



HAL
open science

Santé sexuelle et reproductive des adolescent.e.s à Madagascar.

Marie-Laure Deneffe Dobrzynski

► **To cite this version:**

Marie-Laure Deneffe Dobrzynski. Santé sexuelle et reproductive des adolescent.e.s à Madagascar.: Approche socio-anthropologique. Médecins du Monde. 2018, <https://www.medecinsdumonde.org/app/uploads/2022/04/download.pdf>. hal-04008421

HAL Id: hal-04008421

<https://hal.science/hal-04008421>

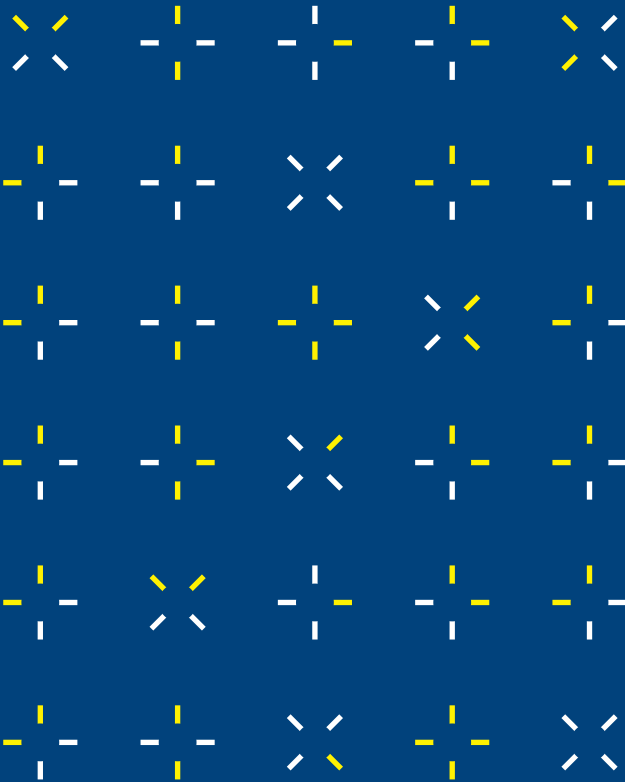
Submitted on 28 Feb 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES ADOLESCENT·E·S ET DES JEUNES À MADAGASCAR

APPROCHE SOCIO-ANTHROPOLOGIQUE



RAPPORT SCIENTIFIQUE



SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE
DES ADOLESCENT·E·S ET DES JEUNES
À MADAGASCAR

APPROCHE SOCIO-ANTHROPOLOGIQUE

RAPPORT SCIENTIFIQUE

REMERCIEMENTS

Merci à toutes les personnes ayant participé à l'enquête au sein des communautés, des centres de santé, des collèges-lycées, des structures socio-éducatives, des associations, des ONG ou des institutions. Merci pour leur accueil, le temps donné et la confiance offerte. Que ce rapport contribue à faire entendre leurs voix et à élaborer avec elles des activités répondant au mieux à leurs réalités.

Merci à Maminiaina Patricia Ratsimbazafy et à Malalalina Raholinantenaina, qui m'ont assistée avec efficacité sur le terrain en tant que facilitatrices, traductrices et enquêtrices.

Merci à l'équipe de MdM-F à Madagascar qui a facilité le déroulement de l'enquête. Merci tout spécialement à l'équipe du programme SSRAJ-Antananarivo.

Merci à l'Agence Française pour le Développement dont le financement a permis la réalisation de l'étude.

Un merci particulier aux membres du comité scientifique de pilotage de l'étude : Beatriz Beato Sirvent (coordinatrice générale de MdM-F à Madagascar), Magali Bouchon (anthropologue référente de MdM-F), Anne Cheyron (Chargée d'appui Pôle Afrique de MdM-F), Matthieu Favre (Responsable du Desk Afrique de MdM-F), Céline Lesavre (coordinatrice du programme SSRAJ-Antananarivo de MdM-F à Madagascar), Joseph Zahiri (réfèrent médical du Pôle Afrique de MdM-F), Hery Zo Andriamahenina (coordinateur médical de MdM-F à Madagascar)

AUTEURE DU RAPPORT

Marie-Laure Deneffe Dobrzynski

COMITÉ DE PILOTAGE

Beatriz Beato Sirvent (coordinatrice générale de MdM-F à Madagascar);
Magali Bouchon (référente sciences sociales de MdM-F);
Anne Cheyron (Chargée d'appui Pôle Afrique de MdM-F);
Matthieu Favre (Responsable de Desk Afrique de MdM-F);
Céline Lesavre (Coordinatrice du programme SSRAJ-Antananarivo de MdM-F à Madagascar);
Joseph Zahiri (Réfèrent médical du Pôle Afrique de MdM-F);
Hery Zo Andriamahenina (coordinateur médical de MdM-F à Madagascar)



SOMMAIRE

- 6 Liste des abréviations
- 6 Glossaire

7 RÉSUMÉ

12 INTRODUCTION

- 13 **1.1. Contexte et justification de l'étude**
- 13 1.1.1. Les grossesses non désirées (GND) un problème de santé publique
- 14 1.1.2. Les enjeux des programmes de prévention des GND à Madagascar
- 15 1.1.3 Les GND, un axe d'intervention prioritaire de MdM
- 16 1.1.4. Le développement de la recherche opérationnelle en socio-anthropologie sur les GND au sein de MdM
- 17 **1.2. Objectifs de l'étude : construire des savoirs et émettre des recommandations pour les projets en SSRAJ**
- 18 **1.3. Résultats attendus**

19 MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

- 20 **2.1. Construction des hypothèses et choix des méthodes de recherche**
- 20 **2.2. Sélection des sites et typologie des observations et des enquêtés**
- 20 2.2.1. Sélection des sites
- 20 2.2.2. Groupes cibles pour les entretiens
- 21 2.2.3. Terrains d'observation
- 21 2.2.4. Critères d'inclusion des enquêtés et stratégies d'accès aux enquêtés
- 22 **2.3. Outils de recherche et réalisation de la collecte de données**
- 23 **2.5. Analyse des données**
- 25 **2.7. Limites et biais de l'étude**

28 PRINCIPAUX RÉSULTATS

- 29 **3.1. Les obstacles à l'accès à la contraception pour les adolescent·e·s et les jeunes**
- 29 3.1.1. Points d'alerte évoquant un faible accès à la contraception
- 29 Prévalence contraceptive faible
- 29 Les nullipares peu présentes dans les services de PF
- 30 Précocité de la sexualité et de la première grossesse
- 31 Grossesses nombreuses et rapprochées

| | |
|----|--|
| 32 | 3.1.2. Les barrières socio-culturelles |
| 32 | Stigma, tabou et croyances ou les dangers perçus de la contraception |
| 33 | Refus du partenaire |
| 34 | Influence des normes religieuses |
| 35 | Parents défavorables à la PF |
| 36 | Non identification des jeunes célibataires comme cibles de la contraception |
| 38 | 3.1.3. Qualité déficiente des services PF des centres de santé de base publics |
| 38 | Manque de confidentialité |
| 38 | Conflits de valeurs et mauvais accueil |
| 39 | Méconnaissance de la gratuité et peur du coût |
| 40 | Horaires et temps d'attente |
| 40 | Manque de confiance dans la qualité des produits |
| 40 | 3.1.4. Demande d'autorisation parentale |
| 41 | 3.1.5. Des contraceptifs et des abortifs recherchés en dehors des centres de santé de base publics |
| 41 | Vendeurs ambulants en phytothérapie (tisanes...) |
| 42 | Vendeurs ambulants de médicaments biomédicaux |
| 42 | Matrones |
| 43 | Pharmacies |
| 43 | Centres de santé privés |
| 43 | 3.2. Une sexualité adolescente à haut risque de grossesses non désirées |
| 43 | 3.2.1. Influence des pairs et de la pornographie |
| 45 | 3.2.2. Perte d'influence du cadre normatif parental |
| 45 | 3.2.3. Vulnérabilité socio-économique et psycho-affective |
| 47 | 3.2.4. Exposition aux violences sexuelles |
| 48 | Focus sur les violences en milieu scolaire |
| 50 | 3.2.5. Accès limité aux informations |
| 51 | 3.2.6. Pauvreté des stratégies adoptées par les adolescent-e-s et les jeunes pour gérer les risques en sexualité |
| 53 | 3.3. Devenir d'une grossesse adolescente : influence du stigma social |
| 53 | 3.3.1. Itinéraires lors d'une grossesse hors mariage |
| 53 | 3.3.2. Avortement et mariage précoce : deux stratégies de réparation du désordre social |
| 54 | 3.3.3. Avorter pour poursuivre ses études |
| 55 | 3.3.4. Itinéraires thérapeutiques en cas d'avortement |
| 56 | 3.3.5. Mères célibataires |
| 56 | Stigma social |
| 58 | Paupérisation |
| 58 | Risques accrus de morbidité et mortalité materno-infantile |
| 58 | Devenir de l'enfant né hors mariage |
| 58 | 3.3.6. Constructions sociales du non désir de grossesse |

60 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

- 61 4.1. Conclusions
- 63 4.2. Recommandations

69 BIBLIOGRAPHIE

- 70 1. Publications scientifiques universitaires
- 72 2. Publications et rapports internes d'Organisations Non Gouvernementales
- 73 3. Publications d'Agences des Nations Unies
- 74 4. Publications Gouvernementales

75 ANNEXES

- 76 Annexe 1 - Termes de référence de l'étude
- 81 Annexe 2 - Critères d'inclusion des enquêtés
- 82 Annexe 3 - Mesures du protocole d'enquête pour une recherche éthique
- 84 Annexe 4 - Objectifs spécifiques des entretiens pour chaque groupe-type
- 86 Annexe 5 - Outils de collecte des données (versions française/malagasy)
- 99 Annexe 6 - Notes d'information
- 105 Annexe 7 - Formulaire de consentement éclairé
- 107 Annexe 8- Méthodologie d'analyse des données
- 109 Annexe 9 - Etat des lieux des lois et des politiques - Madagascar
- 111 Annexe 10 - Zones desservies par les 7 CSB soutenus par le projet SSRAJ menée par Mdm et ses partenaires

LISTE DES ABRÉVIATIONS

| | |
|----------------|--|
| <i>AFD</i> | Agence française de développement |
| <i>CSB</i> | Centre de santé de base |
| <i>DIU</i> | Dispositif intra utérin |
| <i>ENSOMD</i> | Enquête nationale sur le suivi des objectifs du millénaire pour le développement |
| <i>GND</i> | Grossesse non désirée |
| <i>IDH</i> | Indice de développement humain |
| <i>IST</i> | Infections sexuellement transmissibles |
| <i>MdM</i> | Médecins du Monde |
| <i>OMS</i> | Organisation mondiale de la santé |
| <i>ONG</i> | Organisation non gouvernementale |
| <i>PF</i> | Planification familiale |
| <i>SSR</i> | Santé sexuelle et reproductive |
| <i>SSRAJ</i> | Santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes |
| <i>VIH/HIV</i> | Virus d'immunodéficience humaine |

GLOSSAIRE

| | |
|---------------------------------|---|
| <i>Adolescence</i> | Période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 et 19 ans (définition OMS). |
| <i>Adolescent·e·s et jeunes</i> | Désigne ici l'ensemble des garçons et filles âgé·e·s de 10 à 24 ans. |
| <i>Avortement à risque</i> | On parle d'avortement à risque lorsque la grossesse est interrompue par des personnes qui n'ont pas les compétences nécessaires ou lorsque l'avortement est pratiqué dans un environnement où les normes médicales minimales ne sont pas appliquées, voire les deux (définition OMS). |
| <i>Grossesse non désirée</i> | Grossesse non souhaitée par la jeune fille ou la femme au moment où celle-ci survient. |
| <i>Planification familiale</i> | Planification de l'espacement des naissances et du nombre souhaité d'enfants par l'usage de méthodes contraceptives naturelles ou artificielles ou par le traitement de l'infécondité le cas échéant (définition UNFPA). Par extension, dans le langage courant, le terme planification familiale peut être utilisé pour désigner uniquement l'ensemble des méthodes contraceptives artificielles ou encore pour désigner les services en charge de la planification familiale. |

RÉSUMÉ

MOTS CLÉS

SSRAJ (Santé Sexuelle et Reproductive des adolescent-e-s et des Jeunes), GND (Grossesses Non Désirées), Madagascar, PF (Planification Familiale), Contraception, Avortement, DSC (Déterminants Socioculturels), Education à la Sexualité, Droits Sexuels et Reproductifs

CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Selon l'OMS, 800 femmes meurent chaque jour dans le monde des complications liées à la grossesse ou à l'accouchement dont 13 % sont dus à des avortements, alors même que plus de 220 millions de femmes ont un besoin en PF non satisfait. Chaque année, sur 208 millions de grossesses, 86 millions ne sont pas désirées dont près de la moitié se terminent par un avortement. En Afrique, 95 % des avortements pratiqués sont considérés comme à risque car pratiqués dans de mauvaises conditions¹. La population adolescente est particulièrement vulnérable et la mortalité maternelle est la deuxième cause de décès pour les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans dans le monde². À Madagascar, la situation en SSR est préoccupante

avec une mortalité maternelle élevée (353 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes³), un taux de prévalence contraceptive faible des 15-19 ans (13,7 %)⁴ et des 20-24 ans (28,8 %)⁵, un taux de fécondité chez les adolescentes (15-19 ans) à 163 naissances pour 1 000 femmes et l'avortement est la deuxième cause de mortalité maternelle avec des décès concernant majoritairement des femmes jeunes⁶.

Pour participer à l'effort de lutte contre la morbi-mortalité liée aux grossesses non désirées et aux avortements chez les 10-24 ans, MdM et ses partenaires nationaux mènent actuellement un programme en SSRAJ à Antananarivo. Afin d'affiner et objectiver les constats réalisés par les équipes, d'adapter les approches mais aussi de communiquer sur les réalités vécues et soutenir le plaidoyer en SSR, MdM a diligenté une étude socio-anthropologique. Cette étude a pour objectif de fournir une analyse qualitative des déterminants socioculturels et communautaires des GND et de leur prise en charge ainsi que des barrières d'accès aux services SSR en particulier au sein de la tranche d'âge des 10-24 ans.

MÉTHODOLOGIE

La méthodologie d'enquête a été validée par le Comité d'Ethique de la Recherche Biomédicale auprès du Ministère de la Santé Publique de Madagascar. Elle a consisté en une recherche documentaire, suivie en mars 2018 d'un recueil de données à Antananarivo durant quatre semaines, selon une méthodologie qualitative triangulant entretiens individuels, entretiens collectifs et observations. L'étude a été conduite dans 24 Fokontany (quartiers) répartis sur 5 arrondissements d'Antananarivo. Les différents groupes-types d'enquêtés étaient les adolescent-e-s et jeunes, les soignants, les acteurs socio-éducatifs, les parents, les leaders communautaires et religieux et les représentants d'organismes-clés en SSRAJ. Les terrains d'observation étaient les lieux de vie, de rencontre, d'apprentissage ou de scolarisation des adolescent-e-s et jeunes et les

1. Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization. Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008, sixth edition (en ligne), Genève: WHO Library Cataloguing in Publication-Data, 2011, 56 p. Disponible sur http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241501118/en/

2. OMS, communiqué de presse: « L'OMS appelle à en faire plus pour la santé des adolescents ». Consulté en ligne à l'adresse suivante: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/focus-adolescent-health/fr/> le 6 oct. 2016.

3. OMS. Tendances de la mortalité maternelle: 1990-2015 Estimations de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, le Groupe de la Banque mondiale et la Division de la population des Nations Unies. Résumé d'orientation. 2015. Page 8

4. Ce pourcentage correspond aux méthodes modernes auquel s'ajouterait 4,1 % pour les méthodes traditionnelles (abstinence périodique, retrait, méthode populaire). ENSOMD 2012-2013

5. Ce pourcentage correspond aux méthodes modernes auquel s'ajouterait 6,6 % pour les méthodes traditionnelles. ENSOMD 2012-2013

6. République de Madagascar. Système des Nations Unies. Madagascar. Bilan commun de pays 2012. Avril 2013.

centres de soins et de prévention. 96 entretiens individuels et 53 entretiens collectifs ont été réalisés pour un total de 409 enquêtés dont 262 adolescent-e-s et jeunes.

RÉSULTATS

Les obstacles à l'accès à la contraception pour les adolescent-e-s et les jeunes :

La faible prévalence contraceptive, le peu de présence des nullipares dans les services de PF et la précocité de la première grossesse, suivie de grossesses nombreuses et rapprochées, sont différents constats alertant sur la faible capacité d'agir des adolescent-e-s et des jeunes pour se prémunir des risques de GND.

Différentes barrières socioculturelles freinent l'accès à la contraception des adolescent-e-s et des jeunes : la peur des effets secondaires, le stigma de la célibataire prenant des contraceptifs, le possible refus du partenaire, l'avis défavorable des parents sur l'accès à la contraception pour les adolescent-e-s et jeunes et la non identification des célibataires comme cibles de la contraception du fait des normes sociales et religieuses d'abstinence avant le mariage.

La qualité déficiente des services PF des centres de santé de base publics participe également à compliquer l'accès à la contraception des adolescent-e-s et des jeunes. Le manque de confidentialité, le mauvais accueil, les conflits de valeurs, les demandes d'autorisation parentale, la méconnaissance de la gratuité et la peur du coût, le manque de confiance dans la qualité des produits, les horaires et temps d'attente inadaptés aux disponibilités des adolescent-e-s et jeunes sont des obstacles à la fréquentation des services PF des CSB publics. Ces obstacles participent au développement et à la pérennisation de parcours de soins hors des CSB publics avec des recours aux vendeurs ambulants en phytothérapie (tisanes...), vendeurs ambulants de médicaments biomédicaux, matrones, pharmaciens et prestataires des centres de santé privés. L'étude

de ces parcours montre que ce n'est pas tant les contraceptifs qui y sont recherchés que les abortifs. Les adolescent-e-s et les jeunes semblent donc développer davantage les stratégies de gestion des GND que celles de prévention des GND.

Une sexualité adolescente à haut risque de grossesses non désirées

Les parents et les enseignants sont les principaux canaux reconnus légitimes par les communautés pour l'éducation à la sexualité des adolescent-e-s et des jeunes. Cependant, dans une société où la sexualité hors mariage est tabou et limite l'accès aux informations pour les adolescent-e-s et les jeunes, ceux-ci recherchent des réponses essentiellement auprès de leurs pairs et dans le visionnage de la pornographie. Les pairs et la pornographie deviennent ainsi la première source d'apprentissage en sexualité et véhiculent des normes incitant à une sexualité précoce et aux conduites sexuelles à risque alors même que le cadre normatif parental est en perte d'influence pour encadrer la sexualité des adolescent-e-s et des jeunes. Par ailleurs, le contexte dans lequel évoluent les adolescent-e-s et les jeunes génère une vulnérabilité socio-économique et psycho-affective qui les expose particulièrement aux risques liés à la sexualité et aux violences et inégalités liées au genre. Les adolescent-e-s et les jeunes ont donc une sexualité précoce et à risque sans bénéficier d'un cadre habilitant leur permettant d'avoir la capacité d'agir suffisante pour adopter des stratégies de prévention des GND efficaces.

Devenir d'une grossesse adolescente : influence du stigma social

Du fait notamment de la norme sociale et religieuse de l'abstinence sexuelle avant le mariage, la grossesse d'une jeune célibataire est vécue comme apportant un important désordre social. Les mères célibataires sont stigmatisées comme « filles-mères » et leurs enfants comme « zaza sary ». Dans ce contexte, l'avortement ou le mariage précoce en début de grossesse sont deux stratégies de réparation du désordre social et d'évitement du stigma social. Lors de l'annonce

de la grossesse, les réactions du partenaire et des parents de la jeune fille ont une influence importante sur le devenir de la grossesse et, par corollaire, la jeune fille elle-même a un faible pouvoir d'agir face à son propre devenir. Les scolarisées sont plus exposées aux avortements, la poursuite de la grossesse les exposant non seulement au stigma social de mère célibataire ou au mariage précoce mais également à la déscolarisation. Les pratiques d'avortement sont à haut risque de morbi-mortalité. Les parcours de soins en cas d'avortement reposent principalement sur l'auto-médication en phytothérapie et biomédecine après demande de conseils auprès des pairs et achat des produits auprès des vendeurs ambulants. Pour des raisons notamment d'inaccessibilité financière, les matrones et surtout les prestataires de centres de santé privés sont consultés en dernier recours en cas d'échec ou de complications liées à l'auto-médication.

Les adolescent-e-s et jeunes sont donc particulièrement vulnérables face aux risques liés à la sexualité. Or, les conflits de valeurs vécus au sein de la société et des programmes quand il s'agit de prendre en considération la sexualité active des adolescent-e-s et des jeunes :

- freinent la mise en place d'actions efficaces pour informer les adolescent-e-s et les jeunes des risques liés à la sexualité et leur donner la capacité d'agir pour se protéger de ces risques,
- participent à exposer les adolescent-e-s et jeunes confrontés à une GND à la déscolarisation, aux mariages précoces ou à la stigmatisation en tant que mères célibataires,
- influencent les décisions d'avortement, l'avortement devenant une stratégie d'évitement des risques sociaux liés à la grossesse, tout en les exposant à la morbi-mortalité liés aux pratiques d'avortements à risque⁷.

7. ainsi qu'aux risques liés à l'illégalité de la pratique

8. L'ensemble des recommandations sont détaillées dans le rapport. Ici, n'en est présenté qu'un résumé.

9. Cf. Rapport "GIRLHOOD, NOT MOTHERHOOD, Preventing Adolescent Pregnancy" UNFPA, 12/2015, <http://www.unfpa.org/publications/girlhood-not-motherhood>

10. Définition de l'éducation à la sexualité complète: «Une manière d'aborder l'enseignement de la sexualité et des relations interpersonnelles qui soit adapté à l'âge, culturellement pertinente et fondée sur des informations scientifiquement précises, réalistes et s'abstenant de jugement de valeur.» Source: UNESCO, 2009. Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle: Une approche factuelle à l'intention des établissements scolaires, des enseignants et des professionnels de l'éducation à la santé. Paris, UNESCO. <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281f.pdf>

11. UNESCO. Education Sexuelle Complète. Nouveaux éléments d'information, enseignements et pratiques. Une étude mondiale. 2017

12. Recommandations des adolescent-e-s et jeunes, des parents et des leaders communautaires en rapport avec cet axe: Aide aux frais de scolarisation pour les plus précaires, Créer des centres de formation professionnelle pour les déscolarisés, Créer des centres de loisirs pour les adolescent-e-s et les jeunes, Créer des emplois pour les adolescent-e-s et les jeunes, Aider matériellement les adolescent-e-s et les jeunes (dons de vêtements...).

13. Ministère de la Santé Publique de Madagascar. Plan Stratégique National en Santé de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes 2018 - 2020.

14. MdM a un partenariat avec 4 associations de jeunes éducateurs pairs issues de ce ministère.

RECOMMANDATIONS⁸

Les recommandations sont axées sur la transformation sociale. Il s'agit de prioriser une approche globale impliquant l'ensemble de la société et permettant de renforcer la capacité d'agir des adolescent-e-s et des jeunes pour se prémunir des risques liés à la sexualité tout en assurant la promotion d'un environnement habilitant.

Pour favoriser la transformation sociale visée, nous recommandons de décliner plus particulièrement les trois axes d'activités suivants (en complément des recommandations notamment documentées par l'UNFPA dans la prévention des grossesses précoces⁹):

- Promouvoir une éducation à la sexualité complète¹⁰ selon les recommandations internationales documentées¹¹
- Lutter contre les inégalités et violences liées au genre
- Renforcer l'accès des adolescent-e-s et des jeunes à la contraception avec une approche par les droits en SSR et par la réduction des risques;

Un 4^e axe, « Lutter contre la vulnérabilité socio-économique et psycho-affective des adolescent-e-s et jeunes », serait particulièrement pertinent au vu des résultats de l'étude et par ailleurs a fait partie des recommandations forte des enquêtés¹² et est préconisé par la revue de littérature quant aux préconisations pour améliorer la SSRAJ. Cependant, il ne relève pas directement des champs d'activités de MdM.

Pour veiller à la pérennisation des actions après le désengagement de MdM à la fin du projet, nous recommandons plus particulièrement d'appuyer la mise en œuvre des initiatives des partenaires institutionnels de MdM favorisant la transformation sociale visée :

- Ministère de la Santé : programme PF, programme SSRAJ avec démarche de labélisation des CSB comme « Centre Ami des Jeunes »¹³, programme de prévention et prise en charge des violences liées au genre
- Ministère de l'Éducation Nationale : mise à l'échelle des nouveaux Curricula d'Éducation Sexuelle Complète
- Ministère de la Jeunesse et des Sports : Éducation par les pairs en SSRAJ¹⁴, Sensibilisation en SSRAJ via les réseaux sociaux et autres nouvelles technologies d'information et de communication, Lignes vertes d'écoute des adolescent-e-s et jeunes (« Allo Fanantenana », « ligne 147 SOS »)

Pour veiller à l'implication de l'ensemble de la société et à l'acceptabilité socio-culturelle des activités, nous recommandons de :

- intégrer les adolescent-e-s et jeunes, parents, leaders communautaires et religieux, soignants et acteurs socio-éducatifs dans la réflexion et les prises de décision aux différentes étapes de mise en œuvre des activités (en utilisant et redynamisant si nécessaire les espaces d'échanges existants au sein des Fokontany, des structures de santé et des collèges-lycées)
- faire alliance avec les parents et les enseignants (les sensibiliser et les former au dialogue

intergénérationnel et à l'éducation à la sexualité complète des adolescent-e-s et des jeunes);

- prendre en compte les déterminants socio-culturels des différents groupes-types dans la déclinaison des activités de sensibilisation et de mobilisation en adaptant les outils et les vecteurs de communication et en les co-construisant avec eux (adapter le contenu, le langage, les images utilisées, s'appuyer sur les personnes reconnues légitimes au sein du groupe pour aborder le sujet, etc.);
- favoriser la prise de parole des adolescent-e-s et jeunes dans la recherche de solutions individuelles et collectives (en libérant des espaces de parole à leur intention : rencontres, médias...)
- accompagner la réflexion et les actions de plaidoyer de la société civile pour le respect des droits sexuels et reproductifs des adolescent-e-s et des jeunes.

Les activités recommandées pour la mise en œuvre de ces recommandations sont détaillées dans le rapport.

INTRODUCTION

Cette étude se situe dans le champ de la recherche opérationnelle. Les recherches menées en socio-anthropologie de la santé au sein des ONG ou en santé publique internationale visent à contribuer à une approche interdisciplinaire des problématiques de santé publique et à aider aux décisions relatives aux orientations des programmes de santé afin d'améliorer leur qualité, leur pertinence et leur efficacité. Elles appartiennent au champ de la recherche appliquée.

Il s'agit ici d'une étude socio-anthropologique visant à améliorer la connaissance des déterminants socioculturels et communautaires des Grossesses Non Désirées (GND) et des avortements chez les jeunes de 10 à 24 ans. Elle s'est déroulée à Antananarivo. Sa finalité est de participer à réduire la morbidité et la mortalité maternelles et infantiles liées aux GND en participant au plaidoyer en SSRAJ et en produisant des recommandations pour améliorer la qualité des programmes en Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescent·e·s et des Jeunes (SSRAJ), et plus spécifiquement du programme en SSRAJ mené actuellement par Mdm et ses partenaires nationaux à Antananarivo.

1.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE

1.1.1. Les grossesses non désirées (GND) un problème de santé publique

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé¹⁵ (OMS), dans le monde, chaque jour, environ 800 femmes meurent de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement; 13 % de ces décès sont dus à des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions, alors même que plus de 220 millions de femmes ont un besoin en planification familiale (PF) non satisfait.

L'OMS évalue que chaque année sur 208 millions de grossesses dans le monde, 86 millions ne

sont pas désirées, c'est-à-dire non souhaitées par les femmes au moment où elles surviennent. Les GND se terminent pour près de la moitié par un avortement provoqué. 44 millions d'avortements ont lieu dans le monde chaque année dont 21 millions sont réalisés dans des conditions d'hygiène et de sécurité insuffisantes. En Afrique, ce sont 95 % des avortements provoqués qui sont considérés comme étant à risque.

Le contexte législatif restrictif de l'avortement, le faible accès à la PF/contraception et à des soins de qualité pour la prise en charge d'une GND, ou des complications médicales liées à un avortement clandestin participent à la surmortalité et surmorbidity des femmes exposées à ces grossesses¹⁶.

Les adolescentes représentent une population particulièrement vulnérable face aux GND. Les complications de la grossesse et de l'accouchement sont la deuxième cause de décès pour les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans dans le monde¹⁷. La population adolescente est exposée à la fois aux risques obstétricaux qui sont liés à une grossesse précoce et à ceux qui sont inhérents aux avortements pratiqués dans de mauvaises conditions. Par rapport aux femmes de 20 à 29 ans, les adolescentes de 10-15 ans meurent cinq fois plus des risques liés à la grossesse et à l'accouchement, et celles de 15-18 ans deux fois plus¹⁸. Les adolescentes ont plus de risques de

15. Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization. Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008, sixth edition (en ligne), Genève: WHO Library Cataloguing in Publication-Data, 2011, 56 p. Disponible sur http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241501118/en/

16. Grimes David et al. "Unsafe Abortion: The Preventable Pandemic", *The Lancet*, vol. 368, n° 9550 (2006): 1908-19, Guttmacher Institute, "Relationship Between Contraception and Abortion: A Review of the Evidence", lu en ligne à l'adresse suivante: www.guttmacher.org/pubs/journals/2900603.html, le 6 oct. 2016.

17. OMS, communiqué de presse: «L'OMS appelle à en faire plus pour la santé des adolescents». Consulté en ligne à l'adresse suivante: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/focus-adolescent-health/fr/> le 6 oct. 2016.

18. WHO, Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Health Outcomes Among Adolescents in Developing Countries, WHO Guidelines, 2011.

garder des séquelles de leur grossesse et de leur accouchement et 65 % des femmes victimes de fistule le sont à la suite d'une grossesse adolescente¹⁹. Par ailleurs, les nouveau-nés de mères adolescentes naissent plus souvent d'un faible poids de naissance et, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, les enfants nés d'une mère de moins de 20 ans sont deux fois plus nombreux à mourir dans leur première année que ceux nés d'une mère de 20 à 29 ans²⁰.

Au-delà des risques sur leur santé physique, les GND entraînent des risques psychosociaux importants pour les adolescentes tels que l'abandon de la scolarité, le rejet de la famille et de la communauté, l'ostracisation au sein de leur groupe d'âge, etc.

1.1.2. Les enjeux des programmes de prévention des GND à Madagascar

Selon le classement de 2016 du programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) portant sur l'indice de développement humain (IDH), Madagascar est classée 158^e sur 188 pays²¹. La population s'élève à environ 24,4 millions d'habitants²², et on considère que 64 % de la population a moins de 25 ans et que 47 % a moins de 15 ans²³. L'âge médian

de sa population se situe dans la période de l'adolescence à 18 ans et près de 23 % de cette population est âgée de 10 à 19 ans²⁴.

À Madagascar, la situation en Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) est préoccupante avec une forte prévalence des violences liées au genre²⁵, une mortalité maternelle élevée (353 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes selon l'OMS²⁶), un taux de prévalence contraceptive faible des 15-19 ans (13,7 %)²⁷ et des 20-24 ans (28,8 %) ²⁸, un taux de fécondité chez les adolescentes (15-19 ans) à 163 naissances pour 1 000 femmes²⁹, un indice synthétique de fécondité à 4,36 enfants par femme³⁰ et une forte prévalence d'avortements provoqués à risque. L'avortement est la deuxième cause de mortalité maternelle avec des décès concernant majoritairement des femmes jeunes³¹. Les grossesses hors mariage sont socialement réprouvées dans la capitale (a contrario d'autres régions)³².

Pour répondre à cette situation préoccupante qui fait de la SSR un des principaux problèmes en santé publique à Madagascar, différentes actions gouvernementales ont été mises en place depuis de nombreuses années et le nouveau gouvernement élu fin 2013 a affirmé donner une priorité aux problématiques liées à la SSR. Les actions principales, incluant une aide

19. WHO, Adolescent pregnancy. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/adolescent_pregnancy/en.

20. McIntyre Peter. *Adolescentes enceintes : apporter une promesse d'espoir dans le monde entier* (en ligne) Organisation 2007, 28 p. Disponible sur : http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241593784/fr/

21. http://hdr.undp.org/sites/default/files/HDR2016_FR_Overview_Web.pdf.

22. <http://www.banquemondiale.org/fr/country/madagascar/overview>.

23. <http://madagascar.unfpa.org/fr/topics/population-et-d%C3%A9veloppement>.

24. https://www.unicef.org/madagascar/mg_media_pubs_jeunes_malgaches_faits_chiffres.pdf.

25. <http://www.mg.undp.org/content/madagascar/fr/home/ourwork/democraticgovernance/successstories/sgbv.html>.

26. OMS. Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015 Estimations de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, le Groupe de la Banque mondiale et la Division de la population des Nations Unies. Résumé d'orientation. 2015. Page 8.

27. Ce pourcentage correspond aux méthodes modernes auquel s'ajouterait 4,1 % pour les méthodes traditionnelles (abstinence périodique, retrait, méthode populaire). ENSOMD 2012-2013.

28. Ce pourcentage correspond aux méthodes modernes auquel s'ajouterait 6,6 % pour les méthodes traditionnelles. ENSOMD 2012-2013.

29. Enquête nationale pour le suivi des objectifs du millénaire pour le développement à Madagascar 2012-2013.

30. <https://www.populationdata.net/pays/madagascar/>.

31. République de Madagascar. Système des Nations Unies. *Madagascar. Bilan commun de pays 2012*. Avril 2013.

32. Fécondité précoce à Madagascar, quel impact sur la santé maternelle et infantile ? Clotilde Binet, Bénédicte Gastineau, Lina Rakoston.

33. Se référer à l'annexe 9 pour connaître de façon plus détaillée l'état des lieux des lois et politiques à Madagascar en matière de SSRAJ-PF-GND.

34. Développé en 4 phases entre 2008 et 2015.

à l'accessibilité économique via la gratuité pour un certain nombre de soins, concernant la maternité sans risque, la PF, la santé des enfants et des adolescents, la prévention et la lutte contre les IST/VIH et les cancers gynécologiques. Plus spécifiquement, concernant les adolescents et les jeunes, le Plan Stratégique National en Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et des Jeunes a été élaboré pour 2017-2020 et des curricula de formation en matière de Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et des Jeunes ont été mis en place pour les acteurs de santé. Au sein du Ministère de l'Education Nationale, des curricula de formation en éducation sexuelle pour les élèves dès 5 ans, avec des modules spécifiques par tranche d'âge, ont été élaborés, testés et sont en cours de mise à l'échelle au niveau national.

Quant au Protocole de Maputo prévoyant dans son article 14 de «*protéger les droits sexuels et reproductifs des femmes, particulièrement en autorisant l'avortement médicalisé, en cas d'agression sexuelle, de viol, d'inceste et lorsque la grossesse met en danger la santé mentale et physique de la mère ou la vie de la mère ou du fœtus*», il a été signé le 28/02/2004 mais non ratifié par le gouvernement malgache. La loi n° 2017 043 de décembre 2017 (appelée couramment «loi PF») spécifie que l'avortement est totalement illégal à Madagascar, alors même que jusque là l'avortement thérapeutique était toléré. Cette loi fixe les règles générales régissant la santé de la reproduction et la planification familiale, adoptée par le Parlement fin 2017. Celle-ci mentionne par ailleurs qu'indépendamment de son âge, tout individu a droit à des services complets : information, éducation, communication, prise en charge, référence en matière de santé de la reproduction et de la planification familiale. Cette loi devrait donc faciliter l'accès à la PF pour les mineurs. Le décret d'application de la loi était en cours d'élaboration durant la réalisation de l'étude³³.

Malgré l'ensemble des efforts fournis, les adolescent-e-s et les jeunes continuent à rencontrer d'importants obstacles à l'accès aux services SSR,

les GND adolescentes restent importantes avec un recours aux avortements à risque fréquent. La recherche d'approches innovantes en SSRAJ est préconisée pour remédier à la situation mais est confrontée à une connaissance trop parcellaire des normes et comportements en sexualité des adolescent-e-s et des jeunes, de l'ensemble des contraintes auxquelles ils doivent faire face pour gérer les risques liés à la sexualité ainsi qu'à une méconnaissance de leur besoins ressentis et de leurs attentes en termes de sensibilisation, prévention et prise en charge en SSRAJ-PF.

1.1.3 Les GND, un axe d'intervention prioritaire de Mdm

Améliorer la SSR des populations, notamment par la prévention et la prise en charge des GND, est l'un des axes d'intervention prioritaire pour Médecins du Monde - France. À travers ses projets en SSR, Mdm intervient sur la problématique des GND dans plusieurs pays en Amérique Latine et aux Caraïbes, en Afrique, au Moyen-Orient, en Asie et en Europe.

Mdm-F intervient à Madagascar depuis 1987. Plusieurs programmes ont été développés avec, entre autres, un programme de réduction des risques de catastrophes³⁴, plusieurs programmes de lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles (IST), un programme d'accès aux soins en milieu carcéral, ainsi que des programmes de chirurgie infantile et adulte s'adressant à des patients qui nécessitent des interventions de chirurgie cardiaque, viscérale et réparatrice. Mdm-F est par ailleurs positionnée comme une ONG Santé intervenant dans le cadre des urgences liées aux aléas climatiques, mais aussi épidémiques, et dans le cas où des conflits générant des violences devaient se déclarer. Mdm a ainsi participé à la réponse à l'épidémie de peste ces derniers mois.

En mars 2017, Mdm-F a terminé un programme sur la thématique de la Santé Maternelle et Infantile dans le cadre d'un consortium avec

plusieurs ONG (Action Contre la Faim, Handicap International, le GRET, Le Mouvement Français du Planning Familial, Santé Sud) et dont MdM-F a porté le lead. Les programmes en cours en 2018 sont les suivants :

- Un programme de chirurgie cardiaque, implanté à Antananarivo,
- Un programme, intitulé *Opération Sourire*, de chirurgie maxillo-faciale et viscérale implanté aussi à Antananarivo,
- Un programme VIH,
- Un programme SSRAJ implanté à Antananarivo visant à réduire la morbi-mortalité liée aux grossesses non désirées, en particulier chez les jeunes et les adolescent-e-s (10-24 ans).

C'est dans le cadre de ce programme en SSRAJ à Madagascar que MdM diligente une étude socio-anthropologique sur les déterminants socioculturels et communautaires des GND et de leur prise en charge ainsi que des barrières d'accès aux services SSR en particulier au sein de la tranche d'âge des 10-24 ans.

1.1.4. Le développement de la recherche opérationnelle en socio-anthropologie sur les GND au sein de MdM

MdM participe à l'élaboration de savoirs sur les GND afin d'améliorer l'application des droits en santé sexuelle et reproductive (SSR) et de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées au GND, en particulier chez les adolescent-e-s et jeunes. Ainsi, début 2016, MdM a publié les résultats d'études

socio-anthropologiques sur les déterminants socioculturels et communautaires des GND et des avortements, menés dans quatre pays (au Burkina Faso, en République démocratique du Congo, en Palestine et au Pérou), en particulier au sein de la tranche d'âge des 15-24 ans. Ces études ont été réalisées par une équipe de chercheurs du laboratoire d'études et de recherche sur les dynamiques sociales et le développement local (LASDEL), avec le soutien financier de l'Agence Française de Développement (AFD)³⁵. Une enquête a suivi en Côte d'Ivoire en 2016 avec un focus sur la sexualité des adolescent-e-s³⁶.

Madagascar intègre pour la période 2017-2019 la deuxième phase d'un programme transversal sur la problématique des GND, financé par l'AFD, dont la première phase a notamment permis de produire les résultats d'enquête sus-cités. Cette 2^e phase vise à contribuer à la réduction de la mortalité et morbidité maternelles associées aux GND avec ces 4 principaux résultats attendus :

- L'offre de soins, de prévention et de prise en charge des GND est renforcée, en prenant en compte les besoins spécifiques des jeunes et des adolescent-e-s ;
- Les capacités des titulaires de droits sont renforcées, y compris celles des jeunes et des adolescent-e-s, à travers des approches innovantes ;
- Les modalités d'intervention et les spécificités de l'accès aux services de SSR des jeunes et adolescent-e-s sont documentées et évaluées ;
- Les enjeux de prévention et de prise en charge des GND, notamment chez les jeunes et adolescent-e-s, sont reconnus et pris en compte au niveau national.

Au-delà du contexte spécifique de MdM à Madagascar, c'est donc également dans le cadre de ce programme transversal que s'inscrit l'étude socio-anthropologique qui s'est déroulée à Antananarivo.

Il s'est agi, à travers ce travail de recherche opérationnelle, de s'intéresser aux questions suivantes :

35. Emmanuel N'Koué SAMBIENI, Elisabeth Paul, Sylvie Zongo and all. (LASDEL) Analyse comparée des déterminants socioculturels et communautaires des grossesses non désirées et des avortements. Palestine, Pérou, Burkina Faso, République Démocratique du Congo. Médecins du Monde, 2016.

36. Marie-Laure Deneffe Dobrzynski, Les déterminants socioculturels et communautaires des grossesses non désirées: focus sur la sexualité des adolescent-e-s. District sanitaire de Soubré. Région sanitaire du Gboklé-Nawa-San Pedro. Côte d'Ivoire, Rapport d'enquête anthropologique, Médecins du Monde, Novembre 2016.

- Quelles sont les normes et comportements des adolescent-e-s et jeunes en sexualité ?
- Comment les messages préexistants de prévention des GND peinent-ils à trouver leur place dans leurs pratiques réelles en sexualité ?
- Quelles sont les difficultés des adolescent-e-s et des jeunes pour accéder aux services SSR ?
- Que pensent-ils des différentes activités des programmes en SSR auxquelles ils ont accès (campagnes de prévention, services de PF...)?
- Quels sont les canaux qu'ils utilisent pour obtenir des informations en SSR ? Quels sont les autres canaux qu'ils seraient prêts à utiliser ?
- Sous quelle forme souhaiteraient-ils recevoir les informations en SSR ? Par qui ? Où ?
- Quels sont leurs itinéraires thérapeutiques en SSR et notamment en prévention et prise en charge de GND ?
- Quels rôles jouent ou pourraient jouer les différents référents éducatifs et sociaux des adolescent-e-s et des jeunes dans la prévention des GND (parents, professeurs, éducateurs, soignants, leaders communautaires et religieux, matrones...)? Quels seraient les messages-clés à faire parvenir à ceux-ci ?
- Quelles seraient les approches innovantes intéressantes à mettre en œuvre dans les programmes SSRAJ ?

1.2. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE : CONSTRUIRE DES SAVOIRS ET ÉMETTRE DES RECOMMANDATIONS POUR LES PROJETS EN SSRAJ

Objectif général :

Fournir une analyse qualitative des déterminants socioculturels et communautaires des difficultés d'accès aux services SSR par les adolescent-e-s et les jeunes (10-24 ans) à Antananarivo ainsi que les déterminants des grossesses non désirées et de leur prise en charge.

Objectifs spécifiques :

- Évaluer et analyser les difficultés/barrières sociodémographiques, culturelles, familiales, environnementales, et économiques accentuant les réticences ou les difficultés d'accès aux services SSR par les jeunes.
- Recueillir la perception des jeunes sur la relation thérapeutique entre soignants et soignés, dans les services SSR.
- Analyser les représentations autour de la législation sur la PF chez les bénéficiaires et chez les prestataires de soins.
- Analyser les conditions sociodémographiques, culturelles, familiales, environnementales, et économiques favorisant la survenue de GND et des avortements.
- Recueillir les normes sociales, représentations populaires et les perceptions culturelles autour de la santé SSRAJ auprès des jeunes eux-mêmes et au sein des communautés locales.
- Connaître les différents mécanismes de gestion familiale et communautaire de la PF (et consultation des services SSR), des GND et de leur prise en charge.
- Identifier les acteurs communautaires et sanitaires qui interviennent dans la sensibilisation et ont une influence sur la prise de décision autour de l'utilisation des services SSR.
- Recueillir la perception du personnel soignant face à la planification familiale des jeunes, aux GND et à leur prise en charge ainsi qu'aux complications d'avortement.
- Recueillir les perceptions des usagers des structures de santé sur la disponibilité des soins, connaître leurs niveaux de connaissances et de confiance des services disponibles.
- Documenter les difficultés de mise en œuvre des activités de SSR à destination des jeunes.
- Formuler des recommandations en vue d'orienter la stratégie de réponse :
 - ◆ À la problématique de l'accès aux services SSR par les jeunes,
 - ◆ Aux GND et aux avortements au sein des communautés

1.3. RÉSULTATS ATTENDUS

Les **résultats attendus** à l'issue de l'étude étaient de :

- Obtenir une meilleure connaissance :
 1. Des difficultés ou barrières socio-culturelles à l'accès des services SSR par les jeunes à Antananarivo, en particulier au sein de la tranche d'âge des 10-24 ans,
 2. Des déterminants socioculturels des GND et des avortements, en particulier au sein de la tranche d'âge des 10-24 ans.
- Obtenir des recommandations sur les messages-clés à faire parvenir :
 1. Aux jeunes dans les activités de groupe de parole,
 2. Aux parents, aux professeurs, aux matrones, aux leaders communautaires dans les activités de sensibilisation.
- Permettre une meilleure compréhension des enjeux socio-politiques de la question de la SSR chez les jeunes afin de soutenir le plaidoyer.

MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

2.1. CONSTRUCTION DES HYPOTHÈSES ET CHOIX DES MÉTHODES DE RECHERCHE

Hypothèses

La revue de littérature réalisée en amont de l'étude ainsi que les résultats de deux enquêtes internes réalisées précédemment par MdM (en 2013 et 2016), dans le cadre de la préparation du projet SSRAJ-GND mené actuellement par MdM et ses partenaires, ont permis de poser les hypothèses suivantes:

- **Les difficultés d'accès aux services de SSR-PF par les adolescent·e·s et les jeunes sont liées à des freins relatifs au coût, à la qualité des services et aux injonctions sociétales paradoxales relatives à l'utilisation de la PF,**
- **Les déterminants des GND et de leur prise en charge chez les adolescent·e·s et les jeunes sont relatifs aux contraintes et influences de leur milieu de vie et à leur faible capacité d'agir pour adopter des comportements pour se prémunir des risques liés à la sexualité.**

Méthodologie

La **méthodologie** est **qualitative** et se base sur:

- Une **revue de littérature** en santé publique et socio-anthropologie réalisée en amont du recueil de données,
- Un recueil de données qualitatives à Antananarivo d'une durée de 4 semaines durant le premier semestre 2018 avec triangulation d'**entretiens collectifs, d'entretiens individuels et d'observations,**
- Une analyse des données qui s'est déroulée au fil et en aval de l'enquête.

Le choix des méthodes qualitatives est lié à la nature des problématiques abordées. Les méthodes qualitatives permettent de comprendre des phénomènes et leur impact sur les normes et comportements des populations³⁷. Ici, elles

ont ainsi permis de décrire le contexte social et son impact sur les significations sociales de la sexualité ainsi que sur les différents types de comportements en sexualité.

2.2. SÉLECTION DES SITES ET TYPOLOGIE DES OBSERVATIONS ET DES ENQUÊTES

2.2.1. Sélection des sites

Les sites dans lesquels s'est déroulé le recueil de données sont situés dans **5 arrondissements d'Antananarivo (I, II, IV, V, VI)** et plus précisément dans un échantillon de quartiers (Fokontany) rattachés aux 7 centres de santé de base soutenus par Médecins du Monde³⁸. Nous avons priorisé le recueil de données dans les quartiers les plus précaires, Médecins du Monde ayant la volonté de toucher les adolescent·e·s et jeunes les plus vulnérables. Pour chacune des 7 zones desservies par les 7 centres de santé de base (CSB), entre 1 à 4 Fokontany ont été choisis. Plus la population d'une zone était considérée comme étant particulièrement vulnérable, plus le nombre de Fokontany choisi était élevé. Au total, l'enquête s'est déroulée dans **24 Fokontany**.

2.2.2. Groupes cibles pour les entretiens

La typologie des **groupes-cibles³⁹ pour les entretiens était la suivante :**

- L'équipe MdM du programme SSRAJ développé par MdM et ses partenaires à Antananarivo
- Partenaires opérationnels de MdM pour le projet SSRAJ, et autres organismes-clés travaillant dans le domaine de la SSRAJ
- Adolescent·e·s et jeunes
- Adolescent·e·s et jeunes éducateurs·trices pairs
- Soignants
- Acteurs socio-éducatifs



- Parents d'adolescent-e-s et jeunes
- Leaders communautaires
- Leaders religieux

2.2.3. Terrains d'observation

Les **terrains d'observation** ont correspondu aux sites dans lesquels s'est déroulé le recueil de données :

- Des centres de santé des zones enquêtés: centres de santé de base publics, centre public de médecine préventive, infirmerie scolaire, centres de santé privés formels ou informels fréquentés par les adolescent-e-s et les jeunes
- Des domiciles ou lieux d'exercice de matrones,
- Des pharmacies formelles ou informelles⁴⁰,
- Des domiciles ou lieux de réception officielle de leaders communautaires et de leaders religieux,
- Des lieux de scolarisation, de formation, de réinsertion des adolescent-e-s et jeunes,
- Des lieux de rencontre, de sortie ou d'activités de loisirs des adolescent-e-s et jeunes,
- Des domiciles des adolescent-e-s et jeunes,
- Aux sièges d'associations et/ou d'organismes travaillant en SSRAJ.

2.2.4. Critères d'inclusion des enquêtés et stratégies d'accès aux enquêtés

Les groupes-types et observations-types décrits plus haut ont été définis de façon à répondre aux objectifs fixés pour l'étude. Les critères d'inclusion des enquêtés ont relevé des critères de définition de leurs groupes-types et sont consultables en annexe.

37. Magali Bouchon, Collecte de données, Méthodes qualitatives, Editions Médecins du Monde, Collection DSC, Décembre 2011

38. Voir en annexe la présentation des 7 zones en question. Le choix spécifique de ces 7 zones se justifie par le fait que l'étude est amenée à donner des recommandations tout particulièrement pour le projet en SSRAJ piloté par MdM dont la mise en œuvre se déroule sur ces zones. Nous ne précisons pas ici les noms des Fokontany afin de préserver la confidentialité des données recueillies et éviter tout recoupement permettant d'identifier des personnes enquêtées.

39. Ici, les groupes-types représentent différents types de groupes sociaux. « Un groupe social est un ensemble d'individus formant une unité sociale durable, caractérisé par des valeurs communes, des liens plus ou moins intenses, une situation sociale identique et/ou des activités communes, une conscience d'appartenir à ce groupe et par la reconnaissance, par d'autres groupes, de son existence. » ses.webclass.fr › Chapitre 6. Comment analyser la structure sociale ?

40. Pour le cas des marchands ambulants, il pouvait s'agir de la rue ou de la courée d'un logement situé à proximité.

41. « Dans l'aventure de la science et des techniques, la recherche planifiée et l'expérience minutieusement préparée sont des procédés incontournables, ils sont au cœur de la méthodologie scientifique. Mais il faut aussi compter avec le hasard et l'imprévu. L'esprit scientifique doit donc faire preuve d'une autre qualité: la sérendipité. Il s'agit bien d'une qualité mentale, car ce n'est jamais le hasard qui fait la découverte, mais l'esprit qui profite des circonstances offertes par le hasard. » Eric Lowen. La sérendipité Compte-rendu de la conférence d'Eric Lowen donnée le 14/12/2015. Conférence N°1401-025. Association ALDÉLAN Toulouse pour la promotion de la Philosophie, « Sérendipité et réflexivité. La sérendipité peut aussi s'appliquer à la rencontre entre humains. L'un des exemples les plus fameux de cette sérendipité est certainement celui de la rencontre « accidentelle » (...) la sérendipité (...) implique la manière dont elle peut engager le sujet dans une aventure qui donne singulièrement prise à la réflexivité. » Baudouin JURDANT : Actes du colloque CNRS *La sérendipité dans les sciences, les arts et la décision* sous la direction de Pek Van ANDEL et Danièle BOURCIER 20-30 juillet 2009. Page 12. http://www.cersa.cnrs.fr/IMG/pdf/Actes_Colloque_Serendipite.pdf.

42. Consultables en annexe.

43. Pour chaque sujet à aborder durant l'enquête, différentes questions avaient été prévues dans le guide. Si la première question était efficace, elle pouvait suffire pour aborder le sujet en question. Sinon, l'investigateur pouvait enchaîner avec la question suivante concernant le même sujet. Au bout de quelques entretiens, l'investigateur connaissait les questions qui lui permettaient d'entrer plus rapidement au cœur des différents sujets avec l'enquêté et pouvait privilégier ces questions pour les entretiens suivants. Ces questions ont continué à s'affiner et évoluer selon la connaissance de plus en plus fine des sujets par l'investigateur et selon les nouveaux éléments apparus en cours d'enquête.

44. UNICEF Office of Research, Innocenti Piazza - Italie, Ethical Research Involving Children (ERIC) - Sept 2013

45. À la demande du Comité d'Éthique de la Recherche Biomédicale du Ministère de la Santé Publique de Madagascar

46. Les critères de recrutement des traductrices/assistantes d'enquête ont par ailleurs permis que celles-ci possèdent déjà les bases de la conduite d'entretiens en recherche socio-anthropologique acquis au cours de leur parcours de formation universitaire. Elles lui ont partagé leurs notes et enregistrements le jour même et un débriefing a été réalisé quotidiennement entre l'investigatrice et les traductrices /assistantes d'enquête. L'influence de la posture et du point de vue de chaque enquêtrice a été prise en compte lors de l'analyse des données.

47. Jean-Pierre Olivier de Sardan, « La politique du terrain », Enquête [En ligne], 1 | 1995, pages 15-17, mis en ligne le 10 juillet 2013, consulté le 30 septembre 2016. URL : <http://enquete.revues.org/263>; DOI: 10.4000/enquete.263

48. Jean-Pierre Olivier de Sardan, Les trois approches en anthropologie du développement. In: Tiers-Monde, 2001, tome 42, n°168, pp. 729-754

49. Voir en annexe le détail de la méthodologie d'analyse.

Les stratégies d'accès aux enquêtés ont pu relever du principe de commodité, du principe de sérendipité⁴¹ ou encore de stratégies de type boule de neige.

Des intermédiaires-clés ont pu faciliter l'accès aux enquêtés (agents communautaires de santé, éducateurs-pairs, enseignants...). Il leur a été demandé de ne pas rester présents lors des entretiens afin d'éviter de biaiser les discours des personnes entendues en entretien et pour respecter les clauses de confidentialité.

Conformément aux études réalisées au sein de Médecins du Monde, les enquêtés n'ont reçu aucune rémunération pour leur participation à l'étude.

2.3. OUTILS DE RECHERCHE ET RÉALISATION DE LA COLLECTE DE DONNÉES

Outils de recherche

L'objectif général des entretiens et des observations ainsi que les objectifs spécifiques des entretiens pour chaque groupe-type⁴² ont tout d'abord été définis puis **neuf guides d'entretiens et une grille d'observations**, consultables en annexe, **ont été conçus et traduits en malagasy**.

Les premiers entretiens ont permis de **tester les guides d'entretiens** et de les adapter en fonction de leur acceptabilité, de leur faisabilité et de leur pertinence⁴³.

Réalisation de la collecte de données

Des mesures ont été prises pour assurer le respect, la dignité, la confidentialité et la liberté de chaque participant à l'étude. Le protocole de l'étude, les questionnaires, les notes

d'information aux enquêtés et les formulaires de consentement ont été soumis pour approbation auprès du **Comité d'Éthique de la Recherche Biomédicale du Ministère de la Santé Publique de Madagascar**, qui les a validés. Comme le focus adolescent-e-s et jeunes est l'un des objectifs de cette étude, pour que les enquêtes soient conformes à la déontologie, des **mesures éthiques de réalisation de recherche avec des mineur-e-s, selon les normes internationales en termes de recherche éthique impliquant les enfants**⁴⁴, et des précautions en matière de législation des mineur-e-s ont été respectées scrupuleusement. **Pour les mineur-e-s, en sus du consentement éclairé de l'adolescent-e, le consentement éclairé d'un des parents a été recueilli**⁴⁵. **Des précautions éthiques complémentaires, consultables en annexe, ont été prises pour les entretiens collectifs avec les adolescents-e-s et les jeunes.**

L'investigatrice (la consultante en charge de l'étude) a été responsable de la réalisation de l'ensemble des entretiens et des observations. Elle était accompagnée de deux traductrices/assistantes d'enquête qui étaient soumises aux mêmes **devoirs de réserve et de confidentialité**. Elle a pu si besoin leur déléguer la tenue de certains entretiens et observations après les avoir formées à la gestion de ceux-ci⁴⁶.

Des notes détaillées ont été prises pendant chaque entretien et chaque observation. Les entretiens étaient également enregistrés, sauf en cas de non autorisation de la personne interviewée, afin de sécuriser les traductions, de compléter les notes prises et de retranscrire avec précision les verbatims qui sont cités dans le rapport d'étude. **Les verbatims ont été anonymisés. Les notes et les enregistrements ont été détruits à la fin de l'étude.**

En plus des entretiens et des observations, s'est ajouté pendant la phase de recueil de données **l'examen de documents complémentaires collectés en cours d'enquête** (les différents supports des messages de prévention à destination

des adolescent-e-s et jeunes utilisés par les soignants et acteurs socio-éducatifs, les différents supports utilisés par les médias et véhiculant d'autres messages sur la sexualité ...).

Le nombre d'entretiens réalisés est présenté dans le tableau de la page suivante. À noter qu'un des objectifs du projet SSRAJ-GND de MdM étant de toucher les populations les plus précaires, nous avons volontairement priorisé la réalisation d'entretiens dans les Fokontany les plus vulnérables et, pour les entretiens auprès d'adolescent-e-s et jeunes, nous avons priorisé les entretiens avec les non scolarisés (142 adolescent-e-s et jeunes non scolarisés enquêtés versus 99 scolarisés).

2.5. ANALYSE DES DONNÉES

L'analyse des données a été liée à la fois à l'itération, à la mise en regard des problématiques et des données, des interprétations et des résultats, et à l'explication interprétative, à la conceptualisation des résultats⁴⁷.

L'approche analytique utilisée pour cette enquête a suivi une logique se rapprochant de celle de l'« enchevêtrement des logiques sociales »⁴⁸ décrite par JP. Olivier de Sardan et s'est attachée à étudier les négociations, consensus entre différentes logiques sociales d'acteurs très variés en s'étendant à l'ensemble du contexte physique, socio-économique et politique⁴⁹.

Une première phase d'analyse des données s'est déroulée au fil de la collecte de données selon une méthodologie détaillée en annexe.

Un processus de validation des résultats bruts d'enquête par les enquêtés a été réalisé. Ceci rentre dans la triangulation des données pour limiter les biais d'interprétation et, par ailleurs, est du ressort de la redevabilité et permet d'engager le dialogue social.

Validation par des représentants des adolescent-e-s et des jeunes : De façon régulière, les

| | FOCUS GROUP (FG) | ENTRETIENS INDIVIDUELS | TOTAL ENQUÊTÉS |
|--|---|---|---|
| Filles 10-14 ans | 7 FG = 35 enquêtées dont 14 scolarisées et 21 non scolarisées | 1 enquêtée non scolarisée | 36 enquêtées dont 14 scolarisées et 22 non scolarisées |
| Filles 15-18 ans | 12 FG = 88 enquêtées, dont 39 scolarisées et 49 non scolarisées | 5 enquêtées = 2 scolarisées et 3 non scolarisées | 93 enquêtées dont 41 scolarisées et 52 non scolarisées |
| Filles 19-24 ans | 6FG = 39 enquêtées dont 12 scolarisées et 27 non scolarisées | 4 enquêtées = 1 scolarisée et 3 non scolarisées | 43 enquêtées dont 13 scolarisées et 30 non scolarisées |
| Garçons 10-14 ans | 4FG = 19 enquêtés dont 6 scolarisés et 13 non scolarisés | 1 enquêté = 1 non scolarisé | 20 enquêtés dont 6 scolarisés et 14 non scolarisés |
| Garçons 15-18 ans | 4FG = 31 enquêtés, dont 13 scolarisés et 18 non scolarisés | 2 enquêtés scolarisés | 33 enquêtés dont 15 scolarisés et 18 non scolarisés |
| Garçons 19-24 ans | 2 FG = 13 enquêtés dont 10 scolarisés + 3 non scolarisés | 3 enquêtés non scolarisés | 13 enquêtés dont 10 scolarisés et 6 non scolarisés |
| Pairs éducateurs | 3 FG = 11 enquêtés | 3 enquêtés | 14 enquêtés |
| Jeunes de bureaux d'associations de jeunes | 1 FG = 3 enquêtés | 4 enquêtés | 6 enquêtés |
| Sous-total enquêtés 1 | 39 FG = 239 enquêtés (94 scolarisés + 131 non scolarisés + 11 éducateurs pairs + 3 jeunes de bureaux d'associations de jeunes) | 23 entretiens individuels (5 scolarisés + 11 non scolarisés + 3 éducateurs pairs + 4 jeunes de bureaux d'associations de jeunes) | 262 enquêtés dont 99 scolarisés, 142 non scolarisés, 14 éducateurs pairs et 7 jeunes de bureaux d'associations de jeunes |
| Proviseur et adjoints au chef d'établissement (ACE)/ Enseignants | 1 FG = 3 enquêtés | 5 | 8 enquêtés |
| Educateurs/ assistants sociaux | | 2 | 2 enquêtés |
| Sous-total enquêtés 2 | 1FG = 3 enquêtés | 7 entretiens individuels | 10 enquêtés |
| Médecins scolaires | | 2 | 2 enquêtés |
| Médecins, sages-femmes CSB | 1 FG= 10 enquêtés | 9 | 19 enquêtés |
| Soignants de structures privées | | 8 | 8 enquêtés |
| Pharmaciens de ville | | 1 | 1 enquêté |
| Agents de santé communautaires | 3 FG = 9 enquêtées | 4 | 13 enquêtés |
| Matrones | 1 FG = 2 enquêtées | 1 | 3 enquêtées |
| Vendeurs de rue de médicaments issus de la biomédecine | | 1 | 1 enquêté |
| Vendeurs de rue de médicaments traditionnels (tisanes...) | | 1 | 1 enquêté |
| Sous-total enquêtés 3 | 4 FG = 21 enquêtés | 27 entretiens individuels | 48 enquêtés |
| Leaders religieux | | 3 | 3 enquêtés |
| Leaders communautaires | | 7 | 7 enquêtés |
| Mères d'adolescent-e-s ou jeunes | 6FG = 39 Enquêtées | 4 | 43 enquêtés |
| Pères d'adolescent-e-s ou jeunes | 1 FG = 4 enquêtés | 6 | 10 enquêtés |
| Sous-total enquêtés 4 | 7 FG = 43 enquêtés | 20 entretiens individuels | 63 enquêtés |
| L'équipe MdM du programme SSRAJ développé par MdM et ses partenaires à Antananarivo | 1FG= 4 enquêtés | 4 | 8 enquêtés |
| Partenaires opérationnels de MdM pour le projet SSRAJ, et autres organismes-clés travaillant dans le domaine de la SSRAJ | 1 FG=3 enquêtés | 15 | 18 enquêtés |
| Sous-total enquêtés 5 | 2 FG = 7 enquêtés | 19 entretiens individuels | 26 enquêtés |
| TOTAL Enquêtés | 53 FG = 313 enquêtés | 96 entretiens individuels | 409 enquêtés |

résultats d'enquête ont été soumis aux éducateurs-trices pairs et membres du bureau d'une association d'adolescent·e·s et jeunes dont l'âge, le profil socio-économique et le niveau scolaire étaient d'une part proche des enquêtés et d'autre part dont les lieux de résidence, les familles dont ils étaient issus et les activités en pair-éducation les amenaient à être immergés au sein des communautés des quartiers enquêtés. Dans les derniers jours de la phase de collecte des données, en complément de ces échanges réguliers réalisés au fil de l'étude, une dernière présentation des résultats d'enquête a été réalisée auprès d'un groupe d'éducateurs-trices pairs de cette association qui a entériné ces résultats.

Validation lors de la restitution finale ouverte à l'ensemble des personnes ayant participé à l'étude : Le dernier jour de la phase de collecte de données, une restitution des données collectées et des premières analyses a été réalisée par l'investigatrice (consultante chargée de l'étude) auprès des participants de l'enquête ayant accepté de participer volontairement à cette restitution et étant en capacité de se rendre disponibles. Étaient présents des représentants de 3 associations de jeunes réalisant de la pair-éducation en SSRAJ, des enseignants de collèges-lycées, des représentants de différents organismes-clés travaillant dans le domaine de la SSRAJ ainsi que des représentants d'ONG dont des membres de l'équipe Médecins du Monde. Cette restitution a été suivie d'un temps d'échange avec les différentes parties en présence et a permis des

observations complémentaires ainsi que la validation définitive des résultats bruts de l'enquête.

Une phase finale de classement, d'analyse des données et de transcription fidèle à partir des enregistrements a ensuite été réalisée.

2.7. LIMITES ET BIAIS DE L'ÉTUDE

Les limites et biais sont principalement liés aux contraintes du double modèle auquel était soumis cette étude : celui de la recherche opérationnelle en santé et celui de la « recherche anthropologique rapide »⁵⁰.

Dans le cadre du modèle de la recherche opérationnelle en santé tel que défini par l'OMS⁵¹, les étapes méthodologiques qui se démarquent du cadre d'une recherche socio-anthropologique plus académique sont essentiellement liées à l'importance donnée aux retombées opérationnelles de la recherche⁵². Ceci explique la place de la pluridisciplinarité dans la définition des objets de la recherche⁵³ et dans le suivi de la recherche⁵⁴ ainsi que l'importance donnée à la phase de socialisation des résultats d'enquête auprès des acteurs de terrain et auprès des décideurs.

C'est pour privilégier les retombées opérationnelles de l'étude que les 7 centres de santé de base publics enquêtés ont correspondu aux 7 centres soutenus par MdM. Or, **l'étude a démarré en même temps que des activités de MdM de formation en SSRAJ des soignants** de ces centres de santé. Cela a provoqué un **bias dont il a fallu tenir compte lors de l'analyse des entretiens avec les soignants** puisque ceux-ci pouvaient avoir un discours attendu sur la SSRAJ suite à leur toute récente formation.

Pour favoriser la socialisation des résultats d'enquête auprès d'acteurs pluridisciplinaires, et notamment auprès de ceux issus des sciences médicales, MdM a privilégié une **soumission du protocole de l'étude au Comité d'Éthique de la**

50. Alice Desclaux, Les méthodes anthropologiques rapides en santé publique, Cahiers Santé, 1992, 2, p300-306.

51. OMS. Cadre de travail pour la recherche opérationnelle et appliquée dans les programmes de santé et de lutte contre les maladies. 2008. Consulté en ligne http://www.who.int/hiv/pub/operational/or_framework_fr.pdf?ua=1.

52. D'où l'importance donnée à l'émission de recommandations dans les rapports d'études en recherche opérationnelle.

53. D'où ici une approche par les déterminants socio-culturels de l'accès aux soins et par les déterminants socioculturels des problèmes de santé publique que sont les GND et leur prise en charge.

54. D'où ici un comité de pilotage pluridisciplinaire.

Recherche Biomédicale auprès du Ministère de la Santé Publique de Madagascar (CERBM), et ceci bien que cette étude ne soit pas à proprement parler une recherche biomédicale⁵⁵.

La demande de validation du protocole d'étude auprès du CERBM a généré certaines contraintes supplémentaires liées :

- À un temps de collecte de données de terrain compliqué par la non anticipation de la nécessité d'un deuxième passage devant le Comité d'Éthique de la Recherche Biomédicale auprès du Ministère de la Santé Publique de Madagascar avant d'obtenir la validation du protocole d'enquête⁵⁶,
- À **l'amendement du protocole d'étude initial** avec, à la demande du CERBM :
 - ◆ La demande systématique d'une **autorisation parentale pour tout entretien avec un-e mineur-e avec proposition faite au parent d'assister à l'entretien**,
 - ◆ L'insertion de **critères d'exclusion de l'étude de certains profils de mineurs (mineurs en rupture parentale, élèves mineurs dont les parents ne vivent pas à Antananarivo, etc.)**⁵⁷,
 - ◆ Le **retrait des séances d'observation des consultations médicales de Planification Familiale**.

La richesse des données obtenues lors de l'observation des consultations médicales est habituellement particulièrement importante dans ce type d'enquête. S'il a pu être recueilli des **données indirectes via les entretiens avec les soignants et leurs patients et via l'observation des interactions en salle d'attente, ne pas pouvoir croiser celles-ci avec l'observation directe de la consultation, est une limite de ce travail**.

En ce qui concerne les demandes d'autorisation parentale, nos différents modes de recrutement des adolescent-e-s et jeunes pour participer à l'étude ont permis que les parents soient suffisamment en confiance pour que nous ne comptions pas de refus d'autorisation parentale ni de demande parentale d'assister aux

entretiens. Cependant, ces démarches auprès des parents ont généré la nécessité, étant donné le temps relativement court dédié à la collecte de données, de **passer systématiquement par des intermédiaires pour avoir accès aux adolescent-e-s mineur-e-s et à leurs parents (éducateurs d'enfants des rues, éducateurs-pairs, enseignants, agents de santé communautaire...)**, ce qui **n'a pas permis de toucher les mineur-e-s dont les familles ne sont pas connues de ces réseaux sociaux**. Or, n'être intégré à aucun des réseaux sociaux que nous avons identifiés au sein des quartiers peut être considéré comme un facteur résultant d'un isolement social ou d'une rupture sociale particulièrement importants et accentuant de fait la vulnérabilité de ces adolescent-e-s. De même, **l'impossibilité d'enquêter auprès des mineur-e-s en rupture familiale ou vivant sans présence parentale car étudiant loin du domicile familial n'a pas permis de toucher des profils de mineur-e-s présentant des facteurs de vulnérabilité importants**.

Cette étude s'inscrivait également **dans le cadre d'une « recherche anthropologique rapide »**⁵⁸, avec un temps de recueil de données de 4 semaines. Les recherches opérationnelles en anthropologie menées en ONG ont la particularité méthodologique de se développer sur un laps de temps relativement court, le temps humanitaire n'étant pas le temps classique de l'anthropologie académique⁵⁹. Ainsi, une limite de l'étude liée à la contrainte du temps est **l'absence de témoignages directs de vécus d'avortements par des adolescent-e-s et des jeunes**. Effectivement, la nécessité d'établir rapidement un climat de confiance entre l'interviewer et l'interviewé-e pour que celui-ci/celle-ci se sente en sécurité et en confiance pour échanger sur ses expériences personnelles et intimes⁶⁰ permet difficilement d'avoir accès à ce type de témoignage direct et participe à expliquer que les témoignages de vécus d'avortements ont été des témoignages indirects (l'enquêté-e ne parlant pas à la première personne pour témoigner de vécus d'avortements mais parlant d'une connaissance ayant pratiqué un avortement). Les stratégies

d'aide à l'accès à des témoignages directs n'ont par ailleurs pas pu aboutir faute de temps: certains des soignants pratiquant les avortements avaient accepté de contacter des adolescent·e·s et jeunes ayant vécu un avortement⁶¹ mais le temps n'a pas été suffisant pour qu'ils puissent organiser leur participation à l'étude. Ajoutons que si une première rencontre avait pu s'organiser, il aurait probablement fallu d'autres rencontres pour qu'ils se sentent suffisamment en confiance et en sécurité avant de témoigner.

Un recueil des expressions utilisées par les adolescent·e·s et jeunes pour parler de la sexualité, dans l'objectif d'une analyse sémantique et linguistique, a été entamé durant l'étude. Ce travail a permis d'affiner la traduction et l'analyse des entretiens réalisés avec les adolescent·e·s et les jeunes en ce qui concerne leurs normes et pratiques en sexualité. Cependant, le temps court imparti à l'étude n'a pas permis d'approfondir suffisamment ce travail pour dresser un **glossaire des mots des adolescent·e·s et des jeunes en sexualité** qui soit partageable et utilisable par les équipes de MdM.

La gestion du temps a nécessité de faire des choix quant aux sujets étudiés. Nous n'avons ainsi pas étudié **la consommation d'alcool et de drogues comme facteur d'exposition aux violences sexuelles intra et extra-familiales et comme facteur de prise de risques en sexualité des adolescent·e·s et des jeunes**. Nous n'avons pas non plus analysé de façon approfondie **l'utilisation par les adolescent·e·s et les jeunes des réseaux sociaux** (liés aux nouvelles technologies). Il serait particulièrement intéressant de **connaître et analyser les réseaux les plus utilisés** par les adolescent·e·s et les jeunes et de **comprendre plus finement l'impact de ces réseaux sur les normes et pratiques sexuelles des adolescent·e·s et des jeunes**. Il aurait également été intéressant de **rechercher et analyser les outils de prévention utilisant les nouvelles technologies d'information et de communication existants à Madagascar** (les outils de prévention en SSRAJ diffusés sur les réseaux

sociaux et dans les médias par différents acteurs-clés en SSR à Madagascar...).

Ces différents aspects sont autant de pistes qui pourraient faire l'objet d'une future étude.

55. À noter que, si l'étude a bien été soutenue devant ce comité qui en a validé le protocole (après une demande d'amendements lors d'une 1ère soutenance et après une 2ème soutenance présentant les modifications du protocole de recherche), les membres de ce comité ont exprimé que l'étude ne leur semblait pas relever d'une recherche biomédicale et ont questionné la pertinence d'un passage de l'enquête devant leur comité.

56. Le temps de terrain de l'investigatrice principale a été raccourci d'une part par le travail de bureau nécessaire à la réécriture du protocole d'enquête pour le 2^e passage en comité d'éthique et d'autre part par le temps nécessaire à la mise en place de stratégies d'accès aux mineur·e·s prenant en compte les demandes du comité d'éthique. Par ailleurs, les mineur·e·s n'ont pu être enquêt·e·s qu'après le 2^e passage en comité d'éthique c'est-à-dire une fois le protocole validé par le CERBM.

57. Biais d'échantillonnage des mineur·e·s liés à la demande d'autorisation parentale demandée par le Comité d'éthique pour tout entretien avec une mineur·e avec demande spécifique d'exclusion des mineur·e·s en rupture parentale.

58. Le terme « recherche anthropologique rapide » a longtemps désigné des formes de recherche développées dans les années 1980 au sein d'ONG et qui étaient les prémices des recherches opérationnelles actuelles : procédures d'évaluation rapide (Rapid Assessment Procedures ou RAP), procédures anthropologiques rapides (Rapid Anthropological Procedures ou RAP), estimations rurales rapides (Rapid Rural Appraisal ou RRA), Evaluations ethnographiques rapides (Rapid Ethnographic Assessment ou REA)...

59. La méthodologie utilisée en « recherche anthropologique rapide » a été conçue par des anthropologues dès les années 80 : le Rapid Rural Appraisal de Chambers en 1980 et le Rapid Assessment Procedures for Nutrition and Primary Health Care de Scrimshaw et Hurtado en 1987 (élaboré par une groupe d'anthropologues d'Amérique Centrale). Depuis, ces méthodes ont régulièrement diffusé au sein des institutions internationales et des ONG sous forme de guides méthodologiques spécifiques à différents domaines notamment dans le champ de la santé (nutrition et santé primaire, SIDA ...).

60. et de l'ordre de la clandestinité / l'illégalité dans le cas de l'avortement à Madagascar.

61. et notamment pour les mineures accompagnées d'un de leurs parents lors de la consultation d'avortement (afin de pouvoir obtenir une autorisation parentale d'entretien auprès d'un parent sans crainte de rupture de confidentialité quant au parcours d'avortement de l'adolescente).

PRINCIPAUX RÉSULTATS

Les résultats qui vont être détaillés sont en-châssés et mettent notamment en exergue les conflits de valeurs vécus au sein de la société et des programmes quand il s'agit de prendre en considération la sexualité active des adolescent-e-s et des jeunes. Ces conflits de valeurs freinent la mise en place d'actions efficaces pour protéger les adolescent-e-s et les jeunes des risques liés à la sexualité. Rappelons qu'à Antananarivo, a contrario d'autres régions de Madagascar, la norme sociale qui prévaut est l'abstinence avant le mariage et l'arrivée rapide du premier enfant après le mariage⁶². Ces normes sociales d'abstinence avant le mariage freinent l'accès à l'information et à la contraception pour les adolescent-e-s et les jeunes avant leur entrée en sexualité tout en influençant les décisions d'avortements et de mariages précoces et en participant au stigma des mères célibataires et de leurs enfants. L'importance de la fécondité dans le mariage va quant à elle freiner l'usage des contraceptifs par les adolescent-e-s et les jeunes par peur de stérilité secondaire.

3.1. LES OBSTACLES À L'ACCÈS À LA CONTRACEPTION POUR LES ADOLESCENT-E-S ET LES JEUNES

Nous allons ici nous intéresser aux déterminants socioculturels des difficultés d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive pour les adolescent-e-s et les jeunes.

3.1.1. Points d'alerte évoquant un faible accès à la contraception

Prévalence contraceptive faible

À Madagascar, les taux faibles de prévalence contraceptive des 15-19 ans (13,7 %)⁶³ et des 20-24 ans (28,8 %) ⁶⁴ ainsi que l'absence de données pour les moins de 15 ans soulignent la faible fréquentation des centres de Planification Familiale par les adolescent-e-s et les jeunes.

Les nullipares⁶⁵ peu présentes dans les services de PF

Lors de l'enquête, les soignants de la plupart des CSB ont souligné que les adolescentes et jeunes femmes fréquentant les services de PF sont le plus souvent déjà mères. Selon l'ENSOMD 2012-2013, le taux d'utilisation de la contraception est effectivement d'un niveau assez faible (17 %) pour les nullipares et augmente avec le nombre d'enfants pour atteindre sa valeur maximale (46 %) lorsque les femmes ont 3 à 4 enfants⁶⁶.

Dans certains CSB installés dans des zones étudiantes ainsi que dans des structures de santé privées ayant développé des approches spécifiques auprès des adolescent-e-s et des jeunes pour promouvoir la contraception, les soignants notent cependant une évolution : les adolescentes nullipares commenceraient depuis quelques années à fréquenter davantage les services de PF. Cette fréquentation des nullipares est cependant estimée par les soignants comme restant faible

62. Clotilde Binet, Bénédicte Gastineau. Améliorer la santé de la reproduction des jeunes à Madagascar. Des chercheurs et des acteurs de santé publique se concertent. CEPED. La Chronique. Novembre 2006 - Numéro 52.

63. Ce pourcentage correspond aux méthodes modernes auquel s'ajouterait 4,1 % pour les méthodes traditionnelles (abstinence périodique, retrait, méthode populaire). ENSOMD 2012-2013.

64. Ce pourcentage correspond aux méthodes modernes auquel s'ajouterait 6,6 % pour les méthodes traditionnelles. ENSOMD 2012-2013.

65. Nullipare : terme médical qualifiant une femme n'ayant pas vécu d'accouchement (Primipare : femme ayant vécu un accouchement, 2ème pare : femme ayant vécu deux accouchements, 3ème pare : femme ayant vécu 3 accouchements... Multipare : femme ayant vécu plusieurs accouchements).

66. Pour ensuite diminuer quand les femmes ont 5 enfants et plus.

et touchant essentiellement des majeures scolarisées. Les soignants enquêtés estiment que ce changement est lié aux messages de sensibilisation véhiculés par les médias et les réseaux sociaux ainsi qu'à la formation reçue par ces soignants pour fournir un accueil et une prise en charge adaptés aux adolescent-e-s et jeunes⁶⁷. Selon l'ENSOMD 2012-2013, la proportion de femmes déclarant avoir utilisé la contraception pour la première fois alors qu'elles étaient nullipares augmente effectivement, passant de 6,2 % chez les femmes de 45-49 ans, à 18 % chez les femmes de 20-24 ans. De même, l'ENSOMD 2012-2013 montre que la prévalence contraceptive augmente considérablement avec le niveau d'instruction (de 25 % chez les femmes moins instruites à 51 % chez celles les plus instruites), ce qui corrobore les observations des soignants quant à une fréquentation plus importante des scolarisées.

« – Celles qui n'ont pas encore eu d'enfants, elles ne viennent pas en PF.

– On voit les adolescentes une fois qu'elles sont déjà mères.

– Elles viennent pour la première fois quand elles sont enceintes. Pour faire la consultation prénatale.

– Ou bien c'est pour demander à avorter parce qu'elles ont un retard.

– Elles demandent une ordonnance de Cytotec⁶⁸.

– On va les convaincre d'aller en CPN⁶⁹

– Ou bien on va les référer vers des centres qui pratiquent l'avortement.

– Non, moi je ne fais pas⁷⁰ !

– Mais avant la première grossesse, on ne les voit pas pour ainsi dire »

Médecins et sages-femmes de 6 CSB (entretien collectif)

« Ici, on est en zone étudiante. Pour les nullipares, il y en a un peu. Ce sont des étudiantes qui viennent. Les non scolarisées, non. Elles, elles viennent quand elles ont déjà eu un enfant. (...) Les jeunes, je prends mon temps, je les mets à l'aise, j'utilise l'humour... »

Médecin 7ème CSB

« Depuis 3-4 années seulement, je commence à voir des adolescentes qui n'ont pas encore d'enfants pour la PF. Elles viennent seules ou accompagnées de leur mère. C'est rare mais ça arrive. Avant, je n'en voyais jamais. C'est surtout des scolarisées, pour ne pas risquer de devoir abandonner les études si elles sont enceintes. Mais parfois aussi des non scolarisées. Sa mère l'amène pour éviter d'avoir une bouche de plus à nourrir. (...) J'ai été formée à l'approche Jeunes. Il faut savoir parler aux jeunes ... »

Médecin Centre Privé

Précocité de la sexualité et de la première grossesse

La très faible présence des nullipares dans les centres de planification familiale, alors même

67. « Les mineures nullipares, ça reste exceptionnel pour la PF. Vers 17-18 ans, elles commencent à venir. Les scolarisées, les étudiantes surtout. Les non scolarisées, c'est plus rare (...) Pour moi, c'est grâce aux messages sur les réseaux sociaux et dans les médias. Et aussi si l'accueil est adapté... Ici, on a été formé à l'approche pour les jeunes. (...) Il faut tenir compte de leur psychologie... » Médecin centre privé.

68. Cytotec (misoprostol) : utilisé ici comme abortif.

69. Consultation Prénatale.

70. Ici, la soignante voulait exprimer le fait qu'elle ne référerait pas vers des centres pratiquant l'avortement.

71. Selon l'ENSOMD 2012-2013, à 19 ans, 31,5 % des femmes ont déjà eu une naissance vivante et 5,4 % sont enceintes de leur 1^{er} enfant, soit 36,9 % des femmes de 19 ans qui ont déjà commencé leur vie féconde.

72. Ministère de la Santé Publique de Madagascar. Plan d'action national budgétisé en planification familiale à Madagascar 2016-2020.

73. Source: Ministère de la Santé Publique de Madagascar. Plan Stratégique National en Santé de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes 2018 - 2020.

74. Ce qui est corroboré avec les chiffres officiels présentés précédemment : à 19 ans, plus d'un tiers des femmes sont déjà mères à Madagascar. Cependant, ce chiffre est nuancé entre les zones urbaines qui ont des taux de grossesses adolescentes inférieurs aux taux des zones rurales. Les données recueillies auprès des adolescent-e-s et jeunes se rapprochent cependant ici davantage des données habituelles en zones rurales qu'urbaines. Il se pourrait donc que les adolescent-e-s et jeunes non scolarisés et parmi les plus précaires de la zone urbaine d'Antananarivo aient des taux de grossesses à 19 ans se rapprochant de ceux des zones rurales.

que l'entrée en sexualité est précoce, participe à expliquer qu'à Madagascar plus d'un tiers des adolescentes de 19 ans sont déjà mères⁷¹. Ces grossesses précoces touchent davantage les adolescentes non scolarisées et exposées à une plus grande précarité socio-économique⁷². De fait, dans les Fokontany d'Antananarivo enquêtés, dans lesquels les adolescent-e-s et les jeunes sont particulièrement touchés par la non scolarisation et la précarité, les entretiens et observations menés durant l'enquête ont mis en exergue la grande prévalence des grossesses précoces. Ainsi, l'âge perçu par les communautés enquêtées pour l'entrée en sexualité de leurs jeunes est de 11-12 ans et l'âge perçu auquel les femmes ont habituellement leur premier enfant est de 13-14 ans. Cependant, les entretiens menés auprès des adolescent-e-s et la revue de la littérature montrent que si certain-e-s adolescent-e-s peuvent entrer en sexualité dès 11-12 ans et avoir leurs premières grossesses dès 13-14 ans, l'âge moyen de l'entrée en sexualité et des premières grossesses est plus élevé. Selon l'ENSOMD 2012-2013 : l'âge médian des femmes de 20-24 ans aux premiers rapports sexuels est de 16,6 ans. 20,4 % des filles contre 10,5 % des garçons de 15-19 ans ont eu leurs premiers rapports sexuels avant 15 ans⁷³. Selon l'ENSOMD 2012-2013, à 19 ans, 31,5 % des femmes ont déjà eu une naissance vivante et 5,4 % sont enceintes de leur 1er enfant, soit 36,9 % des femmes de 19 ans qui ont déjà commencé leur vie féconde. Les âges donnés par les communautés lors des entretiens, pour l'entrée dans la vie sexuelle et dans la vie féconde, présenteraient donc la fourchette basse de la réalité observée, probablement pour une mise en lumière de la précocité de la sexualité et de la fécondité de la nouvelle génération d'adolescent-e-s, précocité qui interpelle particulièrement les adultes des communautés.

« Dans le Fokontany, les jeunes expérimentent la sexualité dès 11-12 ans. Ce sont encore des enfants ! C'est comme ça de nos jours. »

Chef de Fokontany

« À 11-12 ans, ça y'est, elles font la chose. Et à 13-14 ans, elles ont déjà leur premier enfant. »

Agent de santé communautaire

« Dans les familles les plus défavorisées, surtout, elles ont plus de risques d'être vite enceintes. À 13-14 ans, par-là, elles ont leur premier enfant. Pour nous qui avons peu de moyens, ça fait une bouche de plus à nourrir. »

Mères

« Les non scolarisés, ce sont ceux qui ont le plus de risques d'avoir des grossesses tôt. À 13-14 ans, les filles elles deviennent déjà mères. »

Pères

Grossesses nombreuses et rapprochées

Un autre élément semblant ressortir lors de l'enquête est qu'une fois l'adolescente entrée dans la vie sexuelle active, elle a un très fort risque de développer rapidement une grossesse, puis après la première grossesse, de développer des grossesses rapprochées. Lors des entretiens collectifs menés auprès des 18-24 ans non scolarisées, il a ainsi été observé que la plupart des jeunes de cette tranche d'âge étaient déjà parents de plusieurs enfants⁷⁴.

« J'ai eu mon premier enfant à 13 ans. Cela faisait juste 1 mois que j'étais avec mon copain. Il avait 15 ans. On s'est marié traditionnellement quand on a su pour la grossesse. Maintenant, j'ai 5 enfants. »

Fille 22 ans

« Quand j'ai connu mon copain, très vite il a voulu avoir des rapports sexuels et très vite aussi je n'ai plus vu mes règles. Moi, j'ai 15 ans et lui il a 17 ans. »

Fille 15 ans, enceinte de 5 mois

« Je passe à côté d'un groupe de jeunes femmes ayant toutes un enfant au sein et un ou deux enfants en bas âge qui jouent à leurs côtés. Je pense qu'elles attendent pour une séance de vaccination, bien que l'on soit dans

les locaux du Fokontany. On me dirige vers elles. Ce sont les jeunes femmes rassemblées par l'agent de santé communautaire pour l'entretien collectif avec les adolescentes et jeunes femmes de 18-24 ans. (...) Lors de chacun des entretiens collectifs que je mènerai avec les filles de 18-24 ans, il y a aura plus d'enfants en bas âge présents que d'enquêtées. Pour les non scolarisées enquêtées de cette tranche d'âge, elles auront toutes déjà entre 1 et 5 enfants.»

Extrait du journal de bord tenu pendant l'enquête

Les adolescent·e·s et les jeunes ont donc une sexualité précoce et doivent faire face aux risques de grossesses précoces, de grossesses nombreuses et rapprochées et à l'ensemble des autres risques liés à la sexualité (IST, VIH, etc.). La faible prévalence contraceptive chez les adolescent·e·s et les jeunes souligne leurs difficultés à se prémunir des grossesses non désirées. Les résultats d'enquête que nous allons maintenant présenter cherchent à comprendre les difficultés rencontrées par les adolescent·e·s et les jeunes pour avoir accès à la contraception.

75. Nous verrons que ces représentations sociales peuvent se retrouver au sein des différents groupes d'enquêtés.

76. Naré Christine. Le "GAP" socioculturel dans la planification familiale en Afrique. Conférence sur le repositionnement de la planification familiale en Afrique. Accra. Février 2005.

77. Il s'agit ici des dangers perçus par les différents groupes d'enquêtés.

78. DIU : Dispositif Intra-Utérin.

79. Injectables, implants, pilules...

80. Source : Institut National de la Statistique (INSTAT) et ORC Macro. 2005. Enquête Démographique et de Santé de Madagascar 2003-2004. Calverton, Maryland, USA : INSTAT et ORC Macro. Citée par Rakotomalala Randrianandrisana Laurence. Le planning familial à Madagascar. Rapport de recherche juridique. Ministère de l'Éducation Nationale et de la Recherche scientifique de télé-enseignement de Madagascar. Centre National de Télé-Enseignement de Madagascar. Département Droit Privé - Magister2 2009. <https://www.memoireonline.com/04/09/2035/Le-Planning-Familial-a-Madagascar.html>.

81. "qui vont courir super vite" fait référence à "courir après les garçons", avoir plusieurs partenaires, être infidèle...

3.1.2. Les barrières socio-culturelles

Stigma, tabou et croyances ou les dangers perçus de la contraception

Les représentations sociales des contraceptifs véhiculées au sein des communautés⁷⁵ sont un frein important pour l'accès à la contraception pour les adolescent·e·s et les jeunes, comme l'a démontrée Christine Naré dès 2005 lors d'une conférence sur le repositionnement de la planification familiale en Afrique⁷⁶. Entre stigma, tabou et croyances, les dangers perçus⁷⁷ de la contraception sont multiples et freinent la capacité d'agir des adolescent·e·s et des jeunes pour se prémunir des risques de grossesses non désirées.

Croyances : peur des effets secondaires (DIU⁷⁸ et contraceptifs hormonaux⁷⁹)

Différents types de croyances sont véhiculés dans la société autour des contraceptifs et vont entraîner une peur des contraceptifs modernes qui va se cristalliser autour de risques de stérilité, surtout pour les nullipares, de risques d'obésité ou d'amaigrissement et de risques d'anomalies du développement des organes de reproduction ou de risques de cancers. Une enquête démographique et de santé réalisée à Madagascar en 2003-2004 a ainsi montré que la raison principale invoquée par les 15-29 ans pour décider de ne pas prendre une méthode contraceptive était, en dehors d'un projet de grossesse, la peur des effets indésirables.⁸⁰ L'ENSOMD 2012-2013 a à nouveau montré que la crainte des effets indésirables des méthodes contraceptives était une raison importante invoquée par les femmes ne pratiquant pas la contraception.

«La PF pour les adolescentes... Non, ça rend stérile. Surtout pour celles qui n'ont pas encore d'enfants. On ne veut pas qu'elles prennent ça. Elles ne pourront plus avoir d'enfants après. On préfère qu'elles s'abstiennent ou, si elles

ne peuvent pas, qu'elles comptent les jours ou qu'elles utilisent le préservatif.»

Mères de famille

« La pilule, ça rend obèse. Pour d'autres aussi ça va faire beaucoup maigrir. C'est pas bon. »

Jeunes garçons 14-18 ans

« Pour la fille jeune qui n'a pas encore eu d'enfant, ça va empêcher les organes de bien se développer. Ça va donner des malformations qui l'empêcheront d'avoir des enfants. »

Agent de santé communautaire

« Avec les DIU, piqûres, pilules, implants et tout ça là... Tu risques la stérilité, le cancer, l'obésité... Non, moi je ne veux pas prendre tout ça. »

Adolescentes

Stigma de la nullipare et de la célibataire prenant des contraceptifs

La jeune célibataire utilisant des contraceptifs pourra être stigmatisée au sein de son couple, de sa famille, de sa communauté et de ses pairs comme « fille facile », « prostituée », « infidèle », « stérile » ou encore comme porteuse d'IST ou du VIH si elle propose le préservatif à son partenaire.

« Il y a une fille de 14 ans qui fait la piqûre pour ne pas avoir d'enfants. Tout le monde dit qu'elle n'aura jamais d'enfants. Elle l'avait dit à sa copine et quand elles se sont disputées, la copine l'a dit aux autres. On court après elle en criant qu'elle est stérile. »

Fille 13 ans sexuellement active

« Les contraceptifs, c'est pour les prostituées. Les filles qui prennent la PF, c'est pour coucher avec qui elles veulent. Elles ne sont pas fidèles. Ce sont des filles faciles. Des filles pour s'amuser. Pas pour se marier. »

Garçons 17-19 ans

« Si on propose à son copain le préservatif, il va dire tu es une prostituée. Pareil si on dit qu'on prend la PF. Que c'est parce qu'on couche avec tout le monde. Mais nous on ne veut pas la PF car ça rend stérile. On préfère le préservatif sauf que lui il veut pas. »

Adolescentes 14-17 ans

« Quand une fille propose au garçon d'utiliser un préservatif, certains garçons pensent que cette fille est atteinte d'une maladie sexuelle ou du SIDA »

Garçons 19-24 ans

Perte de plaisir

Les contraceptifs peuvent être perçus, essentiellement par les garçons, comme diminuant le plaisir sexuel. Le préservatif est souvent évité pour cette raison par les hommes mais certains ont aussi cité les contraceptifs hormonaux comme diminuant le plaisir sexuel du fait d'une sécheresse vaginale qui serait due aux contraceptifs.

« L'utilisation des condoms ressemble au fait de manger une banane avec la peau, ou de manger des bonbons avec l'emballage. »

Garçons adolescents

Refus du partenaire

Le refus du partenaire quant à l'utilisation de méthodes contraceptives par sa partenaire s'inscrit dans une prise de pouvoir de l'homme sur la femme reflétant les inégalités et violences liées au genre présentes dans la société tout en pouvant également refléter l'adhérence de ce partenaire aux différentes représentations sociales de la PF que nous avons citées ci-avant.

« Les filles qui utilisent la PF sont considérées comme des filles mal éduquées, ou comme des filles qui vont courir super vite⁸¹. On dit à nos copines de ne pas faire ça. Sinon elles seront infidèles. »

Garçons 14-18 ans

« Je fais les piqûres et je laisse le carnet à la sage-femme. Mon mari refuse que je fasse la PF et s'il trouve le carnet, il va me battre. »

Jeune femme 22 ans, mère de 5 enfants

« Non, je ne voudrais pas que ma copine prenne la pilule. Ça rend obèse. »

Adolescent 19 ans

« Si c'est une fille pour la marier, je refuse qu'elle prenne la PF. Pour pas qu'elle soit stérile dans notre mariage. »

Adolescent 17 ans

« Bon, quand je demande à mon mari qu'il mette le préservatif, il refuse. Ou bien il dit oui et il le retire pendant le rapport. Il dit que ça le gêne, qu'il n'y a pas de plaisir. »

Jeune femme 19 ans, mère de 2 enfants

Influence des normes religieuses

Antananarivo et sa région sont des lieux particulièrement emprunts des valeurs religieuses qui ont été véhiculées dès la colonisation par les missionnaires. La pratique religieuse⁸² est importante au sein des communautés et participe à véhiculer des normes d'abstinence jusqu'au mariage. *A contrario*, dans d'autres régions malgaches, où la présence coloniale et missionnaire a été moins prégnante, certaines valeurs traditionnelles encourageant la liberté sexuelle des adolescent-e-s. et la procréation avant le mariage sont restées présentes⁸³.

« Le message pour nos jeunes célibataires, c'est de se réserver pour le mariage. Les messages de prévention des grossesses précoces doivent se centrer sur les valeurs morales. Les jeunes filles doivent apprendre à bien se comporter, bien se vêtir, acquérir les qualités qui feront d'elle une bonne épouse et une bonne mère. (...) Ici, on ne les autorise pas à montrer leur ventre, mettre des mini-shorts (...) Parler de PF aux jeunes célibataires, ce n'est pas

envisageable. C'est contraire à nos valeurs de virginité jusqu'au mariage. »

Leader religieux catholique

La religion musulmane⁸⁴, présente dans une moindre mesure par rapport au catholicisme, véhicule également les normes de virginité jusqu'au mariage et de contrôle de la sexualité des célibataires.

« Nos messages de prévention aux jeunes pour rester vierges jusqu'au mariage sont de ne pas rester seul avec quelqu'un de l'autre sexe et pour les filles de s'habiller de façon à ne pas susciter le désir. (...) Si je croise en ville une jeune fille et un jeune garçon de la communauté ensemble, je les convoque et j'avertis leurs parents. (...) La PF est autorisée uniquement pour les couples mariés. »

Leader religieux musulman

On note également que les messages de prévention donnés ici participent aux inégalités de genre en sur-responsabilisant la jeune fille et

82. La religion majoritaire à Madagascar et à Antananarivo est le christianisme (catholiques, protestants...). La communauté musulmane est estimée à 10 % à Madagascar, mais les chiffres varient selon les sources. S'il est couramment opposé les pratiques religieuses issues du christianisme ou de l'Islam avec les pratiques issues des religions ancestrales qui sont également très présentes à Madagascar (culte des ancêtres...), différents écrits montrent qu'en réalité ces pratiques cohabitent et que les syncrétismes se développent. Source : Adolphe Rahamefy, Sectes et crises religieuses à Madagascar. Karthala - Paris - 2007

83. Clotilde Binet, Bénédicte Gastineau, Améliorer la santé de la reproduction des jeunes à Madagascar. Des chercheurs et des acteurs de santé publique se concertent. CEPED. La Chronique. Novembre 2006 - Numéro 52.

84. Voir note précédente. La religion majoritaire à Madagascar et à Antananarivo est le christianisme (catholiques, protestants...). La communauté musulmane est estimée à 10 % à Madagascar, mais les chiffres varient selon les sources. Les pratiques liées aux religions ancestrales (culte des ancêtres...) sont aussi très présentes.

85. Rakotomalala Randrianandraisana Laurence. Le planning familial à Madagascar. Rapport de recherche juridique. Ministère de l'Éducation Nationale et de la Recherche scientifique de télé-enseignement de Madagascar. Centre National de Télé-Enseignement de Madagascar. Département Droit Privé - Magister2 2009. <https://www.memoireonline.com/04/09/2035/Le-Planning-Familial-a--Madagascar.html>.

en la rendant première responsable lors de la transgression de l'interdit religieux concernant la sexualité avant le mariage. Ils lui signifient un potentiel rôle d'incitatrice à l'acte sexuel si son habillement, son attitude ou son comportement sont jugés contraires à la morale. La virginité et la « bonne moralité » des filles est associée à des comportements précis destinés à ne pas s'exposer au désir des hommes et à devenir une « bonne épouse » et une « bonne mère de famille ». Le désir sexuel des filles est peu évoqué : il leur est essentiellement demandé de ne pas provoquer ou alimenter le désir sexuel des garçons. Le désir des garçons est quant à lui socialement reconnu : les garçons sont considérés comme en recherche de sexualité active et pouvant exprimer leur attirance sexuelle envers les filles. Ainsi, les normes sociales autour de la séduction permettent à un garçon d'aborder une fille et de lui exprimer son attirance alors qu'une fille devra attendre que le garçon vienne vers elle. Elle pourra être stigmatisée comme « fille facile » ou « prostituée » si elle exprime son attirance la première envers un garçon.

« Les garçons sont comme ça. Ils ont toujours envie de sexe. Les filles doivent faire attention à ne pas les exciter. »

Mères de famille

« C'est au garçon de faire le premier pas. Si la fille vient vers lui la première, on va dire que c'est une prostituée. Le garçon ne va pas la respecter. »

Adolescent-e-s

Dans ce contexte, les normes véhiculées par les programmes de lutte contre les inégalités et violences liées au genre pourront être perçues comme subversives ou comme l'imposition d'une norme internationale qui ne correspondrait pas aux normes sociétales malgaches.

« Une ONG a donné une formation aux élèves du lycée. Ils ont travaillé des thèmes comme l'estime de soi, le respect des différences, le

genre, etc. (...) On a eu des problèmes de discipline ensuite avec les jeunes. L'habillement et l'attitude des filles, déjà... (...) »

Proviseur et enseignantes

« Ici, une fille se doit d'être réservée, timide, qui parle doucement, habillée de façon ... Bref, sérieuse quoi... Sinon, on dit d'elle que c'est une fille facile, on parle mal d'elle. On dit que c'est une fille pour s'amuser, pas pour se marier... Alors quand on fait des ateliers sur l'estime de soi, l'affirmation, le genre, elles peuvent avoir des problèmes après avec leurs parents... Il faut expliquer... »

Jeune femme responsable d'une association de jeunes éducateurs pairs

« Ces programmes internationaux, là, ça ne respecte pas nos valeurs. La société malgache ne peut pas accepter cela. Nos filles ne peuvent pas se comporter comme cela. C'est un manque de respect pour nous. »

Père

Parents défavorables à la PF

Du fait des normes religieuses, des tabous liés à la sexualité (et par corollaire à la Planification Familiale)⁸⁵ et des représentations sociales de la PF, la très grande majorité des parents enquêtés sont défavorables à l'accès à l'information et à la contraception pour leurs filles célibataires et nullipares. Ils préconisent avant tout l'abstinence avant le mariage et considèrent que donner accès à l'information sur la planification familiale ou donner accès aux méthodes contraceptives est une incitation à la sexualité active des jeunes. Ne pas donner accès à la contraception aux adolescent-e-s et jeunes et prioriser un discours sur les risques de GND en cas d'entrée en sexualité hors mariage montre ici que les normes sociétales inscrivent l'entrée en sexualité principalement dans un projet de procréation au sein du mariage. La recherche de relations sexuelles à d'autres fins, notamment

de plaisir sexuel, par les adolescent-e-s et les jeunes ne semble donc pas socialement acceptable, tout du moins hors du cadre marital. On note ici un décalage entre les normes sociétales et la réalité des vécus d'entrée en sexualité des adolescent-e-s et des jeunes⁸⁶.

Pour les adolescentes déjà sexuellement actives, les parents semblent plus ouverts à l'accès à l'information mais ne souhaitent pas que celles-ci utilisent des méthodes modernes (DIU, contraceptifs hormonaux) de peur de stérilité secondaire et préconisent de donner prioritairement des informations sur l'utilisation de la méthode de comptage des jours et sur le préservatif.

« Il faut leur dire de s'abstenir, de se concentrer sur leurs études. »

« Il faut prendre l'habitude de prier avec eux dès tout petit. Pour qu'ils restent proches de la religion. »

« S'ils ne prient plus, n'écoutent plus leurs parents et font n'importe quoi, alors il ne nous reste plus qu'à prier pour eux. »

« Pour aider nos filles à ne pas avoir de grossesse avant le mariage, il faut créer des centres de loisirs, des centres de formation et des emplois pour les jeunes. »

« On ne veut pas que l'on vienne parler de la PF aux jeunes. C'est comme si on les encourageait à avoir des relations sexuelles. »

« Pour les filles qui sont déjà sexuellement actives, oui, on peut donner l'information. On préfère qu'elles comptent les jours et utilisent le préservatif. La pilule, les piqûres et tout ça, ça rend stérile. »

Parents d'adolescent-e-s et jeunes

Non identification des jeunes célibataires comme cibles de la contraception

Les adolescent-e-s et les jeunes célibataires ne sont pas identifiés par les communautés comme groupes cibles des méthodes contraceptives.

Les services dispensant les méthodes contraceptives sont de fait appelés services de « planification familiale » et les jeunes célibataires nullipares ne sont pas perçues comme étant dans un projet de planification familiale avant leur mariage et la naissance de leur premier enfant.

« La planification familiale, comme son nom l'indique, c'est pour l'espacement d'enfants, c'est pour les femmes mariées, pas pour les jeunes filles. »

Père de famille

« La PF est réservée aux femmes qui ont déjà des enfants. »

Mères de familles

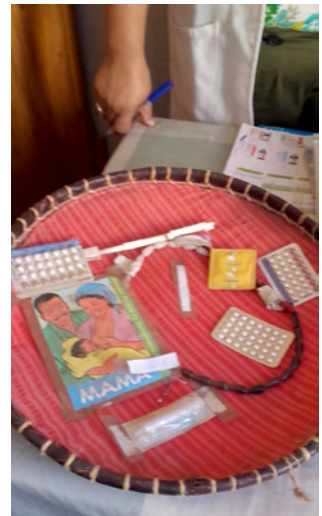
« Les services de planification familiale, c'est pour les couples mariés qui ont déjà des enfants. »

Adolescent-e-s

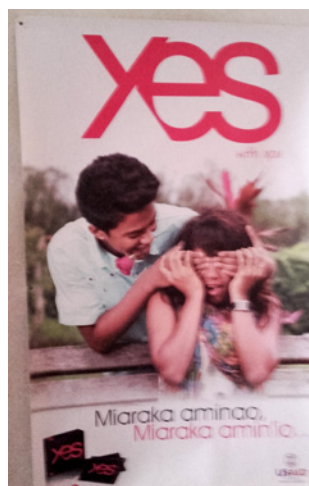
Cette non identification est le reflet des normes sociétales d'abstinence sexuelle avant le mariage.

Les représentations véhiculées par les supports de communication en PF présents dans les CSB participent à renforcer cette représentation populaire puisque présentant essentiellement des images de couples mariés ayant déjà un ou plusieurs enfants. Ne sont pas valorisé-e-s comme publics cibles de la PF les adolescent-e-s et les jeunes et notamment l'adolescente nullipare ou la jeune mère célibataire. Cette non identification déjà induite par les normes sociétales d'abstinence avant le mariage est donc renforcée par l'absence de leur représentation sur les supports de communication présents dans les CSB.

86. La réalité des vécus d'entrée en sexualité des adolescent-e-s et des jeunes est détaillée dans la deuxième partie de la présentation des résultats d'enquête.



Affichages présents dans les services de PF des CSB publics



Exemples d'affichages présents dans des centres de santé privés développant une approche spécifique pour les adolescent.e.s et les jeunes

Certains supports plus spécifiques pour les adolescent-e-s et les jeunes sont utilisés au sein de structures de santé privées ayant développé une approche spécifique pour les jeunes en PF. Les services de planification familiale dépendant du Ministère de la Santé ne bénéficient quant à eux pas de supports spécifiques pour les adolescent-e-s et les jeunes. À noter cependant qu'au moment de l'enquête, des supports spécifiques pour les adolescent-e-s et les jeunes étaient en cours de conception et validation au sein du Ministère de la Santé.

3.1.3. Qualité déficiente des services PF des centres de santé de base publics

Si les représentations sociales des méthodes contraceptives participent à freiner l'accès aux contraceptifs, la qualité déficiente des services SSR-PF des centres de santé de base publics (CSB⁸⁷) est également un obstacle conséquent à l'accès aux contraceptifs pour les adolescent-e-s et les jeunes.

Manque de confidentialité

Le manque de confidentialité est un frein important à la consultation de PF dans les CSB. Les causes les plus objectivables de manque de confidentialité dans les services de PF des CSB publics sont liées :

- À une salle d'attente ouverte sur l'extérieur et commune avec l'ensemble des autres services de santé,
- Au fait que les séances de PF aient lieu pendant des jours fixes,
- À la présence de nombreux stagiaires pendant la séance de PF (étudiants en médecine et en études paramédicales).

« Les femmes vont difficilement aller consulter dans les CSB pour la PF. Elles iront plutôt dans les centres privés où il y a une meilleure confidentialité. »

Agent de santé communautaire

« Si je vais au CSB pour la PF, tout le monde va le savoir. Tel jour on sait que c'est la PF et la salle d'attente est ouverte et commune. On voit bien qui y va. »

Femme 23 ans, 4 enfants

« Au CSB, les adolescent-e-s et les jeunes peuvent croiser les adultes de leur quartier, de leur famille. Ils ne veulent pas qu'on sache qu'ils vont faire la PF. »

Soignant

J'ai rendez-vous pour un entretien avec la sage-femme responsable de la PF. On se retrouve devant la salle de consultation. La salle est ouverte, occupée par une consultation. Une femme est assise, regardant par terre. En face d'elle, je dénombre 10 personnes debout en blouses, hommes et femmes. Il s'agit d'étudiants en médecine et d'étudiants paramédicaux. La sage-femme m'explique qu'ils sont 30 stagiaires présents sur le CSB tous les matins et qu'il faut les répartir dans les différents services. Ils sont donc habituellement 10 à suivre la consultation de PF. La porte est restée ouverte pendant la consultation afin que tous puissent tenir dans la salle exiguë.

Extrait du journal de bord tenu pendant l'enquête

Conflits de valeurs et mauvais accueil

Les soignants vivent des conflits de valeurs entre les injonctions des programmes leur demandant de favoriser l'accès aux contraceptifs pour les adolescent-e-s et les jeunes, leurs valeurs religieuses condamnant la sexualité hors mariage et leurs croyances quant aux effets indésirables des contraceptifs notamment pour les nullipares. Ces

87. Ici, à chaque fois que nous utiliserons le sigle CSB, il désignera un centre de santé de base public et pour désigner les centres de santé de base privés, nous n'utiliserons pas le sigle CSB mais les nommerons tout simplement « centres de santé privés ».

88. Ministère de la Santé Publique de Madagascar. Plan développement du secteur santé. 2015-2019. Page 20.

conflits de valeurs favorisent des attitudes de jugement, de mauvais accueil et de refus des méthodes contraceptives aux jeunes filles célibataires.

« La collègue qui est responsable de la PF, elle ne donne pas la contraception aux filles célibataires. »

« J'ai vu une jeune de 17 ans. Elle voulait la PF parce qu'elle allait bientôt avoir des rapports avec son copain. J'ai cherché à la convaincre de rester abstinente et de se consacrer à ses études. Je ne lui ai pas donné la PF. »

« L'OMS dit que les adolescentes, quel que soit leur âge, elles peuvent prendre toutes les méthodes contraceptives, sauf les définitives bien sûr. C'est ça qu'on doit faire. (...) Bon, c'est comme mon enfant l'adolescente qui viendrait me voir. (...) Les médicaments contraceptifs c'est pas naturel pour le corps, c'est comme une drogue quoi. Ce n'est pas bon pour les enfants. (...) Les enfants, non, si c'était comme pour les miens, je ne leur donnerais pas des contraceptifs. Ce n'est pas bon pour leur santé. Ils risquent la stérilité et d'autres problèmes encore. »

Médecins

Du fait des messages culpabilisants des adultes quant à la sexualité hors mariage, les adolescent-e-s et les jeunes craignent quant à eux d'être jugés, mal accueillis et de se voir refuser l'accès aux contraceptifs par les soignants.

Le mauvais accueil peut aussi être ressenti par les adolescent-e-s et les jeunes sous la forme d'attitudes discriminantes liées à leur aspect extérieur marquant leur précarité socio-économique (vêtements...).

« Bon, si on arrive comme ça, mal habillés et pas mariés encore... On va pas être bien reçus. On va nous critiquer, pas nous donner les condoms... »

Garçons adolescents 14-18 ans

« Non, j'aurais trop honte, moi déjà ...Et aussi trop peur qu'on m'fasse encore plus honte... On va me refuser parce que je suis trop jeune et

pas mariée. Je voudrais juste y aller pour qu'on m'explique comment compter les jours. J'ose pas. »

Adolescente 17 ans

Méconnaissance de la gratuité et peur du coût

Dans les CSB, les consultations de PF et les contraceptifs sont théoriquement gratuits pour les usagers. Cependant, la méconnaissance de la gratuité et la peur du coût restent un frein important pour la fréquentation des services par les adolescent-e-s et les jeunes.

« C'est cher la consultation de PF dans les CSB ? Ça peut aller jusqu'à combien ? Ils vendent pour combien les préservatifs ? »

Garçons adolescents 18-20 ans

« J'aimerais faire l'implant mais j'ai le manque d'argent. »

Jeune femme 24 ans, 5 enfants

Par ailleurs, cette gratuité n'est pas forcément effective dans les CSB, du fait notamment de ruptures de stock des contraceptifs nécessitant de se fournir dans les pharmacies privées. De plus, la gratuité ne couvre pas la totalité du service car il est demandé aux patients d'acheter le petit matériel nécessaire à la consultation (gants...). Ajoutons que la revue de littérature souligne les risques de détournement de certains produits ou certains actes à des fins lucratives et tout autre type de corruption qui peut impacter la gratuité des soins. Si le Ministère de la Santé a pris officiellement des mesures anti-corruption en son sein, il souligne lui-même que ces mesures ont été peu effectives et n'ont notamment pas permis de pallier à « l'insuffisance de sens de responsabilité et de redevabilité de la part des responsables et des acteurs à tous les niveaux »⁸⁸.

« Tout est gratuit pour la PF dans les CSB. (...) Bon, le petit matériel faut payer... Et avec les ruptures de stock, on fait une ordonnance

pour aller acheter le produit à la pharmacie en ville...»

Soignant

Horaires et temps d'attente

Les enquêtées ont invoqué le manque de disponibilité pour consulter en PF. Les enquêtées ayant déjà une famille à charge sont occupées de tôt le matin jusque tard le soir à la recherche quotidienne de moyens de subsistance. Passer une grande partie de leur journée à attendre la consultation est du temps pris sur la possibilité de trouver de quoi subvenir pour cette journée aux besoins de leur famille.

« Avec le temps d'attente, là, c'est compliqué d'y aller. J'pars tôt le matin et j'rentre tard le soir pour vendre. J'sais pas quand ça sera possible qu' j'y retourne. Ma date de rendez-vous est dépassée déjà. »

Femme, 23 ans, 4 enfants

89. L'ampoule contenant le contraceptif injectable (Depoprovera...)

90. République de Madagascar. Loi n°2017- 043 fixant les règles générales régissant la Santé de la Reproduction et la Planification Familiale

91. A noter que, lors de la collecte des données, cette loi n'avait pas encore été diffusée à large échelle et que l'arrêté afférent était en cours de validation. Ceci participe à expliquer cette méconnaissance de la loi.

92. A Madagascar, les méthodes de contraception dites traditionnelles recouvrent une grande variété de méthodes allant du retrait aux tisanes contraceptives. Différentes études montrent l'importance de l'utilisation des méthodes traditionnelles à Madagascar. Cependant, l'utilisation des méthodes dites modernes est de plus en plus répandue. En 1992, selon le Ministère de la Santé, les femmes utilisant les méthodes traditionnelles étaient 2,5 fois plus nombreuses que celles qui utilisaient les méthodes modernes. La tendance s'est ensuite inversée : les utilisatrices des méthodes modernes sont devenues en 2002-2003 deux fois plus nombreuses que celles qui utilisaient les méthodes traditionnelles et en 2012-2013, cinq fois plus nombreuses. (Source : Ministère de la Santé Publique de Madagascar. Plan d'action national budgétisé en planification familiale à Madagascar 2016-2020).

93. Andriamfidison NZR and all. Déterminants de l'avortement provoqué au Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie Obstétrique de Befalatanana, Madagascar. Journal malgache de Gynéco-Obstétrique 2016;Vol 1:19-23.

94. 500 ariarys équivalent à environ 13 centimes d'euro.

« À la date prévue, j'ai pas pu. Après, avec les enfants, les soucis, le travail, j'ai trop tardé... Et comme j'ai dépassé la date pour la piqûre, voilà, j'ai eu mon 5ème enfant. Maintenant, j'ai demandé qu'on donne une méthode où j'ai pas à revenir souvent. J'ai l'implant, là. C'est plus simple. J'dois pas trouver le temps pour venir souvent. Et j'risque plus de dépasser la date. »

Femme, 24 ans, 5 enfants

Les scolarisés ont quant à eux des contraintes liées à la fréquentation de leur lieu d'apprentissage.

« Avec les horaires de l'école... Bon, c'est les mêmes horaires que les consultations... »

Jeune scolarisée

Manque de confiance dans la qualité des produits

Des rumeurs circulent participant à créer un manque de confiance dans la qualité des produits dispensés dans les CSB.

« Dans les CSB, non, je ne vais pas. Je préfère aller chez les privés. Dans les CSB, il paraît qu'ils retirent la moitié du produit de l'ampoule⁸⁹. Ils mettent juste de l'eau à la place. Moi, je pense pas qu'avec seulement la moitié du produit ça va avoir le bon effet. »

Mère de famille

3.1.4. Demande d'autorisation parentale

Un des freins à l'accès à la contraception pour les mineurs est la demande d'autorisation parentale faite par un grand nombre de prestataires. Si la demande d'autorisation parentale est théoriquement levée depuis la nouvelle loi sur la Planification Familiale votée en décembre 2017⁹⁰, cette loi reste peu connue des prestataires⁹¹ et, quand elle l'est, l'interprétation en est très disparate : pour certains, une limite d'âge pour l'accès à

la PF persiste, pour d'autres l'autorisation parentale pour les mineurs est toujours nécessaire, etc.

Dans la pratique, la règle posée par le prestataire aux mineurs quant à la nécessité ou non d'une autorisation parentale est actuellement très variable d'un prestataire à un autre. Elle relève d'une négociation individuelle faite par le prestataire entre sa perception de la légalité, ses valeurs et sa perception des risques de conflits avec les parents.

« La pilule, je donne sans autorisation parentale. Mais pour l'implanon ou le DIU, il faut qu'elle revienne avec un parent. »

Médecin, structure privée

« Pour les 15-18 ans, je fais toutes les PF sans autorisation. Je demande de revenir avec un parent pour les moins de 15 ans. »

Sage-femme, structure privée

« Pour les mineures, je donne les préservatifs et si elles veulent une PF, elles doivent revenir avec un parent. »

Médecin CSB

« Une moins de 18 ans qui a déjà un enfant, elle est adulte. Elle n'a pas besoin d'autorisation. »

Médecin

3.1.5. Des contraceptifs et des abortifs recherchés en dehors des centres de santé de base publics

Si les CSB sont peu fréquentés par les adolescent-e-s et les jeunes, il est intéressant de noter que ces derniers fréquentent d'autres circuits pour éviter une parentalité précoce. Ces circuits sont pour certains peu sécurisés et pour quasi tous payants. Ils semblent cependant préférés par les adolescent-e-s et les jeunes ou tout au moins davantage fréquentés que les CSB. Cela souligne d'autant plus les difficultés des CSB à proposer des services de PF adaptés aux besoins et demandes des adolescent-e-s et des jeunes.

Que ce soit pour l'utilisation de méthodes traditionnelles comme modernes⁹², les taux de prévalence contraceptive étant faibles à Madagascar, la fréquentation de ces autres circuits ne peut cependant être considérée comme permettant de couvrir les besoins en contraception des adolescent-e-s et des jeunes. De plus, la collecte de données que nous avons menée auprès de ces autres circuits montre que les méthodes abortives y sont particulièrement recherchées, montrant la fréquence de survenue de grossesses non désirées et le recours fréquent à l'avortement : cela souligne à nouveau la faible utilisation de méthodes contraceptives efficaces par les adolescent-e-s et les jeunes. Différentes études, dont celle menée au CHU de Befalatana⁹³ à Antananarivo auprès d'adolescentes et femmes ayant pratiqué l'avortement, ont par ailleurs montré que dans les contextes où la prévalence contraceptive est faible, le recours à l'avortement peut être perçu comme le principal moyen de prévention de la survenue non désirée d'un enfant.

Vendeurs ambulants en phytothérapie (tisanes...)

Les vendeurs ambulants de tisanes sont cités spontanément comme recours de première intention par les adolescent-e-s et les jeunes pour la recherche de méthodes abortives. Les tisanes contraceptives peuvent aussi être utilisées mais sont citées plus rarement.

« Pour celles qui ne veulent pas la grossesse, c'est cette plante-là que je donne. Il faut faire bouillir 5 feuilles dans un litre d'eau et en boire pendant 3 à 4 jours. Les 5 feuilles, c'est 500 ariaris⁹⁴. Ça marche jusque deux mois de grossesse. Pour celles qui ont plus de 2 mois, je leur dis qu'elles doivent aller voir la matrone ou le médecin pour faire partir la grossesse. »
Vendeuse ambulante de tisane (femme âgée)

« Certaines femmes utilisent des tisanes comme méthode contraceptive...elle boit

*1 verre par jour régulièrement ajouté de
3 petites billes noires.»*

Mère de famille

Vendeurs ambulants de médicaments biomédicaux

Les vendeurs ambulants de médicaments biomédicaux sont nombreux et leur présence est particulièrement importante dans le quartier étudiant. Les adolescent-e-s et les jeunes les citent là aussi spontanément comme recours de première intention lors de la recherche de méthodes contraceptives d'urgence (pilule du lendemain) ou d'abortifs (misoprostol). Ils sont par contre peu cités spontanément lors de la recherche de méthodes contraceptives autres que la pilule dite du lendemain. Les adolescent-e-s et les jeunes semblent privilégier le recours aux marchands ambulants, que ce soit en phytothérapie ou médicaments biomédicaux, pour des raisons liées à la disponibilité (pas de temps d'attente, vendeurs présents chaque jour et à toute heure), à la confidentialité et à l'accueil (non jugement).

« Ici, on est très nombreux à faire le commerce de médicaments. On se cache de la Police. Je ne garde pas les médicaments sur moi, ils sont dans une maison que je loue, à côté. (...) ce qu'on me demande le plus, c'est le misoprostol. C'est ma meilleure vente. Surtout à des jeunes, à des étudiantes. Je leur vends la plaquette

95. Équivalent à environ 3 à 4 euros.

96. Pilplan: nom commercial d'une pilule contraceptive.

97. Probablement une sonde urinaire introduite dans le col utérin.

98. Les accouchements avec un accoucheur qualifié (sage-femme ou équivalent) ne représentent que 44 % des accouchements à Madagascar (EDS 2008-2009) et les matrones sont donc des acteurs incontournables dans les parcours de soins des populations lors d'une grossesse et d'un accouchement.

99. Une des formes commerciales du Misoprostol couramment utilisée comme abortif (mais ayant également d'autres usages)

100. Contraceptif d'urgence.

101. et dont les parents, les référents socio-éducatifs et les soignants ne parlent pas spontanément aux adolescent-e-s et aux jeunes (de peur de les inciter à la sexualité).

*de 10 comprimés entre 12 000 et 15 000
aryaris⁹⁵. J'en vends à peu près 3 plaquettes
par jour. (...) Comment ça se prend? Je ne
sais pas. Elles viennent, elles demandent et
je donne juste. Elles doivent savoir, elles. (...)
Elles disent que c'est pour un retard. (...) Non,
je ne demande pas de combien. (...) Il y a aussi
des jeunes garçons qui viennent. Pour leurs
copines. On me demande aussi la Pill 72. Pas
autant que le misoprostol, mais j'en vends
toujours plus que le Pilplan⁹⁶... Le Pilplan, c'est
plutôt des mères de famille qui viennent. Les
piqûres contraceptives un peu aussi. J'en
vends pas beaucoup de Pilplan et de piqûres.
Un peu, de temps en temps. Non, c'est surtout
le Misoprostol qui se vend.»*

Vendeuse ambulante

*« Quand j'ai eu mon premier rapport avec mon
copain, un étudiant, c'était pas prévu. J'ai
eu tellement peur d'être enceinte que je suis
allée voir une marchande ambulante. Je lui ai
acheté la Pill 72. Je retourne la voir à chaque
fois que j'ai un rapport avec mon copain et que
je ne suis pas sûre de mes jours.»*

Adolescente scolarisée, 17 ans

*« Si ta copine a un retard, bon tu vas faire les
tisanes et si ça ne marche pas, tu vas aller
acheter le misoprostol. Les copains t'expliquent
où tu trouves la marchande ambulante.»*

Garçons scolarisés 18-20 ans

*« Il y a des vendeurs, là sur la route qui vont
te procurer les pilules pour faire revenir les
règles si tu as un retard. Si tu as l'argent, tu vas
prendre. (...) Les tisanes c'est moins cher mais
elle te dit que si tu as un retard trop important,
ça ne marche pas.»*

Adolescente non scolarisée

Matrones

Les matrones sont citées systématiquement par les enquêtés comme un recours possible pour l'avortement et les enquêtées décrivent

des pratiques de matrones mélangeant à la fois le recours à des pratiques traditionnelles (« elle va donner les tisanes pour faire partir la grossesse ou donner des plantes à mettre, là, en bas, dans le vagin ») et le recours à des pratiques issues de la biomédecine (« elle fait une injection et puis elle met un tuyau en plastique qu'elle a acheté à la pharmacie, qui était emballé⁹⁷, là, en bas, pour faire partir la grossesse »). Les matrones enquêtées ont fait montre d'une grande méfiance lorsque nous avons abordé les thèmes de l'avortement, n'ont pas reconnu en pratiquer et les entretiens se sont plutôt centrés sur leurs pratiques d'accouchements (elles sont un recours fréquent des communautés pour les suivis de grossesses et les accouchements⁹⁸).

Pharmacies

Quand les adolescent-e-s et les jeunes citent les pharmacies, c'est principalement comme des lieux où la barrière de la demande de l'ordonnance les contraint à ne pas réussir à s'y procurer des produits abortifs.

La contraception d'urgence peut parfois y être recherchée mais elle semble l'être plus fréquemment chez les marchands ambulants. De même les préservatifs peuvent y être achetés mais le seront plus couramment chez l'épicier.

« Tous les jours, on a au moins un jeune qui vient pour demander du Cytotec⁹⁹. Certains se mettent presque en colère quand on leur dit qu'on ne peut pas donner sans ordonnance. (...) Si on acceptait de donner sans ordonnance, ce serait notre première vente... Peut-être que d'autres pharmacies donnent sans ordonnance, c'est ce que je me dis quand ils ne comprennent pas qu'on leur refuse. Ou bien, ils vont vers les marchands ambulants. (...) De temps en temps aussi, ils viennent pour la Pill 72¹⁰⁰. Ça je donne sans ordonnance. Je devrais demander une ordonnance mais je me dis que là c'est une urgence, que je dois la donner quand même. »
Pharmacien

Centres de santé privés

Les centres de santé privés vont être cités à la fois dans la recherche de méthodes contraceptives et de méthodes abortives. La confidentialité dans les centres de santé privés est particulièrement soulignée par les enquêtées ainsi que la qualité des services. Les stratégies de sensibilisations et de consultations avancées, de relais communautaires et de pair-éducation associées aux approches Jeunes développées par les réseaux de certains centres de santé ou médecins privés semblent particulièrement efficaces pour promouvoir la PF auprès des adolescent-e-s et des jeunes. Il semble donc que ce soit la qualité des services offerts par les centres de santé privés qui leur permette de toucher davantage les adolescent-e-s et les jeunes que les CSB. Toutefois, différentes barrières socio-culturelles et financières (dans les centres privés, la consultation et les méthodes contraceptives sont payantes a contrario de la politique des CSB) continuent de limiter leur impact, ainsi que la demande d'autorisation parentale qui est là aussi assez présente et dont les règles sont variables d'un prestataire à l'autre.

3.2. UNE SEXUALITÉ ADOLESCENTE À HAUT RISQUE DE GROSSESSES NON DÉSIRÉES

Nous allons ici nous intéresser aux déterminants socioculturels des grossesses non désirées chez les adolescent-e-s et les jeunes à Antananarivo. Nous verrons que ceux-ci vivent une sexualité précoce dans un cadre environnemental limitant fortement leur capacité d'agir pour se prémunir des risques de grossesses non désirées.

3.2.1. Influence des pairs et de la pornographie

Face à leurs questionnements en sexualité dont il est tabou de parler avec des adultes¹⁰¹,

les adolescent·e·s et les jeunes vont rechercher des réponses entre pairs, dans les médias, sur les réseaux sociaux et à travers le visionnage de la pornographie¹⁰². Les messages sur la sexualité véhiculés par les pairs, les médias, les réseaux sociaux et la pornographie deviennent donc une des premières formes d'apprentissage des codes régissant la sexualité. La pornographie, dont le visionnage par les adolescent·e·s et les jeunes est particulièrement prégnant, véhicule ainsi des normes incitant à une sexualité précoce, avec partenaires multiples et hors du cadre marital. Elle incite à la recherche du plaisir individuel masculin en instrumentalisant le corps des femmes et la sexualité à cette fin. Les inégalités et violences liées au genre y sont banalisées. Les adolescent·e·s et les jeunes reçoivent donc ainsi une première forme d'apprentissage des codes régissant les rapports sexuels dont les normes sont opposées à celles des programmes en SSRAJ et à celles des programmes concernant la lutte contre les inégalités et violences liées au genre mais aussi contraires à celles véhiculées par leurs familles et leurs communautés.

« Si t'as pas encore eu de rapport, les autres disent que tu es comme une fille, que tu n'es pas garçon. »

Garçons 15-16 ans

« Actuellement la plupart des filles ne refusent pas si on se retrouve isolés dans une chambre »

Garçons 18-20 ans

« On va à la salle de vidéo regarder le porno pour 200 ariarys¹⁰³. Ensuite entre copines on fait les mêmes gestes que dans le film. »

Filles 10 -11 ans

« Aujourd'hui, on a confisqué un téléphone d'un garçon. Il regardait porno pendant le cours. »

Enseignant

« On va avec notre copain à la salle vidéo. Pendant le porno, on fait pareil avec notre copain dans un coin sombre de la salle »

Filles 16 ans

« On achète une carte pour mettre le film porno sur le téléphone. Les films ils ont été faits pour apprendre à ceux qui n'ont pas encore fait comment il faut faire. »

Garçons 14-17 ans

« Les technologies non censurées et l'influence de la société provoquent des relations sexuelles précoces chez les jeunes »

Proviseur

« On regarde du film 18 ans sur Facebook ... pendant ce moment, on est excité et en même temps ça fait peur de voir la chose qui rentre et qui ressort »

Adolescentes 14-18 ans

« On recherche des zones couvertes de WIFI pour se connecter, à partir de cela, on regarde des films pornos sur notre téléphone »

Garçons adolescents

« Les pornographies c'est à dire les films X dans les salles de vidéo sont courants dans la communauté, tant que tu as 200 ariarys tu peux regarder »

Garçons adolescents

« La pornographie, oui, on sait que c'est différent de la réalité, que c'est un film. On voit bien que nous on n'est pas aussi endurant, qu'on ne peut pas tout faire pareil, là. Bon, les garçons, eux, ils veulent tout faire pareil avec nous. Ils veulent aussi faire la chose à plusieurs comme dans le porno. Mais ça ça nous plaît pas. C'est leur plaisir toujours qu'eux ils cherchent. »

Adolescentes

102. Ce qui fait écho aux faits observés lors d'une enquête coordonnée par Yannick Jaffré sur la sexualité des adolescent·e·s en milieu scolaire au Bénin, montrant la prégnance du visionnage des images et vidéos pornographiques. Jaffré Yannick, Ahouangonou Salomé and all. Ecole et santé de la reproduction. Une recherche-action dans les départements du Littoral et de l'Atlantique au Bénin, (nov 2014-juillet 2015), notes techniques n°11, déc 2015, AFD, 81p

103. Equivalent à environ 5 centimes d'euro

104. En second lieu, sont cités les enseignants qui sont perçus comme des adultes à qui les parents peuvent déléguer leur autorité pour assurer en partie l'éducation de leurs enfants.

3.2.2. Perte d'influence du cadre normatif parental

Le père et la mère ont été cités dans les communautés comme les principaux responsables de l'éducation de leurs enfants¹⁰⁴. La mère est considérée plus particulièrement responsable de la gestion quotidienne des enfants et du maintien de la virginité de ses filles jusqu'au mariage. Elle cherchera à préserver la virginité de ses filles en tentant de contrôler leurs fréquentations et leurs sorties et en leur transmettant des informations sous forme de conseils de soumission aux principes socialement établis et selon lesquels elle-même a été éduquée.

Les leaders communautaires, les agents de santé communautaires et les parents enquêtés perçoivent une perte d'autorité des parents sur les enfants de la nouvelle génération avec mise en place d'un conflit intergénérationnel. Ils expliquent cette perte d'autorité par le manque de présence parentale au foyer et le manque de disponibilité des parents pour encadrer leurs enfants (relié à la précarité des familles) et par l'influence des pairs et des nouvelles technologies sur les adolescent-e-s et les jeunes. Dans ce contexte, ils ressentent une perte de capacité des parents à transmettre le cadre normatif rigoureux d'abstinence avant le mariage et à encadrer la sexualité des adolescent-e-s et des jeunes.

« Les parents partent travailler à 5 heures du matin et rentrent à 20h. Les enfants sont livrés à eux-mêmes, surtout les non scolarisés. Avec l'influence de la technologie, la pornographie, ils expérimentent la sexualité alors qu'ils sont encore des enfants, dès 11-12 ans. »

Chef Fokontany

« Les filles ici ont leur premier enfant à 13-14 ans. Tous les soirs, dans les coins sombres, on peut les trouver. Ils font n'importe quoi. Moi ma mère me disait si tu touches un garçon, tu tombes enceinte. Une fois un homme avait touché mes cheveux et j'étais allée voir ma mère en pleurant car je pensais que j'allais

avoir un bébé! Maintenant avec la technologie, les jeunes ne croient plus les parents. »

Agent de santé communautaire

« Il faudrait que je puisse surveiller ma fille mais je suis au travail toute la journée. Je lui dis de ne pas parler aux garçons. Pour réussir à la surveiller, je demande à la petite de me dire à qui sa grande sœur a parlé pendant la journée... Mais bon, qui écoute ses parents maintenant ? »

Mère

« Les enfants n'écoutent plus les parents! (...) Les mauvaises fréquentations... Et Facebook, internet ... Il ne nous reste plus qu'à prier pour eux! »

Parents

3.2.3. Vulnérabilité socio-économique et psycho-affective

Les adolescent-e-s et les jeunes présentent une vulnérabilité socio-économique et psycho-affective les exposant aux relations sexuelles précoces et à risques.

Dans les Fokontany enquêtés, qui sont parmi les plus vulnérables d'Antananarivo, les logements sont généralement petits, précaires, insalubres et n'ont pas l'eau courante. Ils sont construits le plus souvent à deux étages, avec des matériaux de récupération. Les tôles du toit et les planches des murs sont souvent disjointes, laissant passer la pluie. Le premier étage accueille une famille et est composé d'une unique pièce. Le deuxième étage, auquel on accède par une échelle à travers une petite trappe située sur le « balcon » du 2^e étage, accueille une 2^e famille. Une famille occupe donc une unique petite pièce. Des ustensiles de cuisine sont entreposés dans un coin de la pièce, à même le sol. La télévision peut être présente et posée sur un meuble sommaire. Un lit double occupe près de la moitié de la surface au sol et pourra servir pour toute la famille. Dans certains cas,

un lit superposé accueillera les grands enfants qui dormiront au-dessus du lit double accueillant les parents et les plus jeunes enfants. Si un des enfants est en union et loge avec ses parents, un tapis ou matelas sera déposé sur le sol la nuit pour le jeune couple, occupant l'espace restant de la pièce. Cette promiscuité favorise les tensions intrafamiliales et les tensions entre voisins et induit que les enfants sont dès le plus jeune âge témoin de la sexualité de leurs parents ainsi que témoin obligé des scènes de violences conjugales.

«Après avoir vu comment nos parents font l'acte sexuel pendant la nuit, on arrive à faire cela de même»

Adolescente 13 ans

«À la maison, mes parents se battent beaucoup. Je pleure tout seul quand ils se battent.»

Garçon 10 ans

Les quartiers étant surpeuplés, chaque mètre carré est rentabilisé, ne laissant non construit qu'un dédale de petites ruelles étroites dans lesquelles l'on circule en file indienne. Ces ruelles sont aussi des égouts à ciel ouvert et

des morceaux de planche de bois ou des pierres jalonnent le sol pour tenter de marcher au sec.

Le quotidien est rythmé par les « corvées d'eau », chaque famille allant chaque jour se réapprovisionner à un point d'eau. Les adolescent-e-s non scolarisés auront souvent la responsabilité d'aller chercher l'eau, de faire les tâches ménagères et de s'occuper des plus jeunes enfants pendant que les parents s'absentent toute la journée pour tenter de subvenir aux besoins de leur famille à travers des petits boulots. Les adolescent-e-s et les jeunes non encore marié-e-s chercheront également des petits boulots pour aider leurs parents (louer leurs services à d'autres familles du quartier pour les corvées d'eau, les tâches ménagères, se louer comme porteurs ou tireurs de charrette, etc.). Leurs difficultés à trouver des petits boulots leur donnent dans la communauté la réputation de traîner dans le quartier et de développer des comportements non conformes à ce que les adultes attendent d'eux. La sexualité des adolescent-e-s et des jeunes est perçue comme favorisée par leur manque d'occupation, de centres d'intérêt et par leur manque d'encadrement par des adultes dans des structures adaptées. Les communautés perçoivent ainsi le manque de centres de formation, le manque d'emploi et le manque de centres de loisirs pour les non scolarisés comme une des causes des grossesses précoces.

La précarité socio-économique de leur famille et la fréquence des tensions et violences intrafamiliales sont également perçues par les communautés comme des causes de grossesses non désirées. Les besoins psycho-affectifs et matériels des adolescent-e-s et jeunes non comblés au sein de la famille associés à leur immaturité affective sont considérés comme favorisant leur entrée précoce en sexualité. Leurs passages à l'acte sexuel peuvent s'inscrire dans une recherche de soutien moral et affectif ou/et dans une recherche d'avantages matériels.

«Mes parents m'ont battu très fort et j'ai fugué. J'ai fui chez mon copain. Il m'écoute et

105. 1000 à 2000 aryaris équivalent à environ 25-50 centimes d'euro.

106. Kristen Stoebenau, Lori Heise and all. Revisiting the understanding of « transactional sex » in sub-Saharan Africa: a review and synthesis of the literature. Septembre 2016.

107. Stoebenau et al. Consuming sex: the association between modern goods, lifestyles and sexual behaviour among youth in Madagascar. Globalization and Health 2013 9:13.

108. Gaëlle Fonteyne, John Kamwinakebela, Emmanuel N'koué Sambiéni, Elisabeth Pau. Les déterminants socioculturels et communautaires des grossesses non désirées et des avortements, notamment au sein de la tranche d'âge des 15-24 ans en milieu urbain, dans la ville de Kinshasa en République Démocratique du Congo, Médecins du Monde, Novembre 2015.

109. Marie-Laure Deneffe Dobrzynski, Les déterminants socioculturels et communautaires des grossesses non désirées: focus sur la sexualité des adolescent-e-s. District sanitaire de Soubéré. Région sanitaire du Gboklé-Nawa-San Pedro. Côte d'Ivoire, Rapport d'enquête anthropologique, Médecins du Monde, Novembre 2016.

110. Ces cas ont été pris en charge au sein du Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique de Befelatanana d'Antananarivo par le centre Vonjy qui offre des services intégrés de prise en charge pour les victimes de violences.

me soutient. On a eu notre premier rapport cette nuit-là.»

Fille 15 ans, enceinte de 6 mois

« Avec une copine, on peut se soutenir, se confier nos problèmes... »

Garçon 14 ans

« Avec un copain, tu cherches l'amour, le soutien. Quand les garçons te donnent de l'affection, te chérissent ou te donnent des petits cadeaux ils attendent toujours des contreparties c'est à dire la relation sexuelle »

Fille 16 ans

« Dans un foyer instable, quand il y a absence de père, ou un père polygame, ou une famille monoparentale, ça incite les filles à chercher de l'affection ailleurs et à expérimenter les relations sexuelles »

Agent de santé communautaire

« J'ai 5 enfants que j'éleve seule. Ils m'aident en mendiant. »

Femme 22 ans

« Quand je vais avec un garçon, après il me paye un petit goûter ou il me donne de l'argent. »

Fille 13 ans

« Les filles elles vont avec les hommes pour qu'ils leur paient des vêtements à la mode, à manger, etc. »

Chef Fokontany

« À cause de la pauvreté, si un homme donne un peu d'argent à la fille même 1000 à 2000 ariary¹⁰⁵, les filles acceptent de sortir avec lui. »

Mères de familles

La recherche par les adolescentes d'avantages matériels à travers les relations sexuelles a été montrée également par les travaux de Kristen Stoebenau en Afrique subsaharienne sur le « sex for basic needs » et le « sex and material expressions of love »¹⁰⁶ ainsi que ses travaux à Madagascar sur les liens entre sexe

transactionnel et intérêt des jeunes pour consommer des biens liés à la vie moderne (téléphone, internet, vêtements à la mode, etc.)¹⁰⁷. Ces facteurs d'exposition à une sexualité précoce et à risque que sont les besoins basiques non pourvus au sein de la famille (nourriture, etc.) ou l'intérêt des adolescentes pour acheter des biens liés à la mode (que leurs parents ne peuvent ou ne veulent pas leur offrir) avaient aussi été mis en exergue lors de deux études réalisées par Médecins du Monde, l'une en 2015 à Kinshasa en République Démocratique du Congo¹⁰⁸ et l'autre en 2016 en Côte d'Ivoire¹⁰⁹.

3.2.4. Exposition aux violences sexuelles

Les violences sexuelles ont été régulièrement évoquées par les enquêtés comme responsables de grossesses non désirées chez les adolescent-e-s et les jeunes. Les violences évoquées pouvaient être intrafamiliales (viols conjugaux, inceste, etc.) comme extrafamiliales.

« Hier, il y avait un cas de viol qu'on m'a amené. C'est une jeune de 15 ans qui a été violée par un voisin. »

Agent de santé communautaire

« Quand je refuse le sexe à mon mari, il me donne des coups de pieds et de poings. »

Femme 23 ans, 4 enfants

« J'ai reçu un cas d'une jeune de 19 ans avec un enfant de 4 ans qu'elle a eu à 15 ans de son père qui l'a violée. »

Médecin

En 2013, sur les 501 cas d'abus sexuels enregistrés au Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique de Befelatanana à Antananarivo¹¹⁰, 80 % concernaient des filles de moins de 18 ans (49,5 % étaient des enfants et adolescentes de 5 à 14 ans et 32,5 % des adolescentes de 15 à 18 ans). En 2016, plus de 1 500 cas de maltraitance, de violence, d'abus

et d'exploitation à l'encontre des enfants et des adolescents ont été signalés au Service de la Police des Mœurs et de Protection des Mineurs¹¹¹. Ces données ne représentent qu'une portion des cas puisque les violences sexuelles sont souvent tuées par les victimes ou, quand elles sont révélées, sont souvent traitées de façon confidentielle au sein de la famille ou de la communauté, sans forcément être référées dans un centre de santé ni qu'une plainte ne soit déposée.

Des mesures au niveau du Ministère de la Santé ont été prises ces dernières années pour améliorer la prise en charge médicale des violences sexuelles à Madagascar ainsi que le

référéncement au niveau des différents niveaux de prise en charge (soutien psychosocial et accompagnement juridique). Une prise en charge est théoriquement possible dans tout centre de santé, avec trois niveaux de prise en charge (CSB1, CSB 2 et hôpital) comme l'indique le guide pratique de la prise en charge médicale des survivant-e-s de violence sexuelle publié en 2012 par le Ministère de la Santé¹¹². Cependant, le manque de moyens, notamment pour la mise à l'échelle de la sensibilisation et formation des soignants à la prise en charge des survivant-e-s de violence sexuelle et à la rédaction des certificats médico-légaux, ne permet pas que la prise en charge des survivant-e-s soit effective dans tous les CSB. Un centre de référence national, le centre Vonjy, a été créé au sein du Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique de Befelatanana d'Antananarivo. À Antananarivo, lorsque les prestataires des premiers niveaux de prise en charge ne sont pas formés, les survivant-e-s peuvent être référées vers le centre Vonjy mais avec un risque de perdre de vue non négligeable.

Focus sur les violences en milieu scolaire

Dans différents pays, de nombreuses études ont montré la fréquence des violences sexuelles en milieu scolaire et leur impact sur la déscolarisation ainsi que sur le nombre de grossesses non désirées chez les élèves. L'enquête SACMEQ III de 2007 est ainsi une évaluation transversale réalisée sur le harcèlement sexuel à l'école primaire dans 15 systèmes éducatifs d'Afrique subsaharienne. Sur 229 écoles étudiées, 41 % des directeurs d'école ont reconnu l'existence du harcèlement sexuel entre élèves dans leur école et 39 % des directeurs d'école ont affirmé que le harcèlement entre enseignant et élève avait été constaté dans leur école¹¹³. D'autres études réalisées en République Démocratique du Congo, Ghana, Nigéria, Somalie, Afrique du Sud, Soudan, Zambie, Zimbabwe ont également montré la prégnance des violences sexuelles commises sur les élèves par les enseignants

111. Données tirées de : Ministère de la Santé Publique de Madagascar. Plan Stratégique National en Santé de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes 2018 - 2020.

112. Ministère de la Santé de Madagascar. Guide pratique de la prise en charge médicale des victimes de violence sexuelle. Mai 2012.

113. UNESCO. Les violences de genre en milieu scolaire font obstacle à la réalisation d'une éducation de qualité pour tous. Document de politique 17 de l'Unesco. <http://fr.unesco.org/gem-report/sites/gem-report/files/232107F.pdf>.

114. Une enquête nationale menée en 2006 en Afrique du Sud montrait que les maîtres d'école étaient responsables de 32 % des viols d'enfants déclarés Jewkes R, Abrahams N, 2006.

115. Une étude menée en 2001 au Zimbabwe montrait là aussi un taux élevé de violences sexuelles perpétrées par des enseignants dans des écoles primaires rurales et touchant majoritairement des filles de 11 à 13 ans. Nhundu T.J. Shumba A., 2001.

116. Africa Rights a mené des enquêtes en RDC, Ghana, Nigéria, Somalie, Afrique du Sud, Soudan, Zambie, Zimbabwe qui a mis en évidence des cas de maîtres d'école sollicitant des actes sexuels contre de bonnes notes ou le passage en classe supérieure.

117. En Côte d'Ivoire, lors d'une enquête menée en 2010 par le Ministère de l'Éducation Nationale, 47 % des enseignants ont déclaré avoir eu des relations sexuelles avec des élèves. Dedy, 2010.

118. Marie-Laure Deneffe Dobrzynski, Les déterminants socioculturels et communautaires des grossesses non désirées : focus sur la sexualité des adolescent-e-s. District sanitaire de Soubré. Région sanitaire du Gboklé-Nawa-San Pedro. Côte d'Ivoire, Rapport d'enquête anthropologique, Médecins du Monde, Novembre 2016.

119. Halim Benabdallah. Les violences de genre comme facteur de déscolarisation des filles en Afrique subsaharienne francophone. Ministère des affaires étrangères et européennes de l'association genre et action. Septembre 2010. http://www.genreenaction.net/IMG/pdf/Rapport_final_sur_les_violences_de_genre_en_milieu_scolaire.pdf.

120. Cf référence de la note précédente.

dès l'école primaire^{114 115 116}. Une étude qualitative menée par Médecins du Monde en 2016 sur les déterminants des grossesses non désirées chez les collégiennes et lycéennes en Côte d'Ivoire a relevé un phénomène de harcèlement sexuel avec chantage sur les notes et le fait que des enseignants¹¹⁷ profitaient de la grande précarité de leurs élèves pour solliciter des actes sexuels en échange d'une aide alimentaire ou financière¹¹⁸. Si les études en milieu scolaire se sont particulièrement intéressées aux enseignants, il est reconnu que ce sont l'ensemble des référents adultes présents au sein ou à proximité des écoles qui sont concernés¹¹⁹.

Les études menées sur les violences en milieu scolaire sont relativement récentes, ce phénomène tabou ayant longtemps été tu, au même titre que l'ensemble des violences sexuelles perpétrées envers les enfants et les femmes. Un certain nombre de pays, dont Madagascar, ne semblent ainsi pas avoir de données sur les violences en milieu scolaire. Pour citer l'auteur d'une étude réalisée en 2010 sur les violences en milieu scolaire en Afrique subsaharienne francophone, « en raison du silence relatif qui entoure le problème dans la région jusqu'à récemment, il n'y a eu qu'un investissement limité dans la collecte de données quantitatives sur ce phénomène. C'est une violence connue, mais occultée par les différents acteurs de la société scolaire, et d'abord par les élèves eux-mêmes qui craignent de se voir blâmer ou retirer de l'école »¹²⁰. Si les entretiens menés durant notre étude ne permettent pas de chiffrer ces violences, elles mettent toutefois en évidence que celles-ci peuvent être perçues par les enquêtés comme étant relativement courantes.

« Bon, la sexualité des élèves, ça cause des problèmes... Il y a du harcèlement sexuel entre élèves. »

Proviseur

« Il y a eu un cas de grossesse d'une élève avec un enseignant. Ce sont des cas qu'on cache par solidarités entre enseignants. L'enseignant

a dédommagé la famille et ça s'est arrêté là. C'est la honte sur tout le lycée si ça se sait. Mais il y a des cas qu'on connaît entre nous. »

Une enseignante de collègue

« Toutes les étudiantes te disaient de prier pour ne pas tomber sur cet enseignant pour ton examen de passage. Tant que tu n'acceptais pas d'aller avec lui, il ne te donnait pas ton examen. »

Ancienne étudiante

« Pendant les stages de nuit à l'hôpital, c'était le plus dangereux aussi. Ceux dont tu dépendais pour ta validation de stage en profitaient. »

Ancienne étudiante

Une chanson populaire malgache dénonce les relations sexuelles entre enseignants et étudiantes. Voici certaines de ses paroles traduites :

« Monsieur, tu es mon ami, tu es toujours tout près de moi, quand on fait l'interro, ne me donne pas zéro, zéro... »

Quand ils se promènent ensemble, c'est comme un père avec son enfant, la fille a le même âge que la fille aînée du monsieur... »

Monsieur sortira toujours avec une nouvelle fille, chaque année... il n'aura pas honte... »

Paroles traduites de la chanson « Ramose tatanta » chantée par le groupe « Tempo Gaigy »

À Madagascar, il semble ne pas exister de campagne à grande échelle de prévention spécifique contre les violences en milieu scolaire comme cela a pu être mis en place dans d'autres pays.

« Ici, les violences sexuelles des enseignants, ça se passe dans la plus grande impunité. Il n'y pas de campagnes de sensibilisation là-dessus. »

Responsable national d'une institution internationale en SSR

Il est à noter qu'un des 5 objectifs des nouveaux curricula d'éducation sexuelle complète en milieu scolaire (qui ont été testés dans des

sites pilotes par le Ministère de l'Éducation Nationale et doivent être mis en œuvre à l'échelle du pays¹²¹) est de «protéger l'enfant, l'adolescent et le jeune des abus et violences sexuels»¹²². La mise à l'échelle de ces nouveaux curricula devrait donc participer à lutter contre les violences sexuelles commises envers les enfants, adolescent-e-s et jeunes.

3.2.5. Accès limité aux informations

L'enquête montre que les parents et les enseignants sont les principaux canaux reconnus par les communautés comme légitimes pour aborder l'éducation à la sexualité avec les mineurs.

La sexualité étant cependant tabou, peu d'informations sont données en famille, en dehors de quelques bribes d'informations données aux filles lors des premières menstrues (parfois avant leur arrivée, parfois après) qui consiste essentiellement en quelques informations pratiques sur l'hygiène menstruelle accompagnées d'un discours répressif sur la sexualité hors mariage.

Les connaissances sur le cycle menstruel et la contraception acquises par les adolescent-e-s et les jeunes célibataires scolarisés enquêtés avaient été acquises essentiellement en milieu scolaire, notamment à travers les cours de SVT¹²³ des classes de 4^e et Terminale (à un âge auquel

les adolescent-e-s et les jeunes ont déjà pu avoir leurs premiers rapports sexuels).

Les réseaux d'éducateurs pairs mis en place par le Ministère de la Jeunesse et des Sports ainsi que par les réseaux de centres de santé privés diffusent également l'information auprès des adolescent-e-s et des jeunes, notamment dans les fokontany et les Maisons des Jeunes (avec parfois une dichotomie faite entre «sexuellement actifs» et «non sexuellement actifs») et peuvent ainsi toucher les non scolarisés. Cependant, leurs moyens sont limités et ils ne couvrent pas toute la population des adolescent-e-s et jeunes non scolarisés. Lors de l'enquête, ces derniers semblaient avoir un taux plus faible de connaissances sur le cycle menstruel et la contraception que les scolarisés.

En ce qui concerne l'information par les médias, selon l'ENSOMD 2012-2013, 80 % des adolescent-e-s de 15-19 ans n'ont reçu aucun message sur la planification familiale de l'un ou de l'autre des trois médias (radio, télé, journal) au cours des trois derniers mois de l'enquête.

On note donc un accès aux informations sur la contraception tardif et insuffisant par rapport à la précocité de l'entrée en sexualité avec de plus des non scolarisés qui vont présenter une plus faible connaissance des méthodes de contraception que les scolarisés. Ainsi, selon l'ENSOMD 2012-2013, 18,2 % des filles de 15-19 ans et 27,8 % des garçons de 15-19 ans n'ont jamais attendu parler de méthodes modernes de contraception. Un sondage réalisé par Médecins du Monde en 2017 à Antananarivo montrait que seuls 73 % des adolescent-e-s et jeunes connaissaient des méthodes contraceptives modernes et seulement 17,2 % avaient une connaissance de 3 méthodes et plus¹²⁴.

Après le mariage et surtout la naissance du premier enfant, du fait de la fréquentation des centres de santé pour les suivis de grossesse et ensuite du nouveau-né (où les femmes peuvent être exposées à une sensibilisation sur la planification familiale), les connaissances sont

121. Annoncée pour 2018-2019.

122. Ministère de la Jeunesse et des Sports de Madagascar. UNFPA. Rapport d'évaluation sur la mise en œuvre de l'éducation sexuelle complète dans deux sites pilotes: Vatovavy Fitovinany et Atsima Andrefana. Mai 2017.

123. Sciences de la Vie et de la Terre.

124. Médecins du Monde. Rapport du sondage de connaissance en santé sexuelle et reproductive des jeunes et adolescents à Antananarivo. Septembre 2017.

125. Ce pourcentage correspond aux méthodes modernes auquel s'ajouterait 4,1 % pour les méthodes traditionnelles (abstinence périodique, retrait, méthode populaire). ENSOMD 2012-2013.

126. Ce pourcentage correspond aux méthodes modernes auquel s'ajouterait 6,6 % pour les méthodes traditionnelles. ENSOMD 2012-2013.

meilleures. Le sondage réalisé par Médecins du Monde en 2017 a ainsi montré que la connaissance en méthodes contraceptives augmente en fonction de l'âge et particulièrement du statut matrimonial.

Nous avons cherché à comprendre quelles sont les barrières socioculturelles qui freinent la diffusion de l'information sur la contraception auprès des adolescent-e-s et des jeunes et quels seraient les messages socioculturellement acceptables en prévention des GND.

Dans un contexte où le cadre normatif religieux est l'abstinence jusqu'au mariage, l'analyse des données recueillies durant l'enquête met en exergue qu'il est opéré, aussi bien dans les représentations populaires que dans la mise en œuvre des programmes de sensibilisation, une dichotomie entre les adolescent-e-s et jeunes «sexuellement actifs» et les «non sexuellement actifs». Si donner l'information sur la contraception aux «sexuellement actifs» est considéré comme nécessaire, donner l'information aux «non sexuellement actifs» est par contre perçu comme malvenu car «incitant à la sexualité». L'on observe alors un manquement : des adolescent-e-s. et des jeunes qui n'ont pas un accès reconnu à l'information avant d'être sexuellement actifs et qui ont donc potentiellement leurs premiers rapports sexuels sans avoir reçu l'information nécessaire pour se protéger des risques liés à la sexualité.

Les communautés (parents, chefs de Fokontany, leaders religieux...) préconisent que les adolescent-e-s et les jeunes soient essentiellement sensibilisés aux risques des GND et des avortements. De façon générale une préférence est donnée à la re-moralisation des jeunes pour les encourager à la poursuite des études et à l'abstinence avant le mariage ainsi qu'à la sensibilisation au dialogue parents-enfants. Ils se montrent réticents pour donner des informations aux célibataires sur les contraceptifs, avec toutefois une plus grande tolérance pour les «sexuellement actifs».

Les enseignants, qui sont considérés par les parents comme le relais le plus légitime, après eux, pour aborder l'éducation sexuelle avec leurs enfants, ont un discours assez proche de celui des communautés. Si leurs préconisations quant au contenu des messages peuvent être liées à leurs valeurs, elles sont également dictées par leur crainte de conflits avec les parents. Cependant, la réalisation des cours de SVT sur la sexualité et la contraception ne semble pas être remise en question par les enseignants. Ils expriment d'une part que leur devoir est de réaliser le programme officiel et d'autre part que cet argument officiel est entendu par les parents lorsque ceux-ci viennent exprimer leur désaccord quant à l'accès aux informations sur les contraceptifs donnés à leurs enfants.

3.2.6. Pauvreté des stratégies adoptées par les adolescent-e-s et les jeunes pour gérer les risques en sexualité

Les adolescent-e-s et les jeunes ont une faible capacité d'agir pour adopter des stratégies efficaces pour se prémunir des risques de GND et ont au final surtout des stratégies de gestion des GND. L'analyse des données d'enquête montre en effet que les stratégies adoptées par les adolescent-e-s et les jeunes pour éviter les grossesses précoces sont peu fréquentes et peu efficaces.

Conformément aux études montrant qu'à Madagascar, les taux de prévalence contraceptive des 15-19 ans (13,7 %) ¹²⁵ et des 20-24 ans (28,8 %) ¹²⁶ sont faibles, les données d'enquête montrent que :

- Le DIU et les contraceptifs hormonaux (pilules, injectables, implants, etc.) sont peu utilisés mais aussi peu souhaités, notamment pour les nullipares (cf. peur des effets secondaires).
- Le préservatif est peu utilisé. Il est recherché par les filles pour éviter les grossesses ou pour les risques d'IST-VIH mais celles-ci ont une faible capacité d'agir pour l'imposer dans une relation (cf. stigma de la fille proposant

le préservatif, inégalités et violence liées au genre...)»¹²⁷. Il est évité par les garçons (cf. perte de plaisir, image dégradée de la fille qui l'utilise...). Ceux-ci vont circonscrire l'intérêt de son utilisation en « période d'ovulation » (« *on demande à la fille de compter les jours pour savoir quand l'utiliser* ») ou lors de relations considérées à risque d'IST-VIH (« *pour les filles qu'on connaît peu* », « *pour celles qui ne sont pas sérieuses* »). Les risques d'IST-VIH sont effectivement davantage considérés, par les filles comme par les garçons, dans les relations occasionnelles ou dans le début d'une relation ou lorsque le partenaire n'est pas de la communauté. Ces risques sont moins considérés dans une relation longue ou chargée d'affect ou lorsque le nouveau partenaire faisait déjà partie d'un cercle d'interconnaissances¹²⁸. Selon l'ENSOMD 2012-2013, seuls 24,2 % des 15-24 ans ont des connaissances exactes et complètes au sujet du VIH-SIDA et seuls 7,9 % des 15-24 ans ont utilisé le préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque.

Pour les nullipares, lorsqu'une stratégie est adoptée, il semble qu'elle repose essentiellement sur un bricolage entre le comptage de jours et l'utilisation, en période d'ovulation, du préservatif ou de la Pill 72¹²⁹. Il est intéressant de noter que

127. Différentes études ont montré la faible capacité d'agir des femmes à Madagascar pour négocier le préservatif avec leurs partenaires dont: Pettiforet al. Perceived control over condom use among sex workers in Madagascar: a cohort study. BMC Women's Health 2010;10:4. <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/10/4>.

128. L'utilisation du préservatif sur ces critères subjectifs liés à la régularité d'une relation ou à l'affect mis dans celle-ci ou encore au fait que le partenaire fasse ou non partie d'un cercle d'interconnaissances ont également été mis en exergue dans diverses études dont: Kristen Stoebenau, PhD, Michelle J. Hindin and all, « "...but then he became my sypa": the implications of relationship fluidity for condom use among women sex workers in Antananarivo, Madagascar. Framing health matters. 2016.

129. Forme commerciale de la pilule du lendemain.

130. Clotilde Binet, Bénédicte Gastineau. Représentations et pratique de la sexualité des jeunes à Madagascar: permissivité et tabou. Autrement. 2009.

131. Nom donné à l'enfant né hors mariage. Traduction littérale malgache-français: zaza: enfant, sary: image

l'utilisation de cette contraception d'urgence ne semble pas générer les mêmes craintes d'effets secondaires que les autres contraceptifs hormonaux, qu'elle est souvent anticipée et que l'interprétation populaire de sa posologie peut être comprise non comme étant une prise **après** le rapport mais **avant** celui-ci. Quant au comptage des jours, s'il est régulièrement cité, la mauvaise connaissance du cycle ne permet pas que cette méthode soit utilisée de façon efficace.

« On fait surtout le comptage des jours. On évite les jours où on peut avoir une grossesse ou on utilise le préservatif ou on achète la Pill72 pour ces jours-là. »

« Comme son nom l'indique, la Pill 72, c'est à prendre 72h avant le rapport »

« Pour compter les jours, on compte qu'entre le 14ème jour et jusqu'au règles, on n'a pas de rapport. »

« On attend aux règles et puis on compte 5 jours sans avoir de rapports. »

« Il faut compter jusqu'au 14ème jour et là on arrête d'avoir des rapports et après 4 jours on recommence. »

Adolescent-e-s et jeunes

Si les méthodes traditionnelles (tisanes contraceptives, retrait...) peuvent être utilisées, elles semblent l'être également de façon peu fréquente et non systématisée pour chaque rapport.

D'autres stratégies, inefficaces au regard des connaissances scientifiques en contraception, sont également citées comme pouvant être utilisées:

« Pour éviter la grossesse, on va boire de l'eau froide après le rapport et rester debout. »

« En espaçant les rapports, on évite la grossesse. »

« Je lave à l'intérieur du vagin après le rapport. »

Les premiers rapports semblent le plus souvent réalisés sans aucune protection. Ils peuvent être non anticipés, tout au moins par la fille, ne

lui permettant pas d'avoir envisagé l'utilisation d'une méthode en amont (« *Il m'a dit qu'on allait se promener. Il m'a eue par surprise. Il avait loué une chambre et m'y a emmenée.* », « *On était dans un coin calme et là ça s'est fait, comme ça. Je n'avais pas pensé à ça avant.* »). Les croyances liées à l'absence de risque lors d'une première fois et le stress inhérent à cette première fois sont également des facteurs ne favorisant pas l'utilisation de méthodes contraceptives. Ajoutons également qu'un certain nombre de premiers rapports sexuels sont non consentis. Ces différents facteurs participent ainsi à expliquer que, selon l'ENSOMD 2012-1013, pour les 15 à 24 ans sexuellement actifs, seuls 2 % des filles et 4 % des garçons ont utilisé un condom lors de leur premier rapport sexuel.

3.3. DEVENIR D'UNE GROSSESSE ADOLESCENTE : INFLUENCE DU STIGMA SOCIAL

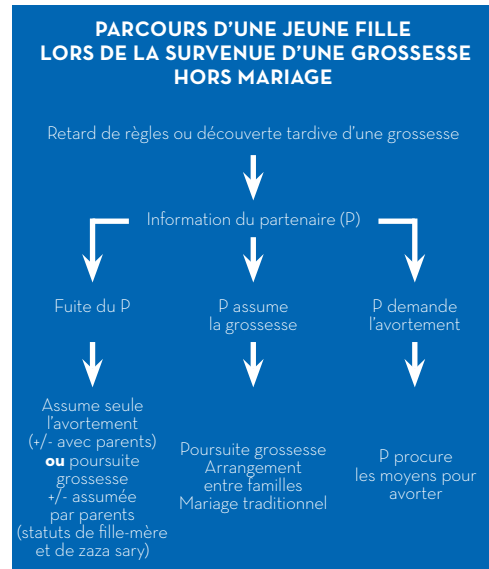
Nous allons maintenant nous intéresser aux déterminants socio-culturels de la prise en charge des grossesses non désirées chez les adolescent-e-s et les jeunes et nous attarder plus spécifiquement sur le devenir des grossesses survenant chez les jeunes filles célibataires.

3.3.1. Itinéraires lors d'une grossesse hors mariage

Les entretiens menés avec les adolescent-e-s et les jeunes ont mis en exergue différents itinéraires possibles lors de la survenue d'une grossesse hors mariage. Nous avons tenté de modéliser dans le schéma ci-contre les itinéraires en cas de grossesse hors mariage.

Les grossesses survenant hors mariage auront un devenir, que ce soit la poursuite de celle-ci ou son avortement, qui dépendra en grande partie de la réaction du partenaire à l'annonce de la grossesse. Les parents des jeunes auront

également un rôle décisionnel important dans la poursuite ou l'interruption de la grossesse ainsi que dans la décision de mariage des deux jeunes pour légitimer la grossesse. Ceci a pour corollaire que la jeune fille elle-même a un faible pouvoir d'agir face à son propre devenir en cas de grossesse.



3.3.2. Avortement et mariage précoce : deux stratégies de réparation du désordre social

À Antananarivo, avoir un enfant hors mariage revient à afficher la transgression de l'interdit de la sexualité hors mariage et à apporter du désordre social¹³⁰. Les mères célibataires seront alors stigmatisées ainsi que leurs enfants et respectivement dénommés « *filles-mères* » et « *zaza sary* »¹³¹. Le stigma social rejillira indirectement sur les personnes qui étaient en charge de leur éducation et qui sont considérées par la communauté comme ayant failli à leur mission éducative. Les jeunes filles enceintes tout comme leur entourage mettront alors en place différentes stratégies pour éviter ce stigma et pour tenter de réparer le désordre social apporté. L'organisation du mariage traditionnel à l'annonce de la grossesse permettra

ainsi de légitimer la grossesse et l'enfant à naître en les replaçant dans le cadre du mariage. Lorsque le mariage n'est pas possible ou non voulu, ou encore lorsqu'il est voulu par le couple mais plus tardivement, la pratique de l'avortement permettra l'évitement du stigma social de « fille-mère » et l'« effacement » du signal tangible de la transgression de l'interdit sexuel par la jeune fille célibataire, lui rendant symboliquement une forme de « virginité » et la replaçant parmi les jeunes filles attendant le mariage pour vivre leur fécondité. À ce titre, le partenaire ou les parents de la jeune fille pourront encourager la pratique de l'avortement.

S'inscrivant hors de la cellule socio-économique de base des communautés enquêtées, à savoir la famille nucléaire, la grossesse hors mariage est aussi vécue comme apportant un désordre socio-économique. La prise en charge de la grossesse, de l'accouchement puis des frais d'éducation et de santé de l'enfant sont traditionnellement dévolus au mari et à la famille de celui-ci. Sans mari, la mère célibataire est perçue comme responsable de l'appauvrissement économique mais aussi social de sa famille: elle reste à la charge de ses parents, ainsi que son enfant et elle n'a pas par un mariage permis d'instaurer de nouveaux liens sociaux et d'entraide entre deux familles.

Le désordre social instauré pourra se manifester par des conflits, entre la famille et la

communauté et au sein même de la famille, entre parents et entre parents et enfants.

« Une fille qui a un enfant avant le mariage, c'est la honte pour sa famille. Si le père reconnaît l'enfant, il faut vite la marier. »

Mères

« Si on ne peut pas la marier, c'est les parents qui assument. Ce sera une bouche de plus à nourrir. Et on dira que les parents ont pas bien éduqué leur fille. »

Mères

« Ceux qui ont les moyens peuvent payer l'avortement dans un centre de santé. Sinon, c'est trop dangereux. Ceux qui sont pauvres comme nous, ils vont assumer l'enfant de leur fille. Ça a créé des conflits dans mon couple. J'accusais ma femme. Ça se passait mal pour nous dans la communauté. On disait de nous que nous nous occupions mal de nos enfants. »

Père d'une fille-mère de 17 ans

3.3.3. Avorter pour poursuivre ses études

Une étude publiée en 2010 par Bénédicte Gastineau et Stellina Rajaonarisoa¹³² a montré que, si l'avortement est répandu dans tous les milieux et tranches d'âges des femmes en âge de procréer, il touche plus spécifiquement les plus jeunes, célibataires et en cours de scolarisation et que la poursuite des études est une des raisons invoquées pour décider d'avorter. Durant l'enquête, les soignants pratiquant l'avortement tout comme les marchands ambulants vendant des abortifs ont témoigné que les demandes d'avortement émanant des adolescent-e-s et des jeunes provenaient très majoritairement des scolarisés.

Les données collectées montrent que lors de la survenue d'une grossesse, l'élève s'expose à :

- L'ostracisation par ses pairs,
- L'expulsion de l'école, du centre de formation ou du centre de prise en charge des enfants

132. Bénédicte Gastineau, Stellina Rajaonarisoa. Santé de la reproduction et avortement à Antananarivo. *Afr. J. Reprod. Health* 2010; 14(3): 223-232.

133. Il ne semble pas exister à Madagascar de mesures mises en place au sein de l'Éducation Nationale et de l'Enseignement Technique permettant de protéger les élèves enceintes de la déscolarisation.

134. Le rôle des matrones et des médecins libéraux a également été souligné dans une étude menée sur la pratique de l'avortement à Antananarivo: Bénédicte Gastineau, Stellina Rajaonarisoa. Santé de la reproduction et avortement à Antananarivo. *Afr. J. Reprod. Health* 2010; 14(3): 223-232).

135. Cela rejoint les conclusions d'une enquête réalisée par Médecins du Monde sur les mêmes zones montrant que dans le cadre de l'avortement, les jeunes et adolescents perçoivent en général les médecins libres et les matrones comme premiers lieux de référence: Médecins du Monde. Rapport du sondage de connaissance en santé sexuelle et reproductive des jeunes et adolescents à Antananarivo. Septembre 2017.

des rues (alors même que cela est contraire aux droits à la scolarisation et peut être considéré comme une violence liée au genre)¹³³.

« Lorsque j'ai appris que j'étais enceinte, j'ai eu honte, j'ai quitté l'école. Je le cache aux autres élèves. Pour ça, Je ne vois plus mes anciens camarades. Ils se moqueraient de moi. »

Adolescente, 15 ans, enceinte de 5 mois

« Une fille enceinte, on ne la garde pas. Elle n'a pas respecté le règlement. Elle doit pratiquer l'abstinence. Elle montre le mauvais exemple aux autres. »

Acteur socio-éducatif programme enfants des rues

« On n'a pas de filles enceintes ici. Elles ont honte, elles quittent l'école avant. Mais de toute façon, je ne pourrais pas les garder. Ce serait une honte pour l'établissement. Un mauvais exemple. »

Proviseur

Ces risques s'ajoutent aux autres risques sociaux liés à la survenue d'une grossesse hors mariage et participent à expliquer que, lors des entretiens, les élèves présentaient l'avortement comme étant leur premier réflexe face à la survenue d'une grossesse. Ce réflexe était partagé par les filles comme par les garçons scolarisés, ceux-ci invoquant la peur de devoir arrêter leurs études pour se marier et subvenir aux besoins de leur nouvelle famille.

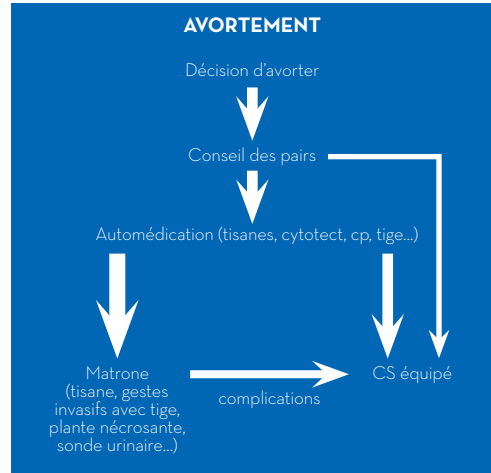
« Si ta copine a un retard, tu fuis. Ou tu lui paies tisanes ou comprimés pour avorter si tu veux rester avec elle. »

Lycéens

« S'il y a un retard de règles, on va demander aux copines. Elles vont conseiller de prendre tisanes ou acheter comprimés. Ou aller voir la matrone. Celle qui a l'argent, elle ira au centre de santé. »

Collégiennes

3.3.4. Itinéraires thérapeutiques en cas d'avortement



Lorsqu'une décision d'avortement est prise, que ce soit dans le cadre d'une grossesse hors mariage comme dans le cas d'une grossesse non désirée au sein d'une union maritale, le premier réflexe semble être de demander conseils à ses pairs puis de pratiquer l'automédication, que ce soit à partir de médicaments traditionnels (« acheter des tisanes aux marchands ambulants », « aller ramasser des plantes avec des boules rouges ») ou issus de la biomédecine (« on achète les comprimés aux marchands qui sont assis dans la rue », « on cherche le Cytotec ») ou encore à travers d'autres méthodes (« boire du coca cola », « se fatiguer », « courir, sauter, tomber »). Lorsque l'automédication n'a pas suffi à provoquer l'avortement ou a entraîné des complications, un recours à un acteur de santé sera envisagé, qu'il soit issu de la médecine traditionnelle (matrone) ou issu de la biomédecine (sage-femme, médecin)¹³⁴. Les matrones sont citées assez systématiquement dans les parcours de soins tout comme les centres de santé privés¹³⁵. Certains centres de santé sont réputés dans les communautés pour proposer des services d'avortement à moindre risque et ceux qui en ont les moyens financiers privilégieront le recours à ces centres assez rapidement dans leur itinéraire thérapeutique. Les différents degrés de risque selon les prestataires de soins semblent perçus par les

enquêtés ainsi que les inégalités financières d'accès aux avortements « sûrs »¹³⁶ (« *Dans les centres de santé privés, c'est moins risqué. Mais c'est pour celles qui ont les moyens. Nous autres, on va se débrouiller en ramassant des plantes ou avec les marchands ambulants.* » « *Les centres de santé, c'est plus sûr mais y'a problème de coût.* » « *Bon, les matrones, elles aident mais si on avait l'argent, on irait au centre de santé.* » Adolescent-e-s et jeunes). Les soignants rencontrés pratiquant des avortements témoignent que les adolescent-e-s et les jeunes ont déjà tenté différentes méthodes avant de se rendre dans leur centre.

« Oh, elles ont déjà essayé tout un tas de choses avant de venir ici ! Elles ont pris des tisanes, des comprimés... Enfin, vraiment, elles ont fait beaucoup de choses déjà... C'est pour ça que moi je préfère faire l'aspiration et ne pas faire le protocole avec le misoprostol. Elles ont déjà pris tellement de comprimés avant ! Bon, je leur laisse le choix. Mais quand elles comprennent qu'avec l'aspiration, ce sera vite fini alors qu'avec le misoprostol elles vont encore saigner plusieurs jours, devoir attendre, revenir et tout ça, elles choisissent l'aspiration. Elles ont déjà assez stressé et attendu que l'avortement se fasse avec toutes leurs autres méthodes... Elles ne veulent plus de ça. »

Médecin privé

Selon une étude menée dans le centre hospitalier de référence d'Antananarivo pour les complications liées à l'avortement, les femmes pratiquant l'avortement connaissent les risques liés à cette pratique. Les critères sociaux favorisant le recours à l'avortement sont notamment le fait d'être mineure et célibataire ou d'avoir déjà plusieurs enfants, de vivre dans des conditions de précarité socio-économique et d'avoir eu plus d'un partenaire sexuel dans l'année écoulée¹³⁷. Rappelons que l'avortement est totalement illégal à Madagascar, y compris l'avortement thérapeutique qui était toléré jusqu'au vote de la loi PF en décembre 2017¹³⁸, et qu'il y est la deuxième cause de mortalité maternelle. À Madagascar, selon P. Bourée (dans *Médecine et Santé Tropicales*, Vol.

23, N8 4 - octobre-novembre-décembre 2013), des données d'une étude réalisée au CHU d'Antananarivo montrent que « 12 % des femmes des milieux urbains de 15 à 49 ans y ont déjà eu recours, et 21 % à Antananarivo ». Selon cette même source, l'étude au CHU de Befalalana portant sur 364 cas de complications d'avortements reçus sur une année aurait montré que « l'avortement a été pratiqué par la femme elle-même (31 %), par des médecins (23 %), par des sages-femmes (17 %) ou par du personnel non médical (29 %). Les moyens utilisés étaient le misoprostol (36 %), la sonde intra-utérine (21 %), la phytothérapie (13 %), la pilule (5 %), le curetage (8 %) ou le nifinakanga, une plante qui, introduite dans le vagin, provoquerait une contraction utérine (3 %). Les complications répertoriées ont été une rétention placentaire (70 %), une endométrite (9,7 %), une pelvipéritonite (4,7 %), une infection génitale (4,4 %), une anémie aigüe avec rétention placentaire (3,6 %), un choc hémorragique (1,9 %), une septicémie ou une perforation utérine (1,1 % chaque). La durée moyenne d'hospitalisation a été de trois jours; les complications les plus graves sont survenues chez les femmes « traitées » par du personnel non médical. Le décès est survenu dans 3,9 % des cas ». (Andriamifidison N. Z. R. et al., *Med Afr Noire* 2013; 60:163-8)¹³⁹.

3.3.5. Mères célibataires

Stigma social

Lorsqu'une grossesse survenue hors mariage se poursuit et ne débouche pas sur un mariage, la jeune fille porte le stigma de « fille-mère » et son enfant celui de « zaza sary »¹⁴⁰. Des stratégies seront mises en place lors de l'annonce de la grossesse pour éviter la propagation du stigma à l'entourage familial et éducatif, notamment en cachant la grossesse. Comme nous l'avons vu précédemment, les institutions éducatives préféreront que la jeune fille quitte leur sein avant que la grossesse ne se voit et, dans les familles qui en ont les moyens, des parents pourront envoyer leur fille « à la campagne », « chez les grands-parents » le temps de la grossesse.

Dans les quartiers enquêtés, les familles ont témoigné que, la précarité permettant difficilement d'éloigner la jeune fille le temps de la grossesse, celle-ci reste le plus souvent chez ses parents. Il semble rare que celle-ci se retrouve à la rue. Les quelques cas de filles rencontrées ayant été chassées par leurs parents ont finalement trouvé refuge chez un autre membre de la famille (sœur, frère, tante, grand-mère, etc.) ou ne l'ont été que temporairement et ont pu regagner leur foyer, toutefois après quelques nuits passées à la rue. La nécessité d'obtenir une autorisation parentale pour les entretiens avec les mineurs n'a cependant pas permis de toucher les mineures en rupture familiale et il n'a donc pas été possible de vérifier si parmi les mineures en rupture familiale le statut de mère célibataire pouvait être une cause fréquente de rupture familiale.

L'analyse des discours des jeunes filles rencontrées qui ont poursuivi leur grossesse au sein de leur famille montre que, si elles n'en ont pas été chassées, elles y ont cependant vécu une ostracisation souvent accompagnée de violences psychologiques, verbales voire physiques.

Elles semblent avoir une image très dévalorisée d'elles-mêmes avec une certaine identification à l'image que leur renvoient leur entourage et la société de manière générale.

«Voilà tu es tombée, tu seras une autre charge pour la famille, comment comptes-tu avoir un mari plus tard»

Père de famille, parlant des réactions des parents à l'annonce d'une grossesse chez une mère célibataire

«La honte. Pour moi et mes parents... Les gens les critiquaient dans le quartier... Et eux ils me critiquaient moi... Je les ai fait souffrir... J'ai fauté... Et moi et mon enfant ne sommes rien... Je voudrais qu'il aille à l'école mais qui va payer pour son écolage ? (...) Pour me marier, il faudrait un homme qui accepte l'enfant, ce n'est pas facile...»

Jeune femme de 20 ans, célibataire, un enfant de 7 ans dont elle a accouché hors mariage à 13 ans

«Une de mes cousines a eu un enfant seule à 16 ans. C'était la honte de la famille. Elle a fini par se marier 10 ans après. Tout le monde a crié au miracle.»

«Quand mes parents ont su... Ils ont crié, insulté, m'ont battue... J'ai dormi dehors quelques nuits. (...) Ils ont accepté que je rentre à la maison. (...) J'ai honte, toujours...»

Adolescente, 17ans, célibataire, 1 enfant de 9 mois

«Il m'avait dit qu'il m'épouserait et j'ai accepté d'avoir un rapport avec lui. Mais il avait menti. Il était déjà marié. Quand j'ai eu seule mon enfant à 13 ans, on disait du mal de mes parents. J'avais honte.»

Mère célibataire

Caylah, jeune slameuse malgache ayant mené des ateliers de slam à Antananarivo auprès de mères célibataires, dira quant à elle, par voie de presse : *«Le mauvais regard de la société sur les mamans précoces entraîne un repli de ces filles sur elles-mêmes»*.¹⁴¹

136. Selon les déclarations des bénéficiaires ou des prestataires, le coût approximatif des différentes méthodes abortives dans les circuits d'avortement présents dans les quartiers enquêtés serait : Vendeurs ambulants : plaquette de 10 comprimés de misoprostol (cytotec) : 12000-15000 ariarys ; tisanes abortives 500 ariarys. Avortement avec la matrone : 15000 ariarys ; contraceptif d'urgence (Pill 72) : 5000-6000 ariarys. Avortement en Centre de santé : 20 000 à 60 000 ariarys (1^{er} trimestre).

137. Andriamifidison NZR and all. Déterminants de l'avortement provoqué au Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie Obstétrique de Befalatanana, Madagascar. Journal malgache de Gynéco-Obstétrique 2016; Vol 1:19-23.

138. République de Madagascar. Loi n°2017- 043 fixant les règles générales régissant la Santé de la Reproduction et la Planification Familiale.

139. P. Bourée. Madagascar. Fréquence des avortements clandestins. Article paru dans Médecine et Santé Tropicales, Vol. 23, N8 4 - octobre-novembre-décembre 2013. Consulté en ligne le 14/04/2018. http://www.jle.com/download/mst-299254-frequence_des_avortements_clandestins-a.pdf.

140. Terme malgache utilisé pour désigner les enfants nés hors mariage. Traduction littérale zaza : enfant, sary : image.

141. «A Madagascar, le slam comme thérapie pour les filles-mères devenues parias.» AFP. L'express, publié le 02/09/2016 https://www.lexpress.fr/actualites/1/styles/a-madagascar-le-slam-comme-therapie-pour-les-filles-meres-devenues-parias_1826688.html.

Paupérisation

Les communautés perçoivent l'arrivée d'un enfant chez une célibataire comme un critère d'appauvrissement de la famille de la mère, celle-ci ayant *«une bouche de plus à nourrir»*.

Le stigma social des mères célibataires, en rendant plus difficile un futur mariage, favorise par ailleurs le développement de familles monoparentales aux critères de précarité accrus.

La déscolarisation de la jeune fille va avoir également une incidence sur sa trajectoire sociale et les risques de paupérisation.

« Tu vas avoir un bébé mais tu n'as ni de bois de chauffage ni du riz à cuire. »

Adolescente, 15 ans, célibataire et enceinte

« Ce sera fini avec la scolarité, au lieu d'apprendre à l'école, tu vas apprendre à prendre soin et à éduquer ton bébé. »

Adolescente, 17 ans, célibataire et enceinte, déscolarisée en début de grossesse

Risques accrus de morbidité et mortalité materno-infantile

L'ensemble des études menées sur les grossesses précoces montrent que les risques de morbidité et mortalité maternelle et infantile sont importants : par rapport aux femmes de 20 à 29 ans, les adolescentes de 10-15 ans meurent cinq fois plus des risques liés à la grossesse et à l'accouchement et celles de 15-18 ans deux fois plus¹⁴². Les adolescentes ont plus de risques de garder des séquelles de leur grossesse et de leur accouchement et 65 % des femmes victimes de fistule le sont à la suite d'une grossesse adolescente¹⁴³. Par ailleurs, les nouveau-nés de mères adolescentes naissent plus souvent d'un faible poids de naissance et, dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires, les enfants nés d'une mère de moins de 20 ans sont deux fois plus nombreux à mourir dans leur première

année que les enfants nés d'une mère de 20 à 29 ans¹⁴⁴.

Ces risques ne sont cependant pas évoqués spontanément par les enquêtés. Lorsque les risques liés aux grossesses précoces sont abordés, les risques liés au stigma social pour la mère célibataire et son enfant prennent toute la place dans les discours des enquêtés. Avec des soignants pourtant au fait des risques médicaux liés aux grossesses précoces, c'est également uniquement les risques de stigma social qui ont été spontanément évoqués. Le stigma social semble donc être le risque perçu le plus important lors de grossesses précoces survenant hors mariage. Il serait cependant intéressant de s'intéresser dans une étude ultérieure au degré de connaissances des risques médicaux liés aux grossesses précoces.

Devenir de l'enfant né hors mariage

L'enfant né hors mariage, appelé *« zaza sary »*, cumule comme sa mère les risques sociaux liés au stigma de la naissance hors mariage et les risques accrus de morbidité et mortalité liés aux grossesses précoces. Il est perçu comme souffrant de stigma (*« l'enfant qu'on appellera zaza sary », « celui qui n'a jamais son père à la sortie d'école », « qui sera différent de ses copains », « on lui dit qu'il est sans père »*), et plus exposé aux risques liés à la précarité que les autres enfants (*« sans père...qui va aider sa mère à payer les soins quand il sera malade ? », « Qui va payer l'écolage ? », « Pendant que les autres sont à l'école, ils mentent pour aider leur mère »*).

3.3.6. Constructions sociales du non désir de grossesse

Le terme de grossesse non désirée, couramment utilisé dans les programmes de santé publique, désigne *« une grossesse non souhaitée par la jeune fille ou la femme au moment où celle-ci survient »*. **Cependant, les réalités vécues**

par les jeunes filles et les femmes montrent qu'elles sont rarement les premières à décider si la grossesse est désirable au moment où elle survient, à décider du moment opportun pour une grossesse et à décider si elles souhaitent la mener à terme ou non¹⁴⁵.

Ainsi, une grossesse dite « non désirée » n'est-elle souvent pas tant non désirée par la jeune fille ou la femme que socialement non acceptable ou financièrement difficilement envisageable ou encore ne pouvant s'inscrire dans un projet marital, scolaire ou professionnel. L'analyse que nous avons menée ici sur les grossesses hors mariage montre à quel point le désir ou non désir de grossesse, ainsi que la mise en œuvre de celui-ci, appartient peu à la jeune fille et comment une même grossesse, entre le moment où elle est découverte par la jeune fille puis annoncée à l'entourage, peut être considérée comme désirée puis non désirée puis à nouveau désirée et encore non désirée selon les réactions potentielles de cet entourage et comment la jeune fille peut être dépossédée de la mise en œuvre de son désir ou non désir de grossesse¹⁴⁶.

L'utilisation de ce terme de « grossesse non désirée » ne permet pas de mettre en lumière l'ensemble des facteurs qui vont permettre à une jeune fille ou une femme d'être en capacité de désirer ou non être enceinte, et de mettre en œuvre son désir ou non désir de grossesse. Il ne prend pas non plus en compte les différents types de désir ou non désir de grossesse ainsi que l'ambivalence des désirs et non désirs de grossesse. **Il serait intéressant de mieux définir ce qu'est une grossesse « non désirée » (par qui ? pour quelles raisons ?, etc.) car le risque de ce manque de nuance est de sur-responsabiliser la jeune fille ou la femme en faisant oublier que son soi-même désir ou non désir de grossesse ainsi que la mise en œuvre de celui-ci dépend de facteurs qui lui sont extérieurs et sur lesquels elle a peu de prise¹⁴⁷.** N'oublions pas que les programmes relatifs à la prévention et la prise en charge des grossesses non désirées, en voulant renforcer la capacité d'agir des jeunes filles pour se prémunir des risques liés à la sexualité, peuvent **participer**

à une sur-responsabilisation de ces dernières en leur donnant de nouvelles injonctions sans qu'elles bénéficient d'un cadre habilitant pour avoir la capacité d'agir nécessaire pour les suivre.

Il s'agirait non seulement d'œuvrer pour que les adolescent-e-s et les jeunes se prémunissent des risques liés aux grossesses non désirées mais également d'œuvrer pour que leur désir ou non désir de grossesse leur appartienne réellement et ne soit pas le simple reflet des désirs ou non désirs de leur partenaire, de leur entourage, de leur milieu social et familial, qu'il ne soit pas dicté par leurs conditions de vie et leur statut au sein de la société. Pour cela, il semble indispensable de donner un cadre habilitant aux adolescent-e-s et aux jeunes et de changer le regard social porté sur la place de la jeune fille et de la femme dans la société, et, par corollaire, sur l'accès à la sexualité et à la procréation hors mariage, sur l'accès aux contraceptifs et à l'avortement, sur les mères célibataires et les enfants nés hors mariage, sur la possibilité de poursuivre une scolarité lors d'une grossesse et sur toutes les autres inégalités et violences liées au genre.

142. WHO, Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Health Outcomes Among Adolescents in Developing Countries, WHO Guidelines, 2011.

143. WHO. Adolescent pregnancy. http://who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/adolescent_pregnancy/en.

144. McIntyre, Peter. *Adolescentes enceintes : apporter une promesse d'espoir dans le monde entier* (en ligne) Organisation Mondiale de la Santé. 2007. 28p. Disponible sur http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241593784/fr/.

145. Cela met par ailleurs en exergue le faible pouvoir décisionnel de la femme dans ce contexte culturel, reflet de la persistance des inégalités liées au genre.

146. On pourrait élargir ces questionnements à chacune des parties impliquées (le partenaire, les parents...) lorsqu'ils expriment un désir ou non désir de grossesse et agissent ce désir ou non désir. Les injonctions sociales quant aux moments opportuns et aux conditions nécessaires pour procréer, au devoir de ne pas procréer avant le mariage (mais rapidement après le mariage) influencent fortement la façon dont chacun va définir une grossesse comme désirée ou non désirée.

147. La culpabilité potentielle, voire socialement attendue, des jeunes filles et des femmes face à leur « non désir » lors d'une grossesse menée à terme ou avortée n'est-elle pas à interroger comme un double corollaire de cette sur-responsabilisation des femmes et de cette ambivalence entre désir et non désir ?

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

4.1. CONCLUSIONS

Cette étude avait pour objectif de fournir une analyse qualitative des déterminants socioculturels et communautaires des difficultés d'accès aux services SSR par les adolescent-e-s et les jeunes (10-24 ans) à Antananarivo ainsi que les déterminants des grossesses non désirées et de leur prise en charge.

Au terme des analyses, les conclusions sont les suivantes :

Les obstacles à l'accès à la contraception pour les adolescent-e-s et les jeunes

La faible prévalence contraceptive, le peu de présence des nullipares dans les services de PF et la précocité de la première grossesse, suivie de grossesses nombreuses et rapprochées, sont différents constats alertant sur la faible capacité d'agir des adolescent-e-s et des jeunes pour se prémunir des risques de GND.

Différentes barrières socioculturelles freinent l'accès à la contraception des adolescent-e-s et des jeunes : la peur des effets secondaires, le stigma de la célibataire prenant des contraceptifs, le possible refus du partenaire, l'avis défavorable des parents sur l'accès à la contraception pour les adolescent-e-s et jeunes et la non identification des célibataires comme cibles de la contraception du fait des normes sociales et religieuses d'abstinence avant le mariage.

La qualité déficiente des services PF des centres de santé de base publics participe également à compliquer l'accès à la contraception des adolescent-e-s et des jeunes. Le manque de confidentialité, le mauvais accueil, les conflits de valeurs, les demandes d'autorisation parentale, la méconnaissance de la gratuité et la peur du coût, le manque de confiance dans la qualité des produits, les horaires et temps d'attente

inadaptés aux disponibilités des adolescent-e-s et jeunes sont des obstacles à la fréquentation des services PF des CSB publics. Ces obstacles participent au développement et à la pérennisation de parcours de soins hors des CSB publics avec des recours aux vendeurs ambulants en phytothérapie (tisanes...), vendeurs ambulants de médicaments biomédicaux, matrones, pharmaciens et prestataires des centres de santé privés. L'étude de ces parcours montre que ce n'est pas tant les contraceptifs qui y sont recherchés que les abortifs. Les adolescent-e-s et les jeunes semblent donc développer davantage les stratégies de gestion des GND que celles de prévention des GND.

Une sexualité adolescente à haut risque de grossesses non désirées

Les parents et les enseignants sont les principaux canaux reconnus légitimes par les communautés pour l'éducation à la sexualité des adolescent-e-s et des jeunes. Cependant, dans une société où la sexualité hors mariage est tabou et limite l'accès aux informations pour les adolescent-e-s et les jeunes, ceux-ci recherchent des réponses essentiellement auprès de leurs pairs et dans le visionnage de la pornographie. Les pairs et la pornographie deviennent ainsi la première source d'apprentissage en sexualité et véhiculent des normes incitant à une sexualité précoce et aux conduites sexuelles à risque alors même que le cadre normatif parental est en perte d'influence pour encadrer la sexualité des adolescent-e-s et des jeunes. Par ailleurs, le contexte dans lequel évoluent les adolescent-e-s et les jeunes génère une vulnérabilité socio-économique et psycho-affective qui les expose particulièrement aux risques liés à la sexualité et aux violences et inégalités liées au genre. Les adolescent-e-s et les jeunes ont donc une sexualité précoce et à risque sans bénéficier d'un cadre habilitant leur permettant d'avoir la capacité d'agir suffisante pour adopter des stratégies de prévention des GND efficaces.

Devenir d'une grossesse adolescente : influence du stigma social

Du fait notamment de la norme sociale et religieuse de l'abstinence sexuelle avant le mariage, la grossesse d'une jeune célibataire est vécue comme apportant un important désordre social. Les mères célibataires sont stigmatisées comme « filles-mères » et leurs enfants comme « zaza sary ». Dans ce contexte, l'avortement ou le mariage précoce en début de grossesse sont deux stratégies de réparation du désordre social et d'évitement du stigma social. Lors de l'annonce de la grossesse, les réactions du partenaire et des parents de la jeune fille ont une influence importante sur le devenir de la grossesse et, par corollaire, la jeune fille elle-même a un faible pouvoir d'agir face à son propre devenir. Les scolarisées sont plus exposées aux avortements, la poursuite

de la grossesse les exposant non seulement au stigma social de mère célibataire ou au mariage précoce mais également à la déscolarisation. Les pratiques d'avortement sont à haut risque de morbi-mortalité. Les parcours de soins en cas d'avortement reposent principalement sur l'auto-médication en phytothérapie et biomedecine après demande de conseils auprès des pairs et achat des produits auprès des vendeurs ambulants. Pour des raisons notamment d'inaccessibilité financière, les matrones et surtout les prestataires de centres de santé privés sont consultés en dernier recours en cas d'échec ou de complications liées à l'auto-médication.

Les adolescent·e·s et jeunes sont donc particulièrement vulnérables face aux risques liés à la sexualité. Or, les conflits de valeurs vécus au sein de la société et des programmes quand il s'agit de prendre en considération la sexualité active des adolescent·e·s et des jeunes :

- freinent la mise en place d'actions efficaces pour informer les adolescent·e·s et les jeunes des risques liés à la sexualité et leur donner la capacité d'agir pour se protéger de ces risques,
- participent à exposer les adolescent·e·s et jeunes confrontés à une GND à la déscolarisation, aux mariages précoces ou à la stigmatisation en tant que mères célibataires,
- influencent les décisions d'avortement, l'avortement devenant une stratégie d'évitement des risques sociaux liés à la grossesse, tout en les exposant à la morbi-mortalité liée aux pratiques d'avortements à risque¹⁴⁸.

Discussion des résultats

Les résultats de l'étude recourent ceux des différents travaux réalisés par Médecins du Monde sur les déterminants socio-culturels des GND et des avortements au Pérou, en Palestine, au Burkina Faso, en République Démocratique du Congo¹⁴⁹ et en Côte d'Ivoire¹⁵⁰ ainsi que les résultats de différents travaux universitaires réalisés à Madagascar et notamment les travaux en sciences sociales de Kristen Stoebenau et Bénédicte Gastineau sur la

148. Ainsi qu'aux risques liés à l'illégalité de la pratique.

149. Emmanuel N'Koué SAMBIENI, Elisabeth Paul, Sylvie Zongo and all. (LASDEL) Analyse comparée des déterminants socioculturels et communautaires des grossesses non désirées et des avortements. Palestine, Pérou, Burkina Faso, République Démocratique du Congo. Médecins du Monde, 2016.

150. Marie-Laure Deneffe Dobrzynski, Les déterminants socioculturels et communautaires des grossesses non désirées : focus sur la sexualité des adolescent·e·s. District sanitaire de Soubéré. Région sanitaire du Gboklé-Nawa-San Pedro. Côte d'Ivoire, Rapport d'enquête anthropologique, Médecins du Monde, Novembre 2016.

151. L'ensemble des références de leurs travaux cités dans ce rapport est repris dans la bibliographie.

152. Andriamifidison NZR and all. Déterminants de l'avortement provoqué au Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie Obstétrique de Befalatanana, Madagascar. Journal malgache de Gynéco-Obstétrique 2016; Vol 1:19-23.

153. Cf. Rapport "GIRLHOOD, NOT MOTHERHOOD, Preventing Adolescent Pregnancy" UNFPA, 12/2015, <http://www.unfpa.org/publications/girlhood-not-motherhood>.

154. Définition de l'éducation à la sexualité complète: « Une manière d'aborder l'enseignement de la sexualité et des relations interpersonnelles qui soit adapté à l'âge, culturellement pertinente et fondée sur des informations scientifiquement précises, réalistes et s'abstenant de jugement de valeur. » Source : UNESCO, 2009. Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle : Une approche factuelle à l'intention des établissements scolaires, des enseignants et des professionnels de l'éducation à la santé. Paris, UNESCO. <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281f.pdf>.

155. UNESCO. Education Sexuelle Complète. Nouveaux éléments d'information, enseignements et pratiques. Une étude mondiale. 2017.

santé sexuelle et reproductive des adolescent·e·s et des jeunes¹⁵¹ et ceux de Andriamifidison NZR and all. en santé publique sur les déterminants des avortements provoqués¹⁵².

Les limites de l'étude quant à la non autorisation d'observation des consultations en PF et d'entretiens sur la sexualité avec les mineur·e·s en rupture familiale ou sur la clause demandée quant à la possibilité de présence parentale lors des entretiens nous renseignent indirectement sur les conflits de valeurs générées par des activités touchant au tabou de la sexualité des adolescent·e·s et jeunes et viennent confirmer l'importance de leur prise en compte lors de la mise en œuvre du projet en SSRAJ mené par MdM et ses partenaires nationaux.

Si les limites dues au temps relativement court dédié à la collecte de données (4 semaines) nous ont contraints à choisir de ne pas traiter ou approfondir certains points apparus en cours d'enquête, cela nous donne néanmoins des pistes pour une future étude. Il serait ainsi pertinent lors d'une prochaine étude de :

- Recueillir les expressions utilisées par les adolescent·e·s et jeunes pour parler de la sexualité, dans l'objectif d'une analyse sémantique et linguistique et afin de dresser un **glossaire des mots des adolescent·e·s et des jeunes en sexualité** qui soit partageable avec les équipes de MdM (leur permettant d'adapter le langage pour les supports de sensibilisation, etc).
- Étudier **la consommation d'alcool et de drogues comme facteur d'exposition aux violences sexuelles intra et extra-familiales et comme facteur de prise de risques en sexualité des adolescent·e·s et des jeunes.**
- Analyser de façon approfondie **l'utilisation par les adolescent·e·s et les jeunes des réseaux sociaux** (liés aux nouvelles technologies), **connaître et analyser les réseaux les plus utilisés** par les adolescent·e·s et les jeunes, **comprendre plus finement l'impact de ces réseaux sur les normes et pratiques sexuelles des adolescent·e·s et des jeunes.**

- **Rechercher et analyser les outils de prévention utilisant les nouvelles technologies d'information et de communication existants à Madagascar** (les outils de prévention en SSRAJ diffusés sur les réseaux sociaux et dans les médias par différents acteurs-clés en SSR à Madagascar...).

4.2. RECOMMANDATIONS

Les recommandations sont données dans le cadre du projet SSRAJ mené à Antananarivo par MdM et ses partenaires nationaux. Elles s'appuient sur les conclusions de l'étude mais également sur les recommandations des enquêtés qui ont été recueillies au cours de l'étude ainsi que sur une revue de littérature concernant les différentes recommandations nationales et internationales en SSRAJ.

Type d'approche

Les recommandations sont axées sur la transformation sociale. Il s'agit de prioriser une approche globale impliquant l'ensemble de la société et permettant de renforcer la capacité d'agir des adolescent·e·s et des jeunes pour se prémunir des risques liés à la sexualité tout en assurant la promotion d'un environnement habitant.

Pour favoriser la transformation sociale visée, nous recommandons de décliner plus particulièrement les trois axes d'activités suivants (en complément des recommandations notamment documentées par l'UNFPA dans la prévention des grossesses précoces¹⁵³):

- **Promouvoir une éducation à la sexualité complète¹⁵⁴ selon les recommandations internationales documentées¹⁵⁵**
- **Lutter contre les inégalités et violences liées au genre**
- **Renforcer l'accès des adolescent·e·s et jeunes à la contraception avec une approche**

par les droits en SSR et par la réduction des risques;

Un 4^e axe, « **Lutter contre la vulnérabilité socio-économique et psycho-affective des adolescent·e·s et jeunes** », serait particulièrement pertinent au vu des résultats de l'étude et par ailleurs a fait partie des recommandations forte des enquêtés¹⁵⁶ et est préconisé par la revue de littérature quant aux préconisations pour améliorer la SSRAJ. Cependant, il ne relève pas directement des champs d'activités de MdM.

Pour veiller à la pérennisation des actions après le désengagement de MdM à la fin du projet, nous recommandons plus particulièrement d'**appuyer la mise en œuvre des initiatives des partenaires institutionnels de MdM favorisant la transformation sociale visée :**

- **Ministère de la Santé : programme PF, programme SSRAJ avec démarche de labélisation des CSB comme « Centre Ami des Jeunes »¹⁵⁷, programme de prévention et prise en charge des violences liées au genre**
- **Ministère de l'Education Nationale : mise à l'échelle des nouveaux Curricula d'Education Sexuelle Complète**
- **Ministère de la Jeunesse et des Sports : Education par les pairs en SSRAJ¹⁵⁸, Sensibilisation en SSRAJ via les réseaux sociaux et autres nouvelles technologies d'information et de communication, Lignes vertes d'écoute des adolescent·e·s et jeunes (« Allo Fanantenana », « ligne 147 SOS »)**

Pour veiller à l'implication de l'ensemble de la société et à l'acceptabilité socio-culturelle des activités, nous recommandons de :

- **intégrer les adolescent·e·s et jeunes, parents, leaders communautaires et religieux, soignants et acteurs socio-éducatifs dans la réflexion et les prises de décision aux différentes étapes de mise en œuvre des activités** (en utilisant et redynamisant si nécessaire

les espaces d'échanges existants au sein des Fokontany, des structures de santé et des collèges-lycées)

- **faire alliance avec les parents et les enseignants** (les sensibiliser et les former au dialogue intergénérationnel et à l'éducation à la sexualité complète des adolescent·e·s et des jeunes);
- **prendre en compte les déterminants socio-culturels des différents groupes-types dans la déclinaison des activités de sensibilisation et de mobilisation** en adaptant les outils et les vecteurs de communication et en les co-construisant avec eux (adapter le contenu, le langage, les images utilisées, s'appuyer sur les personnes reconnues légitimes au sein du groupe pour aborder le sujet, etc.);
- **favoriser la prise de parole des adolescent·e·s et jeunes dans la recherche de solutions individuelles et collectives** (en libérant des espaces de parole à leur intention : rencontres, médias...)

156. Recommandations des adolescent·e·s et jeunes, des parents et des leaders communautaires en rapport avec cet axe : Aide aux frais de scolarisation pour les plus précaires, Créer des centres de formation professionnelle pour les déscolarisés, Créer des centres de loisirs pour les adolescent·e·s et les jeunes, Créer des emplois pour les adolescent·e·s et les jeunes, Aider matériellement les adolescent·e·s et les jeunes (dons de vêtements...).

157. Ministère de la Santé Publique de Madagascar. Plan Stratégique National en Santé de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes 2018 - 2020.

158. MdM a un partenariat avec 4 associations de jeunes éducateurs pairs issues de ce ministère.

159. Ministère de la Santé Publique de Madagascar. Plan Stratégique National en Santé de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes 2018 - 2020.

160. OMS, ONUSIDA. Normes mondiales pour la qualité des services de santé destinés aux adolescents. Guide pour la mise en œuvre d'une stratégie fondée sur des normes afin d'améliorer la qualité des services de santé pour les adolescents. Volume 1: Normes et critères. 2016.

161. Ministère de la Santé Publique de Madagascar. Curriculum de formation des agents de santé en matière de santé des adolescents et des jeunes.

162. Ministère de la Santé Publique de Madagascar. Guide pratique de la prise en charge médicale des victimes de violence sexuelle. Mai 2012.

163. Ce choix est lié à l'absence de stagiaires les après-midis (les nombreux stagiaires médicaux et para-médicaux présents les matins sur les CSB ne permettent pas la confidentialité des consultations) ainsi qu'au fait que les mercredis après-midis les élèves sont généralement disponibles.

■ **accompagner la réflexion et les actions de plaidoyer de la société civile pour le respect des droits sexuels et reproductifs des adolescent-e-s et des jeunes.**

Focus sur les activités des centres de santé publics soutenus par MdM

Les recommandations suivantes sont à décliner dans le cadre de l'appui au Ministère de la Santé publique de Madagascar, partenaire institutionnel de MdM et à travers:

- La lutte contre les inégalités et violences liées au genre
 - Le Plan Stratégique intégré en Planification Familiale
 - Le Plan Stratégique National en Santé de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes et notamment dans la dynamique de recherche d'obtention du label « centre de santé ami des adolescent-e-s et des jeunes » promue par le service SSRAJ du Ministère de la Santé Publique de Madagascar¹⁵⁹. Cette dynamique s'inscrit de façon plus large dans les recommandations internationales pour améliorer la qualité des services de santé destinés aux adolescent-e-s et jeunes¹⁶⁰.
- Les recommandations sont :
- Sensibilisation et formation du personnel à l'accueil et la prise en charge des adolescent-e-s et jeunes¹⁶¹ (les recommandations internationales sont de former l'ensemble des soignants du centre de santé pour éviter la parcellisation des services et favoriser la mise en place de services SSRAJ intégrés)
 - Sensibilisation et formation du personnel à l'accueil, à la prise en charge et à l'orientation des survivant-e-s de violences liées au genre (travail en réseau avec les services sociaux, judiciaires...) ainsi qu'à la réalisation du certificat médico-légal¹⁶²
 - Formation des soignants à la prise en charge des complications d'avortements incomplets
 - Organisation d'ateliers de clarification de valeurs avec les soignants quant à l'éducation à la sexualité complète et à la lutte contre les inégalités et violences liées au genre
 - Développement de l'attractivité des centres de santé envers les adolescent-e-s et les jeunes (consultations pour les adolescent-e-s et jeunes les mercredis après-midis¹⁶³, réhabilitation des bâtiments favorisant l'attractivité et la confidentialité, mise en place d'activités annexes dans les CSB à destination des jeunes – bibliothèque, sport, cybercafé, etc. –, organisation de « portes ouvertes » des CSB avec sensibilisation à la PF, mise à disposition d'outils de communication spécifiques pour les adolescent-e-s et jeunes – affiches, dépliants... – etc.)
 - Intégration de nouveaux thèmes aux séances de sensibilisation réalisées habituellement au sein des centres de santé : le dialogue parents-enfants, l'éducation à la sexualité complète en famille et l'accès à la contraception pour les adolescent-e-s et jeunes (ces séances ont habituellement lieu lors de l'attente avant les consultations infantiles ou les CPN ou les séances de vaccination ou les séances de PF et touchent principalement des mères de famille)
 - Développer des stratégies avancées de sensibilisation des communautés au dialogue parents-enfants, à l'éducation à la sexualité complète en famille et à la prévention des GND en partenariat avec les agents de santé communautaires, matrones, pairs-éducateurs, enseignants, leaders religieux...
 - Développer des stratégies avancées de sensibilisation et de consultation en contraception pour les adolescent-e-s et les jeunes en partenariat avec les agents de santé communautaires et les pairs-éducateurs (dans les Maisons des Jeunes, les Fokontany...) en veillant à ce que le lieu et l'organisation garantissent la confidentialité
 - Identification et redynamisation si nécessaire d'espaces d'échanges entre soignants et usagers dans les centres de santé

Focus sur les activités dans les lieux de scolarisation et de formation des adolescent·e·s et des jeunes

Les recommandations suivantes sont à décliner dans le cadre de l'appui au Ministère de l'Éducation Nationale de Madagascar, partenaire institutionnel de MdM, dans le cadre de la mise à l'échelle des nouveaux curricula d'Éducation Sexuelle Complète à destination de l'ensemble des élèves (dès 5 ans, avec des contenus et des approches adaptés aux différentes tranches d'âges). Il s'agit plus spécifiquement d'accompagner la mise en place de l'Éducation à la Sexualité Complète dans des écoles-collèges-lycées de la zone d'intervention de MdM ainsi que soutenir les centres de santé scolaires.

Les recommandations sont :

- Appui à la formation des enseignants pour la mise en œuvre de l'éducation à la sexualité complète au sein de leur établissement scolaire
- Sensibilisation et formation des enseignants à la lutte contre les inégalités et violences liées au genre en milieu scolaire (dont les violences sexuelles en milieu scolaire et la déscolarisation lors d'une grossesse)
- Organisation d'ateliers de clarification de valeurs avec les enseignants quant à l'éducation à la sexualité complète et à la lutte contre les inégalités et violences liées au genre
- Redynamisation des écoles des parents (espace d'accompagnement à la parentalité existant au sein des établissements scolaires) avec valorisation d'espaces d'échanges et d'entraide entre parents
- Sensibilisation et formation des parents d'élèves au dialogue parents-enfants et à l'éducation à la sexualité complète en famille (via les écoles des parents ou via d'autres espaces comme les réunions parents-enseignants, les fêtes scolaires¹⁶⁴, etc)
- Sensibilisation et formation des soignants des centres de santé scolaire à la SSRAJ et à la prise en charge de survivant·e·s de violences liées au genre

- Mise à disponibilité dans les centres de santé scolaire d'outils de communication en SSR (notamment sur la contraception) adaptés aux adolescent·e·s et jeunes
- Mise à disponibilité d'outils de communication quant à la lutte contre les inégalités et violences liées au genre
- Identification de réseaux d'élèves éducateurs-pairs et formation de ces éducateurs pairs en SSR (intégrant la lutte contre les inégalités et violences liées au genre)

Focus sur les activités en lien avec le Ministère de la Jeunesse et des Sports

- Renforcer la formation des éducateurs pairs (des quatre associations partenaires de MdM) à la pair-éducation en SSRAJ et à une meilleure connaissance et appréhension des profils des adolescent·e·s et jeunes ciblé·e·s par le projet¹⁶⁵
- Mener des ateliers de clarification de valeurs avec les 4 associations partenaires et les éducateurs-pairs
- Envisager un éventuel soutien des Lignes vertes d'écoute des adolescent·e·s et jeunes (« Allo Fanantenana », « ligne 147 SOS ») : formation des répondants téléphoniques...

164. Lors des fêtes scolaires : mise en place de sketches via les éducateurs pairs présents dans les établissements scolaires, etc

165. Certains éducateurs-« pairs » ont des niveaux d'études, profils socio-économiques et socio-professionnels fort éloignés des publics-cibles et peuvent être insuffisamment préparés pour adapter leurs discours, leur langage et peuvent également manquer d'outils suffisants en gestion de groupe.

166. Les résultats d'enquête ont montré que les adolescent·e·s et jeunes ont particulièrement recours à la méthode contraceptive naturelle consistant à éviter les rapports sexuels en période d'ovulation (ou à utiliser le préservatif en période d'ovulation) mais que cependant leur méconnaissance du cycle féminin rendait le suivi de cette méthode inefficace.

167. UNESCO, Éducation Sexuelle Complète. Nouveaux éléments d'information, enseignements et pratiques. Une étude mondiale. 2017

168. Source : UNESCO, 2009, Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle : Une approche factuelle à l'intention des établissements scolaires, des enseignants et des professionnels de l'éducation à la santé. Paris, UNESCO. <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281f.pdf>

Focus sur les messages-clés à faire parvenir aux adolescent-e-s et jeunes

Les demandes des adolescent-e-s recueillies lors de l'enquête quant aux contenus qu'ils souhaiteraient lors des groupes de paroles sont les suivantes :

- Connaissances sur le cycle féminin¹⁶⁶
- Connaissances des méthodes contraceptives
- Pour les filles : compétences pour savoir négocier le refus ou le report du passage à l'acte sexuel dans une relation amoureuse et pour savoir négocier le port du préservatif
- Connaissances sur les risques des GND et des avortements
- Connaissances sur les IST-VIH
- Compétences pour dialoguer avec les parents
- Recours possibles en SSR (offres de services, lieux, coûts...)

Les contenus de l'éducation à la sexualité complète définis par l'UNESCO sont repris dans le tableau ci-contre¹⁶⁷ et, tout en recouvrant ces demandes des adolescent-e-s et jeunes enquêtés, s'élargissent à l'ensemble des savoirs, savoir-être et savoir-faire à envisager pour la sensibilisation à destination des adolescent-e-s et des jeunes. Rappelons que l'éducation à la sexualité complète est « une manière d'aborder l'enseignement de la sexualité et des relations interpersonnelles qui soit adapté à l'âge, culturellement pertinente et fondée sur des informations scientifiquement précises, réalistes et s'abstenant de jugement de valeur. » (UNESCO, 2009)¹⁶⁸

Focus sur les outils de communication

Il s'agit d'une part d'avoir des outils de communication adaptés aux adolescent-e-s et aux jeunes afin de les diffuser dans les centres de santé, dans les infirmeries scolaires, dans les Fokontany (affichage, dépliants, posters, etc.) et également d'avoir des stratégies de diffusion de l'information via les réseaux sociaux du fait de l'appétence des adolescent-e-s et des jeunes pour les nouvelles technologies et ces espaces d'échanges d'information et de partage d'expérience.

| THÈME/CONTENU |
|--|
| COMPÉTENCES GÉNÉRIQUES DE LA VIE COURANTE |
| Prise de décision/confiance en soi |
| Communication/négociation/refus |
| Autonomisation par les droits de l'homme |
| Acceptation, tolérance, empathie et non-discrimination |
| Autres compétences de la vie courante liées au genre |
| SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE (SSR) ÉDUCATION SEXUELLE (ES) |
| Croissance et développement de l'être humain |
| Anatomie et physiologie sexuelles |
| Vie familiale, mariage, engagement à long terme et relations interpersonnelles |
| Société, culture et sexualité : valeurs, attitudes, normes sociales et les média face à la sexualité |
| Reproduction |
| Égalité des genres et rôles de genre |
| Violences sexuelles/refus des rapports sexuels non désirés ou forcés |
| Préservatifs |
| Comportements sexuels (pratiques sexuelles, plaisir et sentiments) |
| Transmission et prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) |
| Grossesse et accouchement |
| Contraceptifs autres que les préservatifs |
| Violences de genre et pratiques nuisibles/rejet de la violence Diversité sexuelle |
| Sources de services de SSR/recherche de services |
| Autres contenus en rapport avec la SSR/ES |
| CONTENUS SPÉCIFIQUES CONCERNANT LE VIH ET LE SIDA |
| Transmission du VIH |
| Prévention du VIH : rapports sexuels plus sûrs, y compris utilisation des préservatifs |
| Traitement du VIH |
| Stigmatisation et discrimination liées au VIH |
| Sources de conseils et services de dépistage/recherche de conseils, de traitement et de soutien |
| Other HIV and AIDS-related specific content |

Selon une recherche effectuée par USAID/ Mikolo43, les pistes à privilégier en zone urbaine pour sensibiliser les jeunes seraient les réseaux sociaux, étant donné leur succès auprès des jeunes et le fait que l'usage de téléphones portables et d'internet donne aux jeunes la discrétion nécessaire pour accéder à l'information relative à l'éducation sexuelle ainsi que les messages vidéos et les messages radiophoniques.

Il a été mentionné dans le rapport que les supports d'information utilisés dans les CSB publics ne sont pas adaptés aux adolescent·e·s et jeunes et véhiculent une image de la contraception ne permettant pas d'identifier les adolescent·e·s et jeunes comme cibles de la contraception.

Il s'agit donc de rendre disponibles de nouveaux outils de communication, de les concevoir avec les différentes parties prenantes et en premier lieu avec les adolescent·e·s et les jeunes, afin qu'ils soient socio-culturellement adaptés. Pour cela, il pourrait être opportun de s'inscrire dans les dynamiques actuelles existants au sein du Ministère de la Santé et du Ministère de la Jeunesse et des Sports (des supports adaptés aux adolescent·e·s et aux jeunes seraient en cours de conception au niveau du Ministère de la Santé ainsi que des outils de communication papiers et via les réseaux sociaux au sein du Ministère de la Jeunesse et des Sports).

Focus sur les activités de plaidoyer

En étroite collaboration avec la société civile malgache, poursuivre ou entamer les actions de plaidoyer à Madagascar dans le domaine de la SSR :

- Améliorer significativement le cadre législatif et juridique en matière d'accès aux droits SSR à Madagascar surtout en faveur des adolescent·e·s et des jeunes ;
- Participer à la vulgarisation et dissémination de la nouvelle loi SSR/PF auprès des populations, et notamment des adolescent·e·s et des jeunes ;

- Améliorer les connaissances des populations, et notamment des adolescent·e·s et des jeunes pour leurs droits en matière de SSR ;
- Améliorer progressivement l'accessibilité et la disponibilité des produits et services PF/ Contraception de bonne qualité, notamment pour les adolescent·e·s et les jeunes ;
- Encourager l'accroissement des ressources financières allouées à l'achat des produits contraceptifs dans le budget du ministère de la Santé Publique afin de lutter contre la problématique de rupture d'intrants.

BIBLIOGRAPHIE

1. PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES UNIVERSITAIRES

Articles en socio-anthropologie relatifs à la SSARJ et aux GND à Madagascar

Clotilde Binet. Bénédicte Gastineau. Lina Rakotoson. Fécondité précoce à Madagascar: quel impact sur la santé maternelle et infantile? Cahiers de Santé, 2009, Volume 19, Numéro 3

Clotilde Binet. Bénédicte Gastineau. Représentations et pratique de la sexualité des jeunes à Madagascar: permissivité et tabou. Autrement. 2009

Clotilde Binet. Bénédicte Gastineau. Améliorer la santé de la reproduction des jeunes à Madagascar. Des chercheurs et des acteurs de santé publique se concertent. CEPED. La Chronique. Novembre 2006 - Numéro 52

Bénédicte Gastineau. O. A. Hanitriniaina. Connaissance de la contraception et sexualité à risques chez les jeunes à Antananarivo Madagascar. Médecine d'Afrique Noire. Edition électronique. Avril 2008

Bénédicte Gastineau. Stellina Rajaonarisoa. Santé de la reproduction et avortement à Antananarivo. Afr. J. Reprod. Health 2010; 14[3]: 223-232)

C. Pierlovisi & L. Pourchez. Traditional Medicine in Madagascar - Current Situation and the Institutional Context of Promotion. Health, Culture and Society. Volume 7, No. 1 (2014) | ISSN 2161-6590 (online). DOI 10.5195/hcs.2014.176 | <http://hcs.pitt.edu>

H. Quashie, D. Pourette, O. Rakotomalala & F. Andriamaro. Tradithérapie, Biomédecine et Santé Maternelle à Madagascar: Paradoxes et pouvoirs autour des savoirs et pratiques des reninjaza. Health, Culture and Society. Volume 7,

No.1 (2014) | ISSN 2161-6590 (online). DOI 10.5195/hcs.2014.179 | <http://hcs.pitt.edu>

Adolphe Rahamefy. Sectes et crises religieuses à Madagascar. Karthala - Paris - 2007

Kristen Stoebenau. From those who « have to carry men » to those who « look to marry men »: the social organization of women's sex work in Antananarivo, Madagascar. (Ph. D. diss., Johns Hopkins University, 2006):1-367

Kristen Stoebenau. PhD, Michelle J. Hindin and all, "...but then he became my *sypa*": the implications of relationship fluidity for condom use among women sex workers in Antananarivo, Madagascar. Framing health matters. 2016

Kristen Stoebenau. Lori Heise and all. Revisiting the understanding of « transactional sex » in sub-Saharan Africa: a review and synthesis of the literature. Septembre 2016

Articles en socio-anthropologie relatifs à la SSARJ et aux GND dans d'autres pays

Jaffré Yannick, Ahouangonou Salomé and all. Ecole et santé de la reproduction. Une recherche-action dans les départements du Littoral et de l'Atlantique au Bénin, (nov 2014-juillet 2015), notes techniques n°11, déc 2015, AFD, 81p

Ouvrages et articles en socio-anthropologie relatifs à la méthodologie d'enquête

Stéphane Beaud, Florence Weber, Guide de l'enquête de terrain, Editions La Découverte, 1998

Alain Blanchet, Anne Gotman, L'enquête et ses méthodes: l'entretien, Collection Sociologie 128, Nathan, 2001. 127 pages.

Alice Desclaux, Nouvelles orientations en matière de Recherche Opérationnelle, Présentation Power Point, CRCF / IRD, 16 avril 2008

Alice Desclaux, Les méthodes anthropologiques rapides en santé publique, Cahiers Santé, 1992, 2, p300-306

Joëlle Kivits, Frédéric Balard, Cécile Fournier, Myriam Winance (sous la direction de), Les recherches qualitatives en santé, Armand Colin, 2016

François Laplantine, La description ethnographique, Collection Sciences sociales 128, Editions Nathan, Paris, 1996

Alex Mucchielli, Les méthodes qualitatives, Collection Que sais-je ?, PUF, 1991

Jean-Pierre Olivier de Sardan, Les trois approches en anthropologie du développement. In : Tiers-Monde, 2001, tome 42 n°168. pp. 729-754

Jean-Pierre Olivier de Sardan, La politique du terrain, Enquête [En ligne], 1 | 1995, mis en ligne le 10 juillet 2013, consulté le 30 septembre 2016. URL : <http://enquete.revues.org/263>; DOI: 10.4000/enquete.263

Articles en santé publique

Andriamifidison NZR and all. Déterminants de l'avortement provoqué au Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie Obstétrique de Befalatanana, Madagascar. Journal malgache de Gynéco-Obstétrique 2016; Vol 1:19-23

P. Bourée. Madagascar. Fréquence des avortements clandestins. Article paru dans Médecine et Santé Tropicales, Vol. 23, N8 4 - octobre-novembre-décembre 2013. Consulté en ligne le 14/04/2018. http://www.jle.com/download/mst-299254-frequence_des_avortements_clandestins--WtJhyn8AAQEAAFPyLwAAAAF-a.pdf

Grimes David et al., Unsafe Abortion: The Preventable Pandemic, The Lancet, vol. 368, n° 9550 (2006): 1908-19.

Guttmacher Institute, Relationship Between Contraception and Abortion: A Review of the Evidence, lu en ligne à l'adresse suivante: www.guttmacher.org/pubs/journals/2900603.html, le 6 oct. 2016.

Health Communication Capacity Collaborative - HC3. Université Johns Hopkins. Déterminants comportementaux de la santé sexuelle et reproductive des jeunes en milieu urbain. Analyse secondaire des données des enquêtes démographiques et de santé réalisées au Bénin et à Madagascar. Avril 2014

Pettiforet and al. Perceived control over condom use among sex workers in Madagascar: a cohort study. BMC Women's Health 2010, 10:4. <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/10/4>

Stoebenauet al. Consuming sex: the association between modern goods, lifestyles and sexual behaviour among youth in Madagascar. Globalization and Health 2013; 9:13

Mémoires universitaires

Marielle Jousse, Les complications sévères de l'avortement à risque à Madagascar, la place des infections. Une étude descriptive quantitative, qualitative et bactériologique en milieu hospitalier à Tananarive et Moramanga. Université de Bordeaux. Institut de Santé Publique épidémiologique et développement. Mémoire de Master Sciences, Technologies, Santé, Mention Santé. Mention Santé Publique, Spécialité Santé Internationale. 2015

Marie-Laure Deneffe Dobrzynski. Comment se construit le savoir socio-anthropologique quand il est commandité par une volonté d'action sanitaire et humanitaire ? Analyse de la méthodologie utilisée lors d'une recherche opérationnelle

menée en Côte d'Ivoire pour l'ONG Médecins du Monde, Mémoire de Master 2 en socio-anthropologie, mention Pratiques et Politiques Locales de Santé, Faculté de Sciences Economiques et Sociales, Université de Lille 1, Institut de Sociologie et d'Anthropologie, Septembre 2017

Rakotomalala Randrianandraisana Laurence. Le planning familial à Madagascar. Rapport de recherche juridique. Ministère de l'Education Nationale et de la Recherche scientifique de télé-enseignement de Madagascar. Centre National de Télé-Enseignement de Madagascar. Département Droit Privé - Magister2 2009. <https://www.memoireonline.com/04/09/2035/Le-Planning-Familial-a--Madagascar.html>

2. PUBLICATIONS ET RAPPORTS INTERNES D'ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES

Halim Benabdallah. Les violences de genre comme facteur de déscolarisation des filles en Afrique subsaharienne francophone. Ministère des affaires étrangères et européennes de l'association genre et action. Septembre 2010. http://www.genreenaction.net/IMG/pdf/Rapport_final_sur_les_violences_de_genre_en_milieu_scolaire.pdf

Magali Bouchon, Accès aux soins. Les déterminants socioculturels. Editions Médecins du Monde, Collection DSC, Janvier 2012

Magali Bouchon, Collecte de données, Méthodes qualitatives, Editions Médecins du Monde, Collection DSC, Décembre 2011

Magali Bouchon, Approche pratique, Violences faites aux femmes, Genre, Culture et Sociétés, Editions Médecins du Monde, Collection DSC, Septembre 2009

Marie-Laure Deneffe Dobrzynski, Organisation communautaire et itinéraires thérapeutiques en santé sexuelle et reproductive dans la province

de Kwanza Norte (Ambaca, Samba Caju, Lucala, Cazengo) en Angola, Rapport d'enquête anthropologique, Médecins du Monde, Octobre 2011

Marie-Laure Deneffe Dobrzynski, Les déterminants socioculturels et communautaires des grossesses non désirées : focus sur la sexualité des adolescent-e-s. District sanitaire de Soubré. Région sanitaire du Gboklé-Nawa-San Pedro. Côte d'Ivoire, Rapport d'enquête anthropologique, Médecins du Monde, Novembre 2016

Marie-Laure Deneffe Dobrzynski, Droit à la santé sexuelle et reproductive des populations des bas quartiers d'Antananarivo, Madagascar, avec une attention particulière aux adolescents, Rapport de mission exploratoire, Médecins du Monde, Mars 2013

Marie-Laure Deneffe Dobrzynski, Accès à la Santé Sexuelle et Reproductive pour les adolescents et les indiens des quartiers périurbains de Santa Cruz (Bolivie) avec une attention particulière à la prévention et prise en charge des grossesses non désirées et à la réduction des risques liés à l'usage de drogues, Rapport de mission exploratoire, Médecins du Monde, Août 2013

Gaëlle Fonteyne, John Kamwinakebela, Emmanuel N'koué Sambiéni, Elisabeth Pau, Les déterminants socioculturels et communautaires des grossesses non désirées et des avortements, notamment au sein de la tranche d'âge des 15-24 ans en milieu urbain, dans la ville de Kinshasa en République Démocratique du Congo, Médecins du Monde, Novembre 2015

Fianaka viana Sambatr a Fisa. Interact. Focus Development Association. Etude de base dans le cadre du projet Droits et Santé Sexuelle et Reproductive des jeunes malgaches pour ralentir la propagation du VIH/SIDA. Rapport final. Novembre 2005

Emmanuel N'Koué SAMBIENI, Elisabeth Paul, Sylvie Zongo and all. (LASDEL) Analyse comparée des déterminants socioculturels et

communautaires des grossesses non désirées et des avortements. Palestine, Pérou, Burkina Faso, République Démocratique du Congo. Médecins du Monde, 2016

Médecins du Monde. Rapport du sondage de connaissance en santé sexuelle et reproductive des jeunes et adolescents à Antananarivo. Septembre 2017

3. PUBLICATIONS D'AGENCES DES NATIONS UNIES

Brinkerhoff, D. W., O. Indriamihaja, A. Lipsky, and C. Stewart. 2017. L'environnement légal pour la planification familiale et la santé de la reproduction à Madagascar. Washington, DC: Palladium, Health Policy Plus.

Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization, Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008, sixth edition (en ligne), Genève: WHO Library Cataloguing in Publication-Data, 2011, 56 p. Disponible sur http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241501118/en/

McIntyre Peter, Adolescentes enceintes: apporter une promesse d'espoir dans le monde entier (en ligne) OMS, 2007, 28 p. Disponible sur http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241593784/fr/

Macky Aïcha, Whose norms, vidéo, durée 13 min., USAID, agrément n° AID-OAA-A-11-00,024.

Naré Christine. Le "GAP" sociocultural dans la planification familiale en Afrique. Conférence sur le repositionnement de la planification familiale en Afrique. Accra. Février 2005.

OMS, communiqué de presse: « L'OMS appelle à en faire plus pour la santé des adolescents »,

consulté en ligne à l'adresse suivante <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/focus-adolescent-health/fr/> le 6 oct. 2016.

OMS. Cadre de travail pour la recherche opérationnelle et appliquée dans les programmes de santé et de lutte contre les maladies. 2008. Consulté en ligne http://www.who.int/hiv/pub/operational/or_framework_fr.pdf?ua=1

OMS. Tendances de la mortalité maternelle: 1990-2015 Estimations de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, le Groupe de la Banque mondiale et la Division de la population des Nations Unies. Résumé d'orientation. 2015.

OMS. ONUSIDA. Normes mondiales pour la qualité des services de santé destinés aux adolescents. Guide pour la mise en oeuvre d'une stratégie fondée sur des normes afin d'améliorer la qualité des services de santé pour les adolescents. Volume 1: Normes et critères. 2016

OMS. ONUSIDA. Normes mondiales pour la qualité des services de santé destinés aux adolescents. Guide pour la mise en oeuvre d'une stratégie fondée sur des normes afin d'améliorer la qualité des services de santé pour les adolescents. Volume 3: Outils pour mener des enquêtes destinées à mesurer la qualité et la couverture afin de collecter des données sur le respect des normes mondiales. 2016

UNESCO, Les violences de genre en milieu scolaire font obstacle à la réalisation d'une éducation de qualité pour tous, document de politique 17 de l'Unesco consulté en ligne à l'adresse suivante: <http://fr.unesco.org/gem-report/sites/gem-report/files/232107F.pdf> le 23 nov. 2016.

UNESCO. Grossesses précoces et non désirées. Recommandations à l'usage du secteur de l'éducation. Objectifs de développement durable. Education 2030

UNESCO. Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle: Une approche factuelle

à l'intention des établissements scolaires, des enseignants et des professionnels de l'éducation à la santé. Paris, UNESCO.2009 <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281f.pdf>

UNESCO. Education Sexuelle Complète. Nouveaux éléments d'information, enseignements et pratiques. Une étude mondiale. 2017

UNESCO. The UNESCO Universal Declaration on Bioethics and Human Rights, background, principles and application, 2009. Consulté en ligne à l'adresse suivante: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001829/182954f.pdf>

UNICEF. UNFPA. Les jeunes malgaches. Faits et chiffres. Août 2011

WHO, Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Health Outcomes Among Adolescents in Developing Countries, WHO Guidelines, 2011.

WHO, Adolescent pregnancy (en ligne), consulté en ligne le 24 oct. 2016. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/adolescent_pregnancy/en/

4. PUBLICATIONS GOUVERNEMENTALES

Ministère de la Santé Publique de Madagascar. UNFPA. Plan stratégique intégré en planification familiale et en sécurisation des produits de la santé de la reproduction 2016-2020. Madagascar.

Ministère de la Santé Publique de Madagascar. Plan d'action national budgétisé en planification familiale à Madagascar 2016-2020

Ministère de la Santé Publique de Madagascar. Plan développement du secteur santé. 2015-2019.

Ministère de la Santé Publique de Madagascar. Plan Stratégique National en Santé de la

Reproduction des Adolescents et des Jeunes 2018 - 2020

Ministère de la Santé Publique de Madagascar. Curriculum de formation des agents de santé en matière de santé des adolescents et des jeunes.

Ministère de la Santé Publique de Madagascar. Guide pratique de la prise en charge médicale des victimes de violence sexuelle. Mai 2012

Ministère de la Jeunesse et des Sports de Madagascar. UNFPA. Rapport d'évaluation sur la mise en œuvre de l'éducation sexuelle complète dans deux sites pilotes: Vatovavy Fitovinany et Atsima Andrefana. Mai 2017

République de Madagascar. Loi n°2017- 043 fixant les règles générales régissant la Santé de la Reproduction et la Planification Familiale

République de Madagascar. Système des Nations Unies. *Madagascar. Bilan commun de pays 2012*. Avril 2013

ANNEXES

ANNEXE 1 - TERMES DE RÉFÉRENCE DE L'ÉTUDE

« Etude qualitative des déterminants socioculturels et communautaires des grossesses non désirées et de leur prise en charge ainsi que des barrières d'accès aux services SSR en particulier au sein de la tranche d'âge des 10-24 ans. »

TITRE DU PROJET : Promouvoir le droit à décider pour réduire la morbi-mortalité liée aux grossesses non désirées, en particulier chez les jeunes et les adolescent-e-s (10-24 ans)

PAYS : Madagascar / Antananarivo

AUTEUR(S) DES TDR : Amélie de Brabandere
- Coordo SSR Jeunes Tana

DATE DE REDACTION : 06/09/2017, mise à jour en février 2018

CONTEXTE

ORIGINE DE LA DEMANDE

À Madagascar, les problématiques liées à la santé sexuelle et reproductive sont un des principaux problèmes de santé publique. Selon l'Enquête des Objectifs du Millénaire pour le Développement 2012/2013 (ENSOMD), le taux de mortalité maternelle reste à 478 pour 100 000 naissances vivantes.

Madagascar présente une situation particulière en matière de santé sexuelle et reproductive des jeunes. Tout d'abord, parce que la sexualité et la fécondité sont très précoces (le taux de fécondité chez les adolescentes (15-19 ans) se situe à 163 naissances pour 1000 femmes). Ensuite, la prévalence contraceptive reste très faible chez les jeunes malgaches (7,5 % chez les 15 à 19 ans et 25 % chez les 20 à 24 ans). Pourtant, l'accès géographique (forte densité des formations sanitaires) et financier (gratuité) à la PF est assuré à Antananarivo.

Toutefois, non seulement l'accès à la contraception chez les mineurs est officiellement contraint par l'obligation d'une autorisation parentale, mais surtout certaines barrières socioculturelles peuvent entraver la demande en planification familiale (PF) de ce groupe de population. De plus, la problématique des grossesses non désirées a un poids non négligeable dans le contexte urbain de la capitale, puisque, contrairement à d'autres zones de la Grande Ile, en capitale la fécondité chez les femmes célibataires est socialement reprobée. Ainsi, les statistiques sur la mortalité maternelle à Antananarivo montrent que l'avortement provoqué est la première cause de mortalité maternelle, et les décès liés à l'avortement concernent majoritairement les femmes jeunes. En effet, l'avortement est illégal à l'exception de danger pour la vie de la mère, ce qui suppose qu'une grande partie des avortements sont réalisés dans des conditions qui peuvent être dangereuses pour la santé des femmes. En 2012, le ministère de la Population et des Affaires Sociales avait signalé 75 000 cas d'avortement par an. Pour finir, Madagascar est l'un des pays ayant signé mais non-ratifié le Protocole de Maputo, dont l'article 14 parle de « protéger les droits sexuels et reproductifs des femmes, particulièrement en autorisant l'avortement médicalisé, en cas d'agression sexuelle, de viol, d'inceste et lorsque la grossesse met en danger la santé mentale et physique de la mère ou la vie de la mère ou du fœtus ».

Depuis l'arrivée du nouveau gouvernement élu démocratiquement fin 2013, une priorité a été donnée aux problématiques liées à la santé sexuelle et reproductive. Les interventions mises à l'échelle portent sur la maternité sans risque (MSR), la planification familiale, la santé des enfants et des adolescents, la prévention et la lutte contre les IST/VIH et les cancers gynécologiques. Le gouvernement s'est également engagé sur la gratuité des intrants de programmes prioritaires (kit individuel d'accouchement, kit d'opération césarienne, contraceptifs). L'élaboration du Plan stratégique National en Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et des Jeunes (2017-2020) ainsi que

l'élaboration des curricula de formation en matière de la Santé sexuelle et reproductive des Adolescents et des Jeunes, contribuent à l'amélioration de la prise en charge et de l'offre des services SSR pour les jeunes à Madagascar.

Lors d'une observation terrain réalisée par Médecins du Monde fin 2016 à Antananarivo sur la thématique de la Santé Sexuelle et de la Reproduction (SSR) des jeunes, quelques pistes de travail ont pu être identifiées :

- Contexte urbain spécifique d'Antananarivo (accessibilité financière et géographique des services SSR globalement assurée)
- Un taux relativement élevé de connaissances sur la PF chez les jeunes
- Faible taux de contraception chez les jeunes
- Capacité d'agir limitée: les jeunes n'ont pas un pouvoir d'agir suffisant pour adopter les comportements préconisés par les programmes de prévention actuels
- Taux élevé des complications d'avortement (probablement lié à la pratique non sécurisée des IVG).
- Barrières nombreuses (légale, financière, socio-culturelle) qui entravent la demande en PF de cette tranche de population et qui entraîne une pratique de l'avortement dans des conditions non sécurisées.
- Nombreuses inégalités de genre, comme les violences sexuelles faites aux femmes ou l'impossibilité de refuser un rapport sexuel.
- Haute prévalence des violences sexuelles chez les jeunes.
- Les jeunes filles sont particulièrement exposées aux risques de grossesses non désirées et d'interruption volontaire de grossesse et nécessitent une prise en charge qui, pour le moment, reste inadaptée et illégale.
- Il est important de noter qu'il existe des réseaux privés de centres de santé qui assurent des services SSR, des prises en charge des GND et des pratiques d'avortements répondant aux critères d'hygiène et de soins médicaux. Nous ne disposons pas d'information sur le taux de fréquentation mais il se pourrait que la faible fréquentation des centres

publics par les jeunes soit, du moins partiellement, comblée par une fréquentation plus importante des centres privés.

Dans ce cadre, MdM fait de la prévention et prise en charge des GND, une thématique prioritaire et s'engage dans un programme spécifique dédié à cette problématique qui rencontre encore une trop faible mobilisation de la communauté internationale. Ainsi, un résultat attendu de ce programme est la documentation et l'analyse des déterminants socio-culturels des grossesses non désirées et de leur prise en charge ainsi que des barrières d'accès aux services SSR pour les jeunes. Pour ce faire, une étude socio-anthropologique est prévue à Madagascar dans le cadre de ce programme. Cette étude vise à affiner et objectiver les constats réalisés par les équipes afin d'adapter nos approches mais aussi de communiquer sur les réalités vécues.

BRÈVE PRÉSENTATION DU PROJET

Durée du projet: 01/0/2017 - 30/04/2019 (24 mois)

Coût total du projet: 715.000 euros

La problématique des GND est développée par MdM dans plusieurs pays notamment en Amérique Latine et Caraïbes, en Afrique, au Moyen Orient et en Europe de l'Est. Plus particulièrement, MdM a initié en 2014 un programme qui vise à contribuer à la réduction de la mortalité et morbidité maternelle associée aux grossesses non désirées dans 4 pays (Burkina Faso, République Démocratique du Congo, Palestine, Pérou). Les 4 pays membres de la première phase de ce programme ont déjà réalisé une étude qualitative similaire, consolidée dans une étude transversale des déterminants socioculturels et communautaires des grossesses non désirées et des avortements.

Madagascar a intégré la deuxième phase de ce programme pour la période 2017-2019. Cette

deuxième phase tend à développer 4 résultats principaux que sont :

- L'offre de soins, de prévention et de prise en charge des GND est renforcée, en tenant compte des besoins spécifiques des jeunes et adolescent-e-s.
- Les capacités des titulaires de droits sont renforcées, y compris celles des jeunes et adolescent-e-s, à travers des approches innovantes.
- Les modalités d'intervention et les spécificités de l'accès aux services de SSR des jeunes et adolescent-e-s sont documentées et évaluées.
- Les enjeux de prévention et de prise en charge des GND, notamment chez les jeunes et adolescentes, sont reconnus et pris en compte au niveau national.

Par cet appel à proposition, MdM cherche à bénéficier des compétences de chercheurs spécialisés sur les questions socioculturelles liées à la Santé Sexuelle et Reproductive. L'objectif de cette étude est d'obtenir une analyse sur les déterminants socioculturels des barrières d'accès aux services SSR par les adolescents à Antananarivo ainsi que les déterminants des grossesses non désirées et de leur prise en charge. Cette étude permettra de compléter l'étude transversale réalisée dans les 4 pays de la première phase. Par cette expertise transversale, MdM a aussi pour objectif de renforcer sa visibilité à l'internationale sur la thématique et d'alimenter son plaidoyer.

OBJECTIFS DE L'ÉTUDE ET PUBLIC VISÉ

OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

L'objectif de cette étude est donc de fournir une analyse qualitative des déterminants socioculturels et communautaires des difficultés d'accès aux services SSR par les adolescents (10-24 ans) à Antananarivo ainsi que les déterminants des grossesses non désirées et de leur prise en charge.

Plus précisément, les objectifs sont :

- Evaluer et analyser les difficultés/barrières sociodémographiques, culturelles, familiales, environnementales, et économiques accentuant les réticences ou les difficultés d'accès aux services SSR par les jeunes.
- Recueillir la perception des jeunes sur la relation thérapeutique entre soignants et soignés, dans les services SSR.
- Analyser les représentations autour de la législation sur la PF chez les bénéficiaires et chez les prestataires de soins.
- Analyser les conditions sociodémographiques, culturelles, familiales, environnementales, et économiques favorisant la survenue de GND et des avortements.
- Recueillir les normes sociales, représentations populaires et les perceptions culturelles autour de la santé SSRAJ auprès des jeunes eux-mêmes et au sein des communautés locales.
- Connaître les différents mécanismes de gestion familiale et communautaire de la PF (et consultation des services SSR), des GND et de leur prise en charge.
- Identifier les acteurs communautaires et sanitaires qui interviennent dans la sensibilisation et ont une influence sur la prise de décision autour de l'utilisation des services SSR.
- Recueillir la perception du personnel soignant face à la planification familiale des jeunes, aux GND et à leur prise en charge ainsi qu'aux complications d'avortement.
- Recueillir les perceptions des usagers des structures de santé sur la disponibilité des soins, connaître leurs niveaux de connaissances et de confiance des services disponibles.
- Documenter les difficultés de mise en œuvre des activités de SSR à destination des jeunes.
- Formuler des recommandations en vue d'orienter la stratégie de réponse :
 - ◆ à la problématique de l'accès aux services SSR par les jeunes,
 - ◆ aux GND et aux avortements au sein des communautés

PÉRIMÈTRE DE L'ÉTUDE

Cette étude se déroule dans 5 arrondissements d'Antananarivo, à Madagascar.

UTILISATEURS DE L'ÉTUDE

Cette étude apportera des éléments indispensables à la qualité des projets. Elles seront utilisées en interne par les équipes mais les résultats pourront être diffusés aussi à nos partenaires afin qu'ils puissent en bénéficier au mieux. L'étude sera également diffusée au sein du réseau de MdM et possiblement diffusée via le site Internet. L'utilisation des données pour des travaux scientifiques pourra être faite ainsi que pour des publications scientifiques sous réserve d'une autorisation préalable.

Un passage au comité d'éthique national de Madagascar est prévu le vendredi 23 février 2018.

RÉSULTATS ATTENDUS DE L'ÉTUDE D'IMPLEMENTATION

- Obtenir une meilleure connaissance des difficultés ou barrières socio-culturelles à l'accès des services SSR par les jeunes à Antananarivo, en particulier au sein de la tranche d'âge des 10-24 ans
- Obtenir une meilleure connaissance des déterminants socio-culturels des grossesses non désirées et des avortements, en particulier au sein de la tranche d'âge des 10-24 ans
- Obtenir des recommandations sur les messages clés à faire parvenir aux jeunes dans les activités de groupe de parole.
- Obtenir des recommandations sur les messages clés à faire parvenir aux parents, aux professeurs, aux matrones, aux leaders communautaires dans les activités de sensibilisation.
- Permettre une meilleure compréhension des enjeux socio-politiques de la question de la SSR chez les jeunes.

PRÉFÉRENCES MÉTHODOLOGIQUES

MÉTHODES QUALITATIVES

L'utilisation des techniques de recueil de données qualitatives propres aux études socio-anthropologiques (observation, entretien, focus group...) sont attendues.

La méthodologie d'enquête reste à développer dans la proposition technique.

DOCUMENTS CLÉS

- Les documents clés des projets.
- Les rapports des précédentes enquêtes et les données récoltées sur les terrains.
- Documents sur des études similaires réalisées dans d'autres pays
- Plans stratégiques nationaux et autres documents des données générale sur la vulnérabilité et la situation populationnelle au niveau de chaque pays, s'ils sont à disposition des équipes terrain.

PERSONNES / INSTITUTIONS CLÉS

Pour mener à bien cette mission, il conviendra de rencontrer et d'interroger un certain nombre de personnes:

- l'équipe programme de MdM, comprenant un coordinateur général, le coordinateur du programme SSR, le coordinateur médical.
- les partenaires opérationnels, notamment les associations partenaires, les écoles et les centres de santé appuyés;
- Les principaux bénéficiaires, les jeunes de 10 à 24 ans;
- Les différents acteurs de la thématique SSR et GND à Madagascar;

CALENDRIER

Phase de préparation:

(revue des documents, briefings, préparation phase terrain et du passage en comité d'éthique) entre le 08/01/2018 et le 04/02/2018

Phase de terrain (recueil des données et première analyse): entre le 26/02 et le 25/03/2018

Phase d'analyse finale et rédaction du rapport provisoire: entre le 26/03 et le 15/04/2018

Phase de rédaction du rapport final: entre le 30/04 et le 13/05/2018

Phase de rédaction de l'article provisoire: entre le 14/05 et le 27/05/2018

Phase de rédaction de l'article définitif entre le 04/06 et le 17/06/2018

À noter qu'il est envisagé que le consultant soit amené à se déplacer à Tananarive pour présenter la méthodologie de la recherche devant le Comité d'Éthique de Madagascar le 22 février 2018.

Le planning indicatif est susceptible de modifications à tout moment en fonction de l'évolution du contexte et notamment de la sécurité.

PRODUCTIONS ET RESTITUTIONS ATTENDUES

PRODUITS LIVRABLES

Sont attendus, à l'issue de cette mission d'évaluation, un rapport court avec des recommandations et points d'attention concrets ainsi que des outils permettant d'adapter rapidement les stratégies du programme. La production de ce rapport se fera selon les 3 étapes classiques:

- Une note de cadrage au moment du démarrage de la mission. La note de cadrage présentera le cadre conceptuel de l'enquête, la méthodologie envisagée et le plan de travail proposés (calendrier détaillé) ainsi que les outils utilisés (questionnaires, guides d'entretien). Cette note est soumise aux commentaires du comité de pilotage en amont de la phase terrain;

- Un rapport intermédiaire fourni à l'issue de la phase terrain (sous la forme d'un Power Point);
- Un rapport final, envoyé après la phase de rédaction;
- Une présentation power point.

Le comité de pilotage dispose ensuite de 15 jours à compter de la réception du rapport provisoire pour émettre ses commentaires et observations. Le rapport définitif sur les principaux résultats de l'étude doit intégrer ces commentaires/ remarques/échanges/discussions.

Le texte principal des résultats de l'étude, en format Word, doit comprendre entre 40 et 50 pages (sans compter les annexes), caractère 12 et simple interligne, et doit inclure les parties suivantes:

- Résumé exécutif (5 pages maximum)
- Introduction
- Liste des acronymes
- Contexte (description du projet)
- Objectifs de l'étude
- Méthodologie et limites
- Principaux résultats et analyse
- Conclusions et préconisations
- Annexes: TdR, liste des personnes rencontrées et calendrier, questionnaires, guides d'entretiens, grilles d'observation.

RESTITUTION

Une restitution sera réalisée le dernier jour de la phase de terrain, faisant état des premières constatations de l'évaluateur et permettant de s'assurer, avant la phase de rédaction, que les attentes en matière de recommandations, d'outils et de points d'attention ont bien été comprises.

COMPÉTENCES REQUISES POUR MENER LA MISSION

Pour mener à bien cette mission, le ou les consultant(s) devra posséder:

- Forte expérience dans la réalisation d'études socio-anthropologiques

- Expérience de la thématique santé sexuelle et reproductive et particulièrement sur les questions relatives aux grossesses non désirées
- Connaissance du contexte de Madagascar est un plus
- Excellentes capacités rédactionnelles
- Parfaite maîtrise du français. Maîtrise malagasy est un plus.

DOSSIER DE CANDIDATURE

Les consultants invités à soumissionner devront fournir un dossier complet de 10 à 15 pages maximum comportant les éléments suivants à l'adresse email : « doi.applications@medecinsdu-monde.net » en précisant en objet « Etude qualitative des déterminants socioculturels des grossesses non désirées et de leur prise en charge ainsi que des difficultés d'accès aux services SSR en particulier au sein de la tranche d'âge des 10-24 ans. » :

Proposition technique incluant :

- La compréhension des termes de référence ;
- L'approche technique développée et la méthodologie détaillée ;
- La constitution de l'équipe, la répartition des responsabilités entre ses membres, les CV proposés et la disponibilité des membres ;
- Le calendrier prévisionnel de la mission ainsi qu'une estimation des charges hommes/jour ;
- Les références de 2 travaux similaires antérieurs ;
- Une déclaration sur l'honneur attestant de l'absence de conflit d'intérêt ;

Proposition financière incluant :

- Le budget total en TTC intégrant la répartition budgétaire (honoraires, frais de vie, transports, interprète, etc.).

Date finale de réception des dossiers de candidature : le 08/12/2017 à minuit (heure de Paris)

ANNEXE 2 - CRITÈRES D'INCLUSION DES ENQUÊTÉS

Critère général d'inclusion : consentement éclairé pour participer à l'étude :

- Pour les majeurs : de la personne elle-même
- Pour les mineurs : de la personne elle-même ainsi que d'un de ses parents

Pour l'équipe MdM :

Critères d'inclusion : Être acteur MdM à Madagascar et participer au suivi du projet SSRAJ développé par MdM et ses partenaires sur Antananarivo.

Pour les partenaires de MdM et autres organismes-clés travaillant dans le domaine de la SSRAJ :

Critères d'inclusion : Être un partenaire MdM en SSRAJ ou être un organisme-clé travaillant dans le domaine de la SSRAJ.

Adolescent-e-s et jeunes

Critères d'inclusion : Être âgé de 10 à 24 ans et habiter dans une des 5 circonscriptions définies pour la réalisation de l'étude.

Critères d'exclusion : Mineur en rupture familiale¹⁶⁹.

Educateurs-trices pairs

Critères d'inclusion : Être éducateur-trice pair en SSR auprès d'adolescents ou jeunes de 10 à 24 ans et réaliser des activités de pair-éducation dans au moins l'une des 5 circonscriptions définies pour la réalisation de l'étude.

Soignants

Critères d'inclusion : Être un soignant et être en contact avéré ou potentiel avec les adolescent-e-s et jeunes vivant dans une des 5 circonscriptions définies pour la réalisation de l'étude.

Acteurs socio-éducatifs

Critères d'inclusion : Être enseignant, travailleur social ou éducateur et travailler au contact

d'adolescent·e·s et de jeunes vivant dans une des 5 circonscriptions définies pour la réalisation de l'étude.

Parents d'adolescent·e·s et jeunes

Critères d'inclusion: Être parent d'au moins un·e adolescent·e ou jeune âgé·e de 10 à 24 ans vivant dans une des 5 circonscriptions définies pour la réalisation de l'étude

Leaders communautaires

Critères d'inclusion: Être un leader communautaire sur une des 5 circonscriptions définies pour la réalisation de l'étude.

Leaders religieux

Critères d'inclusion: Être leader religieux sur une des 5 circonscriptions définies pour la réalisation de l'étude.

Le nombre d'enquêtés pour un sujet a été défini en fonction de l'arrivée à saturation des données, c'est-à-dire lorsque la productivité des observations et des entretiens est allée en décroissant¹⁷⁰.

ANNEXE 3 - MESURES DU PROTOCOLE D'ENQUÊTE POUR UNE RECHERCHE ÉTHIQUE

Des mesures ont été prises pour assurer **le respect, la dignité, la confidentialité et la liberté de chaque participant à l'étude.**

Éthique et confidentialité

Le protocole de l'étude, les questionnaires, les notes d'information aux enquêtés et les formulaires de consentement ont été soumis pour approbation auprès du Comité d'Éthique du Ministère de la Santé publique de Madagascar, qui les a validés.

Les participants ont systématiquement été informés du thème de l'étude, de sa justification et des résultats attendus à l'issue de celle-ci. Il leur a été expliqué la durée de l'entretien, la thématique des questions qui leur seraient posées, la confidentialité et l'anonymat de leur participation, l'absence de risques pour eux-mêmes ou les membres de leur famille ainsi que l'absence d'avantages directs de leur participation en dehors de leur contribution à la définition de meilleures stratégies de prévention des grossesses non désirées chez les adolescents et les jeunes. Il leur a été exposé la possibilité d'interrompre l'entretien à tout moment si des questions les mettaient mal à l'aise ou pour une autre raison et l'absence de conséquences pour eux-mêmes ou leur communauté s'ils refusaient de participer à l'étude ou décidaient de revenir sur leur consentement en cours d'entretien. Il leur a également été donné le choix d'être enregistré ou non durant l'entretien.

Pour les mineurs, ces informations ont également été données à au moins l'un de ses parents.

Une **note d'information** reprenant ces différents points était disponible **en français et malagasy** et a été lue aux enquêtés. Un temps a été pris pour répondre à l'ensemble des questions de

169. Ce critère d'exclusion a été fixé par le comité d'éthique de Madagascar et est lié à l'impossibilité ici de recueillir le consentement parental.

170. Jean-Pierre Olivier de Sardan, « La politique du terrain », Enquête [En ligne], 1 | 1995, pages 17 et 18, paragraphe « La saturation », mis en ligne le 10 juillet 2013, consulté le 30 septembre 2016. URL : <http://enquete.revues.org/263>; DOI : 10.4000/enquete.263

l'enquête et vérifier sa bonne compréhension. Sa décision quant à son **consentement éclairé**¹⁷¹ ou non consentement éclairé a ensuite été recueillie sur un formulaire écrit disponible en français et en malagasy qui lui a été lu.

Les notes d'information et formulaires de consentement en versions française et malagasy sont disponibles en annexe.

L'équipe d'enquête était tenue à ne pas divulguer la moindre information recueillie auprès des participants. Aucun nom ou information circonstancielle non codée n'a été utilisé dans les rapports d'analyse ou tout autre document de divulgation des résultats des enquêtes.

Focus sur les entretiens avec les adolescent·e·s et jeunes

Comme le focus adolescent·e·s et jeunes est l'un des objectifs de cette étude, pour que les enquêtes soient conformes à la déontologie, des **mesures éthiques de réalisation de recherche avec des mineur·e·s, selon les normes internationales en termes de recherche éthique impliquant les enfants**¹⁷², et des précautions en matière de législation des mineur·e·s ont été respectées scrupuleusement. **Pour les mineur·e·s, en sus du consentement éclairé de l'adolescent·e, le consentement éclairé d'un des parents a été recueilli pour la réalisation d'entretien.**

Des **précautions éthiques supplémentaires** ont été prises lorsque les adolescent·e·s et jeunes participaient à un **entretien collectif**.

>> Il a été proposé de **généraliser la clause de confidentialité au groupe**, chacun s'engageant oralement à ne pas répéter hors du groupe ce qui se serait dit dans celui-ci, ni à revenir vers une personne du groupe pour l'interpeler sur des propos qu'elle aurait tenus durant l'entretien. Il a été également proposé au groupe d'adopter une attitude de non jugement envers les différentes prises de paroles. En fin d'entretien, ces clauses ont été rappelées au groupe.

>> Une **vigilance particulière** a été apportée aux interactions verbales ou non verbales entre les adolescent·e·s et jeunes non seulement à des fins de recueil de données mais également à des fins de **gestion du groupe** : être attentif à préserver un climat d'écoute bienveillante (ne pas laisser s'installer un climat de jugement, de railleries envers l'un ou l'autre en rappelant si nécessaire l'importance du non jugement et le respect de l'altérité au sein du groupe...), veiller à faire circuler la parole, solliciter les moins bavards sans les gêner, réguler la parole de ceux qui avaient tendance à la monopoliser, etc. Il s'agissait de préserver également un équilibre : réguler si nécessaire mais en même temps laisser le groupe s'auto-réguler pour en tirer un savoir quant aux interactions habituelles au sein du groupe, tout en acceptant qu'en tant qu'adulte et responsable de cette mise en situation, l'enquêteur s'astreignait à ne pas laisser s'installer entre adolescent·e·s et jeunes des situations de violence verbale ou non verbale même si elles pouvaient être habituelles en son absence (savoir arrêter l'observation là où il sentait un devoir d'ingérence pour le respect de la parole de tout un chacun au sein du groupe de façon à ne pas cautionner une situation de non-respect voire de harcèlement qui se manifesterait durant l'entretien).

171. « Des recherches scientifiques ne devraient être menées qu'avec le consentement préalable, libre, exprès et éclairé de la personne concernée. L'information devrait être suffisante, fournie sous une forme compréhensible et indiquer les modalités de retrait du consentement. La personne concernée peut retirer son consentement à tout moment et pour toute raison sans qu'il en résulte pour elle aucun désavantage ni préjudice. » The UNESCO Universal Declaration on Bioethics and Human Rights, background, principles and application, 2009. Page 131. Publié par l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture

172. UNICEF Office of Research, Innocenti Piazza - Italie, Ethical Research Involving Children (ERIC) - Sept 2013

ANNEXE 4 - OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DES ENTRETIENS POUR CHAQUE GROUPE-TYPE

L'objectif général des entretiens et des observations a été de contribuer à améliorer la connaissance des déterminants socioculturels des barrières d'accès aux services SSR par les adolescent-e-s et jeunes (10-24 ans) à Antananarivo ainsi que les déterminants des grossesses non désirées et de leur prise en charge.

Les **objectifs spécifiques pour chaque groupe-type** ont été les suivants:

■ Avec l'équipe programme de Médecins du Monde, il s'est agi de :

- ◆ Approfondir la connaissance des activités du projet et des besoins opérationnels des équipes au regard de l'étude commanditée,
- ◆ Recenser les difficultés et leviers perçus par les équipes pour la mise en œuvre des projets SSRAJ à Antananarivo et l'analyse qu'ils font de ces difficultés et de ces leviers,
- ◆ Tirer les enseignements de ce qui a déjà été mis en œuvre par les équipes : analyse critique des activités mises en œuvre sur le projet depuis leur conception jusqu'à leur mise en œuvre sur le terrain.

■ Avec les partenaires de MdM et autres organismes-clés travaillant dans le domaine de la SSRAJ il s'est agi de :

- ◆ Recenser les programmes existants participant à améliorer l'accès aux services SSR pour les adolescent-e-s et jeunes (10-24 ans) – dont l'accès à la prévention et la prise en charge des GND ;
- ◆ Tirer les enseignements de ce qui a déjà été mis en œuvre : analyse critique des programmes existants depuis leur conception jusqu'à leur mise en œuvre sur le terrain et analyse critique de la façon dont se coordonnent les différents programmes.

■ Avec les acteurs socio-éducatifs et les soignants, le but recherché a été

- ◆ D'une part de savoir comment ils négocient leur pratique professionnelle entre :

- › Les directives des programmes (messages à donner, activités à réaliser, normes qualitatives à respecter, notamment en termes de confidentialité et respect de l'intimité...);

- › La législation en vigueur (autorisation parentale pour l'accès à la contraception pour les mineurs, illégalité de l'avortement...)

- › Leurs valeurs, croyances, normes quant à la sexualité des adolescent-e-s et jeunes ;

- › Leur perception du rôle social et professionnel qu'ils ont à jouer auprès des adolescent-e-s et jeunes ;

- › Leur connaissance et perception du contexte socioculturel et socio-économique des adolescent-e-s et jeunes ;

- › Leur perception de la manière la plus adéquate de toucher le public adolescent et jeune ;

- ◆ Et d'autre part de comprendre l'impact de cette négociation sur leur façon de mener leurs activités et sur les messages véhiculés auprès des adolescent-e-s et jeunes par les programmes.

■ Avec les adolescent-e-s et jeunes, les objectifs ont été de :

- ◆ Connaître leur perception des programmes et de leurs acteurs, leur perception des messages de sensibilisation, connaître les usages sociaux qu'ils-elles font des programmes et des messages portés par ces derniers ;
- ◆ Connaître les usages que les adolescent-e-s et jeunes font des services SSR ;
- ◆ Connaître leurs représentations, valeurs, normes comportementales quant à leur sexualité et aux relations de genre, comprendre l'influence des différents systèmes de normes sur la construction de leurs croyances, valeurs et normes comportementales ;
- ◆ Savoir comment s'engage et se déroule une relation sexuelle (?) entre eux ou entre un-e adolescent-e et un adulte. Discerner différents cas de figure selon le contexte, le profil des deux protagonistes et selon les rapports de genre et de pouvoir instaurés ;

- ◆ Savoir quel est l'espace de négociation possible (et plus particulièrement pour les adolescentes) entre leurs valeurs, croyances, normes comportementales quant à leur sexualité et les limites de leur pouvoir décisionnel réel ou perçu dans le contexte qui est le leur et d'explorer notamment les éléments liés au genre, à la relation intergénérationnelle, au contexte socio-économique et socioculturel...; comprendre comment leurs partenaires perçoivent leurs tentatives/possibilités de négociation
 - ◆ Connaître leur perception de la grossesse adolescente et leurs comportements en cas de survenue d'une grossesse non désirée, incluant leurs parcours de soins en cas d'avortement et les rôles joués par chacun des partenaires dans ce parcours de soins
 - ◆ Savoir quels sont les espaces/canaux habituels qu'ils-elles utilisent pour obtenir des informations sur la sexualité et lesquels reconnaissent-ils-elles ou peuvent-ils-elles reconnaître comme légitimes pour aborder avec eux des thèmes liés à leur sexualité
- **Avec les leaders religieux, les leaders communautaires et les parents**, les entretiens ont visé à :
- ◆ Connaître leur perception des adolescent-e-s et jeunes, leurs connaissances quant à leurs conditions de vie et leurs difficultés;
 - ◆ Connaître les normes sociales relatives à la sexualité des adolescent-e-s et jeunes et à la maternité et la paternité à ces âges;
 - ◆ Comprendre comment sont traités par la communauté les cas de grossesses des adolescentes et jeunes ainsi que les rôles joués par les différents membres de la communauté dans la gestion de ces grossesses;
 - ◆ Connaître leur perception des messages de sensibilisation de prévention en SSR - et notamment de prévention des GND - chez les adolescent-e-s et jeunes;
 - ◆ Connaître leur perception de l'usage par les adolescent-e-s et jeunes de moyens de contraception;
- ◆ Comprendre leur rôle potentiel dans l'éducation à la sexualité des adolescent-e-s et jeunes en comprenant notamment les rôles supposés et les rôles effectifs.

ANNEXE 5 - OUTILS DE COLLECTE DES DONNÉES (VERSIONS FRANÇAISE/MALAGASY)

Les cibles des entretiens et observations ainsi que les objectifs généraux et spécifiques des entretiens pour chaque groupe-cible ont été présentés précédemment et sont consultables dans les parties 4.2., 4.3 et 4.4. de ce document.

1. Grille d'entretien des décideurs / Fanadihadiana ho an'ireo Mpitondra

(Les questions ne sont pas forcément toutes posées à chaque entretien, certains points pouvant être plus explorés lors d'un entretien que d'autres)

- Pourriez-vous rapidement citer les différents programmes de lutte contre les GND à Madagascar et plus précisément à Antananarivo? *Azonoa tanisaina ve ireo fandaharan'asa isan-karazany amin'ny ady isorohana ny vohoka tsy nirina eto Madagasikara, asiana tsindry manokana ho an' Antananarivo?*
- Pourriez-vous expliquer l'impulsion qui a été à l'origine de ces programmes? Donner brièvement leur historique? Les liens éventuels entre les différents programmes? *Azonoa hazavaina ve ny vina nipoiran'ireo fandaharan'asa, hazavazavao fohifohy ny tantara? Inona avy ireo fotoana manokana nifandrasana tamin'ireo fandaharan'asa hafa?*
- Pourquoi les programmes peinent-ils à entraîner un recul des GND chez les adolescent-e-s et les jeunes? Quelles sont à votre avis les failles de ces programmes? Au niveau de la conception? Au niveau de la mise en œuvre? Au niveau de l'adaptation au contexte local? Au niveau de la politique/cadre légal? *Nahoana ireo fandaharan'asa ireo no ela vao voarain'ireo sakan-jaza sy tanora mba hampihemotra ny fotoana itrangan'ny vohoka tsy nirina? Araka ny hevitrao, inona no mety tsy hahatomombana ny fandaharan'asa? Teo amin'ny famoronana ve? Teo amin'ny*

fanatanterahana? Eo amin'ny fampanarahana azy amin'ny lafiny ara-politika sy ny lalàna velona?

- Quels sont les freins majeurs aux changements de pratiques pour réduire les risques liés à la sexualité chez les adolescents? À l'intégration des messages? Quels leviers seraient à actionner? *Inona no sakana goavana eo amin'ny fiovam-pihetsika hampihenana ny fahavoazana ateraky ny fidirana ny sakan-jaza amin'ny firaisana ara-nofo? Fomba hampitana ny hafatra? Inona avy no fanoitra tokony hampiasaina hanatanterahana asa?*
- Auriez-vous des recommandations à donner à MdM pour son projet SSRAJ-GND? *Inona no soso-kevitra sy torolalana omenao ny MdM ho an'ny Tetik'asa Fahasalama ara-pananahana ny Zatovo sy Tanora sy ny resaka vohoka tsy nirina.*

2. Grille d'entretien des soignants / Fisy fanadihadiana ho an' ny Mpitsabo

(CSB, infirmeries scolaires, pharmaciens, centres de santé privés ou informels...)

Tobim-pahasalamana, Trano fitsaboana, an-tsekoly, Fivarotam-panafody, Tobim-pahasalamana tsy miankina na tsy manra-dalàna

(Les questions ne sont pas forcément toutes posées à chaque entretien, certains points pouvant être plus explorés lors d'un entretien que d'autres)

Position/Toerana:

Tranche d'âge/Taona:

Sexe/Lahy na vavy:

Années d'ancienneté/Taona niasana:

Formation reçue en PF (préciser si spécificité pour ados).....

*Fiofanana momba FF (Fandrindrana Fiterahana)/
Marihana manonkana raha misy ho'an'ny
Zatovo.....*

Activités menées auprès des adolescent-e-s et jeunes (consultation, counseling, causerie, prescription et vente de méthodes de PF...)

Asa atao amin'ny sakan-jaza sy Tanora (Fizahana, Toro-hevitra, resadresaka, Fanomezana Taratasi-panafody na fivarotana ny FF: Fandrindrana Fiterahana

Pouvez-vous nous décrire votre travail? Vos différentes tâches? Une journée type?

Mba azonao faritana ve ny Asanao, ireo tsy maintsy ataonao? Endrika fandanianao ny andro iray?

Quelles sont les raisons principales pour lesquelles les adolescent-e-s et jeunes viennent vous voir? Quelles sont les raisons principales pour lesquelles ils ne viennent pas consulter?

Inona ireo antony manosika ny Zatovo sy ny Tanora hanatona ny Tobim-pahasalamana? Inona ihany koa ireo antony mety ho sakana tsy hanaovany Fizahana?

Quelles sont les difficultés particulières que vous rencontrez dans la prise en charge des adolescent-e-s et jeunes? Pourquoi? (Sonde: demande d'âge, demande de présence ou de lettre d'un parent ou d'un tuteur...)

Inona avy ireo olana manokana amin'ny fandraisana an-tanana ireo sakan-jaza sy Tanora? Nahoana? (Resaka taona, fangatahan-dalana amin'ny Ray aman-dReny na ny Mpiantoka, fangatahana fanatreh'ny Ray aman-dReny na ny Mpiantoka, na koa taratasy avy amin'izy ireo)

Quels sont les profils d'adolescent-e-s et jeunes qui sont les plus vulnérables aux problèmes de SSR et quels sont ces problèmes?

Ireo toetoetra ny sakan-jaza na ny Tanora izay tena marefo amin'ny resaka fahasalamana ara-pananahana, inona ireo olana mitranga?

Quelles sont les raisons de cette plus grande vulnérabilité?

Inona no antony io faharefoana goavana io?

Ont-ils des problèmes spécifiques?

Misy antony manonkana ve?

Comment les adolescent-e-s et jeunes que vous voyez vivent-ils leur sexualité? Quelles sont leurs préoccupations principales? Qu'en pensez-vous? *Ahoana ny fahitanao ny fiainan'ny Tanora eo amin'ny resaka firaisana ara-nofo? Inona zavatra mahasarika azy ireo, ny hevitrao mahakasika izany?*

Quelles similitudes et différences voyez-vous avec la façon dont les adolescent-e-s et jeunes vivaient leur sexualité à votre époque? Vous-même receviez-vous des informations sur la sexualité à l'adolescence? Lesquelles? Comment? De la part de qui? Qu'auriez-vous aimé que l'on vous dise lorsque vous étiez adolescent-e. ou jeune? Comment pensez-vous que cela vous aurait été utile?

Inona no mety fitoviana na fahasamihafana eo amin'ny fomba hiainan'ny Tanora raha hoharina amin'ny andronao taloha? Nahazo fampianarana momba izany ve ianao, inona avy? Inona no nirinao ho nolazana taminao? Ahoana no iheveranao fa mety ho nilaianao, nahitanao soa?

Que diriez-vous de la problématique des grossesses des 10-24 ans?

Ahoana ny hevitrao ny amin'ny petraka olana ny vohoka eo amin'ny faha 10-24 Taona?

Lorsqu'une adolescente ou jeune fille vient vous voir, quels sont les messages que vous lui donnez? Comment vous semble-t-il le plus judicieux de s'adresser aux adolescent-e-s et jeunes filles? Qui vous semble le mieux placé pour le faire? Dans le lieu où vous travaillez? Dans les autres centres de soins? Dans la famille? À l'école? Dans la communauté?

Rehefa misy Zazavavy manao fizahana, inona avy ireo hafatra omena azy, inona no mety indrindra amin'ny firahefahana izany, iza no tokony

hampita ny hafatra mikasika izany, eo amin'ny toeram-piasana ny Tobim-pahasalamana hafa? ny Fianakaviana? any am-pianarana? Sa eny amin'ny fiarahamonina?

Comment abordez-vous ces sujets à la maison avec vos enfants? Avec ceux de votre entourage? *Fomba ahoana no iresahana io lohahevitra io amin'ny zanakao an-trano na amin'ny manodidina anao?*

Lorsque vous recevez un-e adolescent-e ou jeune fille dont vous connaissez les parents, les tuteurs, comment lui parlez-vous? Que dites-vous par la suite à ses parents ou tuteurs?

Manao ahoana ny fandraisanao sy ny firesahanao amin'ireo tanora vavy na tanora fantatrao ny Ray aman-dReniny na ny Mpiantoka azy? Inona no lazainao ny Ray aman-dReny na ny mpiantoka azy aty aoriana?

En termes de méthodes de contraception, quelles sont les plus demandées par les adolescent-e-s et jeunes? Quelles sont les méthodes qui vous paraissent adaptées pour les adolescentes et jeunes filles? Celles que vous leur proposez? Celles que vous ne leur proposez pas? Pourquoi? Quels sont les principaux besoins que vous identifiez en SSR pour améliorer la prestation de soins dispensée aux adolescent-e-s et jeunes filles (qui est en charge de chaque activité)? (Décliner la question selon les domaines d'activité: Planning familial, IST/VIH, Prénatal, Accouchement, Postpartum, Avortement)

Eo amin'ny Fanabeazana aizana, inona no hitanao ho tena tadiavin'ireo tanora, inona no atoroanao azy, inona no tsy andrisihanao na tsy atoroanao azy, nahoana? Inona ireo filana fototra hita eo amin'ny resaka ara-pananahana, hahafahana manatsara ireo tolotra ho'an'ny Tanora, Iza no Mpiandraikitra? (FF, Aretina azo avy amin'ny firaisana/VIH, Fitiliana, Fisafoana, Fiterahana na ny Fanalan-jaza)

En termes de formation en PF (à destination des adolescent-e-s et jeunes), identifiez-vous des besoins? (Pour quels employés, en quel domaine?)

Mahakasika ny Fiofanana amin'ny FF (Fandrindrana Fiterahana), misy natao manokana ho an'ny sakan-jaza sy Tanora ve? Inona avy ireo filana fototra (ho an' mpiasan'ny fahasalamana na sehatra toy inona)

Commentaires ou recommandations par rapport à l'enquête / Fanamarihana hafa mahakasika ny fanadihadiana na soso-kevitra azo tanterahina.

3. Grille d'entretien collectif de mères de famille potentiellement mères d'adolescent-e-s et jeunes / Fanadihadiana iombonana ho an'ireo Renim-pianankaviana manan-janaka Zatovo sy Tanora

(Les questions ne sont pas forcément toutes posées à chaque entretien, certains points pouvant être plus explorés lors d'un entretien que d'autres)

Comment sont préparées les filles à l'arrivée des premières règles? Quels conseils leur sont donnés? Par qui? Quel est le rôle des mères dans l'éducation à la sexualité des filles? Comment abordez-vous cette question entre mères et filles?

Ahoana ny fomba anomanana ny Tovovavy amin'ny fahatongavan'ny fadim-bolana voalohany? Inona no torohevitra omena azy? Inona avy no andraikitra ny Reny eo amin'ny fanabeazana ara-pananahana ho an'ny zanany vavy? Fomba tahaka ny ahoana no hiresahana io lohahevitra io eo amin'ny Reny sy zanaka vavy?

À quel âge les filles ont leur premier petit copain? Avec qui en parlent-elles?

Eo amin'ny fahafiry taonany no manana sipa voalohany ny zazavavy, iza no iresahany an' izany?

À quel âge les garçons ont leur première petite copine? Avec qui en parlent-ils?

Eo amin'ny fahafiry taonany ny zazalahy no manao sipa voalohany, iza no iresahany an' izany?

S'il y a une différence d'âge entre filles et garçons, demander aux personnes d'expliquer les raisons de cette différence.

Raha misy elanelana eo amin'ny taonan' ny zazalahy sy ny zazavavy, dia tsara ny manontany ny antony mahatonga izay elanelana izay.

À quel âge les filles ont en général leur premier enfant dans la communauté?

Firy taona ny zazavavy amin'ny ankapobeny no miteraka voalohany eo amin'ny fiaraha-monina?

À quel âge les garçons ont en général leur premier enfant?

Firy taona ny zazalahy no miteraka voalohany?

Si elles ne sont pas encore mariées lorsqu'elles ont leur première grossesse, que font-elles? Quels sont les problèmes auxquels elles s'exposent? Comment ça se gère au sein de la communauté? De la famille? De l'école? (Est-ce que vous connaissez des cas? Comment cela s'est-il géré? Quel soutien de femme à femme est alors donné? Comment les pères réagissent? Comment le père et la mère en parlent entre eux?)

Raha toa ka mbola tsy manambady ilay tovovavy no miteraka voalohany dia inona no ataony? Inona ny olana mianjady aminy? Fomba manao ahoana no ifehezana io trangana-javatra io eo amin'ny fiaraha-monina? Ao amin'ny ankohonana? Any an-tsekoly? (Mahafantatra tranga tahaka an'io ve ianao? Fomba ahoana no iatrehana izany? Inona no fanampiana nataon'ny vehivavy samy vehivavy? Manao ahoana ny fihetsiky ny Raim-pianakaviana? Manao ahoana ny fomba hiresahan'ny Mpivady: Ray sy ny Reny?)

Quelles sont les adolescentes et jeunes filles qui ont le plus de risques de prendre une grossesse non désirée? Pourquoi?

Iza ireo zazavavy na Tanora mety ho tratran'ny vohoka tsy nirina? Inona no antony?

Comment les filles peuvent-elles éviter les grossesses? Qui parle aux filles pour les conseiller? Que leur dit-on? Dans la communauté? Dans la famille?

Inona no fomba isorohan'ireo tovovavy ny vohoka aloha loatra? Iza no manoro hevitra azy ireo? Inona no hafatra tsara omena azy ireo? Eo amin'ny fiarahamonina, eo amin'ny fianakaviana?

Quelles sont les informations données aux adolescent-e-s dans les écoles et les centres de santé pour éviter les grossesses? Qu'en pensez-vous? (Cf. abstinence/fidélité/préservatif/PF.)

Inona avy ireo fahalalana tokony homena ny Zatovo any an-tsekoly, any amin'ny tobim-pahasalamana hisorohana ny vohoka aloha loatra? Ahoana ny hevitrao? (Fifehezan-tena, Fifanjana, FF (Fandrindrana Fiterahana)

Qu'est-ce qui pourrait être fait au sein de la communauté pour éviter les grossesses précoces chez les adolescent-e-s?

Inona avy no asa azo atao eo amin'ny fiarahamonina isorohana ny vohoka aloha loatra eo amin'ny sakan-jaza?

4. Grille d'entretien des acteurs socio-éducatifs / Fanadihadiana ho'an'ireo Mpiantsehatra ara-tsosialy sy ny Mpanabe

(Les questions ne sont pas forcément toutes posées à chaque entretien, certains points pouvant être plus explorés lors d'un entretien que d'autres)

Position/Toerana:

Tranche d'âge/Taona:

Sexe/Lahy na vavy:

Années d'ancienneté/Taona niasana:

Formation reçue (dont spécifique pour approche SSR des ados):

Fiofanana azo (Mifandraika amin'ny fahasalamana ara-pananahana mba hanakakaizana ny Zatovo)

Actions menées en éducation à la sexualité :
Asaatao eo amin'ny fanabeazana ara-pananahana

Pouvez-vous nous décrire votre travail ? Vos différentes tâches ? Une journée type ? Les relations entretenues avec les adolescent-e-s et jeunes ? Les principales difficultés ? Les meilleurs moments ?

Mba afaka faritanao ve ny asanao, ny asa samihafa sahaninao ny fizotran'ny andronao iray, manao ahoana ny fifandraisana amin'ireo zatovo sy tanora ? Inona ny olona lehibe indrindra mateti-pitranga ? Inona ireo fotona mahafinaritra ?

Quelles sont les principales difficultés que rencontrent les adolescent-e-s et jeunes ? Pour quels problèmes viennent-ils vous voir ? Pour quel genre de problème vous arrive-t-il d'intervenir ? Comment ?

Inona avy ireo olana goavana mateti-pitranga eo amin'ny zatovo sy ny Tanora ? Inona avy ireo olany mahatonga azy hanatona anao ? Eo amin'ny karazana olana toy inona ianao no miditra an-tsehatra ? Amin'ny fomba manao ahoana ?

Que diriez-vous de la problématique des grossesses des adolescentes et jeunes ?

Inona no azonao ambara mikasika ny petrak'olana momba ny vohoka eo amin'ny Zatovo sy ny Tanora ?

Comment les adolescent-e-s et jeunes que vous voyez vivent-ils-elles leur sexualité ? Quelles sont leurs préoccupations principales ? Qu'en pensez-vous ?

Manao ahoana ny fahitanao ny fifandraisana ara-nofo ny zatovo sy tanora mifanerasera aminao inona no tena mahasarika azy ireo ? Ahoana ny hevitrao ?

Quel genre de situation liée à la sexualité des adolescent-e-s et jeunes êtes-vous amené à gérer ? Comment ?

Toe-javatra toy inona mifandray amin'ny fifandraisana ara-nofo teo amin'ny zatovo sy ny Tanora no efa nokarakarainao ? Manao ahoana ny fitrangany ?

Quel type de représentation les adolescent-e-s et jeunes ont-ils sur la sexualité ? Comment se la construisent-ils-elles ? (voir différents canaux de messages et différentes valeurs selon les canaux).
Inona no fomba andraisany tanora sy ny zatovo ny resaka fifandraisana ara-nofo ? Manao ahoana ny fandrafetany azy ? (Karazana hafatra sy karazana hevitra mifanaraka amin'ny hafatra)

Quels sont les profils d'adolescent-e-s et jeunes qui sont les plus vulnérables aux problèmes de SSR et quels sont ces problèmes ?

Ireo toetoetra ny mpitovo sy tanora izay tena marefo amin'ny resaka fahasalamana ara-pananahana ? Inona avy mety ho olana mitranga ?

Quelles sont les raisons de cette plus grande vulnérabilité ?

Inona no antony io faharefoana goavana io ?

Quelles similitudes et différences voyez-vous avec la façon dont les adolescent-e-s et jeunes vivaient leur sexualité à votre époque ? Vous-même receviez-vous des informations sur la sexualité à l'adolescence ? Lesquelles ? Comment ? De la part de qui ? Qu'auriez-vous aimé que l'on vous dise lorsque vous étiez adolescent-e et jeune ? Comment pensez-vous que cela vous aurait été utile ?

Inona no mety ho fitoviana na fahasamihafana eo amin'ny fomba hiainany tanora ny resaka ara-pananahana raha oharina tamin'ny andronao ? Ianao ve nahazo fahalalana mikasika izany ? Inona avy izany ? Nanao ahoana ? Iza no nampahafantatra anao ? Inona no tianao ho nampahafantarina anao taminao mbola tanora, ahoana no ilazanao fa mety ho nilainao izany na mety ho mahasoana anao ?

Comment abordez-vous ces sujets à la maison avec vos enfants ? Avec ceux de votre entourage ?
Fomba ahoana no hiresahana io lohahevitra io amin'ny zanaka ao an-trano ? Sy eo amin'ny manodidina anao ?

Quels sont les messages que vous êtes amené à donner aux adolescent-e-s et jeunes par rapport

à la gestion de leur sexualité? Comment vous semble-t-il le plus judicieux de s'adresser aux adolescent-e-s pour aborder ces sujets? Qui vous semble le mieux placé pour le faire? À l'école? Dans la famille? Dans la communauté? Dans les structures de soins fréquentées par les élèves?
Inona avy ireo hafatra hampitanao amin'ny zatovo sy tanora mlkasika ny resaka Fifandraisana ara-nofo? Ahoana no fomba hitanao fa mety hitondranao io lohahevitra io amin'izy ireo? Iza no olona tokony hampita ny hafatra? Any an-tsekoly? Eo amin'ny ankohonana? Eo amin'ny fiarahamonina? Eo amin'ireo ivo toeram-pitsaboana fandehanan'ny mpianatra?

Quand vous menez des séances d'information sur la sexualité auprès des adolescent-e-s, quelles réactions de la part des jeunes et adolescent-e-s observez-vous? Est-ce que les filles et les garçons réagissent de la même façon? quels changements observez-vous ensuite dans leurs comportements? Comment réagissent les parents et les autres membres de leurs familles (et les autres membres de la communauté) au fait que leurs enfants aient reçu ces messages?

Rehefa mitarika ireo fampahafantarana momba ny fifandraisana ara-nofo eo amin'ny lahy sy vavy eo amin'ny zatovo, inona no tsikaritao eo amin'ny fihetsika asetrit'ny zatovo? Mitovy ve ny fihetsiky ny zatovo lahy sy ny zatovo vavy? Misy fiovana tsikaritao ve eo amin'ny fihetsiny? Manao ahoana ny fihetsiky ny Ray aman-dReny sy ny fianakaviana, ny fiarahamonina noho ny nahazoan'ny zanany izany mikasika ireo hafatra?

5. Grille d'entretien collectif des adolescentes/Fanadihadiana iombonanana ho an'ny Zatovo Vavy

(Les questions ne sont pas forcément toutes posées à chaque entretien, certains points pouvant être plus explorés lors d'un entretien que d'autres)

Faire un tour de présentation (âge, classe...)
Fifankafantarana (Taona, kilasy...)

Quels sont les sujets dont on parle entre filles? Entre filles et garçons?

Inona avy ireo lohahevitra ifampiresahan' ireo Zatovo vavy? Na ireo Zatovo lahy sy zatovo vavy?

Quelles sont les différentes raisons de choisir d'aller avec un garçon? Quelles sont les raisons pour lesquelles les filles peuvent avoir plusieurs copains? Quelles sont les raisons qui font que les filles ont parfois des difficultés à refuser à un garçon ou un homme plus âgé de devenir sa copine?

Inona avy ireo antony iharahana amin'ny zatovo Lahy? inona iany koa ny antony mahatonga ny zatovo Vavy hanana sipa maro? Inona no antony mahasarotra ny fandavana hiaraka amin'ny zatovo lahy na lehilahy efa lehibe?

Quels sont les avantages que peut apporter un petit copain pour une fille? Les inconvénients? (Sonder: sentiments, cadeaux, argent...)

Inona avy ireo tombontsoa azon' ny zatovo vavy amin'ny fanaovana sipa? Inona ihany koa no mety ho voka-dratsy? (amin'ny lafiny ara-pihetseham-po, fanomezana, vola ...)

À quels signes extérieurs on voit que le garçon fera un bon copain?

Inona avy ireo marika ivelany ahafantarana fa azo iarahana tsara ny Zatovo Lahy iray?

Quels sont les principaux sujets de dispute entre un garçon et une fille? Comment font les filles pour faire entendre leur point de vue aux garçons? Quelles difficultés rencontrent-elles?

Inona avy ireo foto-dresaka miteraka fifanolananao amin' ny zazalahy sy zazavavy, ahoana ny fomba hanehoany ny Zatovo vavy ny heviny, inona ireo mety ho olana hatrehany?

Quand les filles ont des problèmes avec leurs copains, avec qui en parlent-elles? Quand les filles ont des problèmes de santé liés à leur sexualité, qui vont-elles voir? De quoi peut-on parler avec ses parents sur ces sujets-là?

Rehefa misy olana amin'ny sipany ny Zatovo vavy, iza no izarany izany? Rehefa misy olana amin' ny

fahasalamana ara-pananahana izy ireo, iza no hatoniny? Inona no azony ifampizarana amin'ny Ray aman-dReny mahakasika ireo lohahevitra ireo?

Comment les filles qui vont avoir leur première relation sexuelle vont se renseigner pour savoir comment bien faire?

Amin'ny fomba ahoana no akan'ireo Zatovo vavy hevitra amin'izay tokony hataony rehefa hanao firaisana ara-nofo voalohany?

Quand une fille a une première relation sexuelle, en parle-t-elle avec ses amis, sa famille? Quelles sont leurs réactions? Vers quel âge il est acceptable pour une fille d'avoir une relation sexuelle? Et pour un garçon?

Rehefa nanana firaisana ara-nofo voalohany ny zatovo vavy, mizara izany amin'ny namany ve izy, sa ny fianankaviany? Manao ahoana ny fihetsiny? Firy taona no azo ekena ny hanaovan'ny Zatovo vavy firaisana ara-nofo ary ho an'ny zatovo lahy?

Quels sont les moyens que vous connaissez pour vous protéger des GND? (Sonder: abstinence, contraceptifs, préservatif, méthodes naturelles, méthodes traditionnelles...)

Inona avy ireo fomba fantatrao iarovana amin'ny Vohoka tsy nirina? (eo amin'ny lafiny fifehezan-tena, fampiasana fanabeazana aizana, kapaoty, fampiasana fomba voahajanahary na nenti-paharazana)

Quels sont les avantages de l'utilisation des préservatifs? Quels sont les inconvénients? Quel est le prix? Le lieu d'achat? Que pensez-vous d'une fille qui a des préservatifs avec elle lorsqu'elle est avec son petit ami? Que pensez-vous d'une fille qui suggère l'utilisation du préservatif à son partenaire sexuel?

Inona avy ireo tombontsoa azo avy amin'ny fampiasana kapaoty? Inona mety ho voka-dratsiny? Ohatrinona ny vidiny? Aiza toerana hahafahana mividy azy? Ahoana ny fomba fandraisan'ny olona ireo zatovo vavy mitondra kapaoty miaraka aminy rehefa miaraka amin'ny sipany? Ahoana

ny hevitrao amin'ny zatovo vavy mandroso hevitra na mitaohana hampiasa kapaoty amin'ny olona miaraka aminy?

Idem pour préservatif féminin, pilule, injections, méthode naturelle...

Kapoty ho an'ny vehivavy, Pilina, Tsindrona, Fomba voahajanahary...

Quels sont les inconvénients pour une jeune fille qui décide de retarder le début des rapports sexuels? (Sonder: les problèmes médicaux, sociaux, relationnels...)

Inona no mety ho voka-dratsy raha tara ny zatovo vavy vao misafidy hanana firaisana ara-nofo? (Olona ara-pahasalamana, ara-piaraha-monina, eo amin'ny fifandraisana ...)

Que dit-on en général d'une fille qui utilise la PF? Comment se sent-elle avec son groupe d'âge? Dans sa famille nucléaire et élargie? Comment réagit son partenaire?

Inona no ambara ny amin'ny Zatovo vavy mampiasa FF (Fandrindrana Fiterahana), Ahoana no fahatsapany izany eo amin'ny Zatovo mitovy taona aminy, eo anivon'ny fianankaviana kely na be, ahoana ny fihetsik'ilay olona miaraka aminy?

Que dit-on d'une fille qui a une GND? Comment se sent-elle avec son groupe d'âge? Dans sa famille? Comment réagit son partenaire?

Inona no ilazana ireo Zatovo vavy tratry ny vohoka tsy nirina? Ahoana ny fahatsapany ny tenany mihoatra ireo Tanora mitovy aminy? Ahoana ny fihetik'ilay olona miaraka aminy izany? eo anivon'ny fianakaviana?

Quels sont les risques d'une GND pour une fille adolescente? Pour l'enfant à naître?

Inona avy ireo mety ho voka-dratsy ateraky tsy nirina eo amin'ny zatovo vavy? Ny fiantrainkan'izany eo amin'ny zaza haterany?

Quelle est à votre avis le rôle, la responsabilité des garçons pour aider les filles à se prémunir des grossesses? Etes-vous satisfaites de cela ou souhaiteriez-vous que ça évolue?

Araka ny hevitrao, inona no anjara andraikitra ny zatovo lahy hanampiany ny zatovo vavy hisorohana ny vohoka? Mahafa-po anao ve izany sa tianao mbola hihatsara hatrany?

Que fait une jeune fille quand elle a une GND? Que fait son partenaire?

Inona no ataon'ny zatovo vavy tratrin'ny vohoka tsy nirina? Inona no ataon'ilay olona miaraka aminy?

Que pensez-vous des messages qui vous sont donnés pour vous sensibiliser à la prévention des GND? Quels messages souhaiteriez-vous recevoir? Sous quelle forme? Dispensé comment et par qui?

Ahoana ny hevitrao mikasika ireo Hafatra azonao amin'ny alalan'ny fanentanana amin'ny fisorohana ny vohoka tsy nirina? Hafatra tahaka ny ahoana ny tianao mbola ho azo, iza no tsara hampita ny hafatra?

6. Grille d'entretien individuel d'adolescente/Fanadihadiana manokana ho an'ny Zatovo vavy

(Les questions ne sont pas forcément toutes posées à chaque entretien, certains points pouvant être plus explorés lors d'un entretien que d'autres)

Âge/Taona:

Classe/Kilasy:

Lieu d'origine/Toerana nihaviana:

(ville? village?/Tanana)

Profession des parents/Asan'ny Ray aman-dReny:

Depuis combien de temps es-tu ici? Où loges-tu? Qui prend soin de toi ici? Comment te procures-tu ce dont tu as besoin au quotidien?

Hafirina izay ianao no teto? Aiza ianao no mipetraka? Iza no miandraikitra anao aty? Iza no manome ny zavatra ilainao sy ny filanao fototra isan'andro?

Quelles sont les connaissances que tu as sur la sexualité? Comment et par qui les as-tu obtenues? Quelles sont les questions que tu te poses? Quelles sont les personnes à qui tu peux en parler? Souhaites-tu avoir des enfants? Combien? À quel âge? Pourquoi?

Inona avy no fantatrao mikasika ny resaka fananahana, sy fifandraisana ao amin'ny lahy sy vavy, tamin'ny fomba ahoana? Inona ireo fanontaniana manitikitika anao? Iza avy ireo olona afaka ifampiresahanao an'izany? Maniry hanan-janaka ve ianao? Firy? Eo amin'ny fahafiry taona? Nahoana?

Quand tu as commencé à être formée, comment t'es-tu sentie (vis-à-vis d'elle-même, vis-à-vis de regards posés sur elle...)? Quelles questions te posais-tu (cf. changements physiques, pertes blanches...)? Comment s'est passée la survenue de tes premières règles? À quel âge? Avec qui en as-tu parlé? Avais-tu déjà reçu des informations sur la survenue des règles? Par qui? Que savais-tu que ça changeait pour toi dans tes rapports avec les garçons?

Oviana ianao no nahatsapa fa efa maoty, ahoana ny fahatsapanao (ho anao manokana, na eo amin'ny fijery ny hafa...)? Inona ireo fanontaniana manitikitika anao (mikasika ny fiovana ara-batana...)? Nanao ahoana ny fahatongavan'ny fadim-bolana voalohany? Teo amin'ny fahafiry taona? Iza no olona niresahanao? Efa nahazo fahalalana makasika ny fahatongavan'ny fadim-bolana ve ianao? Tamin'iza? Inona zavatra fantatrao ny amin'ny mety fiovana eo amin'ny fifandraisanao amin'ny Zatovo lahy?

Comment parlez-vous entre vous des choses du sexe? Quels conseils te donnent tes amies? Qu'en penses-tu?

Ahoana ny firesahanao ny amin'ny maha-lahy sy maha-vavy? Inona ny torohevitra omen'ny namanao? Ahoana ny hevitrao momba izay?

Habituellement, à quel âge tes camarades ont leur premier copain? Et toi? À quel âge as-tu eu ton premier copain? Comment as-tu su que tu lui plaisais? Comment a-t-il su qu'il te

plaisait ? Comment êtes-vous entrés en relation ? Comment te sentais-tu dans cette relation ? Quelles sont les choses qui te plaisaient avec lui ? Celles qui te plaisaient moins ? Combien de temps cela a pris avant d'avoir votre première relation sexuelle ? Qui en a pris l'initiative ? Comment as-tu vécu cette première fois ? Et les suivantes ? En as-tu parlé avec quelqu'un (parent, amie, autres) ? (Sonde : si non, pourquoi ?) Quel a été leur réaction ? Quand vous n'étiez pas d'accord avec ton copain, comment ça se passait ? Quels étaient les principaux sujets de dispute ? Comment s'est terminée votre histoire ? Combien de temps a-t-elle duré ? Pendant cette histoire, comment te protégeais-tu des risques de grossesse ou de maladie ? Comment discutais-tu de cela avec ton copain ? Quel rôle penses-tu que ton copain doit avoir pour t'aider à te prémunir des maladies et des grossesses ?

Eo amin'ny fahafiry taona ny namanao no manao sipa voalohany ? Ary ianao ? Firy taona no nanao sipa voalohany ? Ahoana no nahafantaranao fa mahafinaritra azy ianao ? Ahoana no nahafantarany fa mahafinaritra anao izy ? Ahoana ny fomba niarahanareo ? Ahoana ny fahatsapanao ny fiarahana ? Inona zavatra mahafinaritra anao rehefa miaraka aminy ? Inona no tsy dia mahafinaritra ? Hafiriana ny niarahanareo talohan'ny nanaovana firaisana ara-nofo voalohany ? Iza no nanomboka nangataka ? Nanao ahoana no niainanao ny fiarahana voalohany ? Nanao ahoana ny tohiny ? Noresahanao tamin' olona ve ? (Ray aman-dReny, namana, hafa...) ? Raha tsia, inona no antony ? Hoatran'ny ahoana ny fandraisan'izy ireo azy ? Rehefa tsy mifanaraka ianao sy ny sipanao, inona no mitranga ? Inona ny antony mampifamaly anareo ? Dia nanao ahoana ny niafarany ? Naharitra hafirina ? Nandritry ny fotoana niarahanareo, inona no nisorohanao ny vohoka aloha lotra sy ny aretina ? Fomba ahoana no iresahanao izany amin'ny sipanao ? Araka ny hevitrao, inona no andraikitry tokony ho noraisin' ny sipanao hanampiny anao amin'ny fisorahana ny aretina sy ny vohoka ?

Quels sont les autres copains que tu as eus depuis ? Qu'est-ce que t'apportaient ces relations ?

Quelles sont les principales difficultés que tu as rencontrées dans tes relations avec tes différents copains ? Avec qui en as-tu parlé ? Comment te protégeais-tu des risques de grossesse ou de maladies ? Quelles étaient les principales difficultés que tu rencontrais pour te protéger efficacement ? T'est-il arrivé d'attraper une maladie ? Une grossesse ? Qu'as-tu fait ?

Iza koa ireo sipa hafa niaraka tamina taty aoriana ? Inona no nentiny izany fiarahana izany taminao ? Inona ny olana natrehinao tamin'ny fiarahana amin'ny olona samihafa ? Iza no niresahanao izany ? Inona no fomba niarovanao tena tamin' ny vohoka sy ny aretina ? Inona ireo olana natrehinao mba hanana fiarovana mahomby ? Efa nisy fotoana ve ianao tratry ny aretina na vohoka, inona no nataonao ?

Pour toi, la relation idéale avec un garçon c'est quoi ? Comment penses-tu possible de la construire ?

Arakan y hevitrao, Inona no fifandraisana tonga lafatra amin'ny zatovo lahy lafatra amina ? Araka ny hevitrao, mety ho vita ve fanoreanana izany ?

Pour toi une vie sexuelle saine et épanouie pour une femme, c'est quoi ? Comment penses-tu pouvoir y avoir accès ?

Ho anao, inona no atao hoe fiainana ara-pananahana salama sy ny fifandraisan' ny lahy sy ny vavy madio sy mampivelatra eo amin'ny vehivavy ? Ahoana ny fomba ahahatongavana amin' izany ?

Que penses-tu des messages qui vous sont donnés pour vous sensibiliser à la prévention des GND ? Quels messages souhaiterais-tu recevoir ? Sous quelle forme ? Dispensé comment, où et par qui ?

Ahoana ny hevitrao mikasika ireo hafatra hita amin'ny fanentanana momba ny vohoka tsy nirina ? Hafatra manao ahoana no tianao ho azo ? Amin'ny fomba manao ahoana, aiza ary iza no tsara hampita ny hafatra ?

7. Grille d'entretien collectif d'adolescents garçons/*Fanadihadiana Iombonana ho an'ny Zatovo Lahy*

(Les questions ne sont pas forcément toutes posées à chaque entretien, certains points pouvant être plus explorés lors d'un entretien que d'autres)

Faire un tour de présentation (âge, classe...)
Fifankafantarana (Taona, kilasy...)

Quels sont les avantages d'avoir une copine ?
Quels sont les avantages que peut apporter un petit copain pour une fille ? Les inconvénients ?
(Sonder : sentiments, cadeaux, argent...)
Inona avy ireo tombontsoa amin'ny fananana sipa ? Inona avy ny tombontsoa entiny ? Inona no mety ho voka-dratsy ? (Lafiny ara-pihetseham-po, fanomezana, vola...)

Quelles sont les différentes raisons de choisir d'aller avec une fille ? Quelles sont les raisons pour lesquelles les garçons peuvent avoir plusieurs copines ? Quelles sont les raisons qui font que les filles ont parfois des difficultés à refuser à un garçon ou un homme plus âgé de devenir sa copine ?
Inona avy ireo antony mahatonga hiaraka amin'ny tovovavy ? Inona no antony mahatonga ny tovolahy hanana sipa maro ? Inona no antony mahasarotra ny fandavan'ireo tovovavy hiaraka amin'ny tovolahy na lehilahy lehibe noho izy ?

Quand une fille plaît à un garçon, comment fait-il pour la séduire ? Comment se déroulent les étapes de la relation ?
Rehefa misy tovovavy mahafinaritra ny tovolahy, inona no ataony hakana ny fony , inona avy ireo dingana lalovan'ny fiarahana ?

Quels sont les principaux sujets de dispute entre un garçon et une fille ? Comment font les garçons pour faire entendre leur point de vue aux filles ? Quelles difficultés rencontrent-ils ?
Inona avy ireo anton-javatra lehibe mahatonga ny tsy fifanarahana eo amin' tovolahy sy ny

tovovavy ? Ahoana ny fomba ataon'ny tovolahy hanehoany ny heviny manoloana ny tovovavy ? Inona no mety olany hatrehany ?

Quand les garçons ont des problèmes avec leurs copines, avec qui en parlent-ils ? Quand les garçons ont des problèmes de santé liés à leur sexualité, qui vont-ils voir ? De quoi peut-on parler avec ses parents sur ces sujets-là ?
Rehefa manana olana amin'ny sipany ny tovolahy, dia iza no iresahany ? Rehefa manana olana amin'ny fahasalamana ara-pananahana izy, iza no hatoniny ? Inona no resaka azo ifampiresahana amin'ny Ray aman-dReny mikasiaka izany ?

Comment les garçons qui vont avoir leur première relation sexuelle vont se renseigner pour savoir comment bien faire ?
Amin'ny fomba manao ahoana no akan'ireo tovolahy hevitra maba hahalala tsara ny tokony atao rehefa hanao firaisana ara-nofo voalohany ?

Quand un garçon a une première relation sexuelle, en parle-t'il avec ses amis, sa famille ? Quelles sont leurs réactions ? Vers quel âge il est acceptable pour un garçon d'avoir une relation sexuelle ? Et pour une fille ?
Rehefa nanao firaisana ara-nofo voalohany ny tovolahy dia iza no iresahany an'izany, ny namany sy ny fianakaviany ? Ahoana ny fihetsiny ? Eo amin'ny fahafiry taona no azo ekena fa mahazo manao firaisana ara-nofo ny tovolahy ? Ary ho an'ny tovovavy ?

Quels sont les moyens que vous connaissez pour vous protéger des IST ? (Sonder : abstinence, Préservatifs, Fidélité...) Pour protéger votre partenaire des GND ?
Inona avy ireo fomba fantatrao hiarovana amin'ny aretina azo avy amin'ny firaisana ara-nofo ? (Fifehezan-tena, Kapaoty, fanajana ilay sipa miaraka aminy...) Ary ny hiarovanao sy ny olona miaraka aminao ny vohoka tsy nirina ?

Quels sont les avantages de l'utilisation des préservatifs ? Quels sont les inconvénients ? Quel est le prix ? Le lieu d'achat ? Que pensez-vous d'une

filles qui a des préservatifs avec elle lorsqu'elle est avec son petit ami? Que pensez-vous d'une fille qui suggère l'utilisation du préservatif à son partenaire sexuel?

Inona no tombontsoa azo avy amin'ny fampiasana kapaoty? Inona no mety voka-dratsiny? Ohatrinona ny vidiny? Aiza ny toerana hivi-dianana azy? Ahoana ny fomba fandraisanao ireo tovovavy mitondra kapoty rehefa miaraka amin' ny sipany? Ahoana ny hevitrao mahakasi-ka ireo tovovavy mandroso hevitra ny olona miaraka aminy hampiasa kapaoty rehefa miaraka amin'ny sipany?

Idem pour préservatif féminin, pilule, injections, méthode naturelle...

Tahak'izay ihany koa ny kapoty ho an'ny vehivavy, ny pilina, nytsindrona, ny fomba voahajanahary...

Quels sont les inconvénients pour un jeune garçon qui décide de retarder le début des rapports sexuels? Pour une jeune fille? (Sonder: les problèmes médicaux, sociaux, relationnels...)

Inona no mety ho voka-dratsy raha misafidy ny hampihemotra ny fotona ny tovolahy amin'ny fanaovana firaisana ara-nofo? Ho an'ny tovovavy? (Amin'ny lafiny ara-pahasalamana, ara-piara-ha-monina, eo amin'ny fifandraisana...)

Que dit-on d'une fille qui utilise la PF? Comment se sent-elle avec son groupe d'âge? Comment réagit son copain? Ses parents? Les parents du copain?

Ahoana no ilazana ireo tovovavy mampiasa ny FF (Fandrindrana Fiterahana)? Manao ahoana ny fahatsapany izany amin'ny tanora sahala aminy? Manao ahoana ny fihetika ny sipany manoloana izany? Ny Ray aman-dReniny? Ny Ray aman-dRenin'ny sipany?

Que dit-on d'une fille qui a une GND? Comment se sent-elle avec son groupe d'âge? Comment réagit son copain? Ses parents? Les parents du copain?

Ahoana no ilazana ireo tovovavy tratry ny vohoka tsy nirina? Manao ahoana ny fahatsapany ny tenany manoloana ny tanora mitovy taona aminy?

Manao ahoana ny fahatsapan'ny sipany? Ny Ray aman-dReniny? Ny Ray aman-dRenin'ny sipany?

Que pensez-vous des messages qui vous sont donnés pour vous sensibiliser à la prévention des GND? Quels messages souhaiteriez-vous recevoir? Sous quelle forme? Dispensé comment et par qui? À votre avis, quel est votre rôle, votre responsabilité pour aider votre partenaire sexuelle à se protéger de la survenue d'une grossesse?

Ahoana ny hevitrao mikasika ny hafatra omena mandritry ny fanentanana momba ny Vohoka aloha loatra? Inona no hafatra tianao ho hampitaina aminao? Amin'ny fomba manao ahoana? Fanentanana manao ahoana? Iza no tsara mampita ny hafatra? Raha ny hevitrao no ambara, inona no anjara andraikitrao hanampiana ny olona miaraka aminao hisorohana ny vohoka tsy nirina?

8. Grille d'entretien individuel d'adolescent garçon/Fanadihadiana manokana ho an'ny Zatovo lahy

(Les questions ne sont pas forcément toutes posées à chaque entretien, certains points pouvant être plus explorés lors d'un entretien que d'autres)

Âge/Taona :

Classe/Kilasy :

Lieu d'origine/Toerana niaviana :

(ville? village?/Tanana)

Profession des parents/Asan'ny Ray aman-dReny :

Comment et avec qui passes-tu tes temps libres?

Miaraka amin'iza sy manao inona no tena andaniana ny fotoananao?

Avec ta copine, comment vous êtes-vous rencontrés? Comment as-tu pu l'amener à accepter d'être ton amie?

Miaraka amin'ny sipana, ahoana ny fomba nihao-nanao tamin'ny sipanao? Inona no nataonao ka nahatonga azy hanaiky ho namanao?

Comment s'est passé votre première fois? Comment avais-tu appris comment faire? Comment avez-vous pris la décision? Comment s'est-elle comportée avec toi au moment de passer à l'acte? Si elle avait peur ou voulait changer d'avis, comment l'as-tu convaincue d'avoir une relation sexuelle?

Nanao ahoana ny firaisana ara-nofo nataonareo voalohany? Ahoana ny fomba nahaizanao izany? Ahoana ny fomba nandraisanareo fanapahan-kevitra? Ahoana ny fomba fhetsiny nandritry io fotoana io? Raha niova hevitra izy fa natahotra, inona ny nataonao handresena lahatra azy hanao firaisana ara-nofo aminao?

Habituellement, comment se décide entre vous le moment où vous aurez des rapports sexuels? Comment faites-vous pour éviter les maladies et grossesses? Où trouvez-vous les moyens de vous protéger?

Araka ny mahazatra anareo, ahoana ny fanapahanareo hevitra ny amin'ny fotoana hanaovanareo firaisana ara-nofo? Ahoana ny fomba ataonareo isorohana ny aretina sy ny vohoka? Aiza no ahitanareo fitaovana fiarovana?

Quelles ont été tes autres histoires avec des filles? As-tu déjà été confronté à une GND chez ta partenaire? Dans ce cas-là, comment t'es-tu senti? À qui en as-tu parlé/pas parlé? Pourquoi? Qu'as-tu fait? (Idem si GND dans son entourage et pas dans son propre couple)

Efa nanana tantara tamin'ny tovovavy hafa ve ianao? Mety efa nisy tratra ny vohoka tsy nirina ve? Ahoana no niainanao io tranga io? Iza no niresahanao izay toe-javatra izay? Inona no antony? Inona no nataonao? (Tahaka ny ahoana indray raha tsy niseho taminao ny tranga fa tamin'ny manodidina anao)

Que penses-tu des messages qui vous sont donnés pour vous sensibiliser à la prévention des GND chez les adolescentes? Quels messages

souhaiterais-tu recevoir? Sous quelle forme? Dispensé comment et par qui? À ton avis, quel est ton rôle, ta responsabilité, pour aider ta partenaire à éviter la survenue d'une grossesse?

Ahoana ny hevitrao mikasika ny hafatra ampitaina aminao amin'ny momba ny fanentanana ny fisorohana ny vohoka aloha loatra, tsy nirina mety ho tonga eo amin'ny zatovo vavy? Inona no hafatra tianao ho azo? Karazana hafatra manao ahoana, zaraina amin'ny fomba manao ahoana? Iza no tokony ampita ny hafatra? Araka ny hevitrao, inona no anjara asa sy andraikitrao mba hiarovana ny olona miaraka aminao tsy ho tratan'ny vohoka tsy nirina?

9. Grille d'entretien des leaders communautaires et religieux/ Fanadihadiana ho'an'ireo Mpitarika eo anivon'ny Fiaraha-monina sy ny Mpitarika amin'ny lafiny fivavahana

(Les questions ne sont pas forcément toutes posées à chaque entretien, certains points pouvant être plus explorés lors d'un entretien que d'autres)

Sur son rôle: / Eo amin'ny asanao:

Pouvez-vous expliquer votre rôle? Depuis combien de temps avez-vous ces responsabilités? Qui vous a choisi?

Azonao hazavainao ve ny anjara asanao? Hafiriana no nihazonanao io andraikitra io? Iza no nifidy anao?

Représentations/grossesses adolescentes:

Hevitra eo amin'ny Vohoka aloha loatra eo amin'ny Zatovo vavy:

À quel âge les filles ont en général leur premier enfant dans la communauté?

Eo amin'ny fahafiry taona amin'ny ankapobeny no miteraka voalohany ny zatovo vavy eto amin'ny fiarahamonina misy anao?

Si elles sont sans mari lorsqu'elles ont leur première grossesse, que font-elles? Quels sont les problèmes auxquels elles s'exposent? Comment

ça se gère au sein de la communauté? De la famille? De l'école?

Inona no ataon'ny tovovavy raha sendra miteraka voalohany izy nefa tsy manambady? Inona avy ireo olana mianjady aminy? Fomba manao ahoana no amahana olana eo anivon'ny fiarahamonina, ny fianakaviana ny sekoly?

Quelles sont les filles qui ont le plus de risques de prendre une grossesse avant le mariage? Pourquoi?

Tovovavy manao ahoana no mety ho tratran'ny vohoka alohan'ny fanambadiana? Inona no antony?

Comment les filles peuvent-elles éviter ces grossesses? Qui parle aux filles pour les conseiller? Que leur dit-on? Dans la communauté? Dans la famille?

Inona no fomba isorohan'ny tovovavy ny vohoka toy izay? Iza no manoro hevitra ny tovovavy? Inona no ambara azy ireo? Eo anivon'ny fiarahamonina, ao amin'ny fianankaviana?

Quelles sont les informations données aux adolescent-e-s et jeunes dans les écoles et les centres de santé pour éviter les grossesses? Qu'en pensez-vous? (Cf. abstinence/fidélité/préservatif/PF.)

Inona avy ireo fahalalana omena ny Tovovavy sy Tanora eny an-tsekoly, eny amin'ny Tombim-pahasalamana hisorohana ny vohoka aloha loatra, tsy ao anaty fanambadiana? Ahoana ny hevitrao? (Fifehezana-tena, Fifanajana, Fampiasana kapaoty na FF (Fomba Fandrindrana Fiterahana))

Qu'est-ce qui pourrait être fait au sein de la communauté pour éviter les grossesses précoces chez les adolescentes et jeunes filles?

Inona ireo Drafitr'asa atao eny anivon'ny fiarahamonina hisorohana ny vohoka aloha loatra eo amin'ny Zazavavy sy ny zazalahy ary ny Tanora?

10. Grille de description des structures dispensant la PF / Fanadihadiana ho an'ireo Sehatra manome FF (Fandrindrana Fiterahana)

Nom de la structure :
Anaran'ny Sehatra.....

Date de création :
Daty niorenana :

Type de structure : publique privée
 semi-publique confessionnelle
Karazan'ny Sehatra: Ara-panjakana, Tsy miankina,
Ara-panjakana amin'ny ampahany, ara-pinoana

Support d'autres ONG/Fikambanana hafa:....

Activités en PF/Asa atao amin'ny FF (Fandrindrana Fiterahana)

- Activités/Asa atao
- Moyens humains (Nbr, niveau de formation)/ Ireo Mpiandraikitra (isany, fiofanana azo)
- Moyens matériels (consommables et matériels, rupture de stock?)/Ny fitaovana ampiasaina, Fahalanian'ny tahiry
- Taux de Fréquentation et population type (ados? Dans quelle proportion?/Ny tahan'ny fankanesana any amin'ny tobim-pahasalamana, ny olona tonga manatona? Firy ny miala sakana sy tanora
- Coût/Ny vidiny
- Remarques/Fanamarihana

Consultations/Fizahana:

Nombre de personnes qui attendent en salle d'attente et présence ou non d'adolescent-e-s et jeunes;

Isan'ny olona miandry ao amin'ny trano fiandrasana, misy zatovo sy tanora sa tsia

Aménagement de la salle pour préserver intimité et confidentialité;

Fanamboarana ny trano fandraisana hiarovana ny an'ny tena manokana sy ny tsiambaratelo

Référencement/ PF et grossesse adolescente:

Fandefasana / FF (Fandrindrana Fiterahana)/
Vohoka eo amin'ny sakan-jaza

- Causes de référencement/Anton'ny fandefasana
- Structure de référencement/Sehatra handefasana
- Fréquence/Taha
- Coût/Sara
- Remarques/Fanamarihana

Reporting/Tatitra:

Qualité des outils de collecte de données (présence de la PF dans les documents);

Ny kalitao ny fitaovana nampiasana nahazoana antontan'isa (misy ny fanalan-jaza sy ny FF ao anaty antontan-kevitra)

Qualité de la collecte/*ny kalitao ny fanangonana fitaovana sy torohay.*

Protocoles existants en PF et soins post-avortement (avec ou non la notion de prescrire la PF dans les suites d'un avortement):

Ireo dingana arahina eo amin'ny FF, sy ny fandraisana an-tanana aorian'ny fanalan-jaza (ireo taratasy omen'ny mpitsabo amin'ny resaka FF aorian'ny fanalan-jaza: misy na tsia)

Formation: le personnel a-t-il suivi des formations spécifiques au cours de l'année dans le domaine de la PF et des soins post-avortement?

Nahazo fiofanana ve ny Mpiasan'ny Tobimpahasalamana mandritra ny taona, mikasika ny FF sy ny fitsaboana aorian'ny fanalan-jaza

- Planning familial/FF (Fandrindrana Fiterahana)
- Soins post-avortement/Fitsaboana aorian'ny fanalan-jaza

Besoins observés par l'enquêteur/*Zavatra ilaina tsikaritry ny mpanao fanadihadiana*

ANNEXE 6 - NOTES D'INFORMATION

NOTE D'INFORMATION pour les enquêtés (version française)

« Étude qualitative des déterminants socio-culturels des grossesses non désirées et de leur prise en charge ainsi que des difficultés d'accès aux services SSR en particulier au sein de la tranche d'âge des 10-24 ans. »

Nous travaillons pour Médecins du Monde et nous effectuons une recherche à Antananarivo sur la santé sexuelle et reproductive des Adolescent-e-s et des Jeunes de 10 à 24 ans. Nous étudions plus particulièrement les causes et conséquences des grossesses non désirées ainsi que les difficultés des adolescent-e-s et des jeunes à accéder aux services de Santé Sexuelle et Reproductive. La prévention et prise en charge des grossesses non désirées est très importante pour préserver la santé des adolescent-e-s et des jeunes. Les résultats de l'étude seront partagés aux responsables concernés dans la mise en place des programmes en santé sexuelle et reproductive à destination des jeunes et des adolescent-e-s afin de donner des pistes d'amélioration des projets de santé visant à réduire la mortalité maternelle et infantile liée aux grossesses non désirées.

Dans le cadre de cette étude, nous souhaitons nous entretenir avec vous.

Qu'attendons -nous de vous ?

L'entretien durera environ 45 minutes. Nous poserons des questions sur les causes et conséquences des grossesses non désirées chez les adolescents ainsi que sur leurs difficultés d'accès aux soins en santé sexuelle et reproductive.

Quels sont les risques de votre participation à l'étude ?

Cet entretien ne comporte aucun risque pour vous ou les membres de votre famille. Il est très

important de savoir que nous n'allons pas vous juger pour vos opinions ou vos expériences.

Toutefois, certaines de nos questions pourraient vous mettre mal à l'aise; dans ce cas, vous pouvez décider de ne pas répondre ou de mettre fin à l'entretien.

Quels sont les avantages de la participation à l'enquête ?

La participation à cette étude n'implique aucun avantage direct pour vous ou un membre de votre famille. Notre travail est d'apprendre ce que vivent les adolescent·e·s et les jeunes et la réalité sur leurs difficultés d'accès aux services SSR dans le but d'aider Médecins du Monde et ses partenaires à définir les meilleures façons d'élaborer des stratégies en matière de santé pour prévenir la mortalité liée aux grossesses non désirées. Vous contribuerez à atteindre cet objectif.

Qui saura que vous participez à cette étude ?

Je prendrai des notes durant l'entretien et, si vous l'acceptez, j'enregistrerai également l'entretien, uniquement de façon à pouvoir compléter mes notes par la suite puis j'effacerai définitivement la bande son. Personne en dehors de l'équipe de l'étude n'aura accès à vos informations individuelles. Votre nom ne sera pas enregistré. Toutes les informations que vous nous donnez resteront confidentielles.

Vous pouvez décider à tout moment de vous retirer de l'étude et nous demander de supprimer vos données, même après l'entretien.

Que se passe-t-il si vous ne souhaitez pas participer ?

La participation est volontaire et l'administration locale ne sera pas informée de votre choix, quel qu'il soit. Votre décision de participer ou non n'aura pas d'implication sur les services de soins ou de préventions dispensés dans la communauté. Cela signifie que les actions de santé et de prévention habituellement dispensées dans la

communauté ne seront pas impactées, que vous participiez à l'enquête ou non.

Restitution et Contact

Une restitution des premiers résultats de l'étude sera réalisée, à l'issue de la phase de collecte des données, le vendredi 23 mars. Tous les participants à l'enquête peuvent y assister s'ils le souhaitent.

Pour obtenir des informations supplémentaires sur cette étude, vous êtes invités à vous adresser aux bureaux de Médecins du Monde à :

Médecins du Monde
LOT II Y 34 A BIS,
AMPASANIMALO
(Route de l'Université)
101, ANTANANARIVO, BP 3633
Juliana Faniloniaina : 033 31 075 03
Ando Randrianandrasana : 033 31 075 04

Avant de décider si vous souhaitez participer à notre étude ou non, n'hésitez pas à poser des questions sur ce que vous venez de lire et/ou ce que nous venons de dire. Encore une fois, votre participation est volontaire et nous respectons que vous êtes libre de changer d'avis à tout moment concernant votre participation.

Le papier sur lequel vous allez apposer votre signature ou votre empreinte digitale indiquant votre consentement sera maintenu séparément des notes de vos réponses aux questions de l'entretien. Personne en dehors de l'équipe de cette étude n'aura accès à vos données. Toutes les notes et enregistrements seront gardés confidentielles le temps de l'étude puis définitivement détruites.

L'équipe chargée de l'étude pour Médecins du Monde

NOTE D'INFORMATION pour les enquêtés (Version Malagasy)

NAOTY FAMPAHAFANTARANA Ho an'ny olona hohadiadiana

« Fikarohana mikasika ny antony ara-piarahamonina sy ara-kolontsaina mahatonga ny vohoka tsy nirina sy ny fandraisana an-tanana ary ny olana apetraky ny fahazoana tolotra momba ny fahasalamana ara-pananahana eo amin'ny salan-taona 10-24 »

Izahay dia miasa ho an'ny Medcins du monde, ary manao fikarohana eto Antananarivo momba ny fahasalamana ara-pananahana eo amin'ny sakan-jaza sy tanora 10-24taona. Hiasanay manokana ny hahafantatra ny antony sy ny vokatra ateraky ny vohoka tsy nirina ary ny sakana eo amin'ny fahazoan'ny tanora sy sakan-jaza tolotra ara-pahasalamana.

Ny fisorohana sy ny fandraisana an-tanana ny vohoka tsy nirina dia tena zava-dehibe itandrovana ny fahasalaman'ny tanora sy ny sakan-jaza. Ny valin'ny fikarohana dia omena ireo tompo'andraikitra voakasika hananganana asa eo main'ny fahasalamana ara-pananahana natokana ho an'ny tanora, ny zazalahy sy ny zazavavy hahazoana manome toro-lalana hanatsarana ny fahasalamana hampihenana ny tahan'ny fahafatesan'ny reny sy ny zaza mifandray amin'ny vohoka tsy nirina. Ao anatin'io fikarohana io dia maniry hanao fanadihadiana miaraka aminao izahay.

Zavatra andrasanay

Maharitra 45minitra ny fanadihadiana. Hametraka fanontaniana momba ny antony sy ny vokatra ateraky ny vohoka tsy nirina eo amin'ny sakan-jaza sy ny tanora ary ny sakana eo amin'ny fahazoana tolotra ara-pahasalamana.

Ny zavatra mety hitranga amin'ny fandraisanao anjara amin'ny fikarohana

Tsy misy zavatra atahorana ho anao sy ny ankohonanao ny amin'ny fandraisanao anjara amin'ny fanadihadiana. Zava-dehibe ny hahafantaranao

fa tsy mitsara ny hevitrao na ny trai-kefa efa azonao izahay. Mety misy fanontaniana rsy mamapahazo aina anao, nefa amin'izay dia azonao atao ny tsy mamaly izany fanontaniana izany na mamarana avy hatrany ny fanadihadiana.

Ny tombontsoa amin'ny fandraisanao anjara

Ny fandraisanao anjara dia tsy misy tombontsoa mivantana ho anao sy ny ankohonanao. Ny asanay dia ny mamantatra ny hiainan'ny tanora sy ny zatovo eo amin'ny fahazoana tolotra ara-pahasalamana mba hahazoana manampy an'i Medcins du Monde sy ny mpiara- miombon aantoka hamaritra ny fomba hanangonana tetika amin'ny resaka fahasalamana hisorohana ny fahafatesana ateraky ny vohoka aloha loatra na tsy nirina.

Iza no mahafantatra fa mandray anjara amin'ny fikarohana ianao

Mandray an-tsoratra aho mandritra ny fanadihadiana, ary raha manaiky ianao dia alaiko feo, hahafahana mameno izay voarakitra an-tsoratra ,vao vita dia hofafaina ny tahirim-peo. Tsy misy olona ivelan'ny ekipa, manao fikarohana, mahazo ny momba anao manokana. Tsy misy anaranao , ary ny valim-panontaniana azo rehetra dia mijanona ho tsiambaratelo.

Amin'ny fotoana rehetra dia afaka manapa-kevitra hijanona ianao na mangataka ny hamafana ny torohay, na aorian'ny fanadihadiana aza.

Inona no mitranga raha nisafidy tsy nandray anjara ianao

An-tsitrabo ny fandraisana anjara ary ny mpiandrikitra eo an-toerana dia tsy hahafantatra ny safidinao. Ny fanapahan-kevitrao handray anjara na tsia dia tsy misy fiantraikany amin'ny tolotra ara-pahasalamana sy ny fisorohana omena ny fiarahamonina. Izany no midika fa ny asa eo amin'ny fahasalamana sy fisorohana dia omena

ny fiarahamonina na mandray anjara ianao na tsia.

Fehiny sy fifandraisana

Ny fizarana voalohany amin'ny fanadihadina natao dia aseho ny 23Martsa amin'ny alalan'iro fanangonana torohay. Asaina ireo nandray anjara rehetra tamin'ny fanadihadina hanatrika izany.

Raha mila fanazavana fanampiny mikasika ny fikarohana ianao dia asaina ianao hanatona ny birao Medcins du Monde.

Médecins du Monde
LOT II Y 34 A BIS,
AMPASANIMALO
(Route de l'Université)
101, ANTANANARIVO, BP 3633
Juliana Faniloniaina : 033 31 075 03
Ando Randrianandrasana: 033 31 075 04

Alohan'ny hanapahan-kevitra raha te-handray anjara ianao na tsia, dia aza misalasala mame-traka fanontaniana mikasika izay volazanay teo sy izay novakinao. Hamafisina fa an-tsitrabo ny fandraisanao anjara, manaja tanteraka ny mety ho fiovan-kevitrao izahay mikasika ny fandraisanao anjara.

Ny taratasy hanaovanao sonia sy lavotondro manamarika ny fanekena dia tsy hampiarahana amin'ny valim-panontaniana nomenao. Tsy misy olona hafa ankoatra ny ekipa mahazo ny torohay, ary ny rakitra an-tsoratra na raki-peo dia mijanona ho tsiambaratelo tanteraka mandritra ny fikarohana avy eo dia hopotehina.

Ny ekipa miandraikitra ny fanadihadiana ato amin'ny Medcins du Monde.

NOTE D'INFORMATION pour les parents d'enquêtés mineurs (version française)

« Étude qualitative des déterminants socio-culturels des grossesses non désirées et de leur prise en charge ainsi que des difficultés d'accès aux services SSR en particulier au sein de la tranche d'âge des 10-24 ans. »

Nous travaillons pour Médecins du Monde et nous effectuons une recherche à Antananarivo sur la santé sexuelle et reproductive des Adolescent-e-s et des Jeunes de 10 à 24 ans. Nous étudions plus particulièrement les causes et conséquences des grossesses non désirées ainsi que les difficultés des adolescent-e-s et des jeunes à accéder aux services de Santé Sexuelle et Reproductive. La prévention et prise en charge des grossesses non désirées est très importante pour préserver la santé des adolescent-e-s et des jeunes. Les résultats de l'étude seront partagés aux responsables concernés dans la mise en place des programmes en santé sexuelle et reproductive à destination des jeunes et des adolescent-e-s afin de donner des pistes d'amélioration des projets de santé visant à réduire la mortalité maternelle et infantile liée aux grossesses non désirées.

Dans le cadre de cette étude, nous souhaitons nous entretenir avec votre enfant.

Qu'attendons -nous de votre enfant?

L'entretien durera environ 45 minutes. Nous poserons des questions sur les causes et conséquences des grossesses non désirées chez les adolescents et les jeunes ainsi que sur leurs difficultés d'accès aux soins en santé sexuelle et reproductive.

Quels sont les risques de sa participation à l'étude ?

Cet entretien ne comporte aucun risque pour vous, votre enfant ou les membres de votre

famille. Il est très important de savoir que je ne vais pas juger votre enfant ou vous-même pour ses opinions ou ses expériences. Si certaines de nos questions mettaient mal à l'aise votre enfant, il pourra décider de ne pas répondre ou de mettre fin à l'entretien.

Quels sont les avantages de sa participation à l'enquête ?

La participation à cette étude n'implique aucun avantage direct pour vous, votre enfant ou un membre de votre famille. Notre travail est d'apprendre ce que vivent les adolescent-e-s et les jeunes et la réalité sur leurs difficultés d'accès aux services SSR pour aider Médecins du Monde et ses partenaires à définir les meilleures façons d'élaborer des stratégies en matière de santé pour prévenir la mortalité liée aux grossesses non désirées. La participation de votre enfant à l'étude contribuera à atteindre cet objectif.

Qui saura que votre enfant participe à cette étude ?

Personne en dehors de l'équipe de l'étude n'aura accès à ses informations individuelles. Ni son nom ni le vôtre ne sera enregistré. Toutes les informations qu'il nous donnera resteront confidentielles. Lui comme vous pouvez décider à tout moment qu'il se retire de l'étude et nous demander de supprimer ses données, même après l'entretien. Des notes seront prises durant l'entretien et, si vous l'acceptez, l'entretien sera enregistré, uniquement de façon à pouvoir compléter les notes par la suite puis nous effacerons définitivement la bande son.

Que se passe-t-il si vous ne souhaitez pas que votre enfant participe ou si lui-même ne souhaite pas participer ?

La participation est volontaire et l'administration locale ne sera pas informée de votre choix ou de celui de votre enfant, quel qu'il soit. Vos décisions de participer ou non n'auront pas d'implication sur les services de soins ou de prévention dispensés dans la communauté. Cela signifie que les actions de santé et de prévention habituellement dispensés dans la communauté

ne seront pas impactées, que vous participiez à l'enquête ou non.

Restitution et Contact

Une restitution des premiers résultats de l'étude sera réalisée, à l'issue de la phase de collecte des données, le vendredi 23 mars. Tous les participants à l'enquête peuvent y assister s'ils le souhaitent.

Pour obtenir des informations supplémentaires sur cette étude, vous êtes invités à vous adresser aux bureaux de Médecins du Monde à :

Médecins du Monde
 LOT II Y 34 A BIS,
 AMPASANIMALO
 (Route de l'Université)
 101, ANTANANARIVO, BP 3633
 Juliana Faniloniaina : 033 31 075 03
 Ando Randrianandrasana : 033 31 075 04

Avant de décider si vous souhaitez participer à notre étude ou non, n'hésitez pas à poser des questions sur ce que vous venez de lire et/ou ce que nous venons de dire. Encore une fois, votre participation est volontaire et nous respectons que vous êtes libre de changer d'avis à tout moment concernant votre participation.

Le papier sur lequel vous allez apposer votre signature ou votre empreinte digitale indiquant votre consentement sera maintenu séparément des réponses de votre enfant aux questions de l'entretien. Personne en dehors de l'équipe de cette étude n'aura accès à ses données. Toutes les notes et enregistrements seront gardés confidentiels puis définitivement détruites.

L'équipe chargée de l'étude pour Médecins du Monde

NOTE D'INFORMATION pour les parents d'enquêtés mineurs (version malagasy)

**NAOTY FAMPAHAFANTARANA Ho an'ny
Ray aman-dReny manana ankizy tsy ampy ta-
ona hohadiadiana**

**« Fikarohana mikasika ny antony ara-piar-
ahamonina sy ara-kolontsaina mahatonga ny
vohoka tsy nirina sy ny fandraisana an-tanana
ary ny olana apetraky ny fahazoana tolotra
momba ny fahasalamana ara-pananahana eo
amin'ny salan-taona 10-24 »**

Izahay dia miasa ho an'ny Medcins du monde, ary manao fikarohana eto Antananarivo momba ny fahasalamana ara-pananahana eo amin'ny sakan-jaza sy tanora 10-24taona. Hiasanay manokana ny hahafantatra ny antony sy ny vokatra ateraky ny vohoka tsy nirina ary ny sakana eo amin'ny fahazoan'ny tanora sy sakan-jaza tolotra ara-pahasalamana.

Ny fisorohana sy ny fandraisana an-tanana ny vohoka tsy nirina dia tena zava-dehibe itandrova-
na ny fahasalaman'ny tanora sy ny sakan-jaza. Ny
valin'ny fikarohana dia omena ireo tompon'and-
raikitra voakasika hananganana asa eo amin'ny
fahasalamana ara-pananahana natokana ho
an'ny tanora, ny zazalahy sy ny zazavavy ha-
hazoana manome toro-lalana hanatsarana ny
fahasalamana hampihenana ny tahan'ny faha-
fatesan'ny reny sy ny zaza mifandray amin'ny
vohoka tsy nirina. Ao anatin'io fikarohana io dia
maniry hanao fanadihadiana miaraka amin'ny
zanakao izahay.

Zavatra andrasanay amin'ny zanakao

Maharitra 45minitra ny fanadihadiana. Hametraka fanontaniana momba ny antony sy ny vokatra ateraky ny vohoka tsy nirina eo amin'ny sakan-jaza sy ny tanora ary ny sakana eo amin'ny fahazoana tolotra ara-pahasalamana.

**Ny zavatra mety hitranga amin'ny fandrais-
anao anjara amin'ny fikarohana**

Tsy misy zavatra atahorana ho anao sy ny zanakao ny amin'ny fandraisanao anjara amin'ny fanadihadiana. Zava-dehibe ny hahafantaranao fa tsy mitsara ny hevitrao na ny trai-kefa efa azonao izahay. Mety misy fanontaniana rasy mamapahazo aina ny zanakao, nefa amin'izay dia azony atao ny tsy mamaly izany fanontaniana izany na mamarana avy hatrany ny fanadihadiana.

Ny tombontsoa amin'ny fandraisanao anjara

Ny fandraisanao anjara dia tsy misy tombontsoa mivantana ho anao sy ny zanakao. Ny asanay dia ny mamantatra ny hiainan'ny tanora sy ny zatovo eo amin'ny fahazoana tolotra ara-pahasalamana mba hahazoana manampy an'i Medecins du Monde sy ny mpiara-miombona antoka hamaritra ny fomba hanangonana tetika amin'ny resaka fahasalamana hisorohana ny fahafatesana ateraky ny vohoka aloha loatra na tsy nirina. Manampy any hahatratra ny tanjona ny fandraisan'ny zanakao anjara

Iza no mahafantatra fa mandray anjara amin'ny fikarohana ianao

Mandray an-tsoratra aho mandritra ny fanadihadiana, ary raha manaiky ianao dia alaiko feo, hahafahana mameno izay voarakitra an-tsoratra, vao vita dia hofafaina ny tahirim-peo. Tsy misy olona ivelan'ny ekipa, manao fikarohana, mahazo ny momba anao manokana. Tsy misy anaranao, ary ny valim-panontaniana azo rehetra dia mijanona ho tsiambaratelo.

Amin'ny fotoana rehetra dia afaka manapa-kevitra hijanona ianao na mangataka ny hamafana ny torohay, na aorian'ny fanadihadiana aza.

Inona no mitranga raha nisafidy tsy nandray anjara ianao

An-tsitraro ny fandraisana anjara ary ny mpiandrikitra eo an-toerana dia tsy hahafantatra ny safidinao sy ny zanakao. Ny fanapahan-kevitrao handray anjara na tsia dia tsy misy fiantraikany amin'ny tolotra ara-pahasalamana sy ny fisorohana omena ny fiarahamonina. Izany no midika fa ny asa eo amin'ny fahasalamana sy fisorohana

dia omena ny fiarahamonina na mandray anjara ianao na tsia.

Fehiny sy fifandraisana

Ny fizarana voalohany amin'ny fanadihadina natao dia aseho ny 23Martsa amin'ny alalan'iro fanangonana torohay. Asaina ireo nandray anjara rehetra tamin'ny fanadihadina hanatrika izany.

Raha mila fanazavana fanampiny mikasika ny fikarohana ianao dia asaina ianao hanatona ny birao Medcins du Monde.

Médecins du Monde

LOT II Y 34 A BIS,

AMPASANIMALO

(Route de l'Université)

101, ANTANANARIVO, BP 3633

Juliana Faniloniaina : 033 31 075 03

Ando Randrianandrasana : 033 31 075 04

Alohan'ny hanapahan-kevitra raha te- handray anjara ianao na tsia, dia aza misalasala mame-traka fanontaniana mikasika izay volazanay teo sy izay novakinao. Hamafisina fa an-tsitrabo ny fandraisanao anjara, manaja tanteraka ny mety ho fiovan-kevitrao izahay mikasika ny fandraisanao anjara.

Ny taratasy hanaovanao sonia sy lavotondro manamarika ny fanekenao dia tsy hampiarahana amin'ny valim-panontaniana nomenao. Tsy misy olona hafa ankoatra ny ekipa mahazo ny torohay, ary ny rakitra an-tsoratra na raki-peo dia mijanona ho tsiambaratelo tanteraka mandritra ny fikarohana avy eo dia hopotehina.

Ny ekipa miandraikitra ny fanadihadiana ato amin'ny Medcins du Monde.

ANNEXE 7 - FORMULAIRES DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Formulaire de consentement éclairé pour les enquêtés (version française)

« Étude qualitative des déterminants socioculturels des grossesses non désirées et de leur prise en charge ainsi que des difficultés d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive en particulier au sein de la tranche d'âge des 10-24 ans. »

En remplissant et en signant ce formulaire de consentement, je, soussigné(e), atteste que :

- j'ai lu ou on m'a lu la note d'information pour les enquêtés ;
- j'ai eu l'occasion de poser des questions sur celle-ci et je suis satisfait des réponses ;
- j'ai compris que mes réponses seront utilisées à des fins de recherche visant à améliorer les projets de santé sexuelle et reproductive des adolescent-e-s et des jeunes, , que je ne retire aucun risque ou avantage de ma participation à l'étude en dehors de ma contribution à l'amélioration de projets de santé, que ma vie privée sera respectée, que je ne serai pas identifiable personnellement et que je ne suis tenu à aucune obligation de participer à ce projet et que j'ai le droit de m'en retirer à tout moment :

j'accepte de participer à un entretien pour cette étude et que ma voix soit enregistrée

j'accepte de participer à un entretien pour cette étude mais sans enregistrement de ma voix

Lieu :

Date :

Signature de l'enquêté ou empreinte digitale :

**Formulaire de consentement éclairé
pour les enquêtés (version malagasy)
Taratasy fifanekena ho an'ny olona
hohadihadiana**

**« Fikarohana mikasika ny antony ara-piara-
hamonina sy ara-kolontsaina mahatonga ny
vohoka tsy nirina sy ny fandraisana an-tanana
ary ny olana apetraky ny fahazoana tolotra
momba ny fahasalamana ara-pananahana eo
amin'ny salan-taona 10-24 »**

Izaho Ra dia manaiky marina fa
Namaky ny naoty fampahafantarana ho an'ny
olona hohadihadiana .

Nanana fotoana hametrahana fanontaniana aho
ary mahafa-po ahy ny valiny.

Azoko fa ny valim-panontaniana dia ho ampiasa-
na hanatsarana ny tetik'asa mikasika ny fahasala-
mana eo amin'ny sakan-jaza sy tanora , tsy misy
zavatra atahorana na tombotsoa manokana ho
ahy mandritra ny fandraisana anjara afa-tsy ny
anjara biriky entiko ho fanatsarana ny tetik'asa
momba ny fahasalamana . Fantatro koa fa ho-
hajaina ny fiainako manokana, tsy ho hita taratra
ny momba ahy ary tsy terena ny anjara fa zoko
ny hiala amin'ny fotoana rehetra.

Manaiky handray anjara amin'ny fikarohana
sady ho raisina feo

Manaiky handray anjara amin'ny fikarohana
aho fa tsy raisina ny feo

Toerana.....

Daty.....

Sonia na lavontondro:

.....

**Formulaire de consentement éclairé
pour les parents d'enquêtés mineurs
(version française)**

**« Étude qualitative des déterminants sociocul-
turels des grossesses non désirées et de leur
prise en charge ainsi que des difficultés d'accès
aux services de santé sexuelle et reproductive
en particulier au sein de la tranche d'âge des
10-24 ans. »**

En remplissant et en signant ce formulaire de
consentement, je, soussigné(e)..... ,
atteste que :

■ j'ai lu ou on m'a lu la note d'information pour
les parents d'enquêtés mineurs ;

■ j'ai eu l'occasion de poser des questions sur
celle-ci et je suis satisfait des réponses ;

■ j'ai compris que les réponses de mon enfant
seront utilisées à des fins de recherche visant
à améliorer les projets de santé sexuelle et
reproductive des adolescent-e-s et des jeunes,
que ni lui ni moi ne retirons aucun risque ou
bénéfice de sa participation à l'étude en de-
hors de notre contribution à l'amélioration
de projets de santé, que sa vie privée sera
respectée, que ni lui ni moi ne serons identi-
fiables personnellement et qu'il n'est tenu à
aucune obligation de participer à ce projet et
qu'il a le droit de s'en retirer à tout moment :

j'accepte que mon enfant participe à un entre-
tien pour cette étude en dehors de ma présence

j'accepte que mon enfant participe à un en-
retien pour cette étude mais uniquement en ma
présence

Lieu :.....

Date :.....

Signature du parent de l'enquêté ou empreinte
digitale :

.....

**Formulaire de consentement éclairé
pour les parents d'enquêtés mineurs
(version malagasy)**

**Taratasy fifanekena ho an'ny Ray aman-
Dreny ny ankizy tsy ampy taona**

**« Fikarohana mikasika ny antony ara-piara-
hamonina sy ara-kolontsaina mahatonga ny
vohoka tsy nirina sy ny fandraisana an-tanana
ary ny olana apetraky ny fahazoana tolotra
momba ny fahasalamana ara-pananahana eo
amin'ny salan-taona 10-24 »**

Izaho Ra.....dia manaiky marina fa

Namaky ny naoty fampahafantarana ho an'ny
Ray aman-dreny ny ankizy tsy ampy taona aho.

Nanana fotoana hametrahana fanontaniana aho
ary mahafa-po ahy ny valiny.

Azoko fa ny valim-panontanian'ny zanako dia
ho ampiasana hanatsarana ny tetik'asa mikasi-
ka ny fahasalamana eo amin'ny sakan-jaza sy
tanora, tsy misy zavatra atahorana na tombotsoa
manokana ho ahy na ho azy mandritra ny fan-
draisana anjara afa-tsy ny anjara biriky entinay
ho fanatsarana ny tetik'asa momba ny fahasala-
mana. Fantatro koa fa hohajaiana ny fiainany
manokana, tsy ho hita taratra ny momba ahy
na ny momba azy ary tsy terena ny fandraisany
anjara fa zony ny hiala amin'ny fotoana rehetra.

Manaiky aho fa ny fandraisan'ny zanako an-
jara dia tsy eo imasoko

Manaiky aho ny fandraisan'ny zanako anjara
dia miaraka amin'ny fanatrehako

Toerana.....

Daty.....

Sonia na lavontondro:

.....

**ANNEXE 8- MÉTHODOLOGIE
D'ANALYSE DES DONNÉES**

L'analyse des données a été liée à la fois à l'itéra-
tion, à la mise en regard des problématiques et des
données, des interprétations et des résultats, et à
l'explication interprétative, à la conceptualisation
des résultats¹⁷³. L'approche analytique utilisée pour
cette enquête a suivi une logique se rapprochant
de celle de l'« enchevêtrement des logiques so-
ciales »¹⁷⁴ décrite par JP. Olivier de Sardan et s'est
attachée à étudier les négociations, consensus
entre différentes logiques sociales d'acteurs très
variés en s'étendant à l'ensemble du contexte phy-
sique, socio-économique et politique.

Il s'est agi d'étudier les phénomènes d'adapta-
tion se mettant en place face à un ensemble de
contraintes et d'influences et de dégager les nou-
velles logiques sociales émergentes. Dans cette
approche, les normes et comportements des po-
pulations ont été analysés comme résultant de
l'adaptation de l'individu ou du groupe d'individus
à un ensemble d'influences et de contraintes très
variées. Ont été particulièrement analysées les in-
terfaces entre des acteurs aux statuts et logiques
sociales différents et l'influence de ces interfaces
sur l'avènement de nouvelles logiques sociales. Si
nous prenons l'exemple des itinéraires thérapeu-
tiques des populations ou tout autre compor-
tement en santé, ceux-ci ont alors été analysés
comme une négociation faite par l'individu entre
ses normes et l'ensemble des contraintes phy-
siques, socio-économiques et politiques auquel
il est confronté.

Cette approche analytique a été choisie car
permettant d'une part d'éviter les écueils d'une
lecture des réalités de terrain qui ne serait que
parcellaire si elle ne tenait pas compte de l'en-
semble des faisceaux d'influences dont résultent
les normes et comportements en santé des popu-
lations et pour d'autre part pouvoir être à même

173. Jean-Pierre Olivier de Sardan, « La politique du terrain »,
Enquête [En ligne], 1 | 1995, pages 15-17, mis en ligne le 10 juillet
2013, consulté le 30 septembre 2016. URL : [http://enquete.
revues.org/263](http://enquete.
revues.org/263); DOI : 10.4000/enquete.263

174. Jean-Pierre Olivier de Sardan, Les trois approches en
anthropologie du développement. In: Tiers-Monde, 2001, tome
42 n°168, pp. 729-754

de comprendre comment émergent de nouvelles logiques sociales à même de lutter contre les inégalités de santé.

Il s'est donc agi ici, au-delà de donner des informations socioculturelles relatives aux normes et comportements des adolescent-e-s et des jeunes en sexualité, d'analyser les inadéquations des politiques de santé et les dysfonctionnements des programmes tout en tentant de relever les pistes favorisant l'émergence de nouvelles logiques sociales à même de lutter contre les inégalités sociales favorisant la survenue des GND et des avortements chez les adolescentes et les jeunes et la surmortalité et surmorbidity qui y sont liées.

Une première phase d'analyse des données s'est déroulée au fil de la collecte de données, a suivi un processus de validation par les enquêtés et enfin une phase finale d'analyse des données a été réalisée.

Au fil de la collecte de données :

- Une première analyse s'est déroulée aux cours des entretiens, en soutenant l'enquêté dans sa réflexion via une reformulation de ses dires et en analysant, synthétisant son discours au fil de l'entretien afin de lui proposer régulièrement un résumé des points saillants de son discours et qu'il puisse ou non valider celui-ci.
- Les entretiens collectifs ont été analysés en prenant en compte les discours de chacun mais aussi les interactions verbales et non verbales entre les enquêtés présents lors des focus groupes.
- À été observée, prise en compte et analysée l'influence des postures et points de vue de l'investigatrice et des traducteur-trice-s /assistant-e-s d'enquêtes.
- Analyse et réflexion ont été :
 - ◆ Portées par la triangulation des entretiens collectifs, individuels et des observations et permises par le classement quotidien des données collectées ;
 - ◆ Soutenues par des échanges quotidiens entre l'investigatrice et les traductrices / assistantes d'enquête ;
 - ◆ Aidées par la tenue d'un journal de bord, visant à enrichir les processus d'analyse et

d'interprétation des données, où la chargée d'étude a noté chaque jour les faits et constats marquants et les informations complémentaires à rechercher ou à vérifier.

- ◆ Partagées avec le comité scientifique de pilotage lors d'un point réalisé à mi-parcours de la collecte de données.

À l'issue de la phase de collecte des données : validation des résultats bruts d'enquête par les enquêtés

Ce processus rentre dans la triangulation des données pour limiter les biais d'interprétation et, par ailleurs, est du ressort de la redevabilité et permet d'engager le dialogue social.

Validation par des représentants des adolescent-e-s et des jeunes :

De façon régulière, les résultats d'enquête ont été soumis aux éducateurs-trices pairs et membres du bureau d'une association d'adolescent-e-s et jeunes dont l'âge, le profil socio-économique et le niveau scolaire étaient d'une part proche des enquêtés et d'autre part dont les lieux de résidence, les familles dont ils étaient issus et les activités en pair-éducation les amenaient à être immergés au sein des communautés les plus précaires des quartiers enquêtés. Dans les derniers jours de la phase de collecte des données, en complément de ces échanges réguliers réalisés au fil de l'étude, une dernière présentation des résultats d'enquête a été réalisée auprès d'un groupe d'éducateurs-trices pairs de cette association qui a validé ces résultats.

Validation lors de la restitution finale ouverte à l'ensemble des personnes ayant participé à l'étude :

Le dernier jour de la phase de collecte de données, une restitution des données collectées et des premières analyses a été réalisée par l'investigatrice (consultante chargée de l'étude) auprès des participants de l'enquête ayant accepté de participer volontairement à cette restitution et étant en capacité de se rendre disponibles. Étaient présents des représentants de 3 associations de

jeunes réalisant de la pair-éducation en SSRAJ, des enseignants de collèges-lycées, des représentants de différents organismes-clés travaillant dans le domaine de la SSRAJ ainsi que des représentants d'ONG dont des membres de l'équipe Médecins du Monde. Cette restitution a été suivie d'un temps d'échange avec les différentes parties en présence et a permis des observations complémentaires ainsi que la validation définitive des résultats bruts de l'enquête.

Analyse finale des données

Une phase finale de classement, d'analyse des données et de transcription fidèle à partir des enregistrements a été réalisée. S'en est ensuivie la rédaction du rapport d'enquête. Un premier rapport provisoire a été soumis à la relecture du comité scientifique de pilotage de l'étude. Le rapport définitif a intégré les commentaires du comité scientifique de pilotage suite à sa relecture du rapport provisoire.

ANNEXE 9 - ETAT DES LIEUX DES LOIS ET DES POLITIQUES - MADAGASCAR¹⁷⁵

Rédigé par Céline Lesavre, coordinatrice du projet SSRAJ-GND de MDM.

| LOI, RÉGULATION OU DÉCLARATION POLITIQUE | |
|---|--|
| GÉNÉRALITÉS | |
| Loi n° 2015-038 modifiant et complétant certaines dispositions de la Loi n°2004-028 du 09 Septembre 2004 portant Politique Nationale de la Jeunesse | Sur le plan de la santé, le texte précise qu'afin d'assurer le droit à la santé de tous les jeunes, <u>il est nécessaire d'agir sur les conditions d'accès ainsi que sur la qualité des prestations de service, tout en facilitant l'accès à l'information en matière de santé de sorte que chaque jeune prenne connaissance de ses droits et puisse les faire valoir, et qu'il puisse effectuer ses propres choix de santé en toute connaissance de cause.</u> Il faut également développer le système de prise en charge médicale : <u>sans un système de santé adapté à leurs besoins et situation, les jeunes ne pourront accéder à la santé de façon satisfaisante.</u> |
| Loi n° 2007-023 du 20 août 2007 sur les droits et la protection des enfants | Selon l'article 2, un enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de 18 ans. Selon l'article 14, l' autorité parentale est l'ensemble des droits et devoirs attribués aux parents sur leur enfant jusqu'à majorité ou émancipation par le mariage. |
| Ordonnance n°62-041 du 19 septembre 1962 relative aux dispositions générales de droit interne et de droit international privé | Selon l'article 15, la majorité civile est fixée à vingt et un ans. |
| Loi n°2016-018 relative aux mesures et à la procédure applicables aux enfants en conflit avec la loi | Selon l'article 4, la majorité pénale , consistant à l'âge à partir duquel un enfant relève du droit pénal commun, est fixée à dix-huit ans. Art 8 : L'âge de la responsabilité pénale est fixé à 13 ans. |
| Loi n° 2007-022 du 20 août 2007 relative au mariage et aux régimes matrimoniaux | Selon l'article 3, l'âge matrimonial est fixé à 18 ans. Toutefois, avant cet âge et pour des motifs graves, sans préjudice des poursuites pénales relatives aux infractions aux mœurs, le Président du Tribunal de Première Instance peut autoriser le mariage, à la demande du père et de la mère ou de la personne qui exerce l'autorité sur l'enfant et avec leur consentement exprès ainsi que de celui-ci. Le consentement doit être donné devant le Président du Tribunal de Première Instance et constaté dans la décision judiciaire autorisant le mariage. Par ailleurs, il faut savoir que le mariage fait acquérir la pleine capacité juridique aux mineurs. |
| Article 331 de la Loi sur la répression criminelle/ code pénale | L'âge de la majorité sexuelle est de 14 ans : L'attentat à la pudeur consommé ou tenté sans violence sur la personne d'un enfant de l'un ou l'autre sexe âgé de moins de quatorze ans, sera puni de cinq à dix ans d'emprisonnement et d'une amende de 2 000 000 Ariary à 10 000 000 Ariary. (La majorité sexuelle est l'âge à partir duquel un mineur civil peut entretenir une relation sexuelle avec un adulte sans que cet adulte commette une infraction pénalement réprimée.) |

175. Céline Lesavre. RAPPORT D'ATELIER. Clarification des valeurs des partenaires du projet en santé sexuelle et reproductive. Annexe 5, 15 mars 2018. Tananarive-Madagascar

| | |
|--|--|
| Stratégie Nationale de lutte contre le mariage des enfants 2017-2024. | La Stratégie a ainsi pour principaux défis : (a) de réduire de 20 points la prévalence de l'union/mariage des enfants en 7 ans ; (b) de réduire le taux d'entrée des adolescentes dans la vie reproductive de 37 à 25 % pour les moins de 18 ans et de 13 à 5 % pour les moins de 15 ans, réduisant ainsi le taux de mortalité des adolescents pour cause de grossesse précoce ; (c) d'intégrer la lutte contre le mariage des enfants parmi les priorités des politiques et stratégies, programmes et plan de développement aux niveaux national, régional et communautaire. |
| ACCÈS DES JEUNES À LA PF | |
| loi n° 2017 043 de décembre 2017 | Cette loi fixe les règles générales régissant la santé de la reproduction et la planification familiale, adoptée par le Parlement fin 2017. <u>Celle-ci mentionne qu'indépendamment de son âge, tout individu a droit à des services complets : information, éducation, communication, prise en charge, référence en matière de santé de la reproduction et de la planification familiale</u> |
| ÉDUCATION SEXUELLE COMPLÈTE (ESC) | |
| Plan stratégique intégré en planification familiale et en sécurisation des produits de la santé de la reproduction 2016-2020 | Par rapport à l'OS 2.2, l'un des résultats attendus mentionne que les élèves des écoles publiques et privées des Chefs-lieux des 113 Districts Sanitaires sont informés et sensibilisés sur l'éducation à la sexualité (sur la base des curricula validés au niveau du MEN) et adoptent des comportements sains en matière de SR et de PF. |
| Plan stratégique national en santé de la reproduction des adolescents et des jeunes 2018-2020 | Vision: Madagascar est un pays où tous les adolescents et jeunes de 10 à 24 ans jouissent de leurs droits en matière de santé sexuelle et reproductive, accèdent aux informations et aux services de qualité en fonction de leurs besoins spécifiques et aptes à adopter individuellement et collectivement des comportements favorables à la santé. Le document prévoit l'adaptation du programme d'éducation sexuelle complète pour les jeunes non scolarisés (Axe stratégique 2, Produit 6) et la mise à l'échelle du programme d'éducation sexuelle complète au sein des établissements d'enseignement primaire, secondaire publiques et privées (Axe stratégique 2, Produit 7). |
| AVORTEMENT | |
| Code pénal de 1960 (mis à jour au 31 mars 2005) | Selon l'article 317 (ordonnance n°60-161 du 03.10.60), quiconque, par aliments, breuvages, médicaments, manœuvres, violences ou par tout autre moyen, aura procuré ou tenté de procurer l'avortement d'une femme enceinte ou supposée enceinte, qu'elle y ait consenti ou non, sera puni d'un emprisonnement d'un à cinq ans et d'une amende de 360 000 Ariary à 10 800 000 Ariary. L'emprisonnement sera de cinq ans à dix ans et l'amende de 3 600 000 Ariary à 21 600 000 Ariary s'il est établi que le coupable s'est livré habituellement aux actes visés au paragraphe précédent. Sera punie d'un emprisonnement de six mois à deux ans et d'une amende de 72 000 Ariary à 2 160 000 Ariary la femme qui se sera procuré l'avortement à elle-même ou aura tenté de se le procurer, ou qui aura consenti à faire usage des moyens à elle indiqués ou administrés à cet effet. Selon l'article 378 (ordonnance n°60-161 du 03.10.60), les médecins, chirurgiens ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession ou par fonctions temporaires ou permanentes, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige ou les autorise à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 100 000 Ariary à 900 000 Ariary. |
| Code de déontologie médicale de 1998 | Selon l'article 40, <u>l'avortement peut être réalisé s'il a pour but de protéger la santé de la femme enceinte et qu'un docteur détermine qu'on ne peut pas sauver la vie de la mère par d'autres moyens.</u> L'avortement n'est permis que si deux autres docteurs sont consultés, un d'eux figurant sur une liste d'experts fournis par la cour. |
| Code de la santé de 2011 | Selon l'article 89, tout membre du Corps médical, des Corps paramédicaux, des auxiliaires médicaux et des tradipraticiens doit se conformer aux impératifs suivants : <u>il lui est interdit de procéder à une Interruption Volontaire de Grossesse ou de favoriser un avortement sous peine d'encourir les sanctions prévues par l'article 317 du Code Pénal, sauf dans les conditions prescrites par les lois et les règlements en vigueur.</u> |
| loi n° 2017 043 | Article 28.- <u>Toute personne physique qui aura pratiqué l'interruption de la grossesse pour motif médical au mépris des conditions prévues par la loi sera punie par les peines prévues par le Code pénal article 317.</u> |
| Plan stratégique national en santé de la reproduction des adolescents et des jeunes 2018-2020 | En introduction, le document précise que la SRAJ inclut la prise en charge des complications des avortements. Sans plus. |

ANNEXE 10 - ZONES DESSERVIES PAR LES 7 CSB SOUTENUS PAR LE PROJET SSRAJ MENÉE PAR MDM ET SES PARTENAIRES

| Commune de Antananarivo | CSB de l'arrondissement | Quartiers desservis par la formation sanitaire | Population couverte par le CSB |
|--------------------------------|-------------------------|---|--|
| I ^{er} arrondissement | Isotry Central | ANDAVAMAMBA ANATIAHAZO ANDAVAMAMBA ANJEZIKA II MANARINTSOA ISOTRY MANARINTSOA ANATIAHAZO AMPATSAKANA ISORAKA CITÉ AMPEFILOHA AMBOHITSIROHITRA CITÉ MADARAIL ANDRANOMANALINA I AMBALAVAO ISOTRY MANARINTSOA AFOVOANY ISOTRY ANATIAHAZO MANARINTSOA EST ANDAVAMAMBA ANATIAHAZO II TOTAL | 10 011 4 920 2 535 4 817 5 889 7 018 3 738 2 426 8 326 7 765 4 543 3 147 7 913 1 524 74 572 |
| I ^{er} arrondissement | Isotry Annexe | CITÉ AMBODIN'ISOTRY ANTOHOMADINIKA SUD ANDAVAMAMBA ANJEZIKA I III G HANGAR 67 HA SUD ANTEZAZANA CENTRE II ANDOHATAPENAKA II ANDOHATAPENAKA III ANDRANOMANALINA CENTRE ANDRANOMANALINA ISOTRY 67 HA CENTRE TOTAL | 13 409 9 460 5 443 12 590 8 822 1 759 12 932 7 606 6 576 4 274 5 807 88 678 |
| II ^e arrondissement | Ambohipo | AMBOHIPO MANDROSEZA ANDOHANIMANDROSEZA AMBOLONKANDRINA TOTAL | 23 606 7 910 8 590 15 012 5 5117 |
| IV ^e arrondissement | Mahamasina | TSIMALONJAFY AMBANIN'AMPAMARINANA ANKADILALANA TSIMBAZAZA ANKADITOHOMAROHOHO SOANIERANA III I SOANIERANA III J FIADANANA III N FIADANANA III L MANAJARA MAHAMASINA SUD OUEST AMB/HARY III H III O OUEST AMB/HARY III G III M ANOSIBE AMBOHIBARY KELY OUEST MANAJARA MADERA NAMONTANA OUEST ANKADIMBAHOAKA ANOSIZATO EST I ANKAZOTOHA ANOSIMAHAVELON MANDRANGOBATO II MANDRANGOBATO II TOTAL | 2 899 5 154 8 334 5 676 10 275 2 646 4 387 3 316 3 381 5 838 9 637 5 557 6 210 6 942 7 015 10 418 5 442 11 165 11 066 10 688 9 599 145 646 |

| | | | |
|--------------------------------|----------------|--|---|
| IV ^e arrondissement | Anosipatrana | ANOSIPATRANA EST ANOSIPATRANA OUEST AMPANGABE ANJANAKIFOLO ILANIVATO AMPASIKA ANDAVAMAMBA AMBILANIBE III AMPEFILOHA AMBODIRANO IVOLANIRAY ANOSIBE OUEST I ANOSIBE OUEST II ANOSIZATO EST II ANGARANGARANA TOTAL | 10 524 4 303 8 207 5 011 6 507 12 224 3 959 11 814 19 639 6 911 2 812 91 910 |
| V ^e arrondissement | Analamahitsy | AMBATOBE AMBATOMAINTY AMBATOMARO AMBODITSIRY AMBOHIDAHY AMBOHIMIRARY ANALAMAHITSY CITE ANALAMAHITSY TANANA ANDRAISORO ANJANAHARY II A ANJANAHARY II S ANJANAHARY II O ANJANAHARY II N ANKERANA MANJAKARAY IIB MANJAKARAY IIC MANJAKARAY IID NANISANA ANDROIBE/AGANA/SOAMANDRAK TSARAHONENANA AMBATOKARANANA AMPANONTOKANA TOTAL | 4 927 18 214 11 802 14 509 20 658 13 376 4 091 29 693 18 368 5 380 12 824 15 059 16 168 15 084 7 492 12 098 9 062 21 599 4 518 16 392 12 608 6 824 290 747 |
| VI ^e arrondissement | Ambohimananina | ANTANETY SUD ANTANETY NORD BETAFO AMBOHIMIADANA SUD AMBOHIMIADANA NORD AMBOHIMANDROSO AMBODIVONKELY ANJANAKIBORY ANTSARARAY ANOSISOA ANTANJOBME NORD ANTANJOMBE AMBONY AMBOHIMITSINJO AMBOHIMANANDRAY AMBODIVONA ANOSIVAVAKA ANDRAHARO ANKAZOMANGA ATSIMO TOTAL | 3 724 2 585 2 945 8 476 6 959 3 348 2 450 2 928 1 453 13 900 4 391 9 216 6 284 7 485 2 469 3 813 3 092 4 598 90 115 |
| | | TOTAL GLOBAL | 836 758 |

