



HAL
open science

Quelle capacité d’agir est donnée aux adolescentes pour se prémunir des grossesses non désirées et des risques liés aux avortements?

Marie-Laure Deneffe Dobrzynski

► To cite this version:

Marie-Laure Deneffe Dobrzynski. Quelle capacité d’agir est donnée aux adolescentes pour se prémunir des grossesses non désirées et des risques liés aux avortements?: Réalités malgaches et recommandations globales. Morin, C; Schalck, C; Castiaux, G; Lemay, C; Gagnon, R; Meyer, Y; Gherissi, A. Présence à l’international des sages-femmes de la francophonie. Communications des sages-femmes francophones au Congrès ICM 2021, L’Harmattan, pp.11-37, 2022, Pratique sage-femme/Sciences-Maïeutique, 978-2-14-030978-6. hal-04242223

HAL Id: hal-04242223

<https://hal.science/hal-04242223>

Submitted on 14 Oct 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.

Quelle capacité d’agir est donnée aux adolescentes pour se prémunir des grossesses non désirées et des risques liés aux avortements ?

Réalités malgaches et recommandations globales

Marie-Laure DENEFFE DOBRZYNSKI ¹

UN PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE

La population adolescente, définie par l’OMS comme la tranche d’âge des 10-19 ans, est particulièrement vulnérable face aux risques liés à la grossesse et à l’accouchement. La mortalité maternelle est la principale cause de décès pour les adolescentes de 15 à 19 ans dans le monde(1) (2). Les adolescentes enceintes sont exposées à des risques obstétricaux augmentés, et à une mortalité néonatale accrue de leurs nouveau-nés(3) mais aussi aux risques liés aux avortements non sécurisés lorsqu’elles ne poursuivent pas leur grossesse. Dans le monde, plus de 220 millions de femmes ont un besoin en planification familiale non satisfait. 60% des grossesses non désirées se terminent par un avortement(4) dont 1 sur 2 se déroulent dans des conditions dangereuses pour la santé de la femme(5). 4,7 à 13,2 % de la mortalité maternelle mondiale est imputable aux complications liées à un avortement(6). C’est en Afrique subsaharienne qu’ont lieu les deux tiers des décès maternels (7) et plus de la moitié des décès maternels liés spécifiquement à un avortement (8). Ainsi, à Madagascar, la mortalité maternelle est élevée (335 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes)(9) et plus d’un tiers de ces décès concerne des jeunes filles de 15 à 19 ans(10). De plus, les enfants de mères malgaches de moins de 20 ans ont une chance de survie jusqu’à 30% inférieure à ceux des femmes âgées de 20-29 ans (11). Enfin, les complications liées à l’avortement - illégal à Madagascar(11)- sont la deuxième cause de mortalité maternelle²(10). ,

ENQUÊTE A ANTANANARIVO(12) .

Sage-femme et anthropologue, j’ai mené en 2018 une recherche à Madagascar sur les déterminants socioculturels des grossesses non désirées et des avortements chez les adolescents. Cette recherche, financée par l’Agence Française pour le Développement, a servi à adapter les approches de prévention d’un programme en santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes déployé à Antananarivo par des associations et institutions malgaches et l’ONG française Médecins du Monde. Elle prétend aussi soutenir le plaidoyer en Santé Sexuelle et Reproductive et s’inscrit en cela dans une recherche multipays sur les déterminants socioculturels des avortements, pilotée par un comité scientifique composé de membres de l’ONG Médecins du Monde(13,14) .

¹ Doctorante à l’Université Paris 8 - Vincennes Saint-Denis, Ecole doctorale Sciences Sociales - ED 401, UMR 7533 – LADYSS (Laboratoire dynamiques sociales et recomposition des espaces).

Enseignante Maïeutique à l’Université Catholique de Lille, Faculté de Médecine et Maïeutique.

Sage-Femme clinicienne.

² 16% des causes de la mortalité maternelle

Présentation de la zone d’étude

Avec une superficie de 587 040 km², Madagascar est le 45ème pays le plus grand au monde et la 5ème plus grande île. Madagascar compte 25,6 millions d’habitants(15). L’âge médian se situe dans la période de l’adolescence, à 18 ans. Près de 23% de la population est âgée de 10 à 19 ans(16). L’indice de développement humain³ place Madagascar à la 164^{ème} place sur 189 pays(17).

L’enquête s’est déroulée dans la capitale malgache : dans 5 des 6 arrondissements d’Antananarivo et plus précisément dans un échantillon de 24 Fokontany (quartiers) rattachés à 7 centres de santé de base.

Carte n°1 : Madagascar



Carte n°2 : Ville d’Antananarivo



Typologie des observations et des enquêtes

La méthodologie d’enquête, tout en s’appuyant sur une revue de littérature, a triangulé entretiens individuels, entretiens collectifs et observations. J’ai mené ceux-ci avec l’appui de deux enquêtrices malgaches. Les différents groupes d’enquêtés ont été les adolescents et jeunes de 10 à 24 ans, les soignants des systèmes de santé formels/informels et modernes/traditionnels (médecins, infirmiers, sages-femmes, pharmaciens, accoucheuses traditionnelles, vendeurs de rue de contraceptifs ou d’abortifs issus de la pharmacopée traditionnelle ou biomédicale), les acteurs socio-éducatifs (proviseurs, enseignants, éducateurs, assistants sociaux), les parents d’adolescents, les leaders communautaires et religieux et les représentants d’organismes-clés en santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes. 96 entretiens individuels et 53 entretiens collectifs ont été réalisés pour un total de 409 enquêtés dont 262 adolescents et jeunes. Les terrains d’observation étaient les lieux de vie, de rencontre, d’apprentissage ou de scolarisation des adolescents et jeunes, les centres de soins et de prévention et les lieux informels d’accès aux avortements.

		53 FOCUS GROUP	96 ENTRETIENS INDIVIDUELS	ENQUÊTÉS		TOTAL
10-14 ans	filles	7	1	36	262 dont 99 scolarisés, 142 non scolarisés, 14 éducateurs pairs et 7 représentants de	409
	garçons	4	1	20		
15-18 ans	filles	12	5	93		
	garçons	4	2	33		
19-24 ans	filles	6	4	43		

³Indice se fondant initialement sur trois critères : le PIB par habitant, l’espérance de vie à la naissance et le niveau d’éducation des enfants de 17 ans

	garçons	2	3	16	bureaux d'associations de jeunes
Pairs éducateurs		3	3	14	
Représentants de bureaux d'associations de jeunes		1	4	7	
Acteurs socio-éducatifs		1	7	10	
Soignants des systèmes de soins formels/ informels et modernes/traditionnels		4	27	48	
Leaders communautaires			7	7	
Leaders religieux			3	3	
Parents d'adolescents	Mères	6	4	43	53
	Pères	1	6	10	
Représentants des organismes- clés en Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et Jeunes		2	19	26	

Collecte des données

Les stratégies d'accès aux enquêtés ont pu relever du principe de commodité, du principe de sérendipité ou encore de stratégies de type boule de neige. Des agents communautaires de santé et des adolescents éducateurs-pairs ont pu faciliter l'accès aux enquêtés.

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 guides d'entretiens, les grilles d'observation, les notes d'information aux enquêtés et les formulaires de consentement ont été traduits en malagasy et validés par le Comité d'Éthique de la Recherche Biomédicale du Ministère de la Santé Publique de Madagascar. Des mesures éthiques de réalisation de recherche avec des mineurs, selon les normes internationales en termes de recherche éthique impliquant les enfants(18), et des précautions en matière de législation des mineurs ont été respectées scrupuleusement. Pour les mineurs, en sus du consentement éclairé de l'adolescent, le consentement éclairé d'un des parents a été recueilli.

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 résultats. Il s'est agi, au-delà de décrire les normes et comportements des adolescents et des jeunes en sexualité et leur inscription au sein de la communauté, 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 de santé. Un processus de validation des résultats par les enquêtés eux-mêmes a été réalisé pour limiter les biais d'interprétation et par souci de redevabilité et d'engagement du dialogue social.

DETERMINANTS DES AVORTEMENTS CHEZ LES ADOLESCENTES

Les adolescentes absentes des centres de Planification Familiale

A Madagascar, les taux faibles de prévalence contraceptive des 15-19 ans (13,7%) et des 20-24 ans (28,8%)(19) ainsi que l'absence de données pour les moins de 15 ans soulignent la faible fréquentation des centres de Planification Familiale (PF) par les adolescentes. Les observations et entretiens menés

ont montré de plus que les adolescentes fréquentant les services de PF sont le plus souvent déjà mères. Comme le dira une sage-femme, « celles qui n'ont pas encore eu d'enfants, elles ne viennent pas en PF ». Les adolescentes célibataires et/ou nullipares⁴ ne sont pas identifiées par la majorité des enquêtés comme un public cible des services de PF. Un père de famille dira ainsi que « 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 », ce qui rejoint ces propos d'un groupe d'adolescentes : « la PF, c'est pour les couples mariés avec des enfants ». Selon les statistiques nationales, le taux d'utilisation de la contraception est effectivement d'un niveau faible pour les nullipares (17%) et augmente avec le nombre d'enfants pour atteindre sa valeur maximale (46%) lorsque les femmes ont 3 à 4 enfants(19).

Dans certains centres de santé de base installés dans des zones étudiantes ainsi que dans des structures de santé privées ayant développé des approches spécifiques auprès des adolescents et des jeunes pour promouvoir la contraception, des soignants déclareront cependant noter une évolution : les adolescentes nullipares commenceraient depuis quelques années à fréquenter davantage les services de PF. Cette fréquentation des nullipares est toutefois estimée par les soignants comme restant faible et touchant essentiellement des majeures scolarisées. Selon les chiffres nationaux, 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, la prévalence contraceptive augmente avec le niveau d'instruction (de 25% chez les femmes moins instruites à 51% chez celles les plus instruites)(19).

Précocité des premières grossesses

La faible présence des nullipares dans les centres de planification familiale participe à expliquer qu'à Madagascar plus d'un tiers des adolescentes de 19 ans sont déjà mères(19) . Ces grossesses précoces touchent davantage les adolescentes non scolarisées et exposées à une plus grande précarité socio-économique(20). Les entretiens et observations menés durant l'enquête ont mis en exergue l'âge précoce lors de l'entrée en sexualité et lors de la survenue de la première grossesse dans les Fokontany les plus précaires. Un chef communautaire déclarera ainsi que « dans le Fokontany, les jeunes expérimentent la sexualité dès 11-12 ans. Ce sont encore des enfants ! C'est comme ça de nos jours », et un agent de santé communautaire soulignera qu'« à 11-12 ans, ça y'est, elles font la chose. Et à 13-14 ans, elles ont déjà leur premier enfant ». Les entretiens menés auprès des adolescents pondèrent toutefois ces affirmations des adultes des communautés : si certaines adolescentes 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 semble un peu plus élevé, même s'il reste dans la fourchette basse des données nationales. Pour les statistiques nationales, l'âge médian des femmes de 20-24 ans aux premiers rapports sexuels est de 16,6 ans et 20,4% des filles contre 10,5% des garçons de 15-19 ans ont eu leurs premiers rapports sexuels avant 15 ans.(19)

Freins à l'accès à la contraception

Les normes sociales et religieuses⁵(21) à Antananarivo sont en faveur du contrôle de la sexualité des célibataires(22). Informer les adolescents sur les méthodes contraceptives peut alors être perçu comme

⁴ Nullipare : terme désignant une femme n'ayant jamais accouché

⁵ 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...), en réalité ces pratiques cohabitent et les syncrétismes se développent.

une incitation à la sexualité comme l'illustrent les propos d'un leader religieux : « parler de PF⁶ aux jeunes célibataires, c'est contraire à nos valeurs de virginité jusqu'au mariage » ou encore les propos d'un groupe de parents : « c'est comme si on les encourageait à avoir des relations sexuelles ». La très grande majorité des parents, acteurs socio-éducatifs, leaders communautaires et leaders religieux enquêtés préconisent que l'éducation à la sexualité des adolescents soit envisagée comme un espace de sensibilisation à des valeurs morales encourageant à la poursuite des études et à l'abstinence avant le mariage. Pour un adolescent envisageant d'avoir sa première relation sexuelle, les enquêtés déclarent majoritairement tenter de l'en dissuader et lui rappeler les avantages de l'abstinence. Ainsi, à Madagascar, 18,2% des filles de 15-19 ans et 27,8% des garçons de 15-19 ans n'ont jamais entendu parler de méthodes modernes de contraception(19). A Antananarivo, moins des trois quarts des adolescents et jeunes (10-24 ans) connaissent des méthodes contraceptives modernes, seulement 17,2% savent citer au moins 3 méthodes et dans ce faible pourcentage d'adolescents et jeunes mieux informés se trouvent les jeunes les plus âgés ou ceux déjà mariés(23).

Ces normes sociales et religieuses de contrôle de la sexualité des adolescentes participent à stigmatiser l'adolescente prenant des contraceptifs. Un groupe d'adolescentes de 14-17 ans dira ainsi : « 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 (...), qu'on sera stérile dans notre mariage ».

La peur d'effets secondaires évoquée également par cette adolescente est, selon les statistiques nationales, une des principales raisons des 15-19 ans de ne pas prendre une méthode contraceptive moderne(19). La peur d'effets secondaires, notamment pour les nullipares, est très présente dans le discours de l'ensemble de la population, y compris des soignants. Un médecin responsable national de services de PF dira ainsi : « 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 vient me voir. (...) Les médicaments contraceptifs c'est pas naturel pour le corps, c'est comme une drogue quoi. (...) Les enfants, non, je ne leur donnerai pas des contraceptifs. (...) Ils risquent la stérilité et d'autres problèmes encore. ». Ce discours illustre le conflit de valeurs de la majorité des soignants enquêtés entre leur rôle de prescripteur de contraceptifs et cette peur d'effets secondaires pour les adolescentes, qui vient se surajouter aux conflits de valeurs de la plupart des soignants enquêtés face à une sexualité active des adolescents. Des soignants ont ainsi témoigné refuser l'accès aux contraceptifs aux adolescents venant les consulter tout en leur intimant de respecter l'abstinence jusqu'au mariage.

L'analyse des entretiens et observations met en exergue que la qualité déficiente des services de PF participe à compliquer l'accès à la contraception pour les adolescents : manque de confidentialité, mauvais accueil, conflits de valeurs des soignants, demandes abusives d'autorisation parentale, méconnaissance de la gratuité et peur du coût, manque de confiance dans la qualité des produits, horaires et temps d'attente inadaptés aux disponibilités des adolescents... Une adolescente de 17 ans sexuellement active dira ainsi : « Non, j'ai pas l'argent pour la PF... et 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 jours⁷. J'ose pas. (...) J'ai peur aussi qu'on me voie attendre là-bas devant la PF».

⁶ Les enquêtés utilisent indifféremment le terme « PF » pour désigner les services de Planification Familiale ou les méthodes de contraception modernes.

⁷ « compter les jours » est l'expression couramment utilisée dans les communautés pour désigner les méthodes de contraception reposant sur des périodes d'abstinence périodique, en référence au fait de « compter les jours » entre le 1^{er} jour des règles et la période d'ovulation.

Que ce soit par manque d'information, par peur des effets secondaires, par refus du partenaire, par peur du stigma social, ou à cause du manque de qualité des services de PF, l'analyse des entretiens avec les adolescentes enquêtées montre alors qu'elles sont peu nombreuses à rechercher l'accès à une contraception moderne. La plupart d'entre elles déclarent cependant être intéressées par le préservatif pour se prémunir de l'ensemble des risques liés à la sexualité mais peiner à l'imposer à leur partenaire. Elles déclarent majoritairement rechercher plutôt un accès facilité aux connaissances nécessaires à l'utilisation de méthodes naturelles d'abstinence périodique.

Vulnérabilité psycho-affective et socio-économique

Les adolescentes enquêtées expliquent pouvoir rechercher à travers les relations sexuelles un soutien affectif mais aussi un soutien matériel. Le « sex for basic needs and modern goods »(24)(25) est mis en exergue lors de l'analyse du discours des enquêtés. A titre d'illustration, une adolescente de 13 ans dira ainsi : « quand je vais avec un garçon, après il est gentil (...) il me paye un petit goûter ou il me donne de l'argent », et des mères de famille déclareront : « à cause de la pauvreté, si un homme donne un peu d'argent à la fille, même 1000 à 2000 ariary⁸, les filles acceptent de sortir avec lui ». Le contexte dans lequel évoluent les adolescentes génère de fait une vulnérabilité socio-économique et psycho-affective qui les expose particulièrement aux risques liés à la sexualité mais aussi aux violences et inégalités liées au genre. Les enquêtés ont également évoqué des grossesses survenues suite à des violences sexuelles intrafamiliales, intracommunautaires, en milieu scolaire... Si les violences sexuelles en milieu scolaire sont de plus en plus documentées en Afrique Subsaharienne(26), un certain nombre de pays, dont Madagascar, ne semblent pas avoir à ce jour de données à ce sujet. Un responsable national d'une institution internationale en Santé Sexuelle et Reproductive déplorera en cours d'entretien qu'« ici, les violences sexuelles des enseignants, ça se passe dans la plus grande impunité. Il n'y pas de campagnes de sensibilisation là-dessus ». Il semble effectivement ne pas exister de campagne à grande échelle de prévention spécifique contre les violences en milieu scolaire à Madagascar comme cela a pu être mis en place dans d'autres pays. Il est cependant à noter qu'un des 5 objectifs des nouveaux curricula malgaches d'éducation sexuelle complète en milieu scolaire est de « protéger l'enfant, l'adolescent et le jeune des abus et violences sexuels »(27). Le déploiement de ces nouveaux curricula pourrait participer à lutter contre les violences sexuelles commises envers les enfants, adolescents et jeunes, filles ou garçons, dans leurs différents milieux de vie.

L'analyse des entretiens et observations désigne les parents et les enseignants comme les principaux canaux reconnus légitimes par les communautés pour l'éducation à la sexualité des adolescents et des jeunes. Cependant, l'analyse montre aussi que dans une société où la sexualité hors mariage est tabou et limite l'accès aux informations pour les adolescents, ces derniers recherchent des réponses essentiellement auprès de leurs pairs et dans le visionnage de la pornographie. La prégnance du visionnage précoce de la pornographie ressort de l'analyse des discours. De filles de 10-11 ans diront ainsi en entretien collectif : « on va à la salle de vidéo regarder le porno. Ensuite entre copines on fait les mêmes gestes que dans le film ». Les pairs et la pornographie sont 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 adolescents. « Les enfants n'écoutent plus les parents ! (...) Les mauvaises fréquentations... Et Facebook, internet ... Il ne nous reste plus qu'à prier pour eux ! » dira un groupe de mères de famille tandis qu'un leader communautaire déclarera que « dans le Fokontany, 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

⁸ 2000 ariary équivalent à moins de cinquante centimes d'euros

qu'ils sont encore des enfants ». La sexualité active des adolescents non mariés, moralement désapprouvée à Antananarivo, est ainsi perçue par les communautés comme favorisée par l'influence des médias et des réseaux sociaux mais aussi par le manque d'encadrement des adolescents et par leur précarité socio-économique. Les enquêtés préconisent alors de promouvoir des centres de formation, centres de loisirs et opportunités d'emplois pour les adolescents non scolarisés.

Stigma social des « filles-mères » et des « zaza sary »

Des adolescents ont ainsi une sexualité active sans bénéficier d'un cadre habilitant leur permettant d'avoir la capacité d'agir suffisante pour adopter des stratégies efficaces de prévention des risques liés à la sexualité. Les grossesses adolescentes hors mariage, bien que socialement réprochées à Antananarivo(22), sont alors fréquentes. L'analyse des entretiens et observations montre que poursuivre la grossesse revient pour ces adolescentes à afficher la transgression de l'interdit de la sexualité hors mariage et à apporter du désordre social. Un père dont la fille de 17 ans est mère célibataire dira « ça a créé des conflits dans mon couple. J'accusais ma femme. On disait de nous que nous nous occupions mal de nos enfants ». Les mères célibataires sont stigmatisées comme « filles-mères » et leurs enfants comme « zaza sary ». L'analyse des entretiens montre que l'avortement ou le mariage précoce en début de grossesse sont, dans ce contexte, 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. Des lycéens diront : « Si ta copine a un retard, tu fuis. (...) Ou tu lui paies pour avorter si tu veux rester avec elle ». Des mères de famille affirmeront : « 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 ». Un père dira : « Si le père fuit, les parents qui ont les moyens paient l'avortement de leur fille dans des centres de santé privés. Les autres n'ont plus qu'à assumer, comme moi pour ma fille. ». Les scolarisées sont plus exposées aux avortements(28), la poursuite de la grossesse les exposant non seulement au stigma social de mère célibataire ou au mariage précoce mais également à la déscolarisation comme l'illustrent les propos d'un proviseur : « on n'a pas de filles enceintes ici. (...) Je ne pourrais pas les garder. Ce serait une honte pour l'établissement. Un mauvais exemple ».

Exposition à des pratiques abortives à hauts risques

Une étude menée au CHU de Befalataka à Antananarivo, auprès d'adolescentes et femmes ayant pratiqué l'avortement(29), a montré d'une part que dans ce contexte 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 et d'autre part que les pratiques d'avortement à Antananarivo sont à haut risque de morbi-mortalité. Les résultats des observations et entretiens menés corroborent cela, montrant que les parcours de soins en cas d'avortement reposent principalement sur l'auto-médication en phytothérapie (tisanes abortives) et allopathie (misoprostol) après demande de conseils auprès des pairs et achat des produits auprès des vendeurs ambulants. « S'il y a 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 » préciseront des collégiennes.

Le caractère illégal de l'avortement participe au développement et à la pérennisation de parcours clandestins de soins abortifs, avec des recours à des vendeurs ambulants, accoucheuses traditionnelles (matrones), pharmaciens ou soignants de divers centres de santé pratiquant illégalement l'avortement. Les vendeurs ambulants témoignent être quotidiennement sollicités par des adolescents recherchant des méthodes abortives. « 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 » explique une vendeuse

ambulante en phytothérapie. Une vendeuse en allopathie déclare : « Ici, on est beaucoup à faire le commerce de médicaments. On se cache de la Police (...) ce qu'on me demande le plus, c'est le misoprostol. C'est ma meilleure vente. Surtout à des jeunes, à des étudiantes. (...) Comment ça se prend? Je connais pas. Elles viennent, elles demandent et je donne juste. Elles doivent savoir, elles. (...) Il y a aussi des jeunes garçons qui viennent. Pour leurs copines. » Les femmes enquêtées ayant avorté 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 emballé, là, en bas, pour faire partir la grossesse »). Des sages-femmes et médecins pratiquant clandestinement l'avortement ont témoigné avoir des pratiques abortives médicamenteuses en ambulatoire et des pratiques abortives instrumentales (curetage, aspiration) en hospitalisation de jour. Les entretiens montrent que ces prestataires de soins, matrones, sages-femmes ou médecins sont le plus souvent consultés en dernier recours par les adolescentes et essentiellement en cas d'échec ou de complications suite à un avortement par automédication. Les raisons données par les adolescents à cette consultation tardive sont liées au coût, à la peur du manque de confidentialité ou de demande d'autorisation parentale.

Malgré cette situation alarmante expliquant que 16% de la mortalité maternelle à Madagascar est liée aux avortements, le gouvernement malgache n'a toujours pas ratifié le Protocole de Maputo qui a été adopté dès 2003 par la Conférence de l'Union africaine et qui vise à amener les États signataires à garantir les droits des femmes, notamment en termes d'autonomie de décisions en matière de santé. Madagascar rejette effectivement un des articles du protocole de Maputo, l'article 14.2 spécifiant que « les États prennent toutes les mesures appropriées pour protéger les droits 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. »(30). Au niveau législatif, la loi malgache n°2017 043 de décembre 2017(31) a tout au moins enfin levé certains freins légaux à l'accès à la contraception pour les mineurs, la loi spécifiant notamment l'accès pour tout individu, indépendamment de son âge, à l'information, l'éducation et la prise en charge en matière de santé de la reproduction et de planification familiale. Toutefois, cette même loi précise également que l'avortement est illégal en toutes circonstances sur le sol malgache. Tout avortement se pratique donc de manière clandestine à Madagascar, exposant les femmes, et notamment les adolescentes, aux risques de morbidité et mortalité liés à des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions sanitaires, et ceci alors même que, comme notre enquête le met en exergue, elles ne bénéficient pas d'un cadre habilitant leur permettant de se prémunir des grossesses non désirées.

VERS UN ENVIRONNEMENT HABILITANT

Il se dégage de notre étude un ensemble de faits anthropologiques montrant que les adolescentes sont particulièrement exposées aux risques liés à la sexualité et que 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 adolescents:

- freinent la mise en place d'actions efficaces pour les informer des risques liés à la sexualité et leur donner la capacité d'agir pour se protéger de ces risques,
- exposent les adolescentes aux mariages précoces ou aux avortements à risque, le mariage ou l'avortement devenant deux stratégies d'évitement des risques sociaux liés à la survenue d'une grossesse tels que la déscolarisation, le stigma social et la précarité pour les mères célibataires et leurs enfants...

Renforcer la capacité d’agir des adolescents pour se prémunir des grossesses précoces et des risques liés aux avortements nécessite donc une transformation sociale. En résonance avec les recommandations internationales des Nations Unies pour la prévention des grossesses précoces(32), il s’agit de promouvoir cette transformation sociale par une approche globale impliquant l’ensemble de la société dans la co-construction de programmes de prévention, tout en veillant dans cet espace de co-construction à mettre les adolescents au cœur du dispositif de conception, de mise en œuvre et d’évaluation des activités les concernant. A travers cette approche participative, il s’agit de déployer des activités visant à lutter contre la vulnérabilité socio-économique et psycho-affective des adolescents, à promouvoir une éducation à la sexualité complète⁹(33) selon les recommandations internationales documentées(34), à lutter contre les inégalités et violences liées au genre, à renforcer l’accès des adolescents à la contraception avec une approche par les droits et par la réduction des risques, et à appuyer le plaidoyer pour l’application de l’ensemble des droits en santé sexuelle et reproductive, dont l’accès légal à des avortements sécurisés.¹⁰

Références

1. OMS. Grossesse chez les adolescentes [Internet]. 2020 [cité 7 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
2. Patton GC, Coffey C, Sawyer SM, Viner RM, Haller DM, Bose K, et al. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *The Lancet*. 12 sept 2009;374(9693):881-92.
3. McIntyre P, World Health Organization. Adolescentes enceintes : apporter des promesses globales d’ espoir. *Pregnant Adolesc Deliv Glob Promises Hope*. 2007;28.
4. Singh S, Remez L, Sedgh G, Kwok L, Onda T. *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access*. 19 mars 2018 [cité 7 janv 2022]; Disponible sur: <https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017>
5. OMS. En todo el mundo se producen aproximadamente 25 millones de abortos peligrosos al año [Internet]. [cité 12 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/28-09-2017-worldwide-an-estimated-25-million-unsafe-abortions-occur-each-year>
6. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller A-B, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. juin 2014;2(6):e323-333.
7. 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.

⁹ Définition UNESCO de l’éducation à la sexualité complète : « Une manière d’aborder l’enseignement de la sexualité et des relations interpersonnelles qui soit adaptée à l’âge, culturellement pertinente et fondée sur des informations scientifiquement précises, réalistes et s’abstenant de jugement de valeur. »

¹⁰ Le rapport complet de l’étude, incluant un ensemble de recommandations concrètes et détaillées pour un programme de SSRAJ à Antananarivo, est consultable en ligne : Deneffe Dobrzynski, Marie-Laure. « Santé sexuelle et reproductive des adolescent.e.s et des jeunes à Madagascar. Approche socio-anthropologique ». Rapport scientifique. Médecins du monde, Agence Française pour le Développement, 2018. <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2018/08/01/sante-sexuelle-et-reproductive-des-adolescentes-et-des-jeunes-madagascar>.

Deneffe Dobrzynski, M-L. (2022). Quelle capacité d'agir est donnée aux adolescentes pour se prémunir des grossesses non désirées et des risques liés aux avortements ? Réalités malgaches et recommandations globales. In *Présence à l'international des sages-femmes de la francophonie*, pp 11-37, Paris, L'Harmattan, Collection : Pratique sage-femme/Sciences-Maïeutique.

8. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller A-B, Tunçalp Ö, Beavin C, et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *Lancet Glob Health*. 1 sept 2020;8(9):e1152-61.
9. Organisation mondiale de la Santé. Évolution de la mortalité maternelle 2000 to 2017 : estimations de l'OMS, de l'UNICEF, de l'UNFPA, du groupe de la banque mondiale et de la division de la population des Nations Unies : résumé d'orientation [Internet]. Organisation mondiale de la Santé; 2019 [cité 7 janv 2022]. Report No.: WHO/RHR/19.23. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332962>
10. Système des Nations Unies à Madagascar. Madagascar. Bilan commun de pays 2012. 2013 avr.
11. Binet C, Gastineau B, Rakotoson L. Fécondité précoce à Madagascar : quel impact sur la santé maternelle et infantile ? In: Madagascar face au défi des Objectifs du millénaire pour le développement [Internet]. Institut de Recherche pour le Développement Editions. 2010. p. 257-72. Disponible sur: https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers12-09/010051333.pdf
12. Deneffe Dobrzynski M-L. Santé sexuelle et reproductive des adolescent.e.s et des jeunes à Madagascar. Approche socio-anthropologique [Internet]. Médecins du monde, Agence Française pour le Développement; 2018 p. 116. (Rapport scientifique). Disponible sur: <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2018/08/01/sante-sexuelle-et-reproductive-des-adolescentes-et-des-jeunes-madagascar>
13. Deneffe Dobrzynski M-L. 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 [Internet]. Médecins du monde, Agence Française pour le Développement; 2016 nov. Disponible sur: <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2018/09/25/les-determinants-socioculturels-et-communautaires-des-grossesses-non-desirees-district-de-soubre-rci>
14. Emmanuel N'Koué Sambieni, Elisabeth Paul, Sylvie Zongo and all. Analyse comparée des déterminants socioculturels et communautaires des grossesses non désirées et des avortements. Palestine, Pérou, Burkina Faso, République Démocratique du Congo. [Internet]. Médecins du monde, Agence Française pour le Développement; 2016 [cité 12 janv 2022]. Disponible sur: https://issuu.com/medecinsdumonde/docs/medecins-du-monde_analyse-compar__e
15. Banque Mondiale. Madagascar - Vue d'ensemble [Internet]. World Bank. 2020 [cité 7 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.banquemondiale.org/fr/country/madagascar/overview>
16. Fonds des Nations Unies pour la Population. World Population Dashboard -Madagascar [Internet]. Fonds des Nations Unies pour la population. [cité 12 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.unfpa.org/data/world-population/MG>
17. Programme des Nations Unies pour le Développement. Rapport sur le développement humain 2020. 2020.
18. Mary Ann Powell; Nicola Taylor ; Robyn Fitzgerald. Recherche éthique impliquant des enfants [Internet]. UNICEF; 2015 [cité 12 janv 2022] p. 214. (Innocenti Publications). Disponible sur: <https://www.unicef-irc.org/publications/771-recherche-éthique-impliquant-des-enfants.html>
19. Institut National de la Statistique, Direction de la Démographie et des Statistiques Sociales (DDSS), Office National de Nutrition. Madagascar - Enquête nationale sur le suivi des objectifs du millénaire pour le développement (2012-2013) [Internet]. Agence des États-Unis pour le développement international - USAID - Assistance technique et financière Banque Africaine de

- Développement - BAD - Assistance technique et financière Banque Mondiale - BM - Assistance technique et financière<; [cité 12 janv 2022]. (Enquêtes sur la pauvreté et les conditions de vie). Disponible sur: <https://demostaf.web.ined.fr/index.php/catalog/157>
20. Ministère de la Santé Publique de Madagascar. Plan Stratégique National en Santé de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes 2018 - 2020 [Internet]. UNFPA; Disponible sur: <https://madagascar.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PSN%20SRAJ%20MDG.pdf>
 21. Andrianjafitrimo L. Rahamefy Adolphe, Sectes et crises religieuses à Madagascar. *Études Océan Indien*. 1 janv 2008;(40-41):279-85.
 22. Gastineau B, Binet C. Sexualité prémaritale à Antananarivo (Madagascar) comment les étudiants s'affranchissent-ils des normes? *Afr J Reprod Health*. 1 juin 2013;17(2):169-86.
 23. Médecins du Monde. Sondage de connaissance en santé sexuelle et reproductive des jeunes et adolescents à Antananarivo. 2017.
 24. Stoebenau K, Heise L, Wamoyi J, Bobrova N. Revisiting the understanding of « transactional sex » in sub-Saharan Africa: A review and synthesis of the literature. *Soc Sci Med* 1982. nov 2016;168:186-97.
 25. Stoebenau K, Nair RC, Rambelison V, Rakotoarison PG, Razafintsalama V, Labonté R. Consuming sex: the association between modern goods, lifestyles and sexual behaviour among youth in Madagascar. *Glob Health*. 19 mars 2013;9(1):13.
 26. Benabdallah H. Les violences de genre comme facteur de déscolarisation des filles en Afrique subsaharienne francophone. [Internet]. Ministère des affaires étrangères et européennes de l'association genre et action.; 2010 sept p. 42. Disponible sur: http://www.genreenaction.net/IMG/pdf/Rapport_final_sur_les_violences_de_genre_en_milieu_scolaire.pdf
 27. Ministère de la Jeunesse et des Sports de Madagascar. Rapport d'évaluation sur la mise en œuvre de l'éducation sexuelle complète dans deux sites pilotes : Vavovavy Fitovinany et Atsima Andrefana. UNFPA; 2017 mai.
 28. Gastineau B, Rajaonarisoa S. Santé de la reproduction et avortement à Antananarivo (Madagascar) résultats d'une recherche originale. *Afr J Reprod Health Rev Afr Santé Reprod*. 2010;14(3):223-32.
 29. Nzar A, Jf R, Vb A, Ej R. Déterminants de l'avortement provoqué au Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie Obstétrique de Befalatanana, Madagascar. *J Malgache Gynécologie-Obstétrique* 119-23. 2016;1:5.
 30. Union africaine. Protocole à la charte africaine des droits de l'Homme et des peuples relatif aux droits des femmes (Protocole de Maputo). juill 11, 2003.
 31. Présidence de la République de Madagascar. Loi n°2017-043 fixant les règles générales régissant la Santé de la Reproduction et la Planification Familiale. Loi n°2017-043 fixant les règles générales régissant la Santé et la Reproduction et la Planification Familiale janv 25, 2018.
 32. Blum RW, United Nations Population Fund. *Girlhood, not motherhood: preventing adolescent pregnancy*. 2015.
 33. 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

Deneffe Dobrzynski, M-L. (2022). Quelle capacité d'agir est donnée aux adolescentes pour se prémunir des grossesses non désirées et des risques liés aux avortements ? Réalités malgaches et recommandations globales. In *Présence à l'international des sages-femmes de la francophonie*, pp 11-37, Paris, L'Harmattan, Collection : Pratique sage-femme/Sciences-Maïeutique.

santé [Internet]. 2010 [cité 13 janv 2022]. 123 p. Disponible sur:
https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000183281_fre

34. UNESCO. Education sexuelle complète: nouveaux éléments d'information, enseignements et pratiques: une étude mondiale, 2015. UNESCO Publishing; 2017. 47 p.