CCVF)

Il y a des méthodes contraceptives adaptées aux adolescents et les jeunes, citons :

- l'abstinence sexuelle,
- les méthodes naturelles,
- le condom,
- les méthodes hormonales

1.3.5.1.- L'abstinence sexuelle

C'est éviter tout rapport sexuel jusqu'au moment où l'adolescent peut avoir une relation entièrement responsable.

a). Avantages

Les risques d'IST et de grossesse non planifiée sont évités.

b).- Inconvénients

Parfois le désir est très fort et il est difficile à maîtriser.

1.3.5.2.- Les méthodes dites naturelles

a).- MAMA

Seulement pour les femmes qui viennent d'accoucher avec un enfant vivant.

b).- Le retrait ou coït interrompu

L'homme doit prévoir le moment de l'éjaculation et retirer le pénis du vagin avant cette éjaculation.

- ***Avantages***

- n'exige aucun produit,
- ne coûte rien

- ***Inconvénients***

Peut comporter beaucoup d'échecs car l'homme peut parfois difficilement contrôler son éjaculation et peut émettre quand même quelques gouttes de sperme qui pourront dès lors féconder.

c).- La continence périodique

Elle consiste à s'abstenir de relation sexuelle durant la période féconde du cycle menstruel.

- ***Avantages***

- aucun effet secondaire,
- ne coûte rien,
- un moyen d'éducation pour la connaissance de la physiologie de la reproduction

- ***Inconvénients***

- nécessite une bonne connaissance du cycle menstruel et une discipline partagée,
- difficile à appliquer si le cycle est irrégulier

1.3.5.3.- La méthode barrière (Condom)

Le préservatif masculin ou condom est un dispositif en caoutchouc avec lequel on recouvre la verge en érection avant l'acte sexuel. Il s'oppose ainsi au dépôt du sperme dans le vagin.

- ***Avantages***

- facile à employer,
- en vente libre et n'exige aucune prescription médicale
- fournir la meilleure protection contre les IST et les VIH

- ***Inconvénients***

- n'élimine pas les risques s'il est mal utilisé ou si la membrane comporte la moindre fissure,
- réduit la sensibilité de l'acte sexuel.

1.3.5.4.- Les méthodes hormonales

a).- La contraception œstro-progestative

Ce sont des pilules minidosées ou normodosées selon les teneurs d'éthinylestradiol qu'elles contiennent.

- ***Avantage***

- supprime la dysménorrhée et les irrégularités menstruelles,
- réduit le volume des règles excessives

- ***Inconvénients***

- donne des effets secondaires mais mineurs comme la prise de poids, nausée, vomissement, mastodynies,
- retentit sur le métabolisme lipidique et favorise le risque cardiovasculaire.

b).- Les Microprogestatifs sous forme de pilule

- ***Avantages***

- absence d'œstrogène d'où pas de risque cardio-vasculaire et veineux
- ***Inconvénients***
 - efficacité contraceptive acquise seulement après une quinzaine de jours de prise ; elle n'est assurée que si la prise est régulière et sans trouble,
 - possibilité d'apparition de métrorragies distillantes

Les préservatifs féminins comme les diaphragmes vaginaux et les spermicides peuvent aussi être utilisés par les adolescentes aux rapports sexuels épisodiques et irréguliers. Mais la contraception chez les adolescents doit être d'un usage simple. De plus, leur utilisation demande une forte motivation personnelle et une bonne connaissance en anatomie utérine.

2.1.- OBJECTIFS

Notre étude est consacrée aux adolescentes qui fréquentent le site de PF du CSB II de Vavatenina. Elle est nécessaire pour connaître le profil des adolescentes venant au site, ainsi que leur motif de consultation et surtout leur nombre, afin de proposer des recommandations pour améliorer la prise en charge des adolescentes en milieu rural.

2.2.- CADRE D'ETUDE

2.2.1.- LE FIVONDRONANA DE VAVATENINA (15)

C'est l'un des 18 fivondronana de la province autonome de Toamasina. Occupant une superficie totale de 3.202 km², le fivondronana de Vavatenina est limité au Nord par le fivondronana de Fénérive-Est, au Nord-Ouest par le fivondronana d'Ambatondrazaka et au Sud par le fivondronana de Toamasina II.

Il est composé de 10 communes. C'est une région accessible toute l'année par voie terrestre, par la route nationale 5 et 22 (RN et RN22) au point kilométrique 84 de la RN5. Il fait partie de la région ANALANJIROFO.

Au fur et à mesure qu'on pénètre à l'intérieur, le relief présente de chaînes de montagnes à pentes raides quelquefois. Il existe des plaines alluviales un peu partout, mais la plus importante est la plaine d'IAZAFO. C'est une région du littoral Nord-Est si bien qu'elle est dominée par l'Alizé du Sud-Est, favorisant l'humidité de son climat tropical, climat fertilisant qui procure de fortes possibilités agricoles.

Les cours d'eau offrent des voies de communication et de desserte, surtout pour les productions locales.

Le fivondronana de Vavatenina possède plusieurs potentialités agricoles : c'est une zone très productrice de café et de girofle et une importante culture de letchis. La production reste toujours en première position par la présence de la plaine d'IAZAFO. Avec sa superficie de 3.202 km², il compte quelques 151.833 habitants dont 54,2% sont âgés de moins de 18 ans. Il a comme densité démographique de 42 habitants par kilomètre carré et un taux de croissance démographique de 5,2%.

En matière de santé publique, le fivondronana a :

- 1,4 médecin pour 10000 habitants,
- 1 Centre Hospitalier de District,
- 12 Centres de Santé de Base Niveau I,
- 6 Centres de Santé de Base Niveau II,
- 8 Dépôts de médicaments.

Dans le domaine de l'enseignement, il possède :

- 1 Lycée public,
- 7 Collèges privés,
- 5 Centres d'Enseignement Général
- 126 Ecoles Primaires Publiques.

2.2.2.- LE SERVICE DE SANTE DE DISTRICT DE VAVATENINA

Il comporte :

- 1 Service de médecine,
- 1 Service de maternité,
- 1 site de P F,
- 1 Laboratoire d'analyse,
- 1 Centre de diagnostic et de traitement de la tuberculose (CDT) et de la lèpre,
- 1 Service de Programme Elargi de Vaccination (PEV)

Le CHD I de Vavatenina dessert les 22 fokontany environnants

Le personnel est composé de :

- 3 médecins dont :
 - 1 médecin inspecteur pour les 10 communes,
 - 1 médecin résident pour le CHD I de Vavatenina,
 - 1 médecin chef du CSB II de Vavatenina
- 1 sage-femme,
- 4 infirmiers,
- 1 laboratin,
- 9 personnels d'appui.

2.2.3.- LE SITE DE PLANIFICATION FAMILIALE

Il fait partie du CSB II de Vavatenina. Il est détenu par une sage-femme et un infirmier. On y trouve 2 salles, l'une pour l'attente et l'autre pour la consultation. La consultation est faite par la sage-femme ou l'infirmier, mais en cas de problème, ils peuvent demander l'aide du médecin chef du CSB II.

Il n'y a pas de service spécialisé aux adolescents et aux jeunes, mais il reçoit toutes les consultantes quel que soit l'âge. Comme activité, ce site s'occupe de tous les problèmes en SR. Il donne des conseils et son activité principale est la PF.

Chaque jour, il organise une petite séance de Communication pour le Changement de Comportement (CCC) avant le début de la consultation. Le but de cette séance, c'est pour

aider les nouvelles venues à faire leur choix et pour donner des amples explications sur les différentes méthodes facilitant ainsi le choix de la méthode à adopter et surtout pour combattre les rumeurs qui circulent partout sur l'inconvénient de l'utilisation de la PF moderne. Mais cela n'empêche qu'on fasse un counseling durant l'entretien à la consultation. Faute de bloc opératoire, les méthodes chirurgicales ne sont pas disponibles au site, ainsi que l'implant et le DIU, faute de personnel qualifié.

La prestation de service est satisfaisante ; peu d'attente et la discrétion est assurée. Ceci est prouvée par la forte motivation des adolescentes à y venir car l'une des conditions essentielles d'adhésion des adolescentes est le respect de la confidentialité.

2.3.- METHODOLOGIE

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique. Nous avons compulsé les fiches individuelles des nouvelles consultantes venues au site durant la période du 1^{er} Janvier 2000 au 31 Décembre 2000 et les rapports trimestriels du site.

Nous avons pris sans distinction toutes les femmes venant pour la première fois et nous avons colligé 329 dossiers.

Les données ont suscité l'élaboration de tableaux 2x2 types étude cas-témoins avec mesure des Rapports de Cotes dans un intervalle de confiance à 95%, test statistique du Chi carré.

2.4.- PARAMETRES D'ETUDES

Nous avons adopté la méthode linéaire (2 classes) pour la stratification des paramètres d'étude.

2.4.1.- L'AGE DES CONSULTANTES

C'est l'étude de l'âge de la femme qui vient en consultation pour la première fois. L'âge des consultantes est réparti comme suit :

- ≤ 18 ans,
- > 18 ans.

2.4.2.- LE DOMICILE

Nous avons classé les consultantes selon deux domiciles seulement. Les Femmes venant :

- du Vavatenina centre,
- et des villages périphériques

2.4.3.-LA SITUATION MATRIMONIALE

C'est l'étude de vie sexuelle et affective en n'insistant pas sur la légalité de la situation. La situation matrimoniale est estimée par le fait que la femme :

- vit en couple
- ou vit seule.

2.4.4.- LES MOTIFS DE CONSULTATION

C'est l'analyse de la cause qui pousse la femme à venir au site. On a constaté deux motifs :

- l'espacement des naissances,
- et la limitation des naissances.

2.4.5.- LA PARITE

C'est l'analyse de la parité des consultantes au moment de sa première visite. Elle est mesurée par :

- 0 enfant,

- 1 enfant,
- 2 enfants,
- 3 enfants,
- 4 enfants;
- 5 enfants,
- > 5 enfants

2.4.6.- LA METHODE ADOPTEE

C'est l'analyse des méthodes adoptées par les femmes. Les méthodes contraceptives disponibles sont :

- les contraceptifs oraux,
- les contraceptifs injectables.

2.4.7.- SOURCES D'INFORMATION

C'est l'étude de l'origine des renseignements concernant la contraception et poussant la femme à venir au site. Les sources d'information sont formées par :

- famille / amis,
- personnel de santé,
- brochure / affichage.

2.5.- NOS RESULTATS

2.5.1.- SELON L'AGE ET LE DOMICILE

Tableau n° 1 : Répartition des femmes selon l'âge et le domicile

Domicile Age	Vavatenina		Périphériques		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
≤ 18 ans	18	5,47	60	18,23	78	23,70
> 18 ans	46	13,99	205	62,31	251	76,30

Total	64	19,46	265	80,54	329	100
-------	----	-------	-----	-------	-----	-----

$RC = 0,19 < 1,34 < 8,58$

$Khi^2 = 0,85 < 3,84$ pour 1 ddl

Les adolescentes des villages en périphérie sont plus intéressées au site que celles de Vavatenina Centre, avec respectivement un taux de 18,23% et de 5,47% des consultantes.

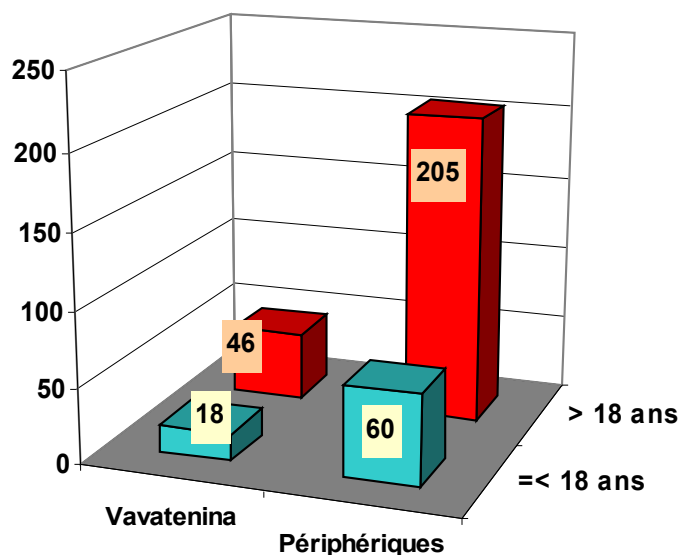


Figure n° 1 : Répartition des femmes selon l'âge et le domicile

2.5.2.- SELON LE DOMICILE ET LE NIVEAU D'INSTRUCTION

Tableau n° 2 : Répartition des femmes selon le domicile et le niveau d'instruction

Domicile Niveau d'instruction	Vavatenina		Périphérie		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Illettrée	31	9,42	173	52,59	204	62,01
Primaire	9	2,74	35	10,64	44	13,38
Secondaire	24	7,29	57	17,32	81	24,61
Total	64	19,45	265	80,55	329	100

$Khi^2 = 7,74 > 5,99$ pour 1 ddl

La population de Vavatenina est significativement plus instruite que celle de ses environs avec 9,42% d'illettrées à Vavatenina contre 52,59% en périphérie.

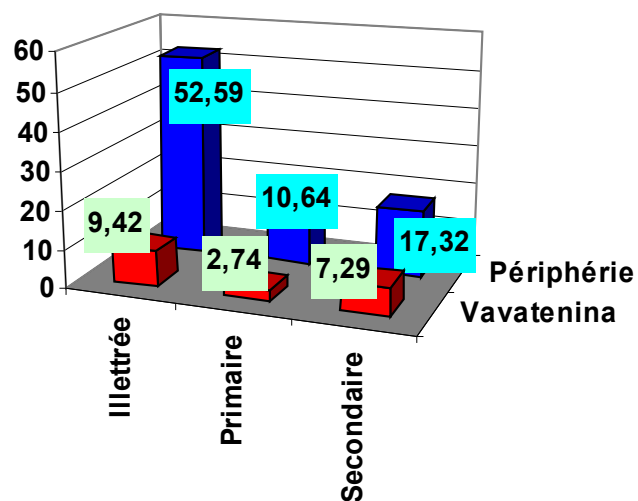


Figure n° 2 : Répartition des femmes selon le domicile et le niveau d'instruction

2.5.3.- SELON L'AGE ET LA SITUATION MATRIMONIALE (analyse stratifiée)

Tableau n° 3 : Répartition des femmes à Vavatenina selon l'âge et la situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Célibataire		Mariée		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Age						
≤ 18 ans	16	25	02	3,12	18	28,12
> 18 ans	10	15,63	36	56,25	46	71,88
Total	26	40,63	38	59,37	64	100

$$RcV = 4,96 < 28,8 < 219,3$$

$\text{Khi}^2 = 24,18 > 3,84$ pour 1 ddl

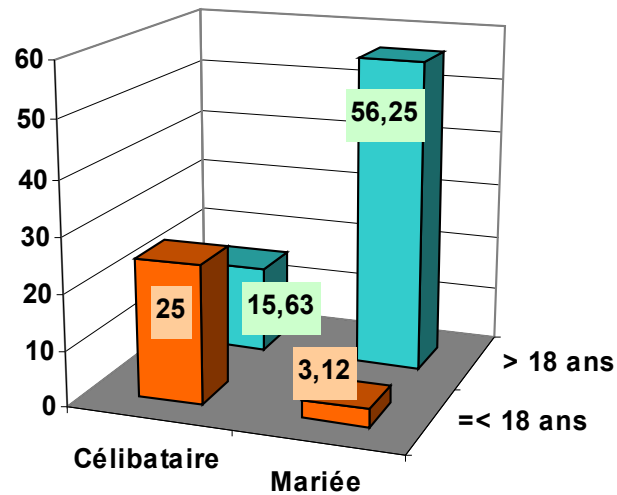


Figure n° 3 : Répartition des femmes à Vavatenina selon l'âge et la situation matrimoniale

Tableau n° 4 : Répartition des femmes en Périphérie selon l'âge et la situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Célibataire		Mariée		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Age						
≤ 18 ans	44	16,60	16	6,04	60	22,64
> 18 ans	52	19,62	153	57,74	205	77,36
Total	96	36,22	169	63,78	265	100

$\text{RcP} = 4,03 < 8,89 < 16,43$

$\text{Khi}^2 = 46,23 > 3,84$ pour 1 ddl

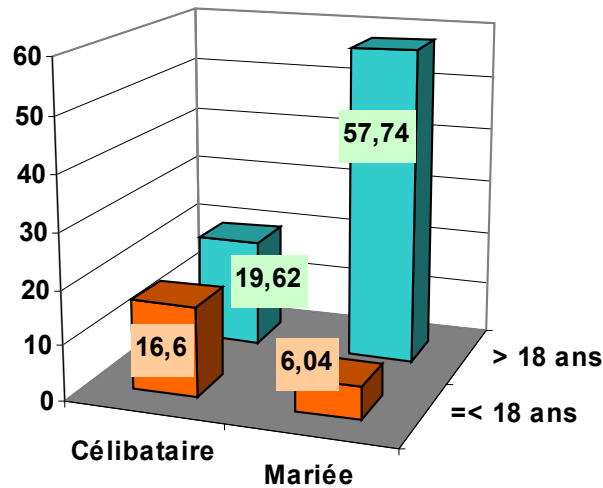


Figure n° 4 : Répartition des femmes en Périphérie selon l'âge et la situation matrimoniale

Tableau n° 5 : Répartition des femmes en Cumulé selon l'âge et la situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Célibataire		Mariée		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Age						
≤ 18 ans	60	18,23	18	5,47	78	23,70
> 18 ans	62	18,85	189	57,45	251	76,30
Total	122	37,08	207	62,92	329	100

$Rc\text{ brut} = 5,35 < 9,97 < 19,35$, $Khi^2 = 66,55 > 3,84$ pour 1 ddl et $RcV > Rc_{brut} > RcP$

La tranche d'âge ≤ 18 ans représente l'âge des célibataires.

Sur les 78 femmes ≤ 18 ans, 60 sont célibataires.

2.5.4.- SELON L'AGE ET LES MOTIFS (analyse stratifiée)

Tableau n° 6 : Répartition des femmes à Vavatenina selon l'âge et les motifs

Motifs Age	Espaceiment		Limitation		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
≤ 18 ans	18	28,12	00	00	18	28,12
> 18 ans	39	60,94	07	10,94	46	71,88
Total	57	89,06	07	10,94	64	100

RcV = 1,04<1,18<13,3 et Fisher = 0,176>0,025

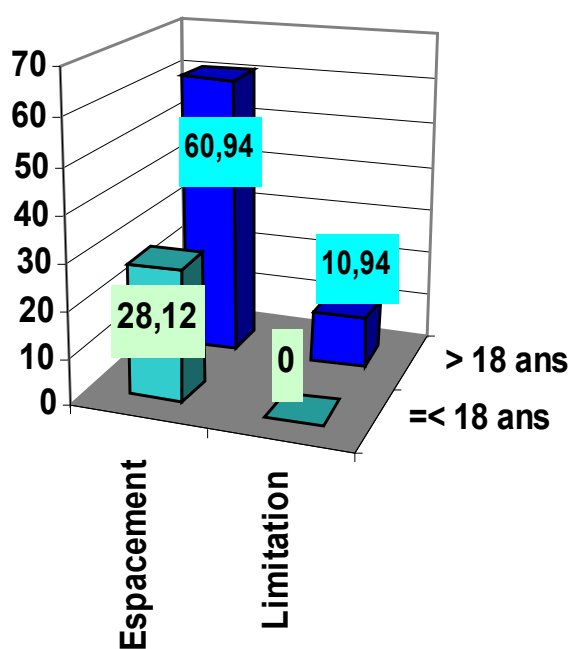


Figure n° 5 : Répartition des femmes à Vavatenina selon l'âge et les motifs

Tableau n° 7 : Répartition des femmes en Périphérie selon l'âge et les motifs

Motifs Age	Espaceiment		Limitation		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
≤ 18 ans	60	22,66	00	00	60	22,66
> 18 ans	178	67,16	27	10,18	205	77,34
Total	238	89,82	27	10,18	265	100

$$RRP = 1,09 < 1,15 < 1,25$$

$$Khi^2 = 8,80 > 3,84 \text{ pour } 1 \text{ ddl}$$

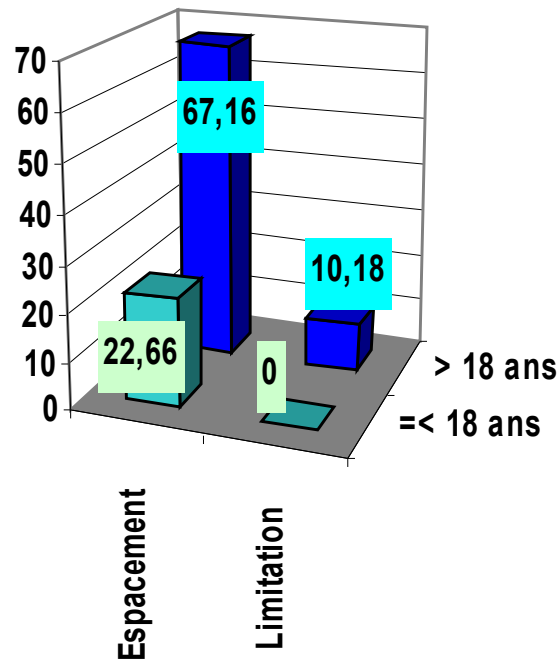


Figure n° 6 : Répartition des femmes en Périphérie selon l'âge et les motifs

Tableau n° 8 : Répartition des femmes en Cumulé selon l'âge et les motifs

Motifs Age	Espacement		Limitation		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
≤ 18 ans	78	23,70	00	00	78	23,70
> 18 ans	217	65,95	34	10,35	251	76,30
Total	295	89,75	34	10,35	329	100

Rc brut = 1,10<1,16<1,22, Khi² = 10,37>3,84 pour 1 ddl, RRV >Rrbrut>RRP

Les femmes dont la tranche d'âge est inférieure ou égale à 18 ans ont opté pour l'espacement de naissance par rapport à la limitation des nombres d'enfants.

2.5.5.- SELON L'AGE ET LA PARITE (analyse stratifiée)

Tableau n° 9 : Répartition des femmes à Vavatenina selon l'âge et la parité

Ages Parité	≤ 18 ans		> 18 ans		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
0 enfant	14	21,88	01	1,56	15	23,44
1 enfant	04	6,25	11	17,19	15	23,44
2 enfants	00	00	12	18,75	12	18,75
3 enfants	00	00	04	6,25	04	6,25
4 enfants	00	00	08	12,5	08	12,5
5 enfants	00	00	04	6,25	04	6,25
> 5enfants	00	00	06	9,37	06	9,37
Total	18	28,12	46	71,87	64	100

Tableau n° 10 : Répartition des femmes en Périphérie selon l'âge et la parité

Ages Parité	≤ 18 ans		> 18 ans		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
0 enfant	30	11,32	08	3,02	38	14,34
1 enfant	28	10,56	44	16,60	72	27,16
2 enfants	02	0,76	51	19,24	53	20
3 enfants	00	00	28	10,57	28	10,57
4 enfants	00	00	27	10,19	27	10,19
5 enfants	00	00	20	7,56	20	7,55
> 5enfants	00	00	27	10,19	27	10,19
Total	60	22,64	205	77,36	265	100

Tableau n° 11: Répartition des femmes en Cumulé selon l'âge et la parité

Ages Parité	≤ 18 ans		> 18 ans		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
0 enfant	44	13,38	09	2,73	53	16,11
1 enfant	32	9,73	55	16,71	87	26,44
2 enfants	02	0,91	63	19,15	65	19,76
3 enfants	00	00	32	9,73	32	9,73
4 enfants	00	00	35	10,63	35	10,63
5 enfants	00	00	24	7,30	24	7,30
> 5enfants	00	00	33	10,03	33	10,03
Total	78	23,70	251	76,30	329	100

Les femmes de la tranche d'âge ≤ 18 ans ont moins de 2 enfants alors que dans la tranche d'âge > 18 ans, il y a des femmes possédant plus de 5 enfants.

2.5.6.- SELON L'AGE ET LES METHODES ADOPTEES **(analyse stratifiée)**

Tableau n° 12 : Répartition des femmes de Vavatenina selon l'âge et les

méthodes adoptées

Méthodes Age	Contraceptifs oraux		Contraceptifs injectables		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
≤ 18 ans	16	25	02	3,12	18	28,12
> 18 ans	16	25	30	46,88	46	71,88
Total	32	50	32	50	64	100

$$RcV = 2,73 < 15,00 < 108,4$$

$$Khi^2 = 15,15 > 3,84 \text{ pour } 1 \text{ ddl}$$

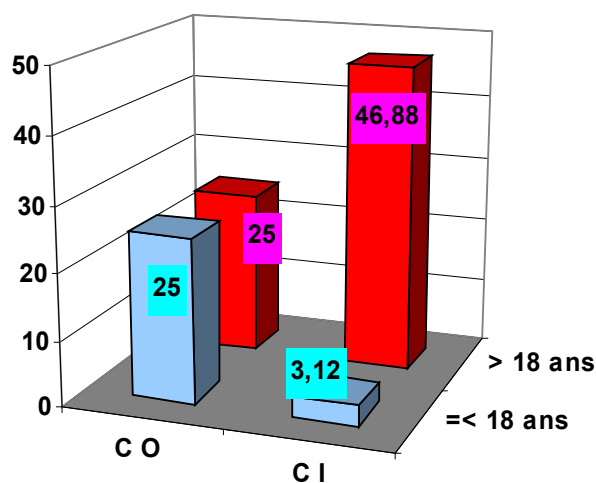


Figure n° 7 : Répartition des femmes de Vavatenina selon l'âge et les méthodes adoptées

Tableau n° 13 : Répartition des femmes en Périphérie selon l'âge et les méthodes adoptées

Méthodes Age	Contraceptifs oraux		Contraceptifs injectables		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage

≤ 18 ans	52	19,63	08	3,02	60	22,65
> 18 ans	66	24,90	139	52,45	205	77,35
Total	118	44,53	147	55,47	265	100

$$Rc = 5,85 < 13,69 < 33,21$$

$$Khi^2 = 15,15 > 3,84 \text{ pour 1 ddl}$$

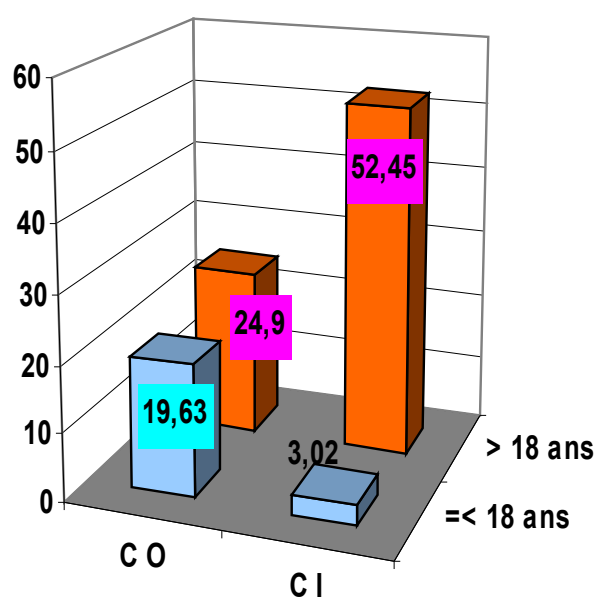


Figure n° 8 : Répartition des femmes en Périphérie selon l'âge et les méthodes adoptées

Tableau n° 14 : Répartition des femmes en Cumulé selon l'âge et les méthodes adoptées

Méthodes Age	Contraceptifs oraux		Contraceptifs injectables		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage

≤ 18 ans	68	20,67	10	3,03	78	23,70
> 18 ans	82	24,93	169	51,37	251	76,30
Total	150	45,60	179	54,40	329	100

Rc brut = 13,95

Khi² = 10,37 > 3,84 pour 1 ddl

RcP > Rc brut > RcV

D'une façon générale, les contraceptifs oraux sont plus adoptés par les femmes de la tranche d'âge ≤ 18 ans que les contraceptifs injectables avec un taux respectif de 20,67% et de 3,03%. Par contre, les femmes âgées de plus de 18 ans préfèrent les contraceptifs injectables avec un taux de 54,40%.

2.5.7.- SELON L'AGE ET LES SOURCES D'INFORMATION (analyse stratifiée)

Tableau n° 15 : Répartition des femmes de Vavatenina selon l'âge
et les sources d'information

Sources d'information	Famille/ Amis		Personnel de santé		Brochures/ Affichages		Total	
	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%
Ages								
≤ 18 ans	13	20,31	04	6,25	01	1,57	18	28,12
> 18 ans	26	40,63	18	28,12	02	3,12	46	71,88
Total	39	60,94	22	34,37	03	4,69	64	100

Khi² = 1,04 < 5,99 pour 2 ddl

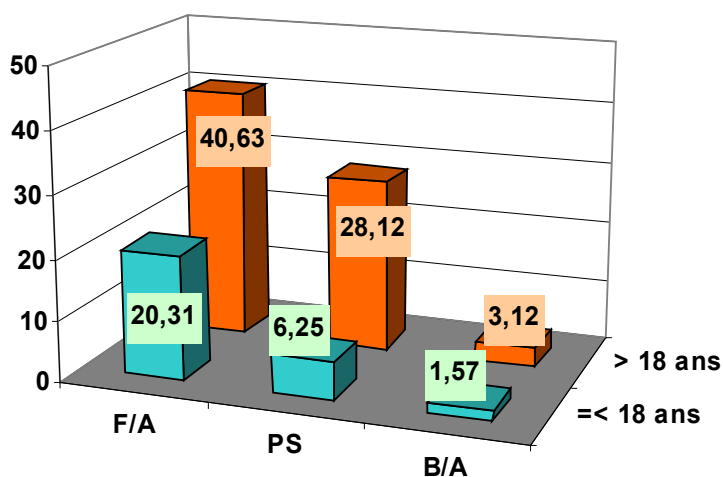
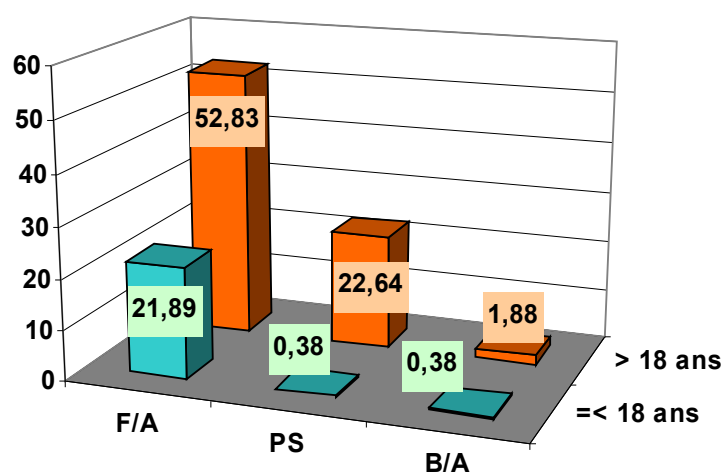


Figure n° 9 : Répartition des femmes de Vavatenina selon l'âge et les sources d'information

Tableau n° 16 : Répartition des femmes de la Périphérie selon l'âge et les sources d'information

Sources d'information	Famille/ Amis		Personnel de santé		Brochures/ Affichages		Total	
	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%
Ages								
≤ 18 ans	58	21,89	01	0,38	01	0,38	60	22,64
> 18 ans	140	52,83	60	22,64	05	1,88	205	77,36
Total	198	74,72	61	23,02	06	2,26	265	100

$\text{Khi}^2 = 20,49 > 5,99$ pour 2 ddl



**Figure n° 10 : Répartition des femmes de la Périphérie selon l'âge
et les sources d'information**

**Tableau n° 17 : Répartition des femmes en Cumulé selon l'âge et les sources
d'information**

Sources d'information	Famille/ Amis		Personnel de santé		Brochures/ Affichages		Total	
	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%
Ages								
≤ 18 ans	71	21,58	05	1,52	02	0,60	78	23,70
> 18 ans	166	50,46	78	23,71	07	2,13	251	76,30
Total	237	72,04	83	25,23	09	2,73	329	100

$\text{Khi}^2 = 19,48 > 5,99$ pour 2 ddl

La plupart des sources d'information viennent de la famille et des amis avec un
taux de 74,04%

3.1.- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

3.1.1.- AGE ET DOMICILE

Les adolescentes des villages en périphérie sont plus intéressées au site que
celles de Vavatenina avec un taux respectif de 18,23% et 5,47%.

Les adolescentes qui vivent en périphérie ignorent les méthodes contraceptives.
Elles sont obligées de venir au site pour obtenir plus de renseignements et s'adhérer ensuite

pour être membre afin de pouvoir suivre les étapes de consultation et de suivi, alors que celles de Vavatenina sont plus informées et peuvent trouver les produits contraceptifs dans les pharmacies.

3.1.2.- DOMICILE ET NIVEAU D'INSTRUCTION

En milieu rural, les femmes sont en majorité illettrées et ce sont elles qui prédominent dans la fréquentation du site avec un taux de 52,59%. Ceci est peut être dû au faible taux de scolarisation constaté actuellement dans les zones rurales. La résolution sortie dans le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté en ce qui concerne l'enseignement prévoit un enseignement obligatoire dans les études primaires et l'amélioration et la protection des patrimoines scolaires, comblera peut être cette lacune.

Les universitaires ne figurent même pas dans notre étude ; soit il n'y a pas de femmes de ce niveau dans la région, soit elles existent mais ne fréquentent pas le site.

En milieu urbain, les résultats d'une étude faite à Antananarivo par RAZANANTOANINA S (16) sur l'utilisation des méthodes contraceptives dans le CSB II d'Ambohipo, ont montré un résultat contraire. Dans ce Centre, les illettrées qui pratiquent une méthode contraceptive ne représentent qu'un taux de 7,16% seulement.

Deux raisons sont évoquées :

- ces femmes sont plus vulnérables aux rumeurs qui circulent dans la ville sur l'efficacité et les effets secondaires de ces méthodes modernes et préfèrent s'abstenir.
- elles pensent que l'utilisation de ces méthodes contraceptives nécessite un certain niveau d'instruction.

3.1.3.- AGE ET SITUATION MATRIMONIALE

La tranche d'âge inférieure ou égale à 18 ans représente les adolescentes. Elles sont en grande majorité célibataires (60 femmes sur les 78 recrutées). Dans notre série, la

plupart des adolescentes mariées vivent dans la périphérie avec un taux de 6,04% contre celles de Vavatenina qui ne représentent que 3,12% des cas.

En milieu rural, les parents ne trouvent pas de solution pour lutter contre la grossesse précoce des adolescentes autre que le mariage. Quand ils constatent que leurs filles entrent dans la période d'adolescence et qu'elles ne sont plus à l'école, ils prennent une décision unilatérale de les marier avec ou sans le consentement de ces dernières.

3.1.4.- AGE ET MOTIFS

La majorité des femmes désirent un espacement de naissance tant à Vavatenina qu'à la périphérie avec un taux respectif de 89,06% et 89,82%. L'adolescence marque le début de la période de fécondité, aussi pour lutter contre la grossesse non désirée et la maternité précoce, les femmes viennent au site pour suivre la planification familiale. Le taux de l'espacement de naissance prédomine parce que la limitation de naissance est difficilement reconnue par les femmes dans les zones rurales, même pour les grandes multipares.

3.1.5.- AGE ET PARITE

Dans la tranche d'âge inférieure ou égale à 18 ans, les femmes ont moins de 2 enfants. Nous trouvons même des nullipares avec un taux de 23,44% à Vavatenina et 14% en périphérie.

Les adolescentes avec un enfant vivant représentent 6,25% des cas à Vavatenina contre 27,16% en périphérie. Cela nous montre que les adolescentes qui viennent au site sont déjà au courant des problèmes engendrés par la grossesse précoce et la grossesse non désirée.

Dans notre série, nous constatons aussi le taux élevé des femmes appartenant au groupe à risque obstétrical, avec un taux de 10,03% des consultantes, les femmes qui ont plus de 5 enfants.

3.1.6.- AGE ET METHODES ADOPTEES

D'une manière générale, les contraceptifs oraux sont plus adoptés par les adolescentes en raison des avantages suivantes :

- retour rapide de la fécondité,
- pas de responsabilité du partenaire,
- pas d'aménorrhée, donc contrôle facile pour ces adolescentes qui craignent toujours d'être tombées enceintes.

3.1.7.- AGE ET SOURCES D'INFORMATION

La première source d'information est représentée par la famille et les amis(es), avec 72,04% des consultantes. Pourtant, la crédibilité de ces genres d'information reste à prouver, car de cette manière peuvent circuler facilement les fausses rumeurs et même la désinformation.

Les résultats sont presque pareils pour Vavatenina et ses environs avec un taux respectif de 60,94% et 74,72%.

Le personnel de santé vient en second rang avec le taux de 25,23%.

Quant au support médiatique, leur impact est très limité, vu l'éloignement de la région avec un taux très faible de 2,73%.

Les activités du personnel de santé restent insuffisantes pour les villages en périphérie, surtout dans le domaine d'information et d'animation. Les résultats nous montrent clairement qu'à Vavatenina la source d'information venant du personnel de santé représente 34,87% contre 23,02% seulement en périphérie.

3.2.- SUGGESTIONS

Que ce soit dans les pays riches ou pays pauvres, la santé reproductive des adolescentes engendre toujours les mêmes problèmes. Pour résoudre ces problèmes, surtout en milieu rural, nous préconisons les mesures suivantes :

3.2.1.- MESURES PREVENTIVES

La prévention est le meilleur moyen de lutte contre une épidémie. Il en est de même pour les différents problèmes sur la santé reproductive des adolescentes.

Les mesures préventives seront axées sur :

- l'information et l'éducation des parents,
- l'information et l'éducation des adolescents,
- les rôles des parents,
- les rôles des éducateurs,
- les rôles des adolescents,
- les rôles du personnel de santé,
- et les rôles du gouvernement.

3.2.1.1.-Information et éducation des parents

Depuis longtemps, la santé a recouvert d'un voile protecteur tout ce qui a trait au sexe, empêchant ainsi les gens d'acquérir les connaissances dont ils ont besoin en matière de sexualité.

Nous pensons qu'il est temps de dépouiller la sexualité de son voile de mystère pour en faire une matière de connaissance et non plus un tabou ou quelque chose de honteux ou inaccessible.

Ainsi, il est indispensable d'informer et d'éduquer en premier lieu les parents en matière de santé reproductive des adolescents. :

- Inciter les parents à prendre part à l'éducation à la vie familiale. Les parents sont mal à l'aise lorsqu'il s'agit de parler des questions sexuelles à leurs enfants.

- Informer et éduquer les parents de différents problèmes et facettes de la vie sexuelle afin qu'ils puissent transmettre à leurs enfants les meilleures éducations dont ils ont besoin.

- Eduquer les parents dans leur responsabilité afin qu'ils comprennent que marier les adolescentes pour éviter les problèmes de grossesse n'est pas la meilleure solution que de les informer pour se protéger.

Plusieurs moyens peuvent être utilisés pour informer et éduquer les parents :

- les moyens médiatiques (modernes et traditionnels),
- les animations religieuses,
- et l'éducation des chefs communautaires.

En ce qui concerne les médias, nous pouvons citer :

- la télévision, par l'intermédiaire des téléfilms et reportages qui traitent le sujet
- la radio qui reste le seul moyen d'éducation et d'information efficace pour les villages les plus reculés car il couvre tout le territoire national.

Quant aux médias traditionnels, nous pouvons utiliser les hiragasy (vakodrazana) et les théâtres de rue pour sensibiliser les gens qui ne possèdent pas de poste téléviseur ou de poste radio ou qui n'ont pas accès à d'autres supports médiatiques.

Enfin, un chef religieux ou communautaire constitue aussi un moyen potentiel et positif lorsqu'il entre en action et participe activement dans la sensibilisation de la masse populaire. Ces chefs sont respectés et écoutés dans la tradition malgache, aussi leurs interventions sont très efficaces s'ils sont aidés dans les moyens matériels et logistiques.

3.2.1.2.- Information et éducation des adolescents

Dans notre société, surtout dans les zones rurales, la sexualité est un sujet tabou. Un grand nombre de jeunes sont mal informés ou ne le sont pas du tout. Les seules informations dont ils disposent viennent de leurs pairs, or il s'agit souvent d'informations erronées.

Par conséquent, il faut donner aux jeunes les informations nécessaires dont ils ont besoin en matière de santé reproductive.

Des cours d'éducation à la vie familiale doivent être dispensés dans les écoles. Cette matière doit figurer dans les programmes scolaires afin que les adolescents soient mis au courant dès leurs jeunes âges de toutes les facettes et de tous les problèmes de la vie sexuelle, tels que :

- grossesse non désirée,
- maladies sexuellement transmissibles,
- et VIH/SIDA.

La Suède a été le premier pays à instauré dans toutes ses écoles un programme officiel et obligatoire d'éducation sexuelle. Le programme étudie spécifiquement la contraception et il est en étroite relation avec de larges services cliniques destinés aux adolescents. De ce fait, on a constaté une disparition de la syphilis et de la blennorragie, diminution des avortements provoqués chez les adolescents (17).

L'information et l'éducation à la vie familiale doit s'élargir à d'autres niveaux de cercles sociaux de jeunes et adolescents :

- association des jeunes à l'église,

- et association des jeunes sportifs dans les quartiers.

L'information doit être précise, claire et rapide. Elle doit être captée sans ambages et au moment opportun au niveau des adolescents pour pouvoir lutter contre les fausses rumeurs, les désinformations et la dramatisation de l'auto-érotisme.

La véritable éducation sexuelle est une éducation à l'amour car elle ne consiste pas seulement la partie sexualité mais aussi l'affection, la tendresse, la tolérance, la compréhension, la gentillesse, la sympathie et l'amour de son prochain (18).

3.2.1.3.- Rôles des parents

Les parents devront plutôt entamer une discussion ouverte et large, sans ambiguïté et sans détour pour éviter l'atmosphère de gêne qui règne parfois dans la famille dès qu'on aborde ce sujet.

Les parents et leurs enfants doivent être plus proches pour assainir une confiance mutuelle. A cet âge, la majorité des adolescents ne sont pas encore préparés à vivre des expériences sexuelles, surtout ils sont mal informés. Mais dans la pratique, ils sont nombreux d'être attirés par la curiosité de faire au moins un essai, qui n'est autre que le commencement de la pratique courante.

Ils doivent aussi expliquer aux adolescents tous les moyens efficaces permettant d'éviter ces problèmes de grossesse non désirée ou de la maternité précoce que les parents craignent tous.

Une bonne harmonie conjugale des parents donne un bon exemple et une ambiance favorable dans le rôle de meilleur éducateur qu'ils doivent s'acquitter.

3.2.1.4.- Rôles des éducateurs

Les éducateurs ont beaucoup d'influence sur les adolescents. Ils jouent alors un grand rôle dans la réussite de l'éducation de ces adolescents.

Les éducateurs sont : les enseignants, les responsables religieux et ceux de différents mouvements des jeunes comme les clubs, le scoutisme, les chorales, les associations caritatives, les organisations non gouvernementales qui s'occupent des jeunes délinquants.

Selon les Proverbes 2 et 6 : «Instruit l'enfant selon la voie qu'il doit suivre, et quand il sera vieux, il ne s'en détournera pas». La parole de Dieu peut empêcher le développement de toute passion dévastatrice. Même si les différentes religions sont souvent contre l'utilisation des méthodes contraceptives, elles peuvent aider quand même les jeunes à résoudre leurs problèmes sur la vie sexuelle par l'interdiction de tout rapport sexuel avant le mariage, car l'arme absolue de la grossesse non désirée, la maternité précoce et le VIH/SIDA c'est l'abstinence sexuelle.

3.2.1.5.- Rôles du personnel de santé

La fréquentation des Centres de Santé Reproductive par les adolescents n'est pas encore satisfaisante dans le fivondronana de Vavatenina et même pour tout Madagascar. Donc le personnel de santé doit faire des efforts pour améliorer ses méthodes d'approche en adoptant une approche participative.

En général, la sexualité est un sujet tabou pour les Malgaches, c'est la raison pour laquelle, les adolescents sont privés d'informations nécessaires pour pouvoir s'intéresser aux problèmes relatifs à la santé sexuelle.

Pour encourager les jeunes à prendre en mains leur avenir sexuel, la Communication pour le Changement de Comportement (CCC) doit occuper une grande place dans les attributions du personnel de santé. D'autant plus, les femmes qui viennent au site tant pour Vavatenina qu'à Ambohipo, sont informées par des familles et des amis et non par le personnel de santé. La CCC doit être axée sur le comportement responsable et une prévention

efficace devant les infections sexuellement transmissibles et le SIDA. Une éducation à la vie familiale adéquate peut constituer une méthode contraceptive efficace (19).

Le personnel de santé peut faire aussi des campagnes de sensibilisation sur la SRA, au moins deux fois par an. La consultation médicale individuelle ou visite médicale dans les écoles serait une bonne occasion pour les médecins de parler de la SRA aux adolescents.

3.2.1.6.- Rôles des adolescentes

Comme les adolescents sont les premiers concernés, les efforts produits par eux-mêmes sont aussi essentiels pour l'amélioration de leur santé sexuelle et reproductive. Ils doivent avoir une immense curiosité concernant la vie sexuelle et oser faire les premiers pas pour demander conseils auprès des parents, des éducateurs et surtout du personnel de santé pour la conduite à tenir.

En outre, les garçons doivent considérer leur responsabilité vis-à-vis des actes sexuels, car dans la plupart du temps, ils pensent que les problèmes ne les concernent pas directement et ils se croient être en dehors de la situation.

3.2.1.7.-Rôles du Gouvernement

Le gouvernement joue un rôle primordial dans la promotion de la santé reproductive des adolescents. En général, ce rôle consiste à élaborer la politique, la législation et le programme. La volonté politique est à la base de toute réussite d'un programme quels que soient les objectifs.

Les attributions principales consistent donc à :

- élaborer des lois relatives aux droits des adolescents,
- faciliter l'accès de tous les jeunes et adolescents aux services de la planification familiale et de la santé reproductive,
- collaborer avec tous les organismes non gouvernementaux nationaux ou internationaux, susceptibles d'apporter une assistance en la matière: UNICEF, FNUAP, USAID, FISA...

- promouvoir des programmes de formation des jeunes, des éducateurs et des parents sur la santé reproductive,
- intégrer l'éducation à la vie familiale dans les programmes scolaires,
- intensifier les actions de sensibilisation et d'information auprès des établissements scolaires et des associations des jeunes,
- instituer une filière de formation spécialisée en santé reproductive pour les médecins et paramédicaux,
- créer des centres de loisirs convenables, surtout pour les jeunes des quartiers, et ceux qui vivent en brousse,
- multiplier le nombre des centres de planification familiale pour qu'ils soient vraiment des centres de proximité au niveau de la masse populaire.

3.2.2.- MESURES CURATIVES

Les mesures curatives sont réservées seulement entre le personnel de santé et les adolescents.

3.2.2.1.- Rôles du personnel de santé

Ces rôles consistent :

- à la prise en charge intégrée des adolescents et des jeunes atteints des IST,
- à soutenir moralement, psychologiquement et physiquement les adolescentes précocement enceintes. C'est une grossesse non désirée, donc l'adolescente se trouve dans une situation alarmante et désespérante. L'appréhension d'être fille mère, la honte devant la famille et les voisins, l'éventuel rejet de la société dans toute relation privilégiée, nécessitent un entourage compréhensif et une prise en charge adéquate.

3.2.2.2.- Rôles des adolescentes

Les adolescentes ne doivent pas avoir peur de venir au centre, surtout

quand elles sont malades ou tombées enceintes. Ceci est valable aussi pour les garçons atteints d'IST. Ils ne doivent avoir confiance qu'au personnel de santé pour les consulter et les traiter dans ces cas. Ce personnel est le seul constitué des gens préparés et formés pour ces fonctions. Chercher des solutions ailleurs ou faire n'importe quoi ne résout rien. Parfois, cet acte ne fait qu'aggraver la situation qui est déjà difficile (20).

CONCLUSION

Dans ce travail, nous avons essayé de recueillir des données permettant de connaître la fréquentation des adolescentes au site de PF du CSB II de Vavatenina, un des 18 fivondronana de la province autonome de Toamasina.

Chaque auteur a sa façon de définir et de voir ce qu'on entend par SRA, mais ils sont unanimes quant à la priorisation de trouver des solutions rapides et durables pour prévenir les complications de la situation.

Notre travail a été une étude rétrospective descriptive et analytique durant la période du 1^{er} janvier 2000 au 31 décembre 2000. Nous avons recruté 329 femmes venues en consultation pour la première fois au site PF du CSB II de Vavatenina.

Nous avons considéré comme adolescente, les femmes dont l'âge est inférieur ou égal à 18 ans. Elles sont au nombre de 78 avec un faible taux de 23,70%.

La scolarisation reste encore un problème majeur pour les adolescentes vivant en milieu rural, le taux élevé des jeunes illettrées 52,59% le prouve clairement.

Pour les sources d'information, le personnel de santé ne se trouve qu'au deuxième rang avec un taux de 25,23%. Ceci montre l'insuffisance de CCC de la part des structures sanitaires.

L'amélioration de la SRA est une affaire de tous. Toute personne en contact avec ces adolescents doit porter sa part de contribution pour atteindre l'objectif voulu : les parents, les éducateurs, le personnel de santé et surtout les adolescentes elles-mêmes, sans oublier les rôles du gouvernement.

Concernant le site de PF du CSB II de Vavatenina, un effort de sensibilisation en matière de CCC doit être effectué par le personnel de santé pour mieux informer et encadrer les adolescentes de la région.

La place de l'alphabétisation aussi est non négligeable pour cette population rurale qui est en majorité illettrée.

Ces suggestions semblent ambitieuses devant les obstacles et les difficultés à surmonter, mais elles sont indispensables pour résoudre les problèmes des adolescentes en matière de santé reproductive.

Notre travail concerne seulement les problèmes des adolescentes qui fréquentent le site de PF mais la réalité pourrait être différente dans les autres sites ou centres spécialisés pour les adolescentes et les jeunes, cependant la similitude existe.

Pour conclure, nous sommes persuadés que notre travail pourrait contribuer à l'application d'une meilleure politique d'encadrement et de prise en charge des adolescents pour que la génération à venir puisse vivre plus confortablement avec ses droits et obligations.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- **OMS.** La grossesse et l'avortement pendant l'adolescence. Genève : OMS, Rapport d'une réunion d'experts, 1985 ; 583 : 29-34.
- 2- **OMS.** Symposium National sur la santé de la reproduction. Genève : OMS, Rapport Technique, 1997 : 13-14.

- 3- **Ranjalahy RJ, Andrianarisoa O, Randriarimanana C, Andrianasata J.** Santé et Développement des adolescents et des jeunes à Madagascar. OMS, 1996 : 9-14.
- 4- **Azerad E, Lubertzki J.** Biochimie des hormones. EMC, Glandes endocrines, 2001 ; 10.001 ; 31 : 10-19
- 5- **Buvat J, Buvat M, Herbaut T.** Régulation de la fonction hypothalamo-hypophyso-ovarienne au cours du cycle menstruel de la femme normale. J Gynec Obst Bio Rep, 1981 ; 10 : 415-425.
- 6- **Faure J M A.** Rôle du système extra-hypothalamique dans la physiologie ovarienne. Relation hypothalamo-hypophyso-ovarienne. J End Pit Exp, 1980 : 215-225.
- 7- **Lenia J M.** La puberté chez la fille. EMC, Rapport sur la santé reproductive, 1974 ; 1 : 15-42.
- 8- **OMS.** Santé de reproduction. Genève : OMS, Afric Info, 1999 : 1
- 9- **Fédération Internationale des Sociétés de Croix Rouge et du Croissant Rouge.** Une introduction à la santé sexuelle. OMS, FISCRRCR, 1992 : 1-10.
- 10- **Ministère de la Santé.** Politique Nationale en Santé de la Reproduction. MINSAN, Novembre 2000 : 1-10.
- 11- **Ministère de la Population, de la Condition Sociale, de la Jeunesse et des Sports.** Images socio-démographique de la jeunesse malgache. MINPCSJS, Novembre 1988 : 1-20.
- 12- **OMS.** Comportement des adolescents en matière de reproduction. Genève : OMS, 1990 : 2-10.
- 13- **OMS.** Formation aux techniques de conseils en sexualité, procréation et santé des adolescentes. Genève : OMS, Division de la Santé Familiale, Avril 1993 : 4-35.
- 14- **Soavelo P.** Médecine Légale et Toxicologie : les problèmes de l'avortement. Cours polycopié, 1995 : 54.
- 15- **Ministère des Finances et de l'Economie.** Inventaire des fivondronana de Madagascar. MINFC, Direction de la Planification globale et Evaluation, Service de la Politique Générale et Méthodologie de Planification, Juin 1999 : A58-A59.
- 16- **Razanantoanina S.** Utilisation des méthodes contraceptives dans le CSB II

- d'Ambohipo de 1996 à 1998. Thèse Médecine, Antananarivo, 1999 ; 5079 : 3-42.
- 17- **Randriambahiny N.** Réflexion sur les grossesses des adolescentes dans la région d'Anjozorobe. Thèse Médecine, Antananarivo, 2000 ; 5280 : 8-54.
- 18- **Ferruccio Antonelli.** L'enfant est le future de la société : le moment critique de l'adolescence. Rome : Dolentium Hominum, Revue du Conseil Pontifical pour la pastorale des services de la santé, 1994 ; 25 : 241.
- 19- **Zafilahy E G.** Les activités de planification familiale dans le CSB II de Fénérive-Est au cours de l'année 2000. Thèse Médecine, Antananarivo, 2001 ; 5918 : 20-35.
- 20- **Ravalitera S A.** Fréquentation du Centre de Santé de Reproduction Fianakaviana Sambatra Antsirabe par les adolescents. Thèse Médecine, Antananarivo, 2000 ; 5322 : 18-55.

VELIRANO

«Eto anatrehan'i ZANAHARY, eto anoloan'ireo Mpampianatra ahy sy ireo mpiaramianatra 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 ampanatontosana ny raharaham-pitsaboana.

Ho tsaboiko maimaim-poana 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 aboraka amiko ary ny asako tsy avelako hatao fitaovana hanatontosana zavatra mamofady na hanamorana famitan-keloka.

Tsy ekeko ho efitra hanelanelana ny adidiko amin'ny olona tsaboiko ny anton-javatra ara-pinoana, 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 lalan'ny maha-olona aho na dia vozonana aza.

Manaja sy mankasitraka ireo Mpampianatra ahy aho ka hampita 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 ho rabirabian'ireo mpitsabo namako kosa anie aho raha mivadika amin'izany.»

PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APPROUVE

Le Président de Thèse

Signé : Professeur **RAMAKAVELO Maurice Philippe**

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé : Professeur **RAJAONARIVELO Paul**

Nom et Prénom : **FENO Patricia**

Titre de la thèse : « **FREQUENTATION DU SITE DE PLANIFICATION FAMILIALE
DU CSBII DE VAVATENINA PAR LES ADOLESCENTES (ANNEE 2000)** »

Rubrique : Santé Publique

Nombre de pages : 47

Nombre de figures : 10

Nombre de tableaux : 17

Nombre de références bibliographiques : 20

RESUME

Cette étude se rapporte aux problèmes de la santé reproductive des adolescents du fivondronana de Vavatenina. Elle a comme objectif de connaître à fond ces problèmes afin de participer à la recherche des solutions efficaces.

Une étude rétrospective des dossiers du service du site de PF du CSBII de Vavatenina du 1^{er} janvier 2000 au 31 décembre 2000, nous a montré que : pour les 329 femmes consultantes ; les adolescentes sont en général moins motivées (23,70%), la majorité des femmes rurales sont illettrées (62,01%), les nombres des adolescentes célibataires sont important (18,23%), les femmes viennent en majorité pour espacer les naissances, les adolescentes nullipares viennent aussi au site (13,38%), les méthodes utilisées sont les contraceptifs oraux pour les inférieures ou égales à 18 ans et les contraceptifs injectables pour les supérieures à 18 ans, la famille et/ou les amis sont les premiers informateurs sur la Planification Familiale pour aider les adolescents à résoudre leurs problèmes en santé reproductive.

Nous suggérons : une Communication pour le changement de Comportement adéquate de ces adolescents et une étroite collaboration de tous.

Enfin, nous disons qu'une bonne santé reproductive se prépare avec un peu d'effort de tout le monde.

Mots clés : Planification Familiale, Femme, Fréquentation, Contraceptifs, Adolescentes

Directeur de thèse : **Professeur RAMAKAVELO Maurice Philippe**

Rapporteur de thèse : **Docteur FENO Etienne Henri**

Adresse de l'auteur : Lot IVS 48 Antanimena - 101 ANTANANARIVO

Name and First Name : **FENO PATRICIA**

Title of thesis : **«ATTENDING AT THE FAMILY PLANNING SITE AT THE CSBII OF VAVATENINA FOR YOUTH (YEAR 2000)»**

Heading : Public Health

Number of pages : 47

Number of figures : 10

Number of tables : 17

Number of references bibliographic : 20

S U M M A R Y

This study reports the youth reproductive health's problem within the Vavatenina's fivondronana. It aim to know in depth these problems in order to participate at researches of efficient solutions. A retrospective study of the documents of the family planning site unit at the CSB II of Vavatenina from january 1st 2000 until december 31st, 2000 revealed to us:

Among 329 female consultants : teenagers are in general less motivated (23.70%), the majority of women coming from rural area are illiterate (62,01%). The number of single teenagers are high (18.28%). The used methods are oral contraceptives for the less than 18 years old and injection for the superior than 18 years old. Family members and / or friends are the first informer of family planning.

To help the teenagers to resolve their problems in reproductive health, we suggest: an adequate communication for change of behaviors for these teenagers and a close collaboration between everybody.

Finally we can say that a good reproductive health is on the way with a little more effort on behalf of everybody.

KEY WORDS : Family Planning, Women, Attending, Contraceptives, Youth

Director of thesis : **Professor RAMAKAVELO Maurice Philippe**

Reporter of thesis : **Doctor FENO Etienne Henri**

Address : Lot IVS 48 Antanimena - 101 ANTANANARIVO