

## AMÉLIORER LA SANTÉ DE LA REPRODUCTION DES JEUNES À MADAGASCAR Des chercheurs et des acteurs de santé publique se concertent

*Cette chronique présente les résultats d'un séminaire sur la santé de la reproduction des jeunes à Madagascar, qui s'est déroulé le 25 avril 2006 à Antananarivo. Ce séminaire a été organisé par l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD) et l'Institut National de la Santé Publique et Communautaire (INSPC) d'Antananarivo. Il fut l'occasion de réunir des chercheurs mais aussi des prestataires de santé reproductive des adolescents, des acteurs du monde associatif et des ONG. Quatre thématiques ont été traitées : la sexualité et la contraception, la fécondité des adolescentes, l'avortement et les IST/Sida. Deux axes ont orienté les présentations et les discussions. Tout d'abord, décrire l'état des connaissances en santé reproductive des adolescents à Madagascar, mettre en exergue les problématiques de recherche encore inexplorées et identifier les priorités en termes de recherche. Ensuite, réfléchir au lien entre recherche, décision et action en explorant comment la recherche peut être utile aux décideurs et aux acteurs concernés par la santé reproductive des adolescents, et, inversement, comment les acteurs et les décideurs peuvent définir leurs besoins en connaissances et en informations susceptibles d'être produites par les chercheurs.*

### La santé de la reproduction en Afrique subsaharienne et à Madagascar : des progrès nécessaires pour les adolescents

Lors de la Conférence du Caire en 1994 et celle de Beijing en 1995, les Etats ont adopté un ensemble de textes notifiant que les femmes et les hommes avaient « le droit de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances, de disposer des informations nécessaires pour ce faire et du droit de tous à accéder à une meilleure santé en matière de sexualité et de reproduction ». Plus récemment, en 2000, 191 pays membres des Nations unies se sont engagés à réaliser d'ici à 2015 les « objectifs du millénaire », parmi lesquels l'éducation primaire pour tous, l'égalité des sexes, la réduction de la mortalité infantile, l'amélioration de la santé maternelle et la maîtrise de l'épidémie du VIH/Sida. La question de la sexualité et de la fécondité des jeunes apparaît comme une question transversale à plusieurs de ces objectifs.

Une analyse de la situation de l'Afrique subsaharienne montre une très grande diversité des pratiques en matière de Santé de la Reproduction des Adolescents (SRA). Le calendrier d'entrée en vie sexuelle, en vie maritale et en vie féconde diffère beaucoup d'un pays à l'autre. Par exemple, en 2000, l'âge médian au premier rapport sexuel des femmes (âgées de 30-34 ans) est de 21 ans au Rwanda tandis qu'il est inférieur à 16 ans en Éthiopie (Enquêtes Nationales Démographiques et de Santé [EDS]). De la même façon, des disparités importantes sont observées en termes de fécondité prémaritale : en 2000, à Madagascar, les naissances prémaritales représentaient presque 15 % de l'ensemble des naissances contre moins de 3 % au Nigeria ou au Bénin (EDS).

Si, dans la quasi-totalité des pays d'Afrique, la connaissance des méthodes de contraception, des modes de transmission et des moyens de se protéger des IST et du Sida a progressé, la connaissance et la perception des risques (d'IST-Sida et de grossesses non désirées) restent largement insuffisantes. Les jeunes protègent mal leur sexualité parce qu'ils ont une mauvaise perception du risque et un problème d'accès à la prévention (offre insuffisante ou non adaptée, barrières culturelles, négociation difficile avec le partenaire, etc.).

Madagascar présente une situation particulière en matière de santé de la reproduction des adolescents. Tout d'abord, la sexualité et la fécondité y sont très précoces. En 2003, l'âge médian au premier rapport sexuel est de 17,5 ans pour les femmes et 18 ans pour les hommes mais une proportion importante de jeunes filles entrent en vie sexuelle avant l'âge de 15 ans (13,8 % chez les femmes âgées de 20 à 24 ans). De même, l'entrée en vie féconde intervient tôt dans la vie des jeunes filles : en 2003, 34 % des 15-19 ans avaient commencé leur vie reproductive (EDS, 2003). La prévalence contraceptive reste très faible chez les jeunes malgaches : seules 14 % des filles de 15-19 ans sexuellement actives déclarent avoir déjà utilisé une méthode contraceptive (méthodes traditionnelles et modernes, préservatif inclus).

### Contextualiser la sexualité et la gestion du risque de grossesse

En Afrique subsaharienne, beaucoup de programmes de santé de la reproduction des adolescents ont échoué parce qu'ils ne prenaient pas en compte le contexte particulier de la sexualité adolescente, et surtout le type de relation avec le ou la

partenaire. Deux aspects importants sont bien souvent occultés dans les programmes de santé reproductive des adolescents et non pris en compte dans les cadres explicatifs des chercheurs :

- Les questions de la violence sexuelle et de la sexualité non consentie sont par exemple encore peu abordées en Afrique subsaharienne. Pourtant, il semble qu'elles concernent une part non négligeable de la population adolescente, hommes et femmes confondus. Certaines études montrent, par exemple pour l'Afrique subsaharienne, que les rapports incitatifs (en échange d'argent ou de cadeaux) ou forcés (sur le lieu de travail, au sein de la famille, etc.) sont loin d'être des cas isolés. A Madagascar, on possède encore peu d'informations sur le problème de la sexualité violente ou non consentie. Cependant, au cours d'une enquête menée dans la capitale en 2006, un quart des adolescents et la même proportion d'adolescentes ont déclaré avoir déjà eu des rapports sexuels auxquels ils n'avaient pas consenti. Des recherches approfondies nécessitent donc d'être menées sur cette thématique, la sexualité non consensuelle ou coercitive rendant en effet impossible la négociation d'une méthode de prévention.

- L'étude des fréquentations amoureuses et sexuelles est aussi un élément important pour comprendre les relations qui s'établissent entre les sexes à l'adolescence. Les écarts d'âges, de statuts social et économique permettent de mieux cerner le contexte de négociation de la contraception chez les adolescents ; de même, la manière dont est envisagée la fréquentation (avec ou sans projet de mariage) permet de comprendre les motivations des individus à l'utilisation de la contraception.

Par ailleurs, si l'on dispose d'indicateurs concernant le calendrier d'entrée en vie sexuelle des filles et, plus récemment, des hommes, on en connaît très mal le contexte. Le degré (ou les formes) de tolérance de la société à l'égard de la sexualité des adolescents est un premier aspect souvent négligé, qui, pourtant, détermine fortement la manière dont les adolescents vont pouvoir vivre leur sexualité et accéder à la contraception. Lorsque l'abstinence avant le mariage est le modèle de référence, dans quel contexte et selon quelles modalités se font les expériences sexuelles des jeunes avant le mariage ? De la même manière, lorsque la sexualité avant le mariage est encouragée à des fins procréatives, le recours à la contraception devient difficile pour les jeunes filles qui veulent retarder une première grossesse.

A Madagascar, la question de la demande de contraception par les adolescents se pose de façon accrue. Les naissances chez les adolescentes sont fréquentes, et pas nécessairement « non désirées ». Les résultats de recherches menées dans les provinces de Toliary (sud-ouest de Madagascar) et de Fianarantsoa (est de Madagascar) montrent, en effet, que la fécondité chez les jeunes filles célibataires est sinon encouragée, du moins pas réprouvée. La fécondité des adolescentes dans ces provinces (toutes situations matrimoniales confondues) est forte : 47,9 % des jeunes filles de 15-19 sont déjà mères ou enceintes dans la province de Toliary et 33,8 % dans la province de Fianarantsoa (EDS 2003) ; l'âge à la première union y est respectivement de 17,5 ans et de 19 ans en 2003 (19,1 ans au niveau national). Le mariage occupe effectivement une place importante dans le processus d'acquisition de l'autonomie des jeunes filles. Il survient très tôt dans la vie des jeunes femmes dans un contexte de libre choix du conjoint. La stérilité étant très stigmatisée, avoir un enfant avant le mariage apporte une valeur supplémentaire à la femme sur le marché matrimonial. Ainsi, dans certains groupes culturels de la province de Toliary, il est bien vu pour une jeune fille de démontrer sa fertilité avant de prétendre au mariage. Un homme, en épousant une femme

déjà mère, s'assure ainsi de la fertilité de son épouse et donc de sa descendance. Dans la province de Fianarantsoa, une enquête qualitative montre que les jeunes femmes qui ont eu un enfant au cours d'une relation instable n'ont aucun mal à retrouver un partenaire et à entrer dans une union stable. La quasi-totalité des fréquentations amoureuses donne lieu à des rapports sexuels non protégés. L'idée que la jeune fille doit faire preuve de sa fertilité avant de se marier et la crainte d'être stérile, donc difficilement mariable, orientent encore beaucoup les comportements des jeunes et ne favorisent pas la diffusion de la contraception.

Un tout autre contexte culturel encadre la sexualité des jeunes dans la province d'Antananarivo et particulièrement dans la capitale. La peur de la stérilité y est aussi forte que dans les autres provinces du pays et oriente également les comportements sexuels et contraceptifs des jeunes. Mais le modèle culturel qui prévaut se caractérise par l'abstinence avant le mariage, puis le mariage et l'arrivée rapide du premier enfant. En milieu rural, les grossesses précoces ont ainsi surtout lieu dans le cadre marital, la fécondité hors mariage n'étant pas tolérée. Le problème posé est donc surtout celui du mariage précoce des jeunes filles. Une fois mariées, celles-ci doivent en effet rapidement faire preuve de leur fertilité. Dans la capitale, si le même modèle prévaut dans les représentations, une part importante de jeunes filles et de jeunes garçons entre cependant en vie sexuelle avant le mariage, celui-ci étant relativement tardif (21,6 ans pour les filles et 26,4 ans pour les garçons en 2003). Les rapports sexuels sont rarement protégés qu'ils se déroulent dans le cadre d'une fréquentation amoureuse stable, avec un partenaire avec lequel ils projettent de se marier ou bien au cours d'une relation passagère avec un partenaire que l'on ne connaît pas. De nombreuses jeunes filles deviennent enceintes et on constate un nombre important d'avortements ou d'abandons d'enfants. En effet, la maternité et la paternité sont rarement compatibles avec la poursuite d'autres activités, les études par exemple. Cependant, les grossesses des jeunes célibataires ne sont pas toutes « non désirées ». De même que dans les provinces du Sud-Ouest et de l'Est, la grossesse peut être considérée comme un moyen de confirmer la fertilité du couple, avant la conclusion de toute union stable.

### **Mieux cibler les services de santé destinés aux adolescents : nécessité d'une réflexion commune recherche/programmes**

#### *Explorer l'adéquation de l'offre et de la demande*

Si le contexte de la demande de contraception ou d'avortement est central, à Madagascar comme ailleurs, pour comprendre les comportements des adolescents, il convient aussi de s'interroger sur la quantité et la qualité de l'offre de services d'information et de produits en santé reproductive des adolescents. À Madagascar, même dans des zones où les services sont facilement accessibles et peu coûteux, comme dans la capitale, la prévalence contraceptive reste faible. Au niveau national, moins de 8 % des femmes de 15-19 ans sexuellement actives déclarent utiliser une méthode de contraception au moment de l'enquête en 2003.

La connaissance des méthodes contraceptives est très partielle ; les jeunes ont en général une très mauvaise perception de la contraception et lui attribuent de nombreux effets secondaires, notamment celui de rendre stérile. Ceci est un des premiers obstacles à l'augmentation de la prévalence contraceptive chez les jeunes.

La faible ou la mauvaise connaissance des méthodes reflète aussi le fait que souvent les services de planification familiale ou de prévention des IST et du Sida ne correspondent pas à la demande et aux besoins des adolescents. À Madagascar, les

centres de santé de base peuvent délivrer de l'information et des produits contraceptifs. Ces services sont surtout situés dans les grands centres urbains et faute d'une bonne connaissance du contexte dans lequel s'exerce la sexualité des jeunes, de leur perception des risques et de leurs besoins spécifiques, ils rencontrent de nombreuses difficultés : ils sont souvent confrontés à des jeunes filles enceintes qui ne l'ont pas souhaité ou qui recourent à eux parce qu'elles ont des complications suite à un avortement.

Une enquête menée dans la ville de Mahajanga (nord-ouest) montre que les adolescentes sont relativement bien informées sur la contraception mais qu'elles ne l'utilisent pas pour différentes raisons parmi lesquelles le mauvais accueil dans les centres de planification familiale et la crainte d'être vues dans ces centres. En effet, dans des contextes où la sexualité des adolescents reste encore largement soumise à des normes culturelles fortes telles que l'abstinence ou l'objectif de procréation, la contraception n'a pas sa place dans la vie sexuelle des adolescents. Les jeunes filles craignent donc, lorsqu'elles se rendent dans une structure sanitaire pour demander une méthode de contrôle de leur fécondité, d'être jugées, réprimandées, ou d'y rencontrer quelqu'un de leur entourage. Ces résultats sont confirmés par d'autres enquêtes menées par PSI (Population Services International) qui identifient les conditions nécessaires afin de rendre les services de santé reproductive attractifs pour les jeunes : la confidentialité, la qualité de l'accueil, le coût raisonnable, la qualification du personnel médical, etc.

Toutefois, outre les centres de santé de base, dans certaines villes de Madagascar, les adolescents disposent de centres d'accueil spécifiques appelés « maison des jeunes ». De plus, certains prestataires de services de santé (pharmacies, médecins) participent au réseau « Top Santé », spécialisé dans la santé sexuelle et reproductive des adolescents. Entre 1999 et 2004, 19 maisons des jeunes ont été équipées en personnel et en matériel pour la santé reproductive des adolescents (information, prestations cliniques, documentation, etc.). Le bilan des activités menées dans ces centres est une bonne illustration de la difficulté d'offrir aux adolescents des services qui leur conviennent. Les résultats sont mitigés pour plusieurs raisons. Tout d'abord, il y a souvent une inadéquation entre l'offre et la demande : les services cliniques offerts ne répondent pas aux besoins des jeunes (les services ne sont disponibles qu'une ou deux demi-journées par semaine, il est difficile d'assurer une totale confidentialité, etc.). Ensuite, les messages livrés par les jeunes pairs éducateurs ne sont pas bien ciblés et peu adaptés au public. Enfin, les jeunes qui utilisent ces services ne sont pas les plus vulnérables ; ceux qui sont non scolarisés et issus de quartiers défavorisés restent peu touchés par les actions des maisons des jeunes.

#### *Des centres en quête d'une meilleure compréhension des besoins et des perceptions des jeunes*

La Fisa (Fianakaviana Sambatra), Association pour le bien-être familial, est un autre prestataire important en termes de santé de la reproduction à Madagascar. C'est une association à but non lucratif, membre associé de l'IPPF (International Planned Parenthood Federation), représentée dans toutes les provinces de Madagascar à travers ses antennes régionales. Elle porte un intérêt tout particulier à la santé reproductive des adolescents et elle gère un Centre de Santé Sexuelle de la Reproduction pour Jeunes (CSSRJ), financé par l'Union européenne via l'IPPF depuis janvier 2003. Ce centre est implanté dans les communes de Tanjombato et d'Andoharanofotsy (banlieue sud d'Antananarivo). Il propose des services de planification

familiale, de protection maternelle et infantile (consultations prénatales, soins *post-abortionum*, traitement de l'infertilité, etc.). Parmi ses nombreuses activités, le centre délivre également aux jeunes la contraception d'urgence. Or, les statistiques des activités montrent d'une part que les jeunes filles ayant des grossesses non désirées et/ou ayant recours à l'avortement sont de plus en plus nombreuses, d'autre part que la demande pour la contraception d'urgence est très faible malgré des campagnes d'information auprès des adolescents. La Fisa a donc entrepris une recherche pour identifier les raisons de cette faible demande pour la contraception d'urgence et plus généralement pour comprendre le contexte socioculturel de la sexualité et de la fécondité des adolescents dans les deux communes couvertes par le CSSRJ. Les enquêtes sont en cours : 500 jeunes de 15 à 24 ans (hommes et femmes) ont ainsi été interrogés sur leur comportement sexuel et contraceptif, sur leur connaissance de la contraception mais aussi sur leur perception des risques d'IST-Sida, des grossesses non désirées et sur leurs relations amoureuses. L'objectif de l'enquête est de produire des connaissances scientifiques sur la santé de la reproduction des jeunes et d'améliorer les interventions de la Fisa auprès des jeunes dans les communes de Tanjombato et d'Andoharanofotsy. C'est un bon exemple de cette articulation indispensable entre recherche et programme d'action.

#### **L'avortement chez les adolescentes : un problème important, mal cerné et mal mesuré**

La pratique de l'avortement est certes illégale à Madagascar mais pourtant répandue dans certaines populations. Du fait de son illégalité, il est difficile de connaître la prévalence du recours à l'avortement à Madagascar ainsi que les modalités suivant lesquelles se déroulent ces avortements, et leurs conséquences. Les données disponibles sont ponctuelles et sur des échantillons de population très restreints. Quelques enquêtes confirment cependant que c'est une pratique fréquente (principalement dans les grandes villes) et, compte tenu des conditions dans lesquelles sont pratiquées ces interruptions de grossesses, c'est souvent une pratique risquée notamment pour les femmes les plus pauvres qui ne peuvent pas faire appel à un personnel médical. Ainsi, sur 8 198 hospitalisations enregistrées en 2003 à la maternité de Befelatanana (Antananarivo), 1 432 concernent des complications d'avortements. Par ailleurs, l'analyse des données de l'État Civil montre qu'entre 1984 et 1995, à Antananarivo, près de la moitié des décès maternels sont le résultat d'avortements, vraisemblablement provoqués et clandestins. Ce sont prioritairement des jeunes femmes (moins de 25 ans) qui en sont victimes. La question de l'avortement est donc une question de santé publique dans un contexte où la réduction de la mortalité maternelle est une priorité nationale. Or, il semble que l'avortement concerne tout particulièrement les adolescentes : il permet de retarder la première grossesse notamment lorsque celle-ci met en danger la scolarité ou l'insertion professionnelle des futurs parents.

#### **IST et Sida touchent les plus jeunes : multiplier les enquêtes pour comprendre**

A Madagascar, la prévalence du Sida est peu élevée comparativement aux pays voisins (Afrique du Sud, Mozambique, etc.) : entre 0,8 et 2,7 % des adultes seraient infectés à la fin de l'année 2003 (UNAIDS, UNICEF, WHO, 2004). Toutefois, les IST en général constituent un problème de santé publique ; elles représentent la cinquième cause de morbidité en consultation externe chez les sujets de 15 ans et plus. Plusieurs enquêtes sérologiques récentes ont trouvé des prévalences de la syphilis variant de 6 à 34 % selon la population étudiée (donneurs de sang, consultants IST, femmes enceintes, prostituées, tuberculeux).



Les jeunes sont particulièrement concernés : les moins de 30 ans sont les plus touchés par le VIH/Sida à Madagascar et plus de 6 % des femmes de 20-24 ans ont déjà eu la syphilis.

L'utilisation du préservatif est rare chez les jeunes (seules 3,7 % des filles de 15-19 ans en ont déjà utilisé, EDS, 2003), même lors de relations à risque (plusieurs partenaires sexuels, relations sexuelles avec des prostituées par exemple).

Là encore, la production de connaissances scientifiques permettra de mettre au point des campagnes d'information et de proposer des services sanitaires en matière d'IST-Sida qui répondent au mieux aux attentes des adolescents. C'est l'un des objectifs de l'Enquête de Surveillance Comportementale du Comité national de lutte contre le Sida. Cette enquête a porté sur un échantillon national de jeunes de 15 à 24 ans. Les résultats mettent en exergue le fait que les comportements sexuels des jeunes prennent très peu en compte le risque des IST-Sida. Lors de leur premier rapport sexuel, seuls 10 % déclarent avoir fait usage d'un préservatif. Presque un tiers des garçons et des filles ont déjà eu des relations sexuelles monnayées (avoir donné ou reçu de l'argent ou des cadeaux en échange d'une relation sexuelle). Cette proportion varie considérablement d'un contexte à l'autre : elle est très faible dans la capitale et maximale dans les régions de la Côte Est (Tamatave et Fort Dauphin), où presque 60 % des filles ont déjà reçu une rétribution contre une relation sexuelle. Bien que lors de ces relations les jeunes soient particulièrement exposés aux IST, ils prennent peu de précautions : seule une minorité utilise un préservatif (16 % des filles et 20 % des garçons lors du dernier rapport sexuel monnayé).

Une enquête à Fénérive Est montre que la non utilisation du préservatif s'explique par le fait que les jeunes sous-estiment le risque d'être contaminés par une IST ou même le Sida surtout s'ils connaissent leur partenaire sexuel. De plus, les jeunes

sont très mal informés sur les symptômes des IST. Malades, ils consultent tardivement et, le plus souvent, ils font appel à la médecine traditionnelle ou ont recours à l'automédication.

### Conclusion

Le bilan des expériences et des enquêtes présentées lors du séminaire confirme qu'il est indispensable d'adapter les services de planification familiale aux besoins particuliers des jeunes. Il paraît donc absolument nécessaire de mener des recherches sur ces questions afin de cerner précisément les attentes des jeunes en matière de contraception et de prévention IST-Sida. Sans une bonne connaissance de leurs attentes, de leurs besoins et de leur perception des risques mais aussi de leur perception de la sexualité et de la fécondité, il sera difficile de définir des programmes et des services de santé de la reproduction efficaces.

Les différentes présentations ont ainsi permis de faire émerger plusieurs aspects de la santé de la reproduction des adolescents sur lesquels il serait prioritaire de travailler. Citons, en particulier, les besoins spécifiques des très jeunes adolescent(e)s sexuellement actifs (15 ans et moins) devant lesquels les prestataires sont souvent démunis, ainsi que les besoins des adolescentes mariées, souvent laissées pour compte dans les programmes de prévention des IST-VIH, et qui ont un accès particulièrement difficile à la planification familiale.

### Bénédicte GASTINEAU

Démographe à l'IRD, LPED<sup>1</sup>, UMR 151 IRD-Université de Provence

### Clotilde BINET

Doctorante en démographie à l'IRD, Université de Paris 10 (Cerpos<sup>2</sup>)

<sup>1</sup> LPED : Laboratoire Population-Environnement-Développement

<sup>2</sup> Cerpos : Centre de Recherche Populations et Sociétés

**Tableau - Indicateurs de la santé reproductive des jeunes à Madagascar en 2003**

Indice synthétique de fécondité	5,2 enfants par femme
Taux de fécondité des 15-19 ans	150 %
Proportion des adolescentes qui ont déjà été enceintes	
15 ans	10,4 %
16 ans	17,0 %
17 ans	31,6 %
18 ans	48,4 %
19 ans	55,1 %
Proportion des 15-19 ans ayant déjà eu des relations sexuelles	
Femmes	54,9 %
Hommes	44,3 %
Proportion des 15-19 ans non célibataires (mariés, veufs, divorcés ou en union libre)	
Femmes	33,0 %
Hommes	6,5 %
Prévalence contraceptive des femmes de 15-19 ans sexuellement actives	
Toute méthode	7,8 %
Méthode moderne	5,1 %
Parmi les 15-19 ans célibataires ayant eu des relations sexuelles au cours des 12 mois précédent l'enquête, proportion de ceux qui ont utilisé un préservatif	
Femmes	5,6 %
Hommes	13,1 %

Source : Enquête Démographique et de Santé Madagascar (2003-2004)