

UNIVERSITE DU BENIN
FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
LOME - TOGO

Année 1997

Thèse n° 003

**CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA
SEXUALITE, DE LA PRATIQUE DE LA
CONTRACEPTION ET DES AVORTEMENTS
PROVOQUES EN MILIEU SCOLAIRE.**

*Etude descriptive réalisée chez 1867 collégiennes
dans les régions Maritime et Centrale du TOGO*

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 03/01/1997
pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

Par :

Yves-Didier Koumavi Kristoli EKOUEVI
Né le 08 juillet 1970 à Lomé (TOGO)

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. K. KESSIE	Professeur	:	Président du Jury
K. JAMES	Professeur	:	Juge
S. BOUKARI	Professeur Agrégé	:	Juge
Mlle A. VOVOR	Professeur Agrégé	:	Juge
M. A.K.S. HODONOU	Professeur Agrégé	:	Directeur de thèse

**LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF
ET ENSEIGNANT
DE LA FACULTE DE MEDECINE**

PERSONNEL ADMINISTRATIF

DOYEN	:	M. Komi KESSIE
VICE-DOYEN (MEDECINE)	:	M. Komlavi I. D. JAMES
VICE-DOYEN (PHARMACIE)	:	M. Kossivi AGBO
SECRETAIRE PRINCIPALE	:	Mme Fifonsi LADE

LISTE NOMINATIVE DU PERSONNEL ENSEIGNANT
ANNEE 1996-1997

A. DOYENS HONORAIRES

Professeur	K. KEKEH	(1971-1980)
Professeur	A. AMEDOME	(1980-1986)
Professeur	N. NAKPANE	(1986-1987)
Professeur	A. M. d'ALMEIDA	(1987-1990)

B. PROFESSEURS HONORAIRES

Professeur	K. KPODZRO	Anatomie pathologique
Professeur	K. GNAMEY	Pédiatrie.

C. ENSEIGNANTS RESIDENTS

PROFESSEURS TITULAIRES

MM.	K. ASSIMADI	Pédiatrie
	M. EDEE	Biophysique
	A. AGBETRA	Médecine interne
	K. KESSIE	Pédiatrie
	K. JAMES	Anatomie (option chirurgie)
	A. AHOANGBEVI	Anesthésie-Réanimation
	D. AMEDEGNATO	Thérapeutique
	O. TIDJANI	Pneumo-phthysiologie
Mme	M. PRINCE-DAVID	Bactériologie-Virologie
MM.	K. GRUNITZKY	Neurologie
	K. TATAGAN-AGBI	Pédiatrie
Mme	K. TCHANGAI-WALLA	Dermatologue

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

MM.	K. HODONOU	Gynécologie et obstétrique
	S. BOUKARI	Histologie-Embryologie
	B. SOUSSOU	Cardiologie
	K. AGBO	Parasitologie
	Y. KASSANKOGNO	Santé publique
	S. BAETA	Gynécologie et obstétrique
	K. BALO	Ophthalmologie
	A. TEKOU	Chirurgie pédiatrique
	K. N'DAKENA	Electro-radiologie
Mlle	A. VOVOR	Hématologie
MM.	M. MIJIYAWA	Rhumatologie
	G. NAPO-KOURA	Anatomie Pathologie
	D. REDAH	Gastro-Entérologie
	Y. ATAKOUMA	Pédiatrie

**CHEFS DE CLINIQUE-MAITRES ASSISTANTS DES SERVICES
UNIVERSITAIRES DES HOPITAUX**

MM. A. AYITE	Chirurgie générale
K. AKPADZA	Gynécologie et obstétrique
A. R. AGBERE	Pédiatrie
A. SEGBENA	Hématologie
B. BAKONDE	Pédiatrie
Y. AMEGASSI	Biophysique
T. KPEMISSI	O.R.L.
Mme A.E. KPONTON-AKPABIE	Réadaptation Médicale

**ASSISTANTS DE FACULTE-ASSISTANTS DES SERVICES
UNIVERSITAIRES DES HOPITAUX**

MM. M. KOLANI	Physiologie
B. SONGNE-GNAKOULABAM	Chirurgie générale
N. KAMPATIBE	Histologie-Embryologie
A. BELLOW	Anatomie
D. KADJAKA	Santé publique
Y. POTCHOO	Pharmacologie
K. SODAHLON	Parasitologie

**CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES SERVICES DES
HOPITAUX**

Mmes M. GRUNITZKY-BEKELE	Maladies infectieuses
MM. B. DOSSIM	Traumatologie
N.K. TETE	Gynécologie et obstétrique
B. BALAKA	Pédiatrie
K. ATTIPOU	Chirurgie générale
A.E.ANOUKOUM	Urologie
M.BANLA	Ophtalmologue
E. GOEH-AKUE	Cardiologie
E.O. ADJAHOTO	Gynécologie Obstétrique
A. GBADOE	Pédiatrie Générale
Mme O. DJOSSOU	Pédiatrie Néonatale
MM. A. BALOGOUE	Neurologie
H. SOKPOH	Pneumologie
Mme S. AKOSSOU	Médecine interne

ASSISTANT CHEF DE CLINIQUE ASSOCIE

M. K. BISSANG	Chirurgie générale
---------------	--------------------

CHARGE DE COURS

M. D. DJAGBA	Stomatologie
--------------	--------------

D. ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DES SCIENCES**PROFESSEUR TITULAIRE**

M. M.GBEASSOR

Physiologie Générale

MAITRES DE CONFERENCES

MM. A. DOH

K. DOGBA

K. AKPAGANA

Biochimie

Parasitologie-Entomologie

Botanique

MAITRES ASSISTANTS

M. Y. BOUKARI

Mme K. KPEGBA

Chimie générale

Chimie organique

ASSISTANT

M. A. EKOHOHO

Mathématiques-Statistiques

ASSISTANT VACATAIRE

M. K. TEPE

Informatique

E. ENSEIGNANT DE L'INSTITUT NATIONAL DES SCIENCES DE L'EDUCATION.**MAITRE DE CONFERENCES**

M. G. DJASSOA

Psychologie médicale

F. ENSEIGNANTS NON RESIDENTS

MM. J. C. GAUTIER-BENOIT

D. FURON

R. G.AHYI

M. TADIE

Chirurgie digestive (LILLE II)

Médecine du travail (LILLE II)

Psychiatrie (COTONOU)

Neurochirurgie (ROUEN)

MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

M. P. GUISSOU

Pharmacologie

(OUAGADOUGOU)

Cette recherche a été rendue possible grâce au soutien financier de l'Association Togolaise pour le Bien être Familial (A.T.B.E.F.)

DEDICACES

JE DEDIE CE TRAVAIL

**A l'Eternel mon Dieu
Le Puissant fit pour moi des merveilles, Saint est son nom !**

A Papa & Maman,
En témoignage de ma profonde reconnaissance.

A mes frères Guy et Christian,
toute mon affection.

A ma petite soeur Josita,
gratitude et affectueuses pensées.

A ma grand mère
tendresse filiale

A tous mes Parents,

A tous mes camarades de promotion,
mes meilleurs souvenirs.

A mes amis Karl, Hervé, Mélanie, Didier, Fernand, Clarence, Silva, Nadine, Nano,
Amilcar, Abou, Patrick, Robert, Nelly, Nathalie & Enyonam.

REMERCIEMENTS

Au Ministre de l'Education Nationale et de la Recherche Scientifique et au Ministre de l'Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle.

Aux Directeurs de l'Enseignement du deuxième et troisième degré.

Aux directeurs des établissements scolaires retenus.

Aux collégiennes pour leur compréhension et leur aimable participation.

A tout le personnel de l'ATBEF particulièrement Messieurs KOUDAYA & N'DITSI & Mesdames AGOUNKE, MENSAH & KOFFI pour leur participation active à l'élaboration de ce travail.

A MM. ADOGNON et KLOGO de la Direction de la Statistique pour leur assistance.

Au Dr. Roger ADJAHOTO pour sa contribution.

Ma profonde gratitude au Professeur Denis JAMES pour ses conseils.

A Mme Fifonsi LADE pour son amabilité et pour tous les services rendus tout au long de mes études.

Aux Docteurs Simon ATEGBO, Michel SOKPOH & sa femme Elga pour le soutien moral et matériel qu'ils m'ont apporté durant tout mon séjour à Lille (France) et leurs conseils.

A tout le Personnel du Service de Gynécologie-Obstétrique du CHU-Tokoin.

A la Faculté de Médecine de Lille II (FRANCE) où j'ai effectué 2 années d'études médicales (1993-1995).

A tout le Personnel de la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de Lomé.

A tout ceux qui, à des degrés divers, m'ont aidé durant mes études et au cours de l'élaboration de ce document.

Aux familles HOUNGUES Alex, LAWSON Alibi, OZOU Jean, SODATONOU & EKOUEVI pour leurs conseils et soutien.

A NOS MAITRES ET JUGES

A notre Maître et Président du jury

Docteur K. KESSJE

**Professeur titulaire de Pédiatrie
Doyen de la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie**

Nous vous prions de bien vouloir trouver ici, l'expression de notre admiration, de notre profond respect et de nos remerciements pour l'honneur que vous nous faites en présidant ce Jury.

Nous garderons toujours de vous l'image d'un grand maître.

A notre Maître et Juge

Docteur K. JAMES

**Professeur titulaire d'Anatomie Médico-Chirurgicale
Chef des Services Chirurgicaux du CHU-Tokoin
Vice-doyen de la Faculté de Médecine**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce modeste travail. Vous avez été pour nous plus qu'un maître, un père toujours disponible à nous écouter et nous prodiguer des conseils à tout moment.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A notre Maître & Juge

Docteur S. BOUKARI

**Professeur Agrégé d'Histologie-Embryologie
Chef du Département d'Histologie-Embryologie au CHU -Tokoin**

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce modeste travail. Votre précieux temps que vous nous accordez témoigne de l'intérêt que vous avez pour les travaux scientifiques. Nous avons toujours été fasciné par votre dynamisme et votre simplicité.

Nous vous assurons de notre sincère gratitude.

A notre Maître & Juge

Docteur A. VOVOR

**Professeur Agrégé d'Hématologie
Chef des Services d'Hématologie des CHU-Tokoin et Campus**

Votre simplicité et votre amabilité sont des qualités que nous admirons beaucoup en vous. En acceptant de juger ce travail, vous nous montrez l'intérêt que vous lui portez.

Veillez accepter nos remerciements et nos hommages.

A notre Maître & Directeur de Thèse

Docteur A. K. S. SODONOU

**Professeur de Gynécologie Obstétrique
Médecin Chef de la Clinique gynécologique
et obstétricale du CHU-Tokoin**

Cher Maître,

Votre rigueur, votre amour du travail bien fait et votre sens de précision ont été autant de leçons que vous nous avez inculqués durant notre formation et au cours de l'élaboration de ce travail.

Soyez assuré de notre profonde gratitude et de notre respectueux attachement.

<< Par délibération , la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation>>

“ Les hommes, à certains moments, sont maîtres de leur sort ; et si notre condition est basse, la faute n’en est pas à nos étoiles ; elle en est à nous - même ”.

William SHAKESPEARE

SOMMAIRE

Introduction	1
Première Partie : Généralités	4
1.1. La sexualité des adolescentes	5
1.1.1. Définition	5
1.1.2. Comportement sexuel des adolescentes	5
1.2. La contraception	7
1.2.1. Les méthodes contraceptives	7
1.2.2. La contraception chez les adolescentes	11
1.3. Les avortements provoqués	11
1.3.1. Définition et classification des avortements	11
1.3.2. Les données épidémiologiques	12
1.3.3. Les complications des avortements provoqués	16
1.3.4. La législation sur les avortements	17
Deuxième Partie : Cadre et Méthodologie d'étude	23
2.1. Cadre d'étude	24
2.1.1. Aperçu du TOGO	24
2.1.1.1. Présentation du TOGO	24
2.1.1.2. Données démographiques	24
2.1.1.3. Situation économique	24
2.1.1.4. Situation scolaire	25
2.1.1.5. Situation des services de PF	25
2.1.2. Régions et lieux d'enquête	26
2.1.2.1. Région Maritime	26
2.1.2.2. Région Centrale	26
2.2. Méthodologie d'étude	28
2.2.1. Type d'étude	28
2.2.2. Population étudiée	28
2.2.2.1. Critères d'inclusion	28
2.2.2.2. Echantillonnage	28
2.2.3. L'enquête	31
2.2.3.1. Phase préparatoire de l'enquête	31
2.2.3.2. Déroulement de l'enquête	33
2.2.4. Difficultés rencontrées	33
2.2.5. Traitement des résultats	34
Troisième partie : Résultats	35
3.1. Bilan de la collecte des données	36
3.2. Caractéristiques générales	36
3.2.1. Age des collégiennes	36
3.2.2. Niveau scolaire	37
3.2.3. Religion déclarée	38
3.2.4. Cohabitation des parents	38

3.3. Sexualité chez les collégiennes	38
3.3.1. Ménarches	38
3.3.2. Age de survenue des ménarches	39
3.3.3. Activités sexuelles	40
3.3.4. Age de survenue du premier rapport sexuel	41
3.3.5. Fréquence des rapports sexuels	42
3.3.6. Motivation des rapports sexuels	43
3.4. Connaissances et pratiques de la contraception	44
3.4.1. Connaissance des méthodes contraceptives	44
3.4.2. Méthodes contraceptives connues	44
3.4.3. Utilisation de méthodes contraceptives	45
3.4.4. Méthodes contraceptives actuellement utilisées	46
3.4.5. Raison de la non utilisation de méthodes contraceptives	47
3.5. Grossesses chez les collégiennes	48
3.5.1. Antécédent de grossesse	48
3.5.2. Nombre de grossesses	49
3.5.3. Issue des différentes grossesses	49
3.5.4. Auteurs des grossesses	51
3.6. Conditions de réalisation des avortements provoqués	52
3.6.1. Antécédents d'avortement provoqué	52
3.6.2. Age de la grossesse et les moyens utilisés	52
3.6.3. Motifs des avortements provoqués	54
3.6.4. Complications des avortements provoqués	55
3.7. Conséquences scolaires des grossesses	55
3.8. Solutions proposées par les élèves	56
Quatrième Partie : Commentaires et discussions	57
4.1. Discussions de la méthodologie	58
4.1.1. Echantillonnage	58
4.1.2. Questionnaire	58
4.2. Commentaires et discussions des résultats	59
4.2.1. Sexualité des collégiennes	59
4.2.2. Connaissances et pratiques de la contraception	61
4.2.3. Grossesses chez les collégiennes	66
4.2.4. Avortement provoqué	68
4.2.5. Conséquences des grossesses	70
4.2.6. Solutions proposées par les élèves	70
Cinquième Partie : Conclusion et recommandations	72
5.1. Conclusion	73
5.2. Recommandations	74
Références bibliographiques	76
Annexes	82

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I	Hospitalisation en Afrique pour des complications d'avortement provoqué	13
Tableau II	Hospitalisation au CHU-Tokoin pour des complications d'avortement provoqué.	13
Tableau III	Evolution de la mortalité secondaire aux avortements légaux	15
Tableau IV	Législation relative à l'IVG dans l'Europe des neuf	19
Tableau V	Situation scolaire au TOGO	25
Tableau VI	Répartition de l'échantillon suivant les régions	29
Tableau VIIa-b	Répartition de l'échantillon par région, préfecture et établissement scolaire	30 - 31
Tableau VIII	Bilan de la collecte des fiches d'enquête	36
Tableau IX	Age des collégiennes	36
Tableau X	Niveau scolaire	37
Tableau XI	Religion déclarée	38
Tableau XII	Cohabitation des parents	38
Tableau XIII	Ménarches	38
Tableau XIV	Age de survenue des ménarches	39
Tableau XV	Relations sexuelles	40
Tableau XVI	Age à la première expérience sexuelle	41
Tableau XVII	Fréquence des rapports sexuel en fonction de l'âge	42
Tableau XVIII	Motivation des rapports sexuels en fonction de l'âge	43
Tableau XIX	Connaissance des méthodes contraceptives en fonction de l'âge	44
Tableau XX	Méthodes contraceptives connues en fonction de l'âge	44
Tableau XXI	Utilisation de méthodes contraceptives en fonction de l'âge	45
Tableau XXII	Méthodes contraceptives actuellement utilisées en fonction de l'âge	46
Tableau XXIII	Raisons de la non utilisation des méthodes contraceptives en fonction de l'âge	47
Tableau XIV	Antécédent de grossesse en fonction de l'âge	48
Tableau XXV	Nombre de grossesse en fonction de l'âge	49
Tableau XXVI	Issue des grossesses en fonction du nombre de grossesses	49
Tableau XXVII	Auteurs des grossesses en fonction de l'âge	51
Tableau XXVIII	Antécédent d'avortement provoqué en fonction de l'âge	52
Tableau XXIX	Age de la grossesse à la date de son interruption et les moyens utilisés.	52
Tableau XXX	Motifs de l'avortement provoqué en fonction de l'âge	54
Tableau XXXI	Complications des avortements provoqués en fonction des moyens utilisés	55
Tableau XXXII	Conséquences scolaires des grossesses	55
Tableau XXXIII	Solutions proposées par les élèves en fonction de l'âge	56

Tableau XXXIV	Tableau comparatif de la fréquence des rapports sexuels	...59
Tableau XXXV	Prix des méthodes contraceptives dans les services de PF au Togo	.....65
Tableau XXXVI	Tableau comparatif de la fréquence des avortements provoqués	.....68

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Carte du TOGO	.....27
Figure 2	Histogramme des âges	.....37
Figure 3	Age de survenue des ménarches	.....39
Figure 4	Rapports sexuels	.....39
Figure 5	Age au premier rapport sexuel	.....41
Figure 6	Fréquence des rapports sexuels	.....42
Figure 7	Utilisation de méthodes contraceptives	.....45
Figure 8	Méthodes contraceptives actuellement utilisées	.....46
Figure 9	Raison de la non utilisation de méthodes contraceptives	..47
Figure 10a	Survenue d'une grossesse chez les élèves sexuellement actives	.....48
Figure 10b	Survenue de grossesse en fonction de l'âge chez les élèves sexuellement actives	.....48
Figure 11	Issue des différentes grossesses	.....50
Figure 12	Auteurs des grossesses	.....51
Figure 13	Moyens abortifs utilisés	.....53
Figure 14	Solutions proposées par les élèves	.....56

LISTE DES ABREVIATIONS SIGLES ET SIGNES

al	:	Collaborateurs
ATBEF	:	Association Togolaise pour le Bien-Etre Familial
CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire
DIU	:	Dispositif Intra-Utérin
IPPF	:	Fédération Internationale pour la Planification Familiale
IVG	:	Interruption Volontaire de Grossesse
MST	:	Maladies Sexuellement Transmissibles
N°	:	Numéro
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
PF	:	Planification familiale
SIDA	:	Syndrome de l'Immuno Déficience Acquise
VIIH	:	Virus de l'Immuno Déficience Humaine

INTRODUCTION

Avant le processus de transition des sociétés traditionnelles vers les sociétés modernes, les pulsions sexuelles se heurtaient à des interdits et à des tabous que peu franchissaient. Actuellement cette barrière est plus fragile et les pulsions peuvent s'exprimer plus librement.

Au cours de ces vingt dernières années, de nombreux événements ont modifié le comportement sexuel des adolescents.

Du fait de la précocité des rapports sexuels, les grossesses non désirées sont de plus en plus fréquentes chez les adolescentes. Elles constituent dans la plupart des cas, un drame pour la jeune fille. Cette situation inconfortable pour la victime comme pour les parents, conduit le plus souvent à la réalisation d'avortement provoqué.

L'avortement provoqué clandestin est responsable d'une morbidité et d'une mortalité lourdes dans de nombreux pays africains où il demeure pratiquement un grave problème de santé publique. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) avance des estimations extrêmes de mortalité liée à l'avortement allant de 0,05 % à 1 % dans les pays en développement [5].

Au Togo, malgré la création de nombreux centres de planning familial qui visent à réduire le flot croissant de grossesses non désirées et par voie de conséquence d'avortements provoqués, nombreuses sont encore les jeunes filles qui n'utilisent pas de méthodes contraceptives. Elles tombent ainsi enceintes et se livrent à des pratiques dangereuses en vue de l'interruption de la grossesse.

C'est dans le but d'évaluer les activités menées sur le terrain par l'Association Togolaise pour le Bien-Etre Familial, afin de pouvoir recentrer ses programmes que ce travail a été entrepris avec son soutien financier.

Notre enquête réalisée chez des collégiennes des régions Maritime et Centrale du TOGO s'est fixée pour objectifs :

- 1 - d'étudier les pratiques des collégiennes en matière de sexualité.
- 2 - d'évaluer les connaissances et pratiques des collégiennes en matière de contraception
- 3 - de déterminer la fréquence des grossesses non désirées et avortements provoqués en milieu scolaire
- 4 - de proposer en fonction des résultats, des solutions pour une stratégie de lutte.

Notre travail est divisé en quatre parties :

- première partie : cadre et la méthodologie
- deuxième partie : résultats
- troisième partie : commentaires et discussions
- quatrième partie : conclusion et suggestions.

**PREMIERE PARTIE
GENERALITES**

1.1. - SEXUALITE CHEZ LES ADOLESCENTES

1.1.1. DEFINITION

La sexualité est l'ensemble des phénomènes physiologiques et psychologiques qui se manifestent chez des êtres vivants du fait de leur répartition en sexes différents [15].

- Sur le plan physiologique, la sexualité comporte la formation, le développement et le fonctionnement des organes génitaux.

- Sur le plan psychologique, la sexualité est l'ensemble des pulsions et des activités qui tiennent au fonctionnement normal de l'appareil génital. Dans ce sens, la sexualité est à rapprocher de la génitalité.

Or la sexualité n'est pas réductible à la génitalité; elle désigne un ensemble beaucoup plus vaste de phénomènes. C'est dans ce sens très large que l'emploient les psychanalystes en lui accordant une place primordiale dans le développement de la personnalité d'où le terme "développement psycho-sexuel".

1.1.2. COMPORTEMENTS SEXUELS

La sexualité et la fécondité des adolescents posent des problèmes particuliers sur le plan sanitaire. On ne dispose malheureusement pas, au niveau mondial, de beaucoup de données sur les schémas actuels du comportement des adolescents dans ce domaine, ni sur leurs effets sur la santé. On peut cependant se risquer à émettre certaines considérations générales, tout en restant prudent. On observe, en effet, trois schémas distincts [56].

- Le premier est courant dans les pays en voie de développement : on se marie jeune et on a des enfants tôt, à intervalles rapprochés. En Asie, en particulier, ou les tabous culturels interdisent toute activité sexuelle préconjugale, il est rare qu'une jeune fille soit enceinte avant le mariage. Dans d'autres parties du monde (dans certaines régions d'Afrique et d'Amérique latine, par exemple), une grossesse chez une adolescente a toutes les chances d'aboutir à une union consensuelle socialement approuvée. Le recours à la contraception est faible mais en légère augmentation. L'avortement, généralement demandé par des jeunes filles enceintes hors mariage, est souvent illégal, donc clandestin et très dangereux. L'incidence des maladies à transmission sexuelle est de plus en plus préoccupante, car c'est l'une des causes de la stérilité, avec les mauvaises pratiques en matière d'accouchement et d'avortement.

- Le second schéma, diamétralement opposé, prévaut essentiellement dans les pays développés, où les premiers rapports sexuels ont lieu vers le milieu ou la fin de l'adolescence et souvent avant le mariage. Bien que la contraception soit admise, elle n'est pas très répandue avant le mariage (sauf dans les pays de l'Europe occidentale) et les grossesses hors mariage et le recours à l'avortement (généralement légal et sûr) sont courants; on se marie plus tard, la fécondité est très faible et le taux de maladies sexuellement transmissibles important.

- Le troisième schéma intermédiaire entre les deux premiers, une sorte de « zone grise », qui prévaut là où les modes de vie sont en train de changer, en grande partie en raison du développement socio-économique. Avec la croissance des grands centres urbains, en Afrique subsaharienne et en Amérique latine, par exemple, les possibilités économiques et professionnelles se développent, surtout pour les femmes, et l'âge au moment du mariage et de la première naissance s'élève. Certains types de comportement sexuel et reproducteur sont plus proches du premier schéma, d'autres du second. Les contraintes traditionnelles subsistent mais sont moins strictes, les rapports sexuels et les grossesses avant le mariage sont plus fréquents, tout comme le recours à l'avortement et la fécondité a tendance à baisser à mesure que la contraception se répand.

A l'échelle mondiale, on sait que les schémas traditionnels de comportement sexuel des adolescents sont conditionnés dans une plus ou moins large mesure par les moeurs et les valeurs culturelles. Certaines sociétés réprouvent l'activité sexuelle chez les jeunes, d'autres l'acceptent, d'autres encore interdisent purement et simplement les rapports sexuels avant le mariage parce que cela est contraire à leur code de moralité.

Le comportement sexuel est également fonction de facteurs biologiques et socio-économiques, dont les principaux sont une maturation sexuelle plus précoce, l'évolution des moeurs et l'élévation de l'âge au moment du mariage dans de nombreuses sociétés. Les changements socio-économiques et notamment l'urbanisation massive, les migrations et l'influence des médias ont réduit l'influence des mécanismes de contrôle social qui décourageaient auparavant la sexualité des adolescents avant le mariage.

Toutes ces données, venant de pays différents, confirment l'évolution récente des comportements sexuels des jeunes et les risques qui en résultent : grossesses non désirées, interruptions volontaires de grossesses, maladies sexuellement transmissibles.

1.2. LA CONTRACEPTION

La contraception a pour but de s'opposer à la fécondation de façon temporaire et théoriquement réversible. Ce qui la distingue des méthodes de stérilisation et de l'interruption volontaire de grossesse (IVG).

La contraception doit également répondre à des critères essentiels d'efficacité qui est défini par l'INDICE de PEARL (Nombre de grossesse x 12 x 100/nombre de mois d'exposition qui calcule le nombre d'échecs pour 100 années/femmes).

La contraception doit répondre à 4 autres critères : l'acceptabilité, la facilité d'emploi, l'innocuité et le coût.

1.2.1. LES METHODES CONTRACEPTIVES

1.2.1.1. Les méthodes naturelles

On distingue :

a -) Le coït interrompu ou retrait

Il s'agit d'une méthode assez fréquemment utilisée surtout de façon épisodique rarement au long cours. Les inconvénients en sont principalement le taux d'échec élevé estimée à 20 % (retrait après le début de l'éjaculation, éjaculation à la vulve) et la mauvaise acceptabilité psychologique.

b -) La méthode OGINO

Elle est basée sur la durée des deux cycles précédents, sachant que l'ovulation a lieu 12 à 16 jours avant les règles. Les rapports sont interdits entre le 9ème et 19ème jour du cycle pour un cycle de 28 jours en raison de la possibilité de fécondation par un spermatozoïde émis 3 à 4 jours avant l'ovulation. Cette technique est évidemment erronée en cas d'irrégularités menstruelles ; ce qui explique le taux d'échecs de 15 %.

c -) La méthode des températures

Elle nécessite le contrôle de la température basale quotidienne, l'ovulation est repérée par l'élévation thermique. Théoriquement les rapports ne sont possibles qu'après 3 jours de plateau thermique et sont donc limités aux 8 à 10 derniers jours du cycle. Le taux d'échec est de 3 à 10 % lié parfois aux difficultés d'interprétation de certaines courbes thermiques.

d -) La méthode BILLINGS ou AUTO OBSERVATION

Elle repose sur l'observation de la glaire cervicale dont l'abondance et la filance sont au maximum en période ovulaire, la courbe de température, l'autopalpation du col. L'abstinence commence dès le début de l'apparition de la glaire et se termine 4 jours après. L'efficacité de cette méthode dépend de la motivation du couple, de la qualité de l'enseignement, de la compétence des éducateurs.

1.2.1.2. Les oestroprogestatifs

Apparue en 1954, la contraception hormonale a été la première méthode permettant une authentique régulation des naissances à grande échelle.

Bien que les produits utilisés soient de mieux en mieux tolérés et ne présentent que très peu d'accidents, la pilule reste toujours l'objet d'une certaine méfiance de la part du public et sa prise est trop souvent perçue comme un mal nécessaire.

Il existe à l'heure actuelle de nombreux composés oestroprogestatifs à visée contraceptive qui associe des oestrogènes (ethynil-oestradiol) à différents progestatifs.

a -) La méthode combinée

C'est la plus utilisée. Oestrogènes et progestatifs sont utilisés conjointement tout au long du cycle. En fonction des types de combinaisons, on classe les oestroprogestatifs en :

- monophasique : la posologie est identique tout au long du cycle
- biphasique : la posologie augmente en 2ème partie du cycle
- triphasique : la posologie du progestatif augmente en 3 paliers au cours du cycle, la dose d'oestrogène variant selon les produits.

b -) La méthode séquentielle

L'oestrogène est utilisé seul pendant la première partie du cycle puis associé à un progestatif en deuxième partie. L'avantage de cette méthode vient de ce qu'elle approche le cycle hormonal physiologique surtout au niveau de l'endomètre. Les inconvénients en sont d'une part, la nécessité d'utilisation de fortes doses d'oestrogènes, d'autre part, l'absence de verrous de sécurité en cas d'échappement ovulatoire (oublis).

1.2.1.3. Les progestatifs

Il s'agit d'une méthode d'utilisation marginale utilisée en cas de risque vasculaire (micropilule) ou d'état pathologique associé (progestatif macrodosé).

a -) Les progestatifs microdosés

Il s'agit de progestatifs non stéroïdes administrés à très faible dose en continu. La faible posologie utilisée rend compte du grand nombre d'échec en cas d'oubli. L'efficacité de cette méthode est donc imparfaite. Le taux d'échec est d'environ 1%.

b -) Les progestatifs macrodosés

L'utilisation de progestatifs norstéroïdes à dose thérapeutique 20 jours par mois (du 5ème au 25ème jour du cycle) est contraceptive.

c -) Les Progestatifs injectables

On utilise l'injection d'un progestatif retard à fortes doses. En fonction des produits, la durée d'action est de 4 à 12 semaines. Le fort dosage de progestatifs limite cependant l'utilisation de cette méthode en raison de sa tolérance médiocre.

1.2.1.4. Le stérilet

Le principe du stérilet ou dispositif intra-utérin (DIU), a été décrit en 1930 par GRAFFENBERG. Sa diffusion a été importante aux alentours de 1960 puis a subi une régression en raison des problèmes infectieux favorisés par le type de filament utilisé pour certains DIU. Actuellement cette contraception retrouve un regain d'intérêt.

Les différents types de stérilet actuellement disponibles sont le ML Cu 250, ML Cu 375, T au cuivre à 200, à 380, le NOVA T, le Progestasert.

L'efficacité est importante puisqu'on considère que les indices de Pearl varient entre 0,5 à 3 % par année et par femme.

1.2.1.5. La contraception locale

a -) Pour la femme

- Le diaphragme et la cape cervicale

Ces techniques largement utilisées avant l'emploi des oestroprogestatifs avaient un taux d'échec compris entre 5 et 10 % par année et par femme.

- Les spermicides

Son efficacité est équivalente à celle des stérilets ou des micropilules à condition que les utilisatrices soient motivées et consciencieuses dans l'application de la méthode. Les produits utilisant le benzalkonium avancent une efficacité avec un Pearl à 1%.

b -) Pour l'homme

La contraception masculine utilise le retrait ou les préservatifs

- Le retrait ou le coït interrompu
- Le préservatif masculin (condom) :

Il assure une contraception parfaitement efficace, toujours disponible et sans risque. Par ailleurs, il constitue le meilleur moyen de protection contre les maladies sexuellement transmissibles et de prévention contre la contamination par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH). L'amélioration des procédés de fabrication a permis d'obtenir des produits qui ne modifient pratiquement plus les sensations et assurent une efficacité maximale.

Toutefois les règles d'utilisation doivent être strictes : mise en place sur la verge en érection, retrait avant la détumescence.

1.2.1.6 La contraception post coïtale

La contraception post coïtale ou pilule du lendemain doit rester une méthode contraceptive d'indication exceptionnelle. On distingue :

- les oestrogènes qui doivent être utilisées avant 72 heures après le rapport. Le plus simple est d'utiliser deux ampoules de Prémairin en intramusculaire pendant 2 jours. L'efficacité se situe entre 0 et 0,6 % par année et par femme.
- Les progestatifs peuvent être pris en une seule fois mais dans les 12 heures qui suivent le rapport.
- Les oestroprogestatifs doivent être utilisés dans un délai de 4 à 8 heures. Il suffit d'utiliser 2 comprimés de stédiril à 12 heures d'intervalle.
- Le Danazol a été proposé à la dose de 400 mg, répété à 12 heures d'intervalle.
- les antiprogestérones : en France le RU 486 ou Mifegyne a été utilisé à la dose de 400 mg entre le 26e et le 27e jour.

1.2.2. LA CONTRACEPTION CHEZ LES ADOLESCENTES

La précocité des relations sexuelles, leur fréquence, la multiplicité fréquente des partenaires posent le problème de l'usage de la contraception chez les jeunes. La plupart des adolescentes n'utilisent pas de moyens contraceptifs pendant leur première année d'activité sexuelle.

Au Togo, le taux de mères adolescentes qui utilisent une contraception est assez faible et est estimé à 9% [21].

Le manque d'information et la présence de fausses idées sur le cycle menstruel associé à des relations sexuelles épisodiques ont été considérés comme source d'échec de l'utilisation des méthodes contraceptives.

Actuellement, des efforts sont entrepris pour la vulgarisation des méthodes contraceptives afin de réduire le nombre de grossesses non désirées.

Le recours à la contraception est plus fréquent dans les pays développés. La contraception orale est surtout répandue en ville mais elle est souvent mal utilisée faute, de moyens financiers nécessaires ou en raison de la difficulté de se procurer les produits.

Quand aux méthodes mécaniques comme le condom, il semble pouvoir être de mieux en mieux acceptés, en raison de son rôle dans la prévention des maladies sexuellement transmissibles et particulièrement dans la prévention du SIDA..

1.3. LES AVORTEMENTS

1.3.1. DEFINITION ET CLASSIFICATION DES AVORTEMENTS

Le terme avortement vient du mot latin "aboriri" qui signifie l'expulsion du fœtus avant qu'il soit viable [20].

Selon MERGER [39], "l'avortement est l'expulsion par les voies génitales du fœtus avant le 180ème jour de la grossesse, date à partir de laquelle l'enfant né vivant est présumé pouvoir se développer et vivre jusqu'à un âge avancé".

Cependant les progrès de la réanimation néonatale avancent les limites de la viabilité du prématuré si bien que pour l'OMS, l'avortement est l'expulsion d'un fœtus de moins de 20 semaines d'aménorrhée à partir du premier jour des dernières règles [61].

On distingue deux sortes d'avortement :

- **L'avortement spontané** appelé "fausse couche" : il survient de lui-même en dehors de toute entreprise locale ou générale volontaire.
- **L'avortement provoqué** est induit par des manoeuvres ou entreprises quelconques.

On considère plusieurs types d'avortements provoqués :

- L'avortement provoqué thérapeutique : son but est de soustraire la mère au danger que la grossesse est censée lui faire courir.
- L'avortement provoqué eugénique : il est destiné à expulser un fœtus reconnu porteur d'une tare génétique, héréditaire ou congénitale qui s'avère incompatible avec la vie.
- L'avortement provoqué sans raison médicale :

lorsque la loi l'autorise, il s'agit de l'interruption volontaire de grossesse (IVG)

lorsqu'il est illégal, il s'agit de l'avortement provoqué clandestin

Cependant le terme "avortement provoqué" tant à désigner communément les avortements illégaux ou clandestins.

1.3.2. LES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

Les données épidémiologiques varient en fonction du caractère légal ou illégal de l'avortement.

1.3.2.1. Les avortements illégaux ou clandestins

a -) La fréquence

La fréquence réelle de l'avortement provoqué clandestin n'est pas connue en raison de son caractère illégal et clandestin.

En France, en 1963, les avortements clandestins étaient chiffrés entre 200.000 et 250.000 [5]

On estime à 10.000 le nombre d'avortements provoqués clandestins par jour en Afrique, selon SEMANAYAKE [55].

Sur ce même continent, bien que la situation réelle de l'avortement ne soit pas bien connue, on accepte généralement l'idée qu'au fur et à mesure que les communautés sous développées se trouvent engagées dans le processus de transition menant à la société moderne, on assiste à une augmentation des avortements provoqués [50].

A titre indicatif, voici le nombre d'hospitalisations en Afrique pour des complications d'avortements entre 1970 et 1979 [50].

TABLEAU I : Les hospitalisations en Afrique pour des complications d'avortement provoqué

PAYS	HOPITAL	ANNEE	EFFECTIF
GHANA	Hôpital Korlebu, (Accra)	1968	3204
		1970	3034
		1972	3275
		1976	3772
KENYA	Kenyatta National Hôpital, (Nairobi)	1971	1838
		1974	2070
		1976	3702
NIGERIA	Hôpital Maternité (Ile de Lagos)	1963	1700
		1965	2100
		1967	1900
OUGANDA	Hôpital de Mulago (Kampala)	1967	1518
		1968	1830
		1969	1120
ZAMBIE	Hôpital d'Enseignement Universitaire (Lusaka)	1972	1448
		1974	2130
		1976	2991

Au CHU de Lomé, de 1980 à 1990, 1382 patientes ont été admises pour des complications après un avortement provoqué [28].

TABLEAU II : Les hospitalisations au CHU-Tokoin pour des complications d'avortement provoqué

Pays	Hôpital	ANNEE	EFFECTIF
TOGO	CHU - TOKOIN (LOME)	1980	130
		1981	149
		1982	158
		1983	143
		1984	175
		1985	121
		1986	140
		1987	102
		1988	71
		1989	91
		1990	92

b -) La mortalité

En France, en 1963, l'Institut National des Etudes Démographiques (INED) avançait le chiffre de 332 décès [5] pour 200.000 avortements réalisés au cours de cette même année.

En Roumanie, l'interdiction quasi-absolue de l'avortement volontaire (IVG) à partir de 1966 dans un but nataliste a multiplié par plus de 5 le taux de mortalité liée à l'avortement redevenu clandestin [5].

Aux USA, le Centre National des Statistiques de Santé (NCHS) fait état d'environ 5000 décès par an pour la période située aux alentours des années 1940. La fréquence de l'avortement illégal à cette époque était inconnue. Lors de la légalisation en 1973, le premier chiffre publié est de 744 600 avortements [5].

Dans les pays en voie de développement où la majorité des avortements provoqués sont effectués dans la clandestinité, le rapport d'une commission d'enquête publiée par l'OMS avance des estimations extrêmes de mortalité allant de 0,05 à 1 % [5].

Des études faites en Amérique latine ont montré que 30 à 40 % des décès maternels étaient dus aux complications liées aux avortements clandestins [32].

Entre 1966 et 1972, 57 % des décès maternels à l'hôpital universitaire de Lagos étaient liés aux avortements.

Une étude récente couvrant 60 pays en voie de développement à travers le monde a permis d'estimer que 13,7 millions d'avortements avaient été provoqués en 1976. Ce qui donne une proportion de 207 avortements pour 1000 naissances vivantes [50].

En 1976, on estime que 70.000 à 140.000 femmes sont mortes de complications liées aux avortements provoqués clandestins dans 60 pays en voie de développement, y compris 600 à 6.000 femmes en Afrique [50].

1.3.2.2. Les avortements légaux

a -) La fréquence

Elle varie d'un pays à l'autre :

En France, après 1979, année de la légalisation de l'IVG, le nombre d'avortements effectués selon l'INED est en diminution passant de 183.862 en 1983 à 162.620 en 1989 correspondant à une moyenne de 20 à 25 IVG pour 100 naissances vivantes [36].

Malgré la légalisation de l'avortement, un taux anormalement élevé d'IVG persiste dans certains pays.

Aux Etats-Unis, le taux d'IVG pour 1000 femmes âgées de 18 à 19 ans est de 63 tandis que ce même taux est de 5,9 aux Pays-Bas [51].

b -) La mortalité

En se basant sur les grandes séries nationales des pays dont le niveau sanitaire est moyen ou élevé, les valeurs retenues par l'OMS sont comprises entre 0,6 et 1,2 pour 100 000 avortements [5].

Aux USA, la mortalité secondaire aux avortements légaux est en nette régression passant de 19 pour 100 000 en 1970 à 0,5 pour 100 000 en 1978 [5].

En France, de 1975 à 1985, pour un nombre total de 2 000 000 à 2 500 000 avortements légaux, la mortalité est considérée comme faible et située entre 0,5 et 0,8 pour 100 avortements [5].

En Hongrie, l'évolution de la mortalité entre 1957 et 1979 est également notable de 4,4 à 1/100.000 alors que le taux d'avortements tardifs s'élève de 0,5 à 12 % de 1970 à 1979 [5].

En Suède, l'amélioration est encore plus considérable faisant passer la mortalité de 60 à 2,7/100.000 de 1954 à 1978 [5].

En Angleterre et au Pays de Galles, la mortalité est divisée par près de dix sur une période de 14 ans (de 11,1 à 1,4 entre 1968 et 1982) [5].

TABLEAU III : L'évolution de la mortalité secondaire aux avortements légaux

Pays	Année	Mortalité pour 100 000 avortements
U.S.A	1970	19
	1978	0.5
FRANCE	1975-1985	0,5 - 0,8
HONGRIE	1957	4.4
	1979	1
SUEDE	1954	60
	1978	2.7
ANGLETERRE	1968	11.1
	1982	1.4

1.3.3. LES COMPLICATIONS DES AVORTEMENTS PROVOQUES

L'usage d'un matériel souvent inapproprié, les conditions d'asepsie insuffisantes et le manque de qualification des opérateurs font de l'avortement provoqué une pratique dangereuse entraînant de nombreuses complications. Ces complications sont immédiates ou tardives.

1.3.3.1. Les complications immédiates

a -) les complications locales

- l'hémorragie : elle reste la complication la plus fréquente de l'avortement provoqué. Elle peut menacer la vie de la femme essentiellement par son abondance.
 - les rétentions de débris ovulaires
 - les infections : l'endométrite, l'abcès utérin, la salpingite
 - les lésions traumatiques : Ce sont les lésions vaginales, les déchirures du col, la désinsertion du col, les déchirures cervico-isthmiques, les perforations utérines.
 - l'infarctus utérin : succède en règle à l'injection intra-utérine d'eau savonneuse parfois d'eau de Javel.
 - la gangrène utérine

b -) Les complications régionales

- la pelvipéritonite : mal traitée, elle peut évoluer vers une salpingite chronique, un pyosalpinx, un phlegmon du ligament large, un abcès du Douglas, une thrombophlébite pelvienne ou vers une péritonite généralisée.
- les lésions viscérales : secondaires à une perforation utérine intra-péritonéale, l'instrument abortif pouvant provoquer des lésions viscérales complexes, vasculaires, épiploïques, vésicales et surtout intestinales se traduisant par une péritonite généralisée.
- les complications veineuses : elles peuvent revêtir toutes les formes comme la thrombophlébite, la phlébo-thrombose, la septico-pyohémie et l'embolie septique multiple.

c -) Les complications générales

- La mort subite par réflexe vagal
- L'embolie gazeuse provoquée par une injection intra utérine d'eau pure ou savonneuse avec une poire incomplètement remplie.
- La thrombophlébite cérébrale
- Le tétanos

- Les intoxications par absorption de produits variés ne provoquent l'avortement qu'au prix d'un empoisonnement grave, souvent mortel pour la mère.
- Les complications infectieuses : ce sont les septicémies à streptocoques hémolytiques, à bacilles perfringens, à d'autres bacilles gram-négatifs telles que le protéus, le pyocyanique et surtout le colibacille.

1.3.3.2. Les séquelles des avortements clandestins

Les complications de l'avortement clandestin si elles ne sont pas fatales laissent des séquelles ou sont responsables d'accidents.

a -) Les séquelles gynécologiques

Elles sont fréquentes : 10 à 20 % des femmes ayant eu un avortement compliqué deviennent des malades . Les troubles sont variés :

- Les troubles menstruels à type d'oligoménorrhée, d'aménorrhée, de ménorragies, de métrorragies et de dysménorrhée.
- Les douleurs à type de dyspareunie profonde, de pesanteur pelvienne.
- La stérilité : elle est secondaire le plus souvent à une sténose tubaire ou à une synéchie utérine.

b -) Les accidents obstétricaux

- la grossesse extra-utérine
- l'incompatibilité sanguine foeto-maternelle chez les femmes rhésus négatif.
- les avortements à répétition par béance cervico isthmique.
- le placenta praevia
- la rupture utérine
- les accidents de la délivrance tels que le placenta accreta.

c -) Les séquelles psychiques

A type de psychose dépressive avec idée de culpabilité et d'indignité, elles sont dues au choc émotionnel et aux séquelles organiques de l'avortement.

1.3.4. LA LEGISLATION SUR LES AVORTEMENTS

De nombreux pays ont libéralisé l'avortement provoqué. L'objectif poursuivi par ces pays est de médicaliser les pratiques clandestines et d'espérer de ce fait une régression de leurs conséquences dramatiques.

Dans ces mêmes pays, des mesures vigoureuses ont été entreprises pour vulgariser l'information et l'éducation relative aux méthodes modernes de contraception.

MALCOM [38] en 1977, faisant le point sur la libéralisation de l'avortement à travers le monde écrit : en URSS, une première loi sur la libéralisation de l'avortement a été promulguée en 1920. A partir de 1960, beaucoup de pays européens se sont dotés de lois libérales sur l'avortement : l'Angleterre en 1968, puis les pays d'Europe du Nord. Aux Etats-Unis, la libéralisation a été faite d'abord dans 17 Etats, et ce n'est qu'à partir de 1973 que cette loi s'est étendue à tous les Etats.

1.3.4.1. La législation sur l'avortement dans l'Europe des neuf

La grande majorité des pays de l'Europe des neuf à l'exception de la Belgique ont élaboré des lois permettant à la femme de réaliser un avortement libre si elle le désire.

TABLEAU IV. - La législation relative à l'IVG dans l'Europe des neuf (d'après THIBAUT)

L'interruption volontaire de grossesse dans les pays de la Communauté Economique Européenne						
Pays	Date de la législation	Indications	Conditions	Délais (en semaines de grossesse)	Remboursement par les causes d'assurance maladie	Remarques
Belgique	pas de loi libéralisant l'avortement					Législation répressive peu appliquée. Une évolution en cours
Danemark	Juin 1973	sur requête de la femme	Demande adressée à un médecin ou un établissement d'orthogénie	- 12 semaines - accord de la commission socio médicale nécessaire au delà de 12 semaines	oui	Bonne collecte statistique
Irlande	Pas de loi libéralisant l'avortement					Réflexion amorcée sur le problème de la contraception
Italie	Juin 1978	sur requête de la femme	Consultation médicale obligatoire. Autorisation parentale pour les mineures ou à défaut autorisation judiciaire.	90 jours (13 semaines)	oui	Difficultés d'application de cette loi récente
Luxembourg	Novembre 1978	sur requête de la femme en situation de détresse	consultation médicale obligatoire	12 semaines	oui	Législations sur l'avortement et la contraception réunies dans le même texte
Pays-Bas	Projet de loi rejetée en 1976 mais une pratique très libre					Les poursuites pour avortements sont exceptionnelles
RFA	Juin 1976	Indications d'ordre : eugénique éthique dans les cas de détresse	La femme doit s'adresser à un conseiller 3 jours au plus tard avant l'intervention	- 12 semaines (indications éthiques ou détresse) - 22 semaines (indications d'ordre eugénique)	oui	Loi de 1974, modifiée par celle de 1976
Royaume-Uni (sauf Irlande du Nord)	Avril 1976	Socio-médical, eugénique, judiciaire	Accord de 2 médecins nécessaire	28 semaines	Gratuit dans le cadre du National Health Service	Débat en cours sur les délais et la clause de conscience
France	Janvier 1975	sur requête de la femme en situation de détresse	Consultations médicales et entretien social obligatoires. Autorisation parentale pour les mineures	- 10 semaines - sans délais pour les avortements thérapeutiques	- Non mais recours possible à l'aide médicale gratuite - oui pour avortement thérapeutique	Loi votée pour 5 ans, en 1975, dont les députés ont voté la reconduction le 30 novembre 1979

1.3.4.2. La législation sur l'avortement en France

La loi française de 1920 élaborée dans le climat de l'après-guerre pour réprimer l'avortement doit son extrême dureté à la crainte de la dénatalité : avortement et contraception sont placés du point de vue pénal sur le même plan que la débauche et la prostitution. Sous l'impulsion de certains mouvements féministes tel que le Mouvement pour la Libéralisation de l'Avortement et de la Contraception, l'avortement fut publiquement revendiqué en 1968.

La loi du 17 janvier 1975 revue en 1979 a médicalisé l'avortement en l'autorisant dans certaines conditions avant la 10^e semaine de grossesse.

La loi de décembre 1982 prévoit le remboursement par l'assurance maladies des frais de l'IVG.

Les conditions suivantes doivent être réunies pour la réalisation de l'IVG:

1- **L'âge de la grossesse** doit être inférieur ou égal à 12 semaines d'aménorrhée.

2- **La structure** : l'IVG doit être effectuée dans une structure de soins gynécologiques ou chirurgicaux agréée, déclarée et contrôlée. Elle est pratiquée par un médecin. Le quota dans les cliniques privées des actes relatifs aux IVG doit être inférieur ou égal à 25% du total des actes chirurgicaux et obstétricaux.

3- **L'examen médical** : l'IVG doit être précédée d'un examen médical et d'un entretien visant à renseigner la femme sur toutes les dispositions sociales prévues pour l'aider en cas de difficultés matérielles. Cet entretien doit se terminer par la délivrance d'une attestation d'entretien social. La patiente reçoit une attestation de cette consultation conformément à l'article 162-3 ayant rapport aux risques médicaux encourus et un dossier guide informant des droits de la femme enceinte et de la mère ainsi que des possibilités d'adoption de l'enfant à naître.

4- **La réflexion** : un délai de "réflexion" obligatoire de 7 jours doit séparer la première demande de la patiente formulée auprès d'un médecin et la réalisation de l'interruption. Ce délai peut être réduit à 2 jours si le terme légal risque d'être dépassé.

5- **La nationalité** : la femme doit être de nationalité française ou résider en France depuis au moins 3 mois.

6- **L'âge de la femme** : elle doit être majeure. Pour les mineures, il faut avoir une autorisation écrite et signée par l'un des deux parents ou à défaut par l'autorité parentale (tutelle, juge pour enfants). le consentement de la mineure enceinte doit être donné en dehors de la présence des parents ou du représentant légal.

7- **La déclaration** : toute IVG doit faire l'objet d'une déclaration sur un imprimé particulier adressé au médecin inspecteur régional de la santé. Les données exploitées annuellement sont publiées par l'INED (Institut National d'Etudes Démographiques).

8- **La contraception** : des conseils en matière de contraception devront être fournis à la femme ou au couple.

9- **La clause de conscience** : tout praticien (médecin ou paramédical) a la liberté de faire jouer la clause de conscience qui lui permet de refuser de pratiquer l'IVG, mais la loi impose dans ce cas d'en avertir immédiatement la patiente et de l'adresser à une structure ou à un médecin pouvant la prendre en charge.

Les tarifs (honoraires et frais médicaux) font l'objet d'une réglementation publiée périodiquement par arrêté ministériel. Ces conditions de réalisation de l'IVG ne sont que suspensives des dispositions qui, réprimant l'avortement, restent toujours en vigueur. Les peines encourues en cas d'avortement illégal ont été alourdies en 1979.

1.3.4.3 La législation sur l'avortement dans les pays africains

Dans les pays d'Afrique francophone au sud du Sahara à l'exception du Mali, les lois sur l'avortement sont un héritage de la période coloniale et c'est la loi du 31 juillet 1920 qui reste presque toujours en vigueur dans ces pays.

En 1972, la Zambie devient le premier pays africain subsaharien à introduire une loi libérale sur l'avortement. Par la suite, d'autres pays comme le Ghana et le Nigeria ont adopté des réformes similaires.

La Tunisie a été le premier pays islamique à réviser sa propre loi sur l'avortement.

1.3.4.4. La législation sur l'avortement au Togo

Au Togo, avant 1980, l'avortement provoqué est illégal et toute personne qui serait associée à la pratique de l'avortement s'expose à la loi française du 31 juillet 1920. Elle condamne l'avortement provoqué et toute propagande à visée anticonceptionnelle. Mais la loi n° 80-1 du 13 avril 1980 instituant le code pénal togolais abrogea toutes ces dispositions et l'avortement n'est plus un crime sauf s'il

y a eu mort d'homme. L'auteur est alors poursuivi pour coups et blessures ayant entraîné la mort d'homme sans intention de la donner. Une nouvelle loi existe parallèlement à l'autre. Il s'agit de la loi n° 84-14 du 16 novembre 1984. Elle est relative à la protection des jeunes filles et garçons régulièrement inscrits dans un établissement d'enseignement ou dans un centre de formation professionnelle, l'avortement est un délit réprimé et puni par l'article n°4 de ladite loi dont le texte est reproduit ci-après.

Article n°4 :

Quiconque par aliments, breuvage, médicaments, violences ou tout autre moyen aura procuré ou tenté de procurer l'avortement d'une jeune fille enceinte régulièrement inscrite dans un établissement scolaire ou dans un centre de formation professionnelle sera puni d'un emprisonnement de 1 à 5 ans et d'une amende de 500.000 à 1.000.000 de F CFA.

En fait, elle est d'application rare mais les sanctions sont souvent sévères.

DEUXIEME PARTIE
CADRE ET METHODOLOGIE D'ETUDE

2.1. CADRE DE L'ETUDE

2.1.1. APERÇU SUR LE TOGO

2.1.1.1. Présentation du Togo

Le Togo est un pays de l'Afrique de L'Ouest situé entre 0° et 11° de latitude Nord et entre 0° et 1,6° de longitude Est. Il a la forme d'un rectangle et mesure 700 km de long et 150 km sur sa plus grande largeur. Il couvre une superficie de 56600 km².

Le Togo est limité au Nord par le Burkina-Faso, au Sud par l'océan Atlantique, à l'Ouest par le Ghana et à l'Est par le Bénin. Le pays compte 30 préfectures regroupées en 5 régions administratives : les régions Maritime, des Plateaux, Centrale, de la Kara et des Savanes.

Lomé est la capitale économique et politique du Pays. Elle est située dans la préfecture du golfe dans la région maritime.

2.1.1.2. Données démographiques

La population générale du Togo est estimée à 3.900.000 habitants en 1994. Lomé compte environ 700.000 habitants. Les taux de natalité et de fécondité sont assez élevés et sont respectivement de 44 ‰ et de 6,6 enfants par femme. Le taux de mortalité est également élevé et estimé à 80‰.

Avec un taux d'accroissement d'environ 3,6 %, un des fort taux de la sous région, la population togolaise est caractérisée par sa jeunesse.

Les enfants de 0 à 15 représentent près de 50 % de la population. Les femmes en âge de procréer, près de 21 %.

2.1.1.3. Situation économique

L'économie du pays est basée essentiellement sur l'agriculture. Les cultures de rente et le phosphate constituent les principales sources de devise. En 1994, le PIB a été estimé à 525,4 milliards de francs CFA par la direction de la statistique.

Le pays a connu ces dernières années des troubles socio-politiques qui ont aggravé sa situation économique.

2.1.1.4. Situation scolaire

Le Togo compte environ 3354 établissements scolaires et une population scolarisée estimée à 936577. Le taux net de scolarisation est de 61,18%. Le tableau ci-dessous résume la situation scolaire au Togo.

TABLEAU V : Situation scolaire au TOGO (d'après la direction de la statistique) [59]

Enseignement	Etablissement	Effectif			
		Garçons	Filles	Total	%
Pré scolaire (Maternelle)	232 jardins d'enfants	5.149	4.949	10.098	1,1
Primaire (CP1 - CM2)	2733 écoles	453.495	308.642	762.137	81,4
Deuxième degré	800 collèges	86.990	33.897	120.887	12,9
Troisième degré	47 Lycées	20.752	4.080	24.832	2,6
Quatrième degré	13 facultés et écoles	9.514	1.480	10.994	1,2
Technique	29 établissements	5.520	2.111	7.631	0,8
Total	3354 Etablissements	581418	355159	936577	100,0

2.1.1.5. Situation des services de planification familiale

- Structure de prestation des services de PF

Les structures de prestation des services de PF sont intégrées au système de soins de santé disponibles dans le pays : les PMI, les Centres de santé, les hôpitaux. Mais il n'existe actuellement que 198 centres de PF opérationnels. Ils se répartissent comme suit : 51 dans la région maritime dont 14 dans la commune de Lomé, 63 dans la région des plateaux, 18 dans la région centrale, 38 dans la région de la Kara et 28 dans les Savanes.

- Gestion des services de PF

Au plan national le service de la DSF se charge de la coordination des activités de PF dans le pays. Une organisation non gouvernementale, l'ATBEF a joué un rôle pionnier dans le programme de PF. D'autres organisations participent également au programme de PF au Togo : CARE INTERNATIONAL, SEATS, INTRAH...

2.1.2. REGIONS ET LIEUX D'ENQUETE

Notre étude s'est déroulée dans les établissements scolaires du 2ème et 3ème degré des régions maritime et centrale du Togo.

Le choix de ces deux régions a été motivé par le souci de l'ATBEF qui envisage dans un proche avenir l'implantation de centres culturels pour les jeunes dans les chefs lieux de ces deux régions.

Ce travail réalisé dans toutes les préfectures des régions Maritime et Centrale permettra d'avoir une appréciation sur les différents problèmes relatifs à la santé sexuelle chez les jeunes afin de pouvoir répondre à leurs besoins.

2.1.2.1. Région Maritime

La région Maritime est relativement petite et occupe 6000 km² soit 10 % de la surface du pays. C'est une région fortement peuplée qui regroupe le tiers de la population du Togo avec une densité de 216 habitants par km². Elle est constituée de 6 préfectures: Golfe, Avé, Lacs, Vo, Yoto et du Zio. Le chef lieu de la région est Lomé, la capitale du pays. La région est grande productrice de maïs et de manioc qui constituent la base de l'alimentation de sa population. On y compte 173 établissements scolaires des deuxième et troisième degrés et une population scolarisée féminine estimée à 13976.

2.1.2.2. Région Centrale

La région Centrale est l'une des plus vastes régions économiques du Togo. Elle s'étend sur 18 000 Km² soit 32 % de la superficie du Togo. La population est estimée à 550 000 habitants représentant le 1/7ème de la population du pays. Elle est constituée de 4 préfectures : de Tchaoudjo, de Tchamba, de Sotoboua et de Blitta. C'est une région importante par ses activités agro-pastorales. Elle produit 60% des ignames consommées au Togo. On y compte 35 établissements scolaires des deuxième et troisième degrés et une population scolarisée féminine estimée à 3384.

BURKINA-FASO

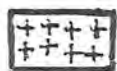
REGION DES SAVANES

REGION DE LA KARA

GHANA

REGION CENTRALE

BENIN



REGIONS DE L'ENQUETE

REGION DES PLATEAUX

REGION MARITIME

LOME

OCEAN ATLANTIQUE

FIGURE 1 • REGIONS ECONOMIQUES DU TOGO



2.2. METHODOLOGIE D'ETUDE

2.2.1. TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude descriptive de type transversal.

2.2.2. POPULATION ETUDIEE

2.2.2.1. Critères d'inclusion

L'âge moyen de survenue des ménarches au Togo est de 14 ans [62] correspondant ainsi à l'âge moyen d'une fille de la classe de 4ème ayant suivi une scolarité normale.

Nous avons inclus dans notre échantillon les jeunes filles des classes de 4ème, 3ème, 2nde, première et terminale en supposant que la grande majorité de ces filles ont déjà eu leurs premières règles. Quelques directeurs d'établissements ont jugé les questionnaires un peu trop osés pour l'âge de certains de leurs élèves. En tenant compte de ces considérations et de l'âge moyen de survenue des ménarches au Togo nous avons préféré exclure les élèves des classes de 6ème et de 5ème de notre étude.

2.2.2.2. Echantillonnage

a -) La taille minimum de l'échantillon

Pour que l'étude soit statistiquement valable il faut que la taille de l'échantillon soit au moins égale à 1600. Elle a été calculée par la formule suivante:

$$\frac{1-p}{p} \times \frac{t^2}{k} \leq n$$

n = taille de l'échantillon

p = proportion à estimer

t = 2

k = précision de l'estimation

Il faut un échantillon de taille (n) $1600 < n < 3600$ pour une prévalence supposée comprise entre $10\% < p < 20\%$.

Compte tenu du budget disponible, la taille (n) retenue est de 2000

$$n = 2000$$

b -) Répartition de l'échantillon suivant les régions

Notre échantillon constitué de 2000 élèves a été réparti dans les régions Maritime et Centrale du Togo comme nous le montre le tableau ci-dessous.

TABLEAU VI : Répartition de l'échantillon suivant les régions

REGIONS	FILLES SCOLARISEES		ECHANTILLON	
	EFFECTIF	%	EFFECTIF	%
MARITIME	13976	80,5	1630	80,5
CENTRALE	3384	19,5	370	19,5
TOTAL	17390	100,0	2000	100,0

c -) La composition de l'échantillon

Notre échantillon représente 11 % de l'effectif des jeunes filles scolarisées des deuxième et troisième degrés de la région maritime et centrale du Togo qui est de 17.390. Pour assurer une bonne représentation des élèves du troisième degré dont les effectifs sont très réduits (2 432) soit 14 % des filles scolarisées, nous avons réparti notre ainsi: 1 000 élèves soit 50 % de l'effectif de l'échantillon pour le troisième degré et 1 000 élèves soit 50 % pour le deuxième degré.

d -) La répartition de l'échantillon suivant les établissements scolaires

Notre étude s'est déroulée dans 43 établissements scolaires qui ont été choisis suivant le mode aléatoire.

Le choix des établissements scolaires du deuxième degré s'est fait par tirage au sort à partir d'une base de sondage pré-établi et qui regroupe tous les collèges des régions. On tire le nombre de CEG qui permet d'avoir un nombre suffisant de filles pour l'enquête. C'est ainsi que 28 établissements ont été retenus.

Le choix des établissements scolaires du troisième degré : Dans les petites localités lorsque l'établissement du troisième degré est unique, il est choisi d'emblée. Dans les villes de Lomé et de Sokodé, le choix s'est fait par tirage au sort. C'est ainsi que nous avons retenu 15 établissements.

Le tableau ci-dessous nous montre les répartitions de l'échantillon par région, préfecture et établissements scolaires.

TABLEAU VIIa : Répartition de l'échantillon par région, préfecture et établissement scolaire

REGIONS PREFECTURES COMMUNES	ETABLISSEMENTS SCOLAIRES	EFFECTIF
MARITIME OUEST		1410
LOME COMMUNE	Lycée de Tokoin	120
	Lycée de Gbenyedji	120
	Collège St Joseph	110
	Lycée Technique Eyadéma	120
	Lycée de Nyekonakpoè	110
	CEG Kodjoviakopé	110
	CEG Tokoin Ouest	110
	CEG Tokoin Centre 2	110
	CEG Bè Plage	110
	Collège NDA	110
		1140
AVE	Lycée de Keve	20
	CEG d'Assahoun	10
	CEG de Kévé	10
	40	
GOLFE	CEG Baguida	25
	CEG d'Agoenyivé	25
	CEG d'Adidogomé	35
	85	
ZIO	Lycée de Tsévié	75
	CEG Tsévié	40
	CEG Agbélouvé	30
	145	
MARITIME EST		220
LACS	Lycée de Zébévi	50
	CEG d'Afagnan	10
	CEG d'Agbodrafo	10
	CEG Aného ville	25
	95	
VO	Lycée de Vogan	35
	CEG d'Akoumapé	20
	CEG Vogan Ville	20
	75	
YOTO	CEG Tabligbo Ville	15
	CEG de Kouvé	10
	Lycée de Tabligbo	25
	50	

TABLEAU VIIb : Répartition de l'échantillon par région, préfecture et établissement scolaire

REGIONS PREFECTURES COMMUNES	ETABLISSEMENTS SCOLAIRES	EFFECTIF
CENTRALE		370
TCHAOUDJO	Lycée Moderne de Sokodé	60
	Lycée Ste Marie de Sokodé	65
	CEG Tchawanda	35
	CEG Kpangalam	25
	CEG Bariki Sokodé	25
	CEG Lama Tessi	25
		235
TCHAMBA	Lycée de Tchamba	10
	CEG Kaboli	5
	CEG Tchamba Ville	5
		40
SOTOBOUA	Lycée de Sotouboua	50
	CEG d'Adjengré	15
	CEG Sotouboua Ville 1	15
		80
BLITTA	CEG Blitta Gare	20
	CEG Pagala Gare	15
		35

2.2.3. L'ENQUETE

2.2.3.1. Phase préparatoire de l'enquête

Pendant cette phase nous nous sommes attelés à obtenir l'autorisation d'accès dans les CEG, Lycées et Collèges retenus pour l'enquête et à la constitution des équipes devant nous aider à mener à bien notre travail.

a -) Obtention de l'autorisation d'accès dans les CEG, Collèges et Lycées

Nous avons adressé une demande d'autorisation au Ministre de l'Education Nationale et de la Recherche Scientifique et au Ministre de l'Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle.

Les Ministres ont adressé une réponse officielle aux Directeurs des enseignements concernés qui l'on fait transmettre aux Inspecteurs. Ces derniers ont alors informé les Directeurs des établissements scolaires retenus.

Une première prise de contact a eu lieu avec les directeurs d'établissements pour leur expliquer les objectifs de l'étude et d'établir de commun accord un calendrier pour la réalisation de l'enquête.

b -) Formation de l'équipe d'enquête

Nous avons constitué trois équipes pour les deux régions afin de faciliter le déroulement de l'enquête. :

- * la région Maritime-Ouest est constituée de la préfecture du Golfe, de Zio, de l'Avé.
- * la région Maritime-Est est constituée de la préfecture des Lacs, Vo et Yoto
- * la région Centrale est constituée de la préfecture de Tchaoudjo, Tchamba, Sotouboua et Blitta

Le personnel de l'enquête était constitué de 10 personnes :

- 1 étudiant en médecine
- 3 étudiants de l'école des assistants médicaux
- 1 Ingénieur démographe statisticien
- 1 statisticien
- 3 coordonnateurs régionaux de l'ATBEF.
- du chef de département des programmes de l'ATBEF

Pour réduire au maximum les erreurs lors de la collecte des données et garantir plus de fiabilité aux résultats, nous avons eu ensemble plusieurs séances de réunion où les enquêteurs ont été formés sur les méthodes de l'enquête.

c -) Préparation du questionnaire

Nous avons élaboré un questionnaire à soumettre à chaque élève. Ensuite nous avons procédé à une pré-enquête auprès de 20 élèves du CEG Tokoin Solidarité afin de tester l'adéquation du questionnaire et de recenser les problèmes liés à la faisabilité de l'étude. Cette pré-enquête nous a permis de finaliser le questionnaire, de résoudre les problèmes d'organisation, de sensibilisation et d'éthique. Le questionnaire est reproduit en annexe.

Les principaux paramètres étudiés sont:

- les caractéristiques générales des élèves (âge, religion, niveau scolaire, cohabitation des parents) ;
- la pratique de la sexualité (âge de survenue des ménarches et des premiers rapports sexuels, la fréquence et les motivations des rapports sexuels) ;
- les connaissances et pratiques la contraception;
- l'avortement provoqué clandestin (fréquence, conditions de réalisation et motifs);

2.2.3.2. Le déroulement de l'enquête

Elle s'est déroulée du 29 Avril au 10 Mai 1996 suivant le calendrier pré-établi avec les directeurs d'établissements

Elle a comporté :

a -) Le choix des élèves

Le principe retenu était le choix par tirage au sort.

Le chef d'établissement communique aux élèves la date et l'heure des enquêtes. L'équipe de collecte arrive et choisit par tirage au sort sur la liste des élèves, l'effectif de jeunes filles nécessaire pour l'enquête, les regroupe dans une salle et l'enquête commence.

b -) Le briefing

Il a consisté à présenter l'équipe d'enquête aux élèves, à expliquer de nouveau les objectifs de l'étude et à exposer le déroulement de la séance.

Avant la distribution des questionnaires, nous obtenons le consentement oral de chaque enquêtée.

c -) La distribution et le ramassage des questionnaires

Deux possibilités ont été adoptées :

- Soit chaque collégienne remplit de façon anonyme, séance tenante, au fur et à mesure que nous expliquons le questionnaire. A la fin de la séance d'explication, les questionnaires remplis sont ramassés.

- Soit toutes les questions sont expliquées aux élèves qui demandent des informations complémentaires. Le questionnaire n'est pas rempli séance tenante.

Pour garantir l'anonymat et leur donner la certitude qu'elles ne seront pas reconnues, des enveloppes sont remises aux élèves. Celles-ci remplissent chez eux, individuellement les questionnaires qu'ils déposent dans un boîtier prévu à cet effet.

Cette attitude a été adoptée dans les établissements scolaires où le temps qu'on nous a accordé ne nous permettait pas d'effectuer l'enquête sur place.

2.2.4. DIFFICULTES RENCONTREES

C'est le refus du directeur d'un établissement confessionnel de laisser les élèves participer à l'enquête à cause du questionnaire portant sur la sexualité et le déplacement dans les différentes régions qui étaient véritablement pénibles.

2.2.5. TRAITEMENT DES RESULTATS

Après le dépouillement manuel des fiches d'enquête, toutes les données ont été traitées selon le logiciel S.P.S.S-PC (Statistical Package for Social Science Personal Computer).

Nous avons bénéficié dans ce domaine de l'assistance d'un ingénieur démographe statisticien.

TROISIEME PARTIE
LES RESULTATS

Nous présenterons nos résultats essentiellement sous forme de tableaux comparatifs si nécessaire par des figures.

3.1. BILAN DE LA COLLECTE DES DONNEES

Nous avons récupéré à la fin de la phase d'enquête 1893 questionnaires sur les 2000 distribués, soit un taux de participation de 94,6 %. Lors du dépouillement, nous avons exclu 26 questionnaires qui étaient mal remplis et inexploitable. Nos résultats portent ainsi sur 1867 questionnaires. Ces données sont reproduites dans le tableau ci-dessous.

TABLEAU VIII : Bilan de la collecte des fiches d'enquête

REGION	QUESTIONNAIRES					
	DISTRIBUES	RENDUS	EXPLOITES	rendus/ distribués	exploités/ distribués	exploités/ rendus
MARITIME OUEST	1346	1265	1247	93,9%	92,6%	98,6%
MARITIME EST	242	216	212	89,0%	87,7%	98,1%
CENTRALE	412	412	408	100,0%	99,0%	99,0%
TOTAL	2000	1893	1867	94,6%	90,6%	98,6%

3.2. CARACTERISTIQUES GENERALES DE LA POPULATION ETUDIEE

3.2.1. AGE DES COLLEGIENNES

TABLEAU IX : Age des collégiennes

Tranches d'âge (ans)	Effectif	Pourcentage
< 15	271	14,5
15 - 19	1260	67,5
20 - 24	292	15,6
≥ 25	44	2,4
Total	1867	100,0

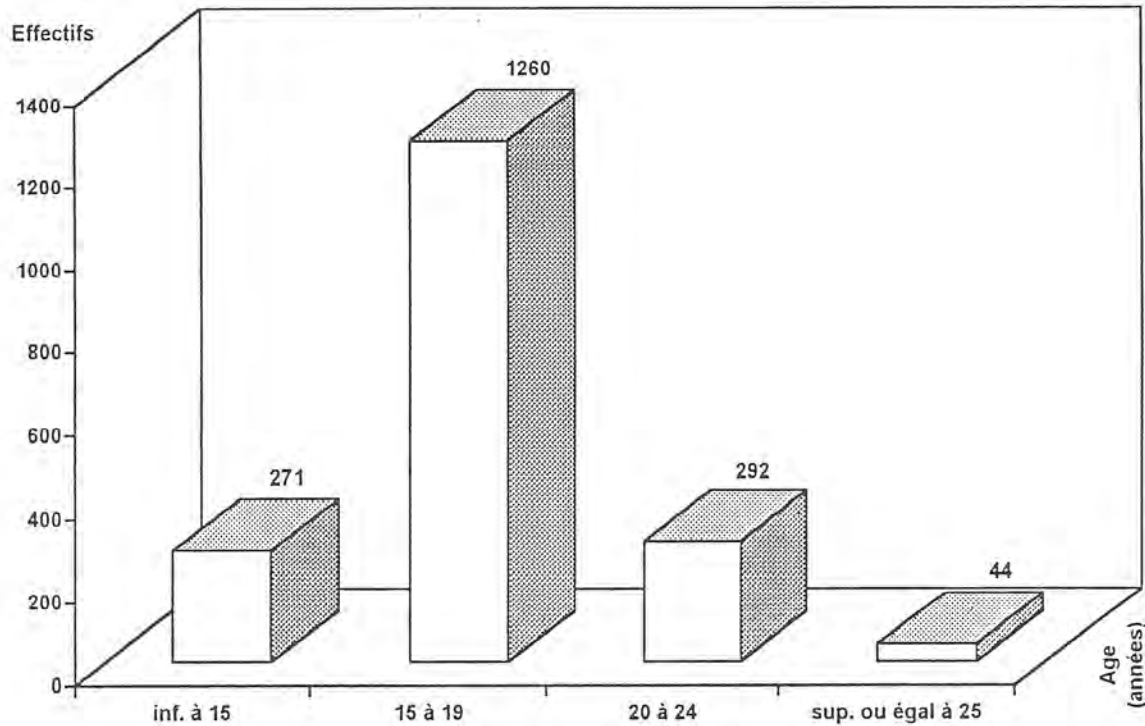


Figure 2 : Histogramme des âges

Parmi les élèves enquêtées, la plus jeune a 12 ans et la plus âgée 31 ans. La moyenne d'âge est de 19 ans.

3.2.2. NIVEAU SCOLAIRE

TABLEAU X : Niveau scolaire

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
4ème	569	30.5
3ème	462	24.7
2nde	374	20.0
1ère	239	12.8
Terminale	223	12.0
Total	1867	100.0

Les élèves des classes de quatrième sont les plus représentées suivies des élèves des classes de troisième.

3.2.3. RELIGION DECLAREE

TABLEAU XI : Religion déclarée

Religion	Effectif	Pourcentage
Catholique	1271	68,1
Protestante	280	15,0
Musulmane	134	7,2
Animiste	17	0,9
Autres religions	165	8,8
Total	1867	100,0

Les catholiques sont les plus représentées.

3.2.4. COHABITATION DES PARENTS

TABLEAU XII : Cohabitation des parents

Situation matrimoniale	Effectif	Pourcentage
vivent ensemble	1175	62,9
vivent séparément	412	22,1
non précisée	280	15,0
Total	1867	100,0

62,9 % des collégiennes ont des parents qui vivent ensemble.

3.3. SEXUALITE CHEZ LES COLLEGIENNES

3.3.1. MENARCHES

TABLEAU XIII : Ménarches

Réponses	Effectif	Pourcentage
oui	1856	99,4
non	8	0,4
Non précisée	3	0,2
Total	1867	100,0

99,4 % des élèves passent les règles.

3.3.2. AGE DE SURVENUE DES MENARCHES

TABLEAU XIV : Age de survenue des ménarches

Age (années)	Effectif	Pourcentage
8	3	0,2
9	3	0,2
10	11	0,6
11	73	4,0
12	211	11,4
13	333	17,9
14	459	24,7
15	429	23,1
16	206	11,1
17	82	4,4
18	23	1,2
19	4	0,2
Non précisé	18	1,0
Total	1856	100,0

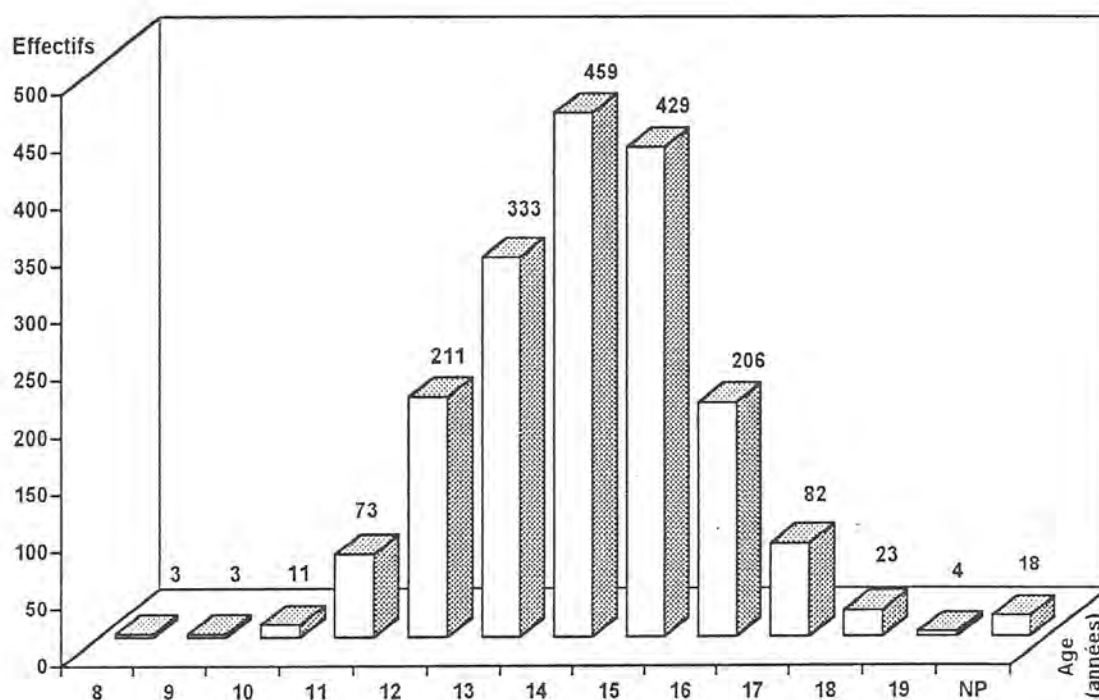
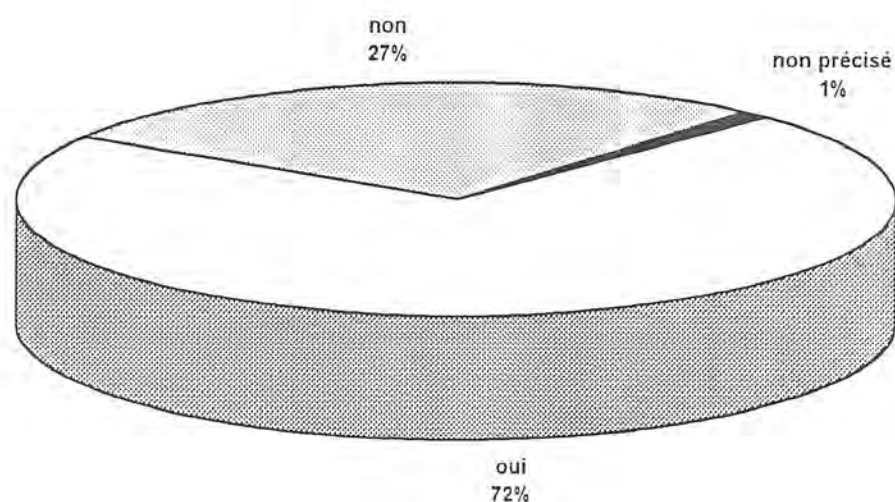


Figure 3 : Age de survenue des ménarches

La majorité des élèves a eu ses premières menstruations entre 12 et 16 ans avec un pic à 14 ans. L'âge moyen de survenue des ménarches est de 14 ans. La ménarche la plus précoce est survenue à 8 ans, la plus tardive à 19 ans.

3.3.3. ACTIVITES SEXUELLESTABLEAU XV : **Relations sexuelles**

Relations sexuelles	Effectif	Pourcentage
oui	1333	72,0
non	513	27,0
Non précisé	21	1,0
Total	1867	100,0

**Figure 4** : Rappports sexuels

72 % des élèves ont déjà eu des relations sexuelles au moment de l'enquête.

3.3.4. AGE DE SURVENUE DU PREMIER RAPPORT SEXUEL

TABLEAU XVI : Age à la première expérience sexuelle

Age (années)	Effectif	Pourcentage
8	3	0,2
9	1	0,1
10	3	0,2
11	4	0,3
12	12	0,9
13	28	2,1
14	68	5,1
15	195	14,6
16	299	22,4
17	280	21,0
18	243	18,2
19	102	7,6
20	56	4,2
21	12	0,9
22	8	0,6
23	5	0,3
24	1	0,1
Non précisé	13	0,9
Total	1333	100,0

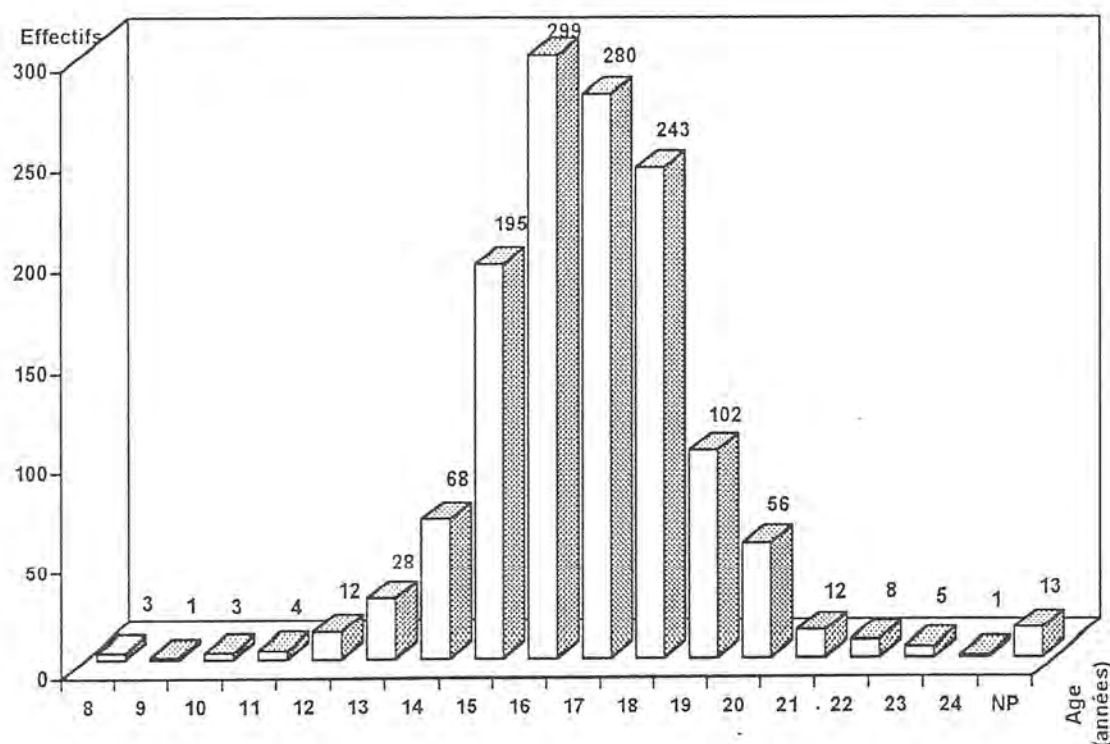
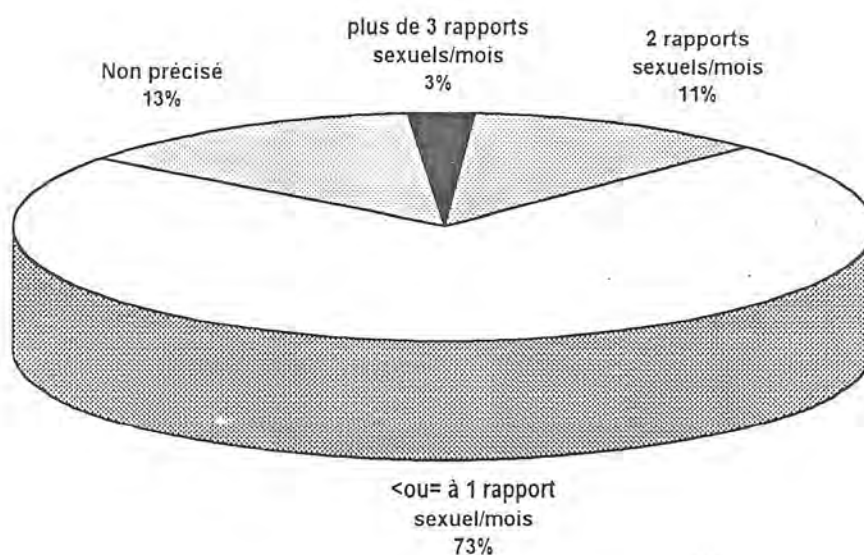


Figure 5 : Ages au premier rapport sexuel

Le premier rapport sexuel est survenu essentiellement entre 15 et 19 ans avec un pic à 16 ans. L'âge moyen de survenue du premier rapport sexuel est de 17 ans.

3.3.5. FREQUENCE DES RAPPORTS SEXUELSTABLEAU XVII : **Fréquence des rapports sexuels en fonction de l'âge**

Tranches d'âge (ans)	< 15	15 - 19	20 - 24	≥ 25	Total
Rapport sexuel/(mois)					Effectif
≤ 1	85 (50,5%)	742 (80,4%)	122 (60,6 %)	21 (50,0 %)	970 (72,7 %)
2	41 (24,4%)	59 (6,3 %)	38 (18,9 %)	13 (30,9 %)	151 (11,7 %)
3	8 (4,7 %)	9 (0,9 %)	7 (3,4 %)	-	24 (1,8 %)
4	-	-	4 (1,9 %)	4 (9,5 %)	8 (0,6 %)
≥ 5	-	-	1 (0,1 %)	2 (4,7 %)	3 (0,3 %)
Non précisé	34 (20,4 %)	112 (12,4 %)	29 (15,1 %)	2 (4,7 %)	177 (13,2 %)
TOTAL	168	922	201	42	1333

Figure 6 : **Fréquence des rapports sexuels**

Parmi les collégiennes qui ont des activités sexuelles, la majorité a un ou moins d'un rapport sexuel par mois quelle que soit la tranche d'âge.

3.3.6. MOTIVATION DES RAPPORTS SEXUELSTABLEAU XVIII : **Motivation des rapports sexuels en fonction de l'âge**

Tranches d'âge (ans)	< 15 (n=168)	15 - 19 (n=922)	20 - 24 (n=201)	≥ 25 (n=44)	Total (n=1333)
Motivations					
Par amour	75 (44,6 %)	700 (75,5 %)	112 (55,7 %)	28 (66,6 %)	915 (68,6 %)
Par envie	32 (19,0 %)	124 (13,4 %)	109 (54,2 %)	17 (40,4 %)	282 (21,1 %)
Pour gagner de l'argent	19 (11,3 %)	25 (2,7 %)	37 (18,4 %)	21 (50,5 %)	102 (7,6 %)
Pour avoir de bonnes notes	-	1 (0,1 %)	3 (1,4 %)	4 (9,5 %)	8 (0,6 %)
Pour faire comme les amies	17 (10,1 %)	8 (0,8 %)	2 (0,9 %)	-	28 (2,1 %)
Par exigence du partenaire	43 (25,5 %)	88 (9,5 %)	14 (6,9 %)	1 (2,3 %)	146 (10,9 %)
Non précisé	12 (7,1 %)	23 (2,4 %)	8 (3,9 %)	2 (4,6 %)	45 (3,3 %)

Les raisons évoquées sont multiples ; mais c'est essentiellement par amour que les élèves ont des activités sexuelles quelle que soit la tranche d'âge.

3.4. CONNAISSANCES ET PRATIQUES DE LA CONTRACEPTION CHEZ LES COLLEGIENNES

3.4.1. CONNAISSANCE DES METHODES CONTRACEPTIVES

TABLEAU XIX : Connaissance des méthodes contraceptives

Tranches d'âge (ans)	< 15	15-19	20- 24	≥ 25	Total
Réponses					
Oui	244 (90,0 %)	1168 (99,5 %)	270 (92,6 %)	44 (100,0 %)	1726 (92,4 %)
Non	27 (10,0 %)	92 (0,5 %)	22 (7,4 %)	-	141 (7,6 %)
Total	271	1260	292	44	1867

92,4 % des élèves connaissent au moins une méthode contraceptive.

3.4.2. METHODES CONTRACEPTIVES CONNUES

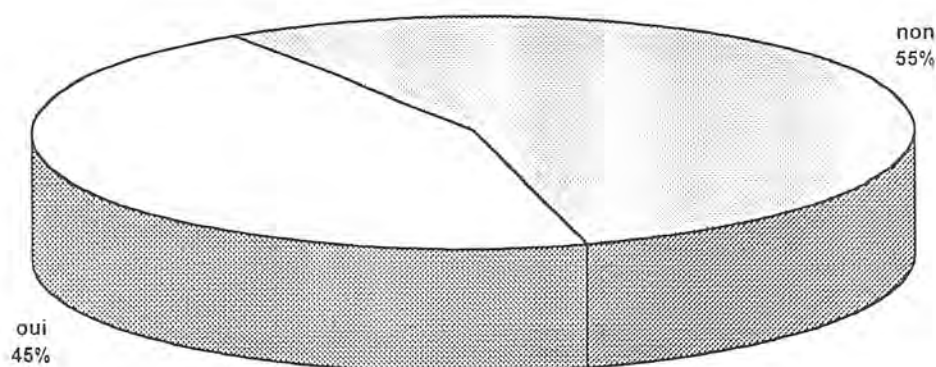
TABLEAU XX : Méthodes contraceptives connues en fonction de l'âge

Tranches d'âge (ans)	< 15 (n=271)	15-19 (n=1260)	20- 24 (n=292)	≥ 25 (n=44)	Total (n=1867)
Méthodes contraceptives					
Condom	244 (90,0 %)	1168 (99,5 %)	270 (92,6 %)	44 (100,0 %)	1726 (92,4 %)
Pilule	169 (62,3 %)	782 (62,0 %)	187 (64,0 %)	44 (100,0 %)	1182 (63,3 %)
Sterilet	109 (40,2 %)	621 (49,2 %)	142 (48,6 %)	40 (90,9 %)	912 (48,8 %)
Injectable (Noristerat)	81 (29,8 %)	559 (44,3 %)	144 (49,3 %)	38 (86,3 %)	822 (44,0 %)
Coït interrompu	50 (18,4 %)	511 (40,5 %)	155 (53,7 %)	32 (72,7 %)	748 (40,1 %)
Méthode du calendrier	146 (53,8 %)	879 (69,7 %)	220 (75,3 %)	44 (100,0 %)	1289 (69,0 %)
Spermicide	145 (53,5 %)	874 (69,3 %)	265 (90,7 %)	35 (79,5 %)	1319 (70,6 %)

Le condom est la méthode contraceptive la plus connue dans toutes les tranches d'âge. Pour les autres méthodes le taux de connaissance est variable.

3.4.3. UTILISATION DE METHODES CONTRACEPTIVES**TABLEAU XXI : Utilisation de méthodes contraceptives en fonction de l'âge**

Tranches d'âge (ans)	< 15	15 - 19	20 - 24	≥ 25	Total
Utilisation de méthodes contraceptives					
Oui	38 (22,6 %)	394 (42,7 %)	160 (79,6 %)	12 (28,5 %)	604 (45,0 %)
Non	130 (77,4%)	528 (57,3 %)	41 (20,4 %)	30 (71,5 %)	729 (55,0 %)
TOTAL	168	922	201	42	1333

**Figure 7 : Utilisation de méthodes contraceptives**

Parmi les élèves qui ont des rapports sexuels, 45% utilisent une méthode contraceptive et 55% n'utilisent aucune.

3.4.4. METHODES CONTRACEPTIVES ACTUELLEMENT UTILISEES

TABLEAU XXII : Méthodes contraceptives actuellement utilisées en fonction de l'âge

Tranches d'âge (ans)	< 15 (n=168)	15 - 19 (n=922)	20 - 24 (n=201)	≥ 25 (n=42)	Total (n=1333)
Méthodes contraceptives					
Condom	38 (22,6 %)	389 (42,1 %)	130 (64,6 %)	3 (7,1 %)	560 (42,0 %)
Pilule	6 (3,3%)	38 (4,1 %)	10 (4,9 %)	-	54 (4,0 %)
Stérilet	-	1 (0,1 %)	4 (1,9 %)	1 (2,3 %)	6 (0,4 %)
Injectable (Noristerat)	-	6 (0,6 %)	8 (3,9 %)	-	14 (1,0 %)
Coït interrompu	2 (1,1 %)	69 (7,4%)	20 (9,8 %)	12 (28,5 %)	103 (7,7 %)
Méthode du calendrier	32 (19,0 %)	286 (30,9 %)	49 (24,3 %)	2 (4,7 %)	369 (27,6 %)
Spermicide	5 (2,9 %)	63 (6,8 %)	13 (6,4 %)	-	81 (6,0 %)

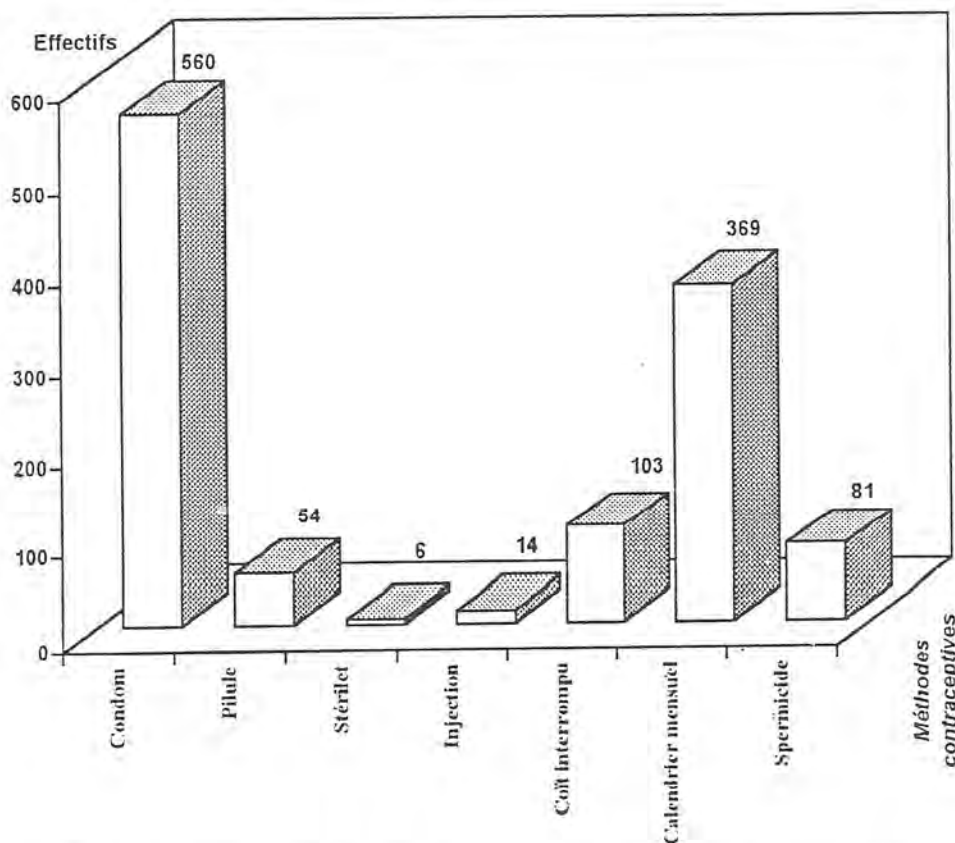


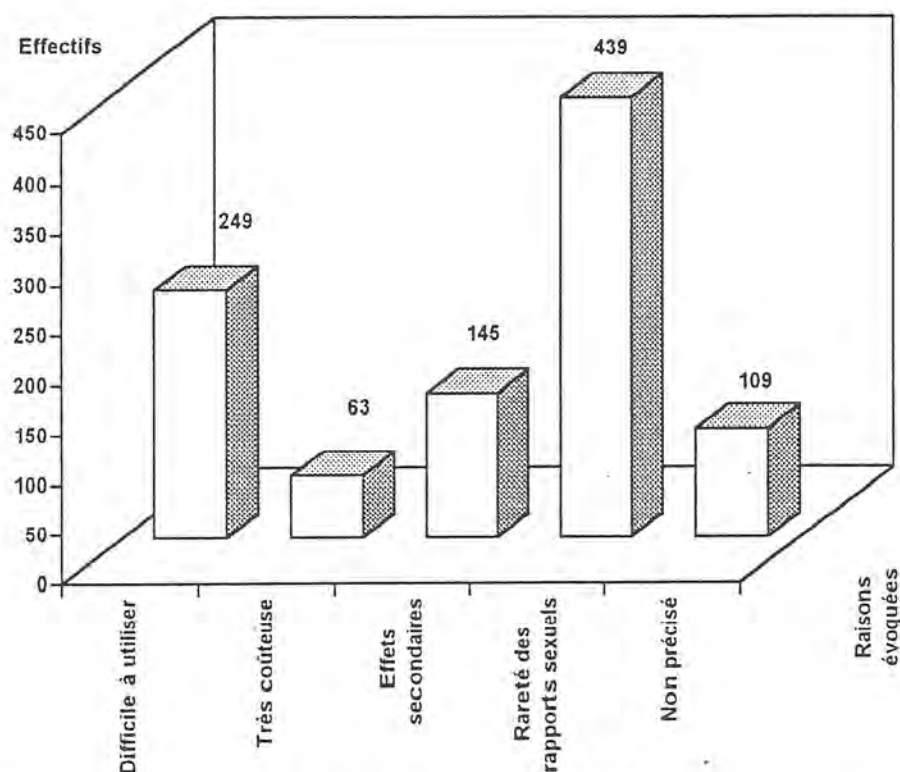
Figure 8 : Méthodes contraceptives actuellement utilisées

Le condom est la méthode contraceptive la plus utilisée par les élèves qui ont des rapports sexuels.

3.4.5.

RAISONS DE LA NON UTILISATION DES METHODES CONTRACEPTIVES**TABLEAU XXIII : Raisons de la non utilisation des méthodes contraceptives en fonction de l'âge**

Tranches d'âge (ans)	< 15 (n=130)	15 - 19 (n=528)	20 - 24 (n=41)	≥ 25 (n=30)	Total (n=729)
Raisons					
Difficile à utiliser	32 (24,6 %)	212 (40,1 %)	4 (9,7 %)	1 (3,3 %)	249 (34,1 %)
Très coûteuse	19 (14,6%)	38 (7,1 %)	2 (4,8 %)	4 (15,3 %)	63 (8,6 %)
Effets secondaires	21 (16,1%)	99 (18,7 %)	10 (24,3 %)	15 (50,0 %)	145 (19,8 %)
Rareté des rapports sexuels	88 (67,6 %)	312 (59,0 %)	21 (51,2 %)	18 (60,0 %)	439 (60,2 %)
Non précisé	39 (30,0%)	54 (10,2 %)	14 (54,1 %)	2 (6,6%)	109 (14,9 %)

**Figure 9 : Raisons de la non utilisation de méthodes contraceptives**

Les raisons évoquées sont multiples. Quelle que soit la tranche d'âge, les méthodes contraceptives ne sont pas utilisées parce que les rapports sexuels sont rares.

3.5. GROSSESSES CHEZ LES COLLEGIENNES

3.5.1. ANTECEDENTS DE GROSSESSE.

TABLEAU XXIV : Antécédents de grossesse en fonction de l'âge

Tranches d'âge (ans)	< 15	15 - 19	20 - 24	≥ 25	Total
Survenue de grossesse					
oui	59 (35,1 %)	208 (22,5 %)	123 (61,1 %)	28 (66,6 %)	418 (31,3 %)
non	109 (64,9%)	714 (77,5%)	78 (38,9 %)	14 (33,4 %)	915 (68,7 %)
Total	168	922	201	42	1333

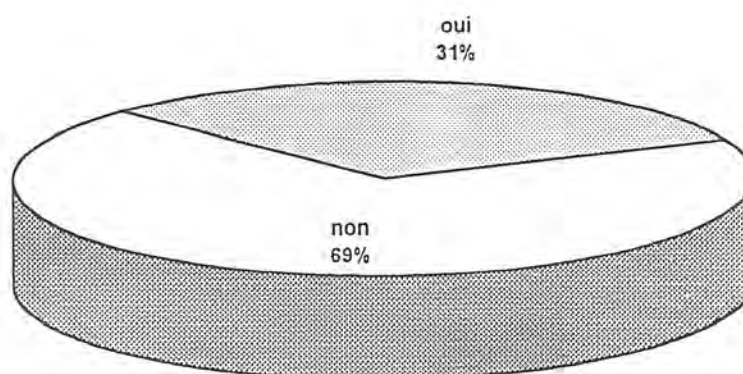


Figure 10a : Survenue d'une grossesse chez les élèves sexuellement actives

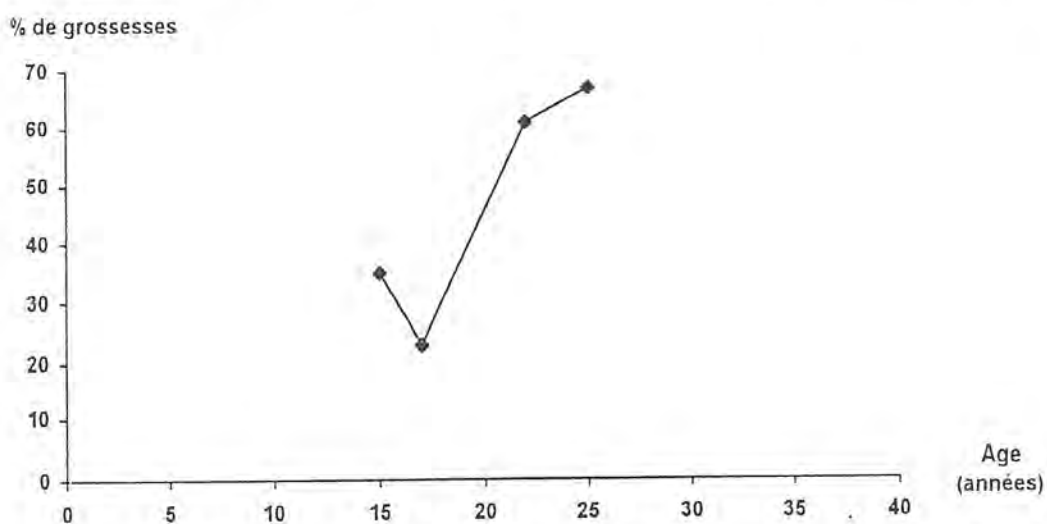


Figure 10b : Survenue de grossesse en fonction de l'âge chez les élèves sexuellement actives

418 élèves sur les 1333 qui ont des activités sexuelles ont été enceintes au moins une fois.

3.5.2. NOMBRE DE GROSSESSES**TABLEAU XXV : Nombre de grossesse en fonction de l'âge**

Tranches d'âge (ans)	< 15	15 - 19	20 - 24	≥ 25	Total
Nombre de grossesse					
1	58 (98,3 %)	130 (62,5 %)	62 (50,4 %)	18 (64,3 %)	268 (64,2 %)
2	1 (1,7%)	59 (28,4 %)	48 (39,7 %)	4 (14,3 %)	112 (26,8 %)
3	-	16 (7,7 %)	8 (6,5 %)	2 (7,1 %)	26 (6,2 %)
4	-	3 (1,4 %)	5 (4,1 %)	4 (14,3 %)	12 (2,8 %)
Total	59	208	123	28	418

Les primigestes étaient les plus représentées dans toutes les tranches d'âge

3.5.3. ISSUE DES GROSSESSES**TABLEAU XXVI : Issue des grossesses en fonction du nombre de grossesses**

Nombre de grossesses	1	2	3	4	Total
Issue des grossesses					
Accouchement	39 (14,5 %)	3 (1,3 %)	-	-	42 (6,9%)
Avortement spontané	23 (8,6%)	7 (3,1%)	4 (5,1 %)	1 (2,1 %)	35 (5,6%)
Avortement provoqué	206 (76,9 %)	214 (95,6 %)	74 (94,9 %)	47 (97,9 %)	541 (87,5%)
Total	268	224	78	48	618

Quelle que soit la gestité, l'avortement provoqué a été le plus réalisé. Ces données sont illustrées par la figure 11.

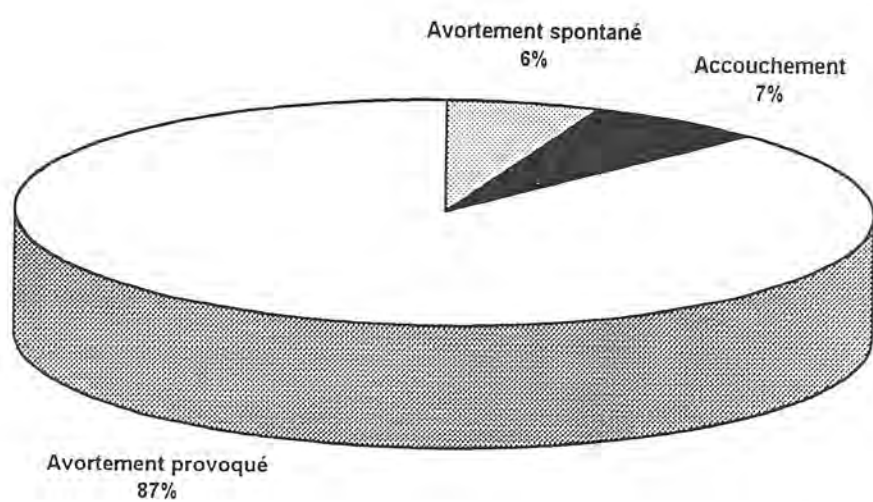


Figure 11 : Issue des différentes grossesses

3.5.4. AUTEURS DES GROSSESSES

TABLEAU XXVII : Auteurs des grossesses en fonction de l'âge

Tranches d'âge (ans)	< 15	15 - 19	20 - 24	≥ 25	Total
Auteurs					
Elèves	37 (60,6 %)	118 (36,6 %)	87 (48,0 %)	2 (3,8 %)	244 (39,5 %)
Etudiants	16 (26,2%)	71 (22,0%)	23 (12,7 %)	14 (25,9 %)	124 (20,0 %)
Enseignants	-	19 (5,9 %)	20 (11,0 %)	6 (11,1 %)	45 (7,3 %)
Extra scolaires	8 (13,2 %)	114 (35,4 %)	51 (28,3 %)	32 (59,2 %)	205 (33,2 %)
Total	61	322	181	69	618

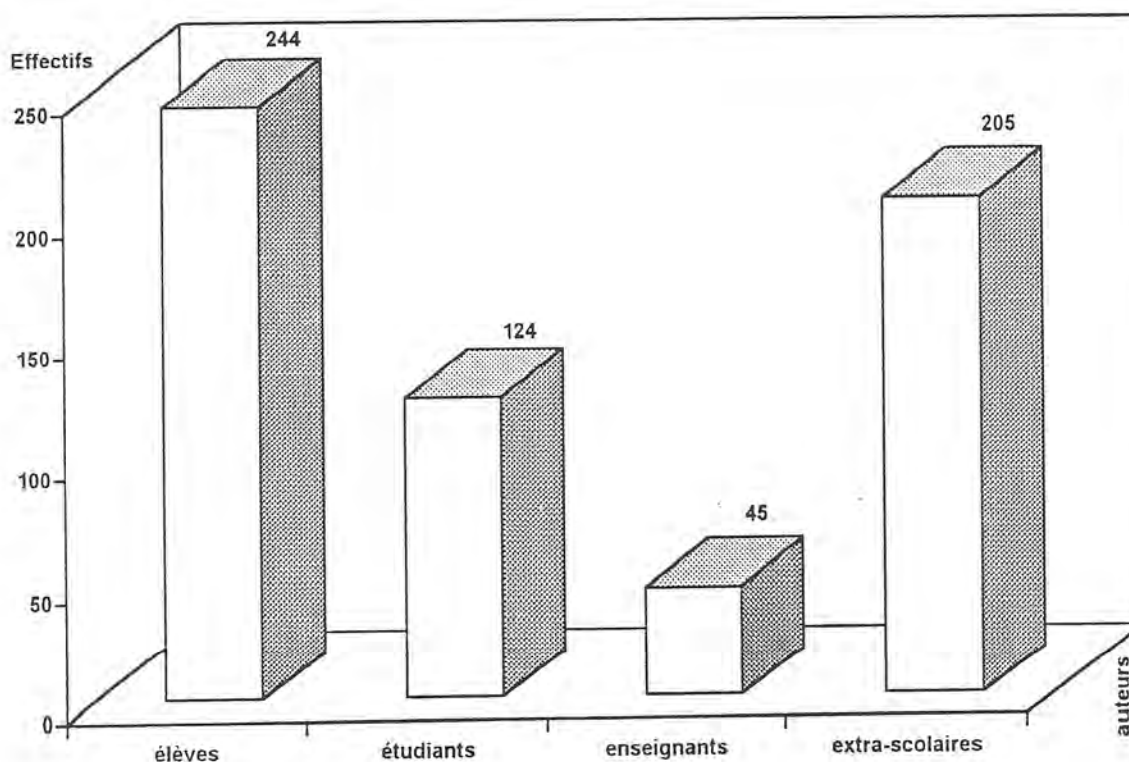


Figure 12 : Auteurs des grossesses

Chez les collégiennes de moins de 25 ans, les élèves ont été les principaux auteurs des grossesses.

3.6. CONDITIONS DE REALISATION DE L'AVORTEMENT PROVOQUE

3.6.1. ANTECEDENT D'AVORTEMENT PROVOQUE

TABLEAU XXVIII : **Antécédent d'avortement provoqué**

Tranches d'âge (ans)	< 15	15 - 19	20 - 24	≥ 25	Total
Antécédent d'avortement					
Oui	54 (91,5 %)	186 (89,4 %)	104 (84,5 %)	12 (42,9 %)	356 (85,2 %)
Non	5 (8,5%)	22 (10,6%)	19 (15,5 %)	16 (57,1 %)	62 (14.8 %)
Total	59	208	123	28	418

85,2 % des élèves qui ont été enceintes ont réalisé un avortement.

3.6.2. AGE DE LA GROSSESSE A LA DATE DE SON INTERRUPTION ET LES MOYENS UTILISES

TABLEAU XXIX : **Age de la grossesse à la date de son interruption et les moyens utilisés**

Age de la grossesse (mois)	1er	2ème	3ème	> 3	Total
Moyens utilisés					
Curetage	109 (41,4 %)	112 (60,5 %)	51 (64,5 %)	7 (50,3 %)	279 (51,6 %)
Aspiration	54 (20,5%)	29 (15,6 %)	7 (8,8 %)	2 (14,2 %)	92 (17,0 %)
Médicament oral	29 (11,0 %)	7 (3,7 %)	6 (7,5 %)	1 (7,1 %)	43 (8,0 %)
Injectable	17 (6,4 %)	8 (4,36%)	4 (5,0 %)	1 (7,1 %)	30 (5,5 %)
Méthodes traditionnelles	46 (17,4 %)	26 (14,0 %)	4 (5,0 %)	2 (14,2 %)	78 (14,4 %)
Non précisée	8 (3,3 %)	3 (1,6 %)	7 (8,8 %)	1 (7,1 %)	19 (3,5 %)
Total	263	185	79	14	541
Pourcentage par rapport à 541	(48,6)	(34,1)	(14,6)	(2,7)	100

Le curetage a été le moyen abortif le plus utilisé quel que soit l'âge de la grossesse. Ces données sont illustrées par la figure 13

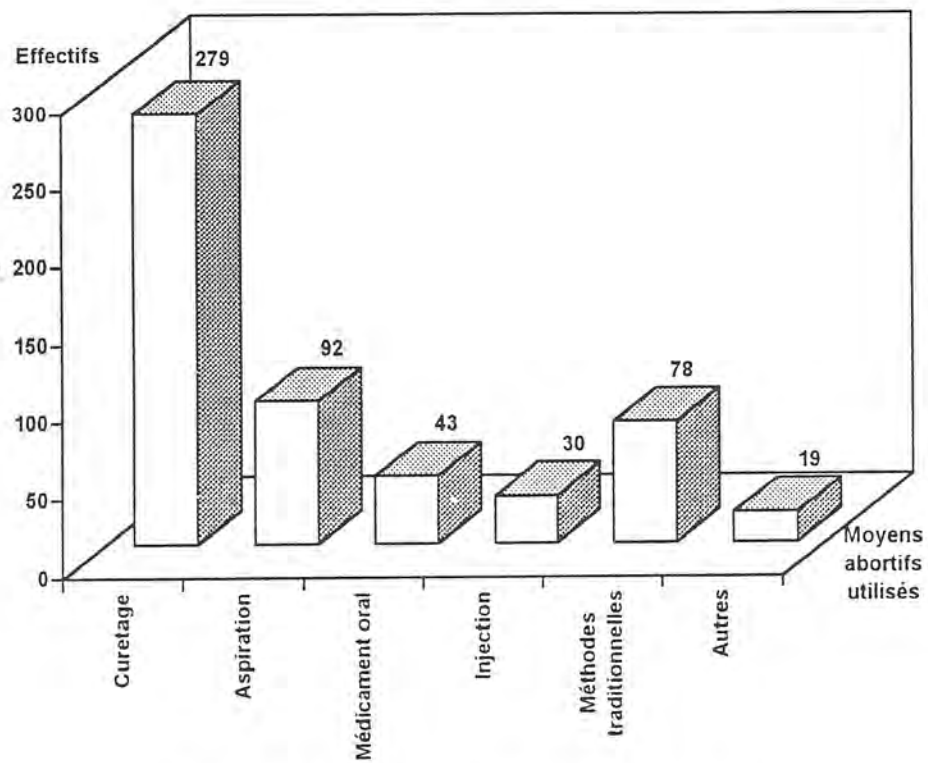


Figure 13 : Moyens abortifs utilisés

3.6.3. MOTIFS DE L'AVORTEMENT PROVOQUE**TABLEAU XXX : Motifs de l'avortement provoqué en fonction de l'âge**

Tranches d'âge (ans)	< 15 (n=59)	15 - 19 (n=310)	20 - 24 (n=134)	≥ 25 (n=38)	Total (n=541)
Motifs					
Refus d'être mère	17 (28,8 %)	77 (24,8 %)	78 (58,2 %)	8 (21,0 %)	180 (33,2 %)
Nécessité de poursuivre les études	32 (54,2 %)	210 (67,7 %)	134 (100,0 %)	24 (63,1 %)	391 (72,2 %)
Crainte de la réaction des parents	8 (13,5 %)	1 (0,3 %)	1 (0,7 %)	1 (2,6 %)	11 (2,0 %)
Refus de paternité	-	-	1 (0,7 %)	1 (2,6 %)	2 (0,3 %)
Exigence des parents	7 (11,8 %)	2 (0,6 %)	1 (0,7 %)	-	10 (1,8 %)
Exigence de l'auteur	4 (6,7%)	17 (5,4%)	21 (15,6 %)	11 (28,9 %)	53 (9,7 %)
Problèmes économiques	2 (3,3%)	2 (0,6%)	7 (5,2 %)	13 (34,2 %)	24 (4,4 %)
Non précisé	9 (15,2 %)	21 (6,7 %)	5 (3,5 %)	4 (10,5 %)	39 (7,2 %)

Les motifs évoqués sont multiples. La nécessité de poursuivre les études a été le motif le plus évoqué quelle que soit la tranche d'âge.

3.6.4. COMPLICATIONS DES AVORTEMENTS PROVOQUES

TABLEAU XXXI : Complications des avortements provoqués en fonction des moyens utilisés

Moyens	Curetage	Aspiration	Médicament oral	Injection	Traditionnelles	Total
Infection Génitale	24 (8,7 %)	2 (2,1 %)	-	1 (3,4 %)	12 (15,5 %)	39 (7,3 %)
Saignement abondant	18 (6,4 %)	1 (1,2 %)	6 (14,0 %)	11 (36,6 %)	21 (26,9 %)	57 (10,5 %)
Pas de complications	237 (84,9 %)	89 (96,7 %)	37 (86,0 %)	18 (60,0 %)	45 (57,6 %)	445 (82,2 %)
Total	279	92	43	30	78	541

Les complications sont dominées par les saignements abondants.

3.7. CONSEQUENCES SCOLAIRES DES GROSSESSES

TABLEAU XXXII : Conséquences scolaires des grossesses

Tranches d'âge (ans)	< 15	15 - 19	20 - 24	≥ 25	Total
Abandon des études	2 (3,2 %)	15 (4,6 %)	14 (7,7 %)	11 (20,3 %)	42 (6,8 %)
Redoublement de classes	19 (31,1 %)	32 (10,0 %)	58 (32,2 %)	25 (46,2 %)	134 (21,6 %)
Aucune conséquence	36 (59,0 %)	275 (85,4 %)	95 (52,4 %)	17 (31,4 %)	423 (68,4 %)
Non précisée	4 (6,7 %)	-	14 (7,7 %)	1 (2,1 %)	19 (3,2 %)
Total	61	322	181	54	618

Des cas de redoublement de classe et d'abandon scolaire ont été observés chez les filles qui ont été enceintes

3.8. SOLUTIONS PROPOSEES PAR LES ELEVES

TABLEAU XXXIII : Solutions proposées par les élèves en fonction de l'âge

Tranches d'âge (ans)	< 15 (n = 271)	15 - 19 (n = 1260)	20 - 24 (n = 292)	≥ 25 (n = 44)	Total (n=1867)
Solutions					
Accent sur l'éducation sexuelle	132 (48,7 %)	857 (68,0 %)	100 (34,2 %)	21 (47,7 %)	1110 (59,5%)
Utilisation d'une méthode contraceptive	19 (7,0 %)	661 (52,4 %)	114 (39,0 %)	18 (40,9 %)	812 (43,5%)
Abstinence sexuelle	187 (69,0 %)	303 (24,0 %)	51 (17,4 %)	8 (18,1 %)	549 (29,4%)

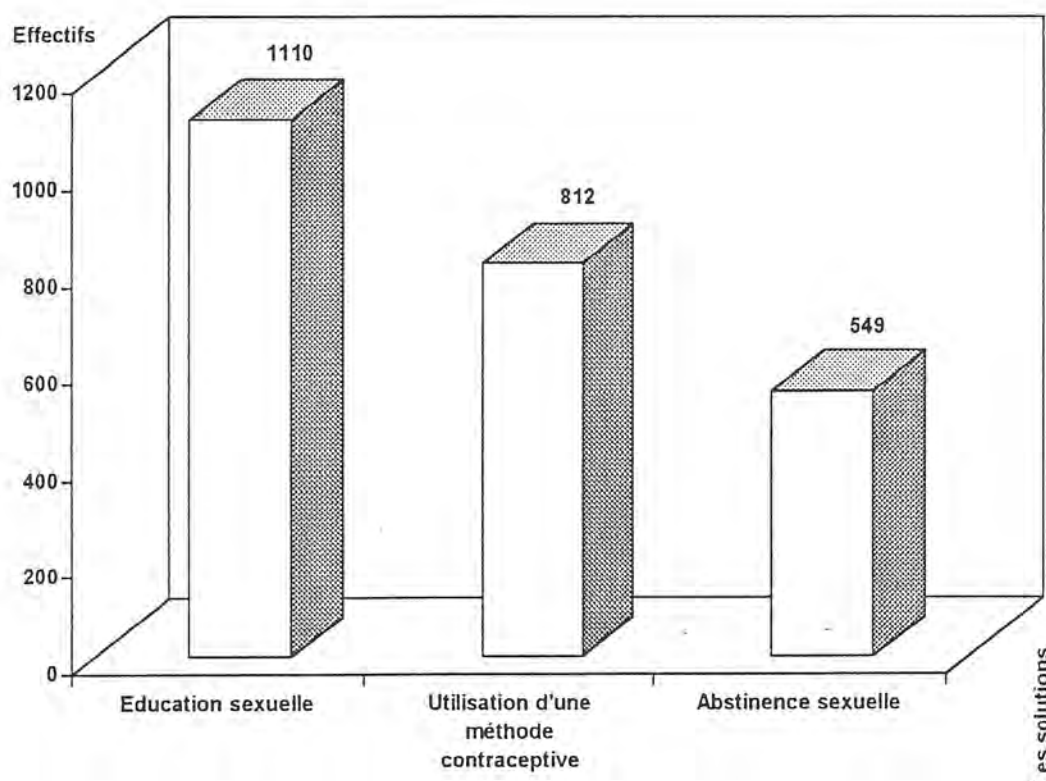


Figure 14 : Solutions proposées par les élèves

Les solutions proposées sont multiples. Pour les élèves de moins de 15 ans, l'abstinence sexuelle est la solution la plus évoquée pour éviter la survenue de grossesses, tandis que les élèves de 20 à 24 ans proposent d'utiliser une méthode contraceptive.

**QUATRIEME PARTIE
COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS**

Les résultats obtenus au cours de notre étude suscitent des commentaires et discussions qui seront axés sur deux points :

- la méthodologie
- les résultats

4.1. DISCUSSION DE LA METHODOLOGIE

4.1.1. ECHANTILLONNAGE

Notre échantillon devrait comporter 2000 filles des classes de quatrième, troisième, seconde, première et Terminale des collèges et Lycées des régions Maritime et Centrale du Togo, C'est ainsi que 2000 questionnaires ont été distribués. Mais 107 filles parmi celles qui devaient remplir leur questionnaire à domicile ont désisté. Il s'en suit donc que 1893 élèves seulement ont participé à l'enquête. Le taux de participation est donc de 94,6 %, taux assez élevé qui traduit l'intérêt que les collégiennes ont accordé à notre étude.

Lors du dépouillement, nous avons exclu 26 questionnaires qui étaient mal remplis et inexploitable.

En définitive, notre série est donc constituée de 1867 élèves soit 10,7 % de l'effectif global des filles du deuxième et troisième degré des régions Maritime et Centrale que couvre notre étude.

Ce nombre nous semble statistiquement valable puisqu'il est supérieur à 1600 défini comme la taille minimum de notre échantillon.

4.1.2. QUESTIONNAIRE

Nous avons utilisé un questionnaire de type fermé. Ceci a eu bien sûr l'avantage de recueillir des réponses bien précises mais en même temps l'inconvénient de ne pas laisser la possibilité de réponses ouvertes aux élèves qui nous auraient fourni sans doute des informations auxquelles nous n'avions pas pensées.

Mais nous étions obligés d'adopter ce type de questionnaire fermé pour faciliter l'exploitation informatique.

4.2. RESULTATS

4.2.1. SEXUALITE DES COLLEGIENNES

4.2.1.1. Activités sexuelles

TABLEAU XXXIV : Tableau comparatif de la fréquence des rapports sexuels

Auteurs	Population Etudiée	Pays	Année	%
ODUJINRIN [44]	Collégiennes (12 - 24 ans)	NIGERIA	1991	29
AJAYI [4]	Adolescentes (12 - 26 ans)	KENYA	1991	51
AGBOBLI [2]	Collégiennes (13 - 24 ans)	TOGO	1993	58
Notre série	Collégiennes (12 - 31 ans)	TOGO	1996	72

Le tableau XV et la figure 4 correspondante nous indiquent que 1333 soit 72% de notre échantillon mènent des activités sexuelles. Ce taux comparé à ceux des auteurs du tableau ci-dessus semble manifestement élevé. Ces auteurs ont étudié des populations dont l'âge limite supérieur était de 24 ans. Dans notre échantillon, si nous isolons le groupe d'âge de 12 à 24 ans en vue d'avoir une population se situant dans une tranche d'âge comparable à celle de ces auteurs, nous relevons que 1291 élèves sur 1863 ont des activités sexuelles ; soit 70 % de cette nouvelle population. Ce taux est toujours plus élevé que ceux du tableau. Nous estimons donc que dans une population scolaire donnée, la proportion de filles sexuellement actives varie sans doute d'un auteur à l'autre mais aussi dans un même pays, d'une année à l'autre. Cela explique qu'au Togo, AGBOBLI [2] ait rapporté il y a 3 ans un taux de 58 % dans la tranche d'âge de 13 à 24 ans et que nous trouvons aujourd'hui un taux de 70 % dans une tranche d'âge comparable.

4.2.1.2. Age à la première expérience sexuelle

A l'analyse du tableau XVI et de la figure 5 qui l'illustre, nous relevons que l'âge moyen de survenue du premier rapport sexuel était de 17 ans. Cet âge moyen est comparable aux 16,2 ans rapporté par AGBOBLI [2]. L'expérience sexuelle la plus précoce a eu lieu dès l'âge de 8 ans et la plus tardive à 24 ans et ceci dans un seul cas.

9 % des élèves ont eu leur premier rapport sexuel avant 15 ans, 37 % l'ont eu entre 15 et 16 ans et 39 % entre 17 et 18 ans.

BERLIER [8], en France, a rapporté en 1985 une distribution presque similaire en précisant que la première expérience sexuelle a eu lieu dans sa série dans 9 % des cas avant 15 ans, dans 38 % des cas entre 15 et 16 ans et dans 30 % des cas entre 17 et 18 ans. DOUGLAS [16] a rapporté en 1989 aux-Etats Unis que l'âge moyen au premier rapport sexuel était de 14,3 ans.

Dans notre série, le premier rapport sexuel a eu lieu en moyenne 3 ans après les ménarches. C'est le même délai qui a été rapporté en République Centrafricaine par CRABBE [11].

Dans presque tous les pays les premières relations sexuelles hors mariage se produisent à un âge de plus en plus précoce. Cette évolution, selon BERLIER [8] serait en rapport avec l'abaissement progressif de l'âge de la maturité sexuelle qui se traduit d'ailleurs cliniquement par des ménarches de plus en plus précoces. C'est ce qu'affirme également DESCHAMPS pour qui l'âge moyen de la survenue des premières règles a baissé significativement depuis 150 ans.

Cette évolution physiologique ne suffit pas, à notre sens, à expliquer à elle seule la précocité des relations sexuelles. Nous estimons qu'elle est également liée à des facteurs socio-culturels tels que la dépravation des moeurs, l'acculturation, l'exode rural, la perte de l'autorité parentale et surtout à la diffusion de modèles culturels prônant la liberté sexuelle et incitant à des activités sexuelles.

4.2.1.3. La fréquence des relations sexuelles

Dans notre série les rapports sexuels sont rares voire sporadiques. Si nous considérons le tableau XVII et la figure 6 correspondante, nous constatons en effet que 72,7 % des collégiennes qui ont des activités sexuelles ont un ou moins d'un rapport sexuel par mois.

BERLIER [8] faisait le même constat en France et affirme que : « Si les relations sexuelles semblent aujourd'hui plus précoces, elles sont en fait peu fréquentes ».

La fréquence des rapports sexuels augmente avec l'âge. C'est ainsi que si nous considérons les tranches d'âge, nous remarquons que les proportions évoluent en sens inverse du nombre de rapport mensuel et qu'au delà de 3 rapports nous ne retrouvons que les tranches d'âge de 20 à 24 ans et plus.

Pour les plus jeunes, certaines viennent à peine de sortir de la puberté. De ce fait, d'une part elles n'ont pas encore échappé à l'autorité parentale et d'autre part elles sont encore peu sollicitées sexuellement par le sexe opposé.

4.2.1.4. Les motivations des rapports sexuels

Les raisons qui conduisent les adolescentes à s'adonner aux rapports sexuels sont multiples et variées.

En observant le tableau XVIII, nous relevons globalement que c'est par envie et surtout par amour et cela quelque soit la tranche d'âge que les filles acceptent d'avoir des relations sexuelles. Ces 2 motifs sont rapportés dans des proportions respectives de 21,1 % et 61,8 %.

La recherche d'un intérêt financier s'impose parfois. C'est pour cela que 7,6% des élèves ont eu des relations sexuelles pour gagner de l'argent. Ce comportement se justifierait soit par un manque de soutien financier soit par une recherche excessive de bien-être matériel. Ce constat prédomine chez les élèves de plus de 25 ans et à un moindre degré dans la tranche de 20 à 24 ans.

Dans 0,6 % des cas, l'obtention de bonnes notes conduit les filles à avoir des relations sexuelles avec leurs enseignants. C'est encore chez les élèves de plus de 25 ans que ce fait prédomine.

Parfois c'est par suivisme que les filles ont des activités sexuelles. Cette situation est fréquente chez les élèves de moins de 15 ans qui ont eu des rapports sexuels pour faire comme des amies. Parmi elles, 10,5 % ont eu des relations sexuelles pour ce motif contre 0,8 % des 15 à 19 ans et 0,9 % des 20 à 24 ans. Mais pour les élèves de plus de 25 ans, ce motif n'a pas été évoqué.

Nous pouvons donc conclure que parmi les élèves sexuellement actives il existe deux catégories : celles qui sont encore immatures, font du suivisme et qui sont facilement influençables par des partenaires exigeants, et celles qui ont des besoins à satisfaire dont les notes et l'argent. Mais au fur et à mesure que l'adolescente grandit elle devient moins influençable sur le plan sexuel et plus responsable de ces actes.

4.2.2. CONNAISSANCES ET PRATIQUES DE LA CONTRACEPTION

L'analyse des tableaux XIX à XXIII et des figures 7 à 9 nous permettra d'apprécier les degrés de connaissances et des pratiques concernant les méthodes contraceptives

4.2.2.1. Connaissance des méthodes contraceptives

En réponse à la question qui leur a été posée de savoir si elles connaissaient une méthode contraceptive, 92,4 % des élèves ont répondu par l'affirmative. Il apparaît qu'effectivement les méthodes courantes disponibles au Togo sont

connues, bien qu'à des degrés divers, particulièrement dans la tranche d'âge de plus de 25 ans dans laquelle toutes les filles connaissent le condom, la pilule et la méthode du calendrier.

Le degré de connaissance des méthodes se présente comme suit dans l'ordre décroissant :

• Condom	:	92,4 %
• Spermicide	:	70,6 %
• Méthode du calendrier	:	69,0 %
• Pilule	:	63,3 %
• Stérilet	:	48,8 %
• Noristerat (injectable)	:	44,0 %
• Coït interrompu	:	40,1 %

La méthode la plus connue est le préservatif appelé communément "condom". Il est connu par 92,4 % des élèves, taux de connaissance proche de celui des auteurs tels que BITHO au Togo et SEDAMI au Bénin [9, 54] qui ont rapporté des taux de connaissance respectifs de 95,6 % et 94,4 %. YUMKELLA [63] affirme également que c'est la méthode la plus connue en Sierra-Léon.

Cette bonne connaissance du condom, apparemment sous tous les cieux, peut s'expliquer par la sensibilisation faite sur son rôle dans la prévention du SIDA et aussi et surtout par la promotion de sa vente libre.

Viennent ensuite les spermicides qui sont connus par 70,6% des élèves. Ils sont également bien connus car ils se présentent sous plusieurs variétés (mousse, crème, comprimé) et sont également en vente libre et se retrouvent même sur des étalages au marché.

Quelque soit la méthode, les taux de connaissance les plus faibles se retrouvent chez les élèves de moins de 15 ans et c'est leur taux de connaissance plus ou moins élevé qui ont influencé la classification du degré de connaissance des méthodes. Leur connaissance des méthodes injectables et surtout du coït interrompu est très faible.

Il apparaît ainsi à l'issue de ces résultats que la grande majorité pour ne pas dire la presque totalité des collégiennes connaissent les méthodes contraceptives et que ces connaissances évoluent en fonction de l'âge.

Une autre étude en cours précisera les sources d'information des méthodes contraceptives

4.2.2.2. Utilisation de méthodes contraceptives

D'une façon générale, les méthodes contraceptives sont peu utilisées. Parmi les élèves qui ont eu des activités sexuelles, 45% utilisaient une méthode contraceptive.

Nous mentionnons ci-dessous les méthodes qui semblent avoir la préférence des utilisatrices en précisant que certaines élèves emploient plusieurs méthodes alternativement :

•	Condom	:	42,0 %
•	Méthode du calendrier	:	27,6 %
•	Coït interrompu	:	07,7 %
•	Spermicide	:	06,0 %
•	Pilule	:	04,0 %
•	Noristerat (injectable)	:	01,0 %
•	Stérilet	:	00,4 %

La méthode la plus utilisée est le condom quelque soit les tranches d'âge sauf chez les élèves de plus de 25 ans où le coït interrompu est la méthode la plus utilisée. La méthode du calendrier est utilisée essentiellement par les élèves de 15 à 19 ans suivies de celles de 20 à 24 ans puis des jeunes de moins de 15 ans. Les autres méthodes sont utilisées dans des proportions variables. Cependant le Noristerat n'a pas d'acceptantes ni chez les moins de 15 ans ni chez les plus de 25 ans de même que le stérilet n'est pas utilisé chez les élèves de moins de 15 ans. Les élèves de plus de 25 ans n'utilisent ni la pilule ni les spermicides. Concernant le préservatif notre pourcentage est légèrement supérieur à celui indiqué par SALLAH [53] où 39 % des étudiants interrogés ont affirmé utiliser le préservatif.

Notre taux occupe une position intermédiaire entre les 49 % des élèves des Lycées et les 29 % des jeunes de la rue de Lomé qui ont affirmé selon AGBODJAVOU [3] se protéger avec le préservatif à chaque rapport sexuel.

Notre résultat est proche de ceux des différentes études réalisées après 1988 dans les pays d'Afrique subsaharienne par KANON [26] (39,3%), LOUIS [27] (37,6%), GRESENGUET [22] (34%).

La pilule est utilisée seulement par 4% des élèves. Cet aspect se distingue totalement de celui rapporté par l'étude de TOULEMON et CERIDON citée par DUFLOS [17] qui a rapporté qu'en France 80% des femmes débutent leur vie sexuelle avec un moyen contraceptif. Selon ce même auteur, la pilule était la plus utilisée.

4.2.2.3. Non utilisation de méthodes contraceptives

7,6 % des élèves de notre échantillon de 1867 filles ont déclaré ne connaître aucune méthode contraceptive et ne peuvent donc pas en utiliser même si elles se trouvaient dans des situations où l'utilisation serait indiquée.

Parmi les 1333 élèves sexuellement actives, 729 soit 55 % c'est à dire plus de la moitié n'en utilisent pas. Ce taux est inférieur à celui rapporté par CRABBE en Centrafrique qui a trouvé que 76 % des élèves sexuellement actives n'utilisaient pas de méthodes contraceptives et est également inférieur à celui rapporté par AJAYI et al [4] au Kenya où 89 % des adolescentes sexuellement actives n'ont jamais utilisé une méthode contraceptive.

La faible utilisation de méthodes contraceptives chez les jeunes a été signalée par d'autres auteurs. C'est ainsi que ZABIN et al [64] en 1979 au Canada ont affirmé que la plupart des adolescentes n'utilisent pas de méthodes contraceptives pendant leur première année d'activités sexuelles.

Les raisons de la non utilisation des méthodes contraceptives sont multiples. Nous classons ci-dessous et par ordre décroissant les raisons évoquées par les non utilisatrices de méthodes contraceptives :

- Rareté des rapports sexuels : 60,2 %
- Difficulté d'utilisation : 34,1 %
- Crainte des effets secondaires : 19,8 %
- Coût excessif des contraceptifs : 08,6 %

La principale raison évoquée est la rareté des rapports sexuels et ceci quelque soit la tranche d'âge. Certains de ces motifs ont été déjà signalés par d'autres auteurs.

Pour BAH [7] au Sénégal, « les adolescentes n'utilisent pas de méthodes contraceptives parce que les relations sexuelles sont rares et sporadiques ». Il pense de plus que la jeune fille ne croit pas à sa propre fécondité.

Pour DESCHAMPS [14], le non usage de contraception résulte de plusieurs facteurs : « l'accès aux services de planification familiale difficile aux jeunes, le coût élevé des méthodes contraceptives et le manque d'information de bonne qualité ».

FRANKLIN [19] estime que « l'utilisation des moyens contraceptifs disponibles nécessite que l'adolescente soit capable d'anticiper des relations sexuelles, de contrôler ses pulsions, de rechercher l'information pertinente et de l'appliquer à son comportement ».

Nous pouvons donc classer les raisons de la non utilisation des méthodes contraceptives sous plusieurs rubriques.

- Les barrières politiques

- La faiblesse de l'engagement politique qui transparaît dans la quasi inexistence du financement de l'état dans le secteur de la planification familiale.
- L'insuffisance des centres de planification familiale. A Lomé, on ne compte que 14 centres de planification familiale pour une population de 700 000 habitants.

- Les barrières économiques

A titre indicatif, le tableau ci-dessous précise le prix des différentes méthodes contraceptives disponibles dans les centres de planification familiale au Togo.

TABLEAU XXXV : Prix des méthodes contraceptives

Méthodes contraceptives	Prix CFA
- Condom	10 F l'unité
- Pilule	50 F la plaquette
- Noristerat	150 F le flacon
- Stérilet	150 F
- Spermicides	200 F

Bien que certaines élèves aient évoqué comme motif de la non utilisation des méthodes contraceptives leur coût excessif, cette raison ne nous paraît pas tout à fait justifiée si nous nous référons au coût relativement modique des différentes méthodes contraceptives disponibles dans notre pays.

- Les barrières socio-culturelles

La sexualité et la planification familiale sont encore des sujets tabous dans certains milieux. Ceci expliquerait sans doute la faible fréquentation des centres de planification par la population en général et surtout par les jeunes. D'autres personnes pensent que ces centres ne sont réservés qu'aux femmes de mauvaise vie.

- Les barrières personnelles

- L'ignorance des adolescentes dans le domaine de la sexualité qui est surtout liée à l'absence d'un programme d'éducation sexuelle dans les écoles et au sein des regroupements des jeunes.

- La rareté des rapports sexuels qui a été retrouvée dans notre série ou près de 72,7 % des élèves sexuellement actives ont un ou moins d'un rapport sexuel par mois.

4.2.3. GROSSESSES CHEZ LES COLLEGIENNES

4.2.3.1. Les antécédents de grossesse

A l'analyse du tableau XXIV et des figures 10a et 10b correspondantes, nous observons que 418 élèves sur les 1867 que constitue notre échantillon ont été enceintes au moins une fois soit une fréquence de 28,6 %.

Si nous ne considérons que les 1333 élèves sexuellement actives, cette fréquence se chiffre à 31,3 %, soit près du 1/3 de ces élèves.

Le taux de 28,6 % est nettement supérieur à celui rapporté chez les élèves des établissements scolaires de la commune de Lomé en 1991 par BITHO [9] qui a trouvé une fréquence de 8,8 % mais est inférieur à celui de CRABBE à Bangui en Centrafrique en 1983 où un taux de 49 % a été retrouvé chez les élèves de 3ème.

Nous pouvons donc conclure que la fréquence des élèves qui ont été enceintes varie sans doute d'un auteur à l'autre mais aussi dans un pays donné, d'une année à l'autre ; ceci expliquerait sans doute la différence observée entre les taux de BITHO [9] et ceux de notre série.

4.2.3.2. Nombre de grossesse

Le tableau XXV nous indique que 268 élèves sur les 418, soit près des 2/3 des élèves ont été enceintes une fois. Ces primigestes sont les plus représentées quelque soit la tranche d'âge.

Le nombre de grossesse augmente avec l'âge. C'est ainsi qu'on ne retrouve que des primigestes parmi les jeunes de 15 ans et qu'on retrouve les élèves qui ont été enceintes 2 ou 3 fois dans les autres tranches d'âge, si bien que dans la tranche d'âge supérieur à 25 ans, 14 % des élèves qui ont été enceintes en sont déjà au quatrième geste.

Ces différents aspects sont en accord avec celui rapporté par ABRAMS cité par JAPEL [24] qui a retrouvé un faible taux de grossesse répétitif.

4.2.3.3. Issue des grossesses

Le tableau XXVI et la figure 11 nous montre que l'avortement provoqué est l'issue la plus fréquente des grossesses chez les élèves et ceci quelque soit le nombre de grossesse.

C'est ainsi que sur les 618 cas de grossesses recensées, 541 se sont terminés par un avortement, soit 87,5 % des cas. Ce chiffre est proche de celui rapporté par BITHO [9] qui a trouvé que 85 % des grossesses se sont terminées par un avortement provoqué dans sa série.

Toutefois 6,9 % des grossesses se sont terminées par un accouchement. Cette option s'impose le plus souvent car il n'est pas toujours évident pour une adolescente de savoir qu'elle est enceinte et ceci aboutit le plus souvent à un diagnostic tardif de la grossesse rendant la tentative d'avortement trop dangereuse, en même temps certaines peuvent décider d'accoucher devant la survenue inopportune d'une grossesse par simple désir de devenir mère.

Les avortements spontanés sont survenus rarement dans notre série, 5,6 % des cas. Il s'agit en fait d'une complication fréquente de l'évolution d'une grossesse chez l'adolescente.

4.2.3.4. Les auteurs des grossesses

L'observation du tableau XXVII et de la figure 12 nous montre que les auteurs des grossesses appartiennent à des catégories socio-professionnelles diverses. Qu'il s'agisse d'extra-scolaires qui regroupe les cadres, les directeurs de sociétés, les fonctionnaires de l'Etat..., d'élèves, d'étudiants et d'enseignants.

En les classant par ordre décroissant, en fonction de leur responsabilité dans la survenue de grossesses, nous distinguons :

• les élèves	:	39,5 %
• les extra-scolaires	:	33,2 %
• les étudiants	:	20,3 %
• les enseignants	:	07,3 %

Ces différentes catégories socio-professionnelles sont représentées dans toutes les tranches d'âge dans des proportions variables sauf les enseignants qui n'ont pas été identifiés comme auteurs de grossesses chez les élèves de moins de moins de 15 ans.

Les élèves sont les plus représentés dans toutes les tranches d'âge sauf chez les collégiennes de plus de 25 ans ou les extra-scolaires sont les plus représentés.

Connaissant les auteurs de grossesse, nous pouvons extrapoler et dire que le choix du partenaire des élèves dépend sans doute des différentes motivations qui les poussent à avoir des rapports sexuels. C'est ainsi que nous constatons que chez les élèves de moins de 15 ans qui s'adonnent aux activités sexuelles, essentiellement par amour et par envie, les élèves sont les partenaires les plus fréquents tandis que chez les collégiennes de plus de 20 ans, les extra-scolaires et les enseignants qui peuvent répondre à leur besoin constituent les partenaires idéals.

4.2.4. LES AVORTEMENTS PROVOQUES

4.2.4.1. La fréquence des avortements provoqués

TABLEAU XXXVI : Tableau comparatif de la fréquence des avortements provoqués

Auteurs	Population étudiée	Pays	Année	Fréquence
NLOME-NZE [43]	Lycéennes (100)	GABON	1991	33 %
ODUJINRIN [44]	Collégiennes (905)	NIGERIA	1991	23 %
NOTRE SERIE	Collégiennes (1867)	TOGO	1996	19 %

Le tableau XXVIII nous indique que 356 filles ont effectué un avortement provoqué. Ceci correspond à une fréquence de 85,1 % si nous considérons les 418 élèves qui ont été enceintes, à une fréquence de 26,7 % chez les 1333 élèves sexuellement actives et à une fréquence de 19 % dans notre échantillon composé de 1867 élèves.

Le taux de 19 % comparé à ceux des auteurs du tableau ci-dessus semble faible et varie d'un pays à l'autre et d'un échantillon à l'autre.

4.2.4.2. L'âge de la grossesse à la date de son interruption

Les données du tableau XXIX nous indiquent que 48,6 %, soit près de la moitié des avortements ont été réalisés dès le premier mois. En cumulant les taux, nous constatons que 82,8 % des avortements ont été réalisés au 2ème mois et que 97,3 % ont été réalisés au 3e mois. Il ne reste qu'une infime partie soit 2,7 % qui se pratique au-delà du 3e mois.

Ces observations sont analogues à celles rapportées par d'autres auteurs comme AGBA [1] au Togo et KAMINSKI [25] en France qui ont rapporté respectivement que 81 % et 93 % des avortements ont été réalisés entre la 6ème et la 10ème semaine d'aménorrhée.

Nous pouvons donc dire que les candidates à l'avortement prennent leur disposition pour que l'interruption se fasse le plus tôt possible.

4.2.4.3. Les moyens utilisés

Si nous nous référons au tableau XXIX et à la figure 13, nous remarquons que les manoeuvres endo-utérines qui regroupent le curetage et l'aspiration ont été utilisés dans 68,6 % des cas. Ce résultat est nettement supérieur à celui trouvé par AGBA [1] qui a rapporté que les manoeuvres endo-utérines ont été utilisées dans 28,7 % des cas.

Le curetage est le moyen abortif le plus utilisé et ceci quelque soit l'âge de la grossesse. Il a été utilisé dans 51,6 % des cas soit dans un peu plus de la moitié des cas. Ce taux est supérieur à celui trouvé par KOUWAKANOU [29] au Bénin qui a rapporté 40 % de cas de curetage dans sa série.

Les autres méthodes abortives à savoir l'aspiration, les méthodes traditionnelles, les médicaments ..., ont été utilisées dans des proportions variables et ceci quelque soit également l'âge de la grossesse.

Un fait important reste cependant à souligné, c'est l'abandon progressif des pratiques dangereuses qui ont laissé place à des méthodes modernes.

4.2.4.4. Les motifs de l'avortement provoqué

Le tableau XXX nous indique que les motifs évoqués pour réaliser un avortement sont multiples et variés. Si nous les classons par ordre décroissant, on distingue :

- la nécessité de poursuivre les études : 72,2 %
- le refus d'être mère à un trop jeune âge : 33,2 %
- l'exigence de l'auteur : 09,7 %
- les difficultés économiques : 04,4 %
- la crainte de la réaction des parents : 02,0 %
- l'exigence des parents : 01,8 %
- le refus de paternité : 0,3 %.

La nécessité de poursuivre les études a été le motif le plus évoqué et ceci quelque soit la tranche d'âge. Vient ensuite le refus d'être mère à un trop jeune âge et ceci également dans toutes les tranches d'âge sauf chez les élèves de plus de 25 ans qui ont évoqués des problèmes économiques comme motifs de l'avortement provoqué en deuxième position.

Si nous considérons les tranches d'âge chez les élèves de moins de 15 ans et 15 à 19 ans tous les motifs ont été évoqués sauf le refus de paternité tandis que chez les élèves de plus de 25 ans un seul motif n'a pas été évoqué : l'exigence des parents.

En analysant ces différents motifs, il se dégage 3 protagonistes qui interviennent dans la décision d'interrompre la grossesse qu'ils refusent tous d'assumer pour des raisons qui leur sont particulières : la gestante elle-même, l'auteur de la grossesse et les parents de la fille.

4.2.4.5. Les complications de l'avortement provoqué

L'analyse du tableau XXXI nous montre que la majorité des avortements réalisés soit 82,2 % des cas n'ont pas entraîné de complications et que 17,8 % ont donné des complications qui sont dominées par des infections (7,3 %) et des hémorragies (10,5 %).

Nous estimons cependant qu'il est difficile aux élèves d'apprécier véritablement les complications. Une étude prospective en milieu hospitalier serait plus indiquée pour étudier les complications, les séquelles et la mortalité des avortements provoqués. Une étude réalisée par AGBA [1] chez les patientes admises pour des complications d'avortements provoqués a noté 8 décès parmi les 132 patientes admises, soit un taux de létalité de 6 %.

4.2.5. CONSEQUENCES SCOLAIRES DES GROSSESSES

Les données du tableau XXXII nous indiquent que 6,8 % des grossesses ont entraîné des abandons scolaires et que 21,6 % ont entraîné un redoublement de classe. Ces 2 conséquences sont retrouvées dans toutes les tranches d'âge et ceci dans des proportions variables. Dans 68,4 % des cas c'est-à-dire dans plus des 2/3 des cas, nous n'avons retrouvé aucune conséquence scolaire. Les nombres de cas d'abandon scolaire correspondent effectivement au nombre de cas d'accouchement. Nous pouvons donc déduire que la poursuite d'une grossesse entraîne inévitablement un arrêt volontaire ou par exclusion de la scolarité mais aucun élément ne nous permet de dire que les grossesses qui se sont terminées par un avortement ont favorisé un redoublement de classes sauf si il a entraîné une complication grave ayant nécessité une longue hospitalisation.

4.2.6. SOLUTIONS PROPOSEES PAR LES ELEVES

L'analyse du tableau XXXIII et de la figure 14 correspondante nous montre que les solutions proposées par les élèves sont multiples. Mettre un accent sur l'éducation sexuelle est la solution la plus évoquée et ceci dans toutes les tranches d'âge sauf chez les élèves de moins de 15 ans qui proposent l'abstinence sexuelle comme solution. En considérant les tranches d'âge, nous constatons que 69 % c'est-à-dire plus des 2/3 des élèves de moins de 15 ans ont proposé l'abstinence sexuelle comme solution. Mais des auteurs comme JAPPEL [24] affirme que « promouvoir l'abstinence sexuelle semble diamétralement opposé au message médiatique et nie la réalité biologique des adolescentes ». L'utilisation des méthodes contraceptives est proposée comme solution dans toutes les tranches d'âge avec cependant une

nette prédominance chez les élèves de plus de 15 ans ou elle vient en deuxième position après l'accent sur l'éducation.

CINQUIEME PARTIE
CONCLUSION ET SUGGESTIONS

5.1. CONCLUSION

Notre étude effectuée du 29 avril au 10 mai 1996 auprès de 1867 collégiennes provenant de 43 établissements scolaires des régions maritime et centrale du Togo, nous a permis d'étudier la pratique de la sexualité, les connaissances et pratiques de la contraception et les avortements provoqués en milieu scolaire.

Au terme de notre étude, nous pourrions faire les conclusions suivantes :

- 99,4 % des élèves étaient en période d'activité génitale au moment de l'enquête.
- l'âge moyen de survenue des ménarches était de 14 ans.
- 72% des élèves avaient déjà eu des relations sexuelles au moment de l'enquête.
- l'âge moyen à la première expérience sexuelle était de 17 ans dans la population étudiée.
- les relations sexuelles sont cependant rares 72,7% des élèves sexuellement actives ont un ou moins d'un rapport sexuel par mois.
- 92,4 % des élèves affirment connaître le préservatif comme moyen de contraception mais seulement 42 % des élèves ayant déjà eu un rapport sexuel l'utilisent.
- 55% des élèves sexuellement actives n'utilisaient pas de méthodes contraceptives. La principale raison évoquée est la rareté des rapports sexuels.
- nous avons recensé 618 cas de grossesses survenues chez 418 élèves soit une fréquence de 31,3 % chez les élèves sexuellement actives.
- 64,2 % des élèves enceintes étaient des primigestes.
- les élèves ont été les auteurs de 39,5% des grossesses.
- 6,9 % des grossesses se sont terminées par un accouchement, 5,6 % par une fausse couche et 87,5 % par un avortement provoqué clandestin.
- 82,8 % des avortements étaient survenus entre le premier et le deuxième mois de la grossesse.
- le moyen abortif le plus utilisé est le curetage utilisé dans 51,6% des cas suivi de l'aspiration dans 17% des cas.
- la nécessité de poursuivre les études était le motif le plus évoqué (72,2%) par les élèves qui ont avorté.
- 17,8 % des avortements ont entraîné des complications dominées par des infections (7,3 %) et des hémorragies (10,5 %).
- 6,8 % des grossesses ont entraîné un abandon scolaire.
- 28,4% de cas d'échec scolaire ont été observés chez les collégiennes qui ont été enceintes.
- plusieurs solutions ont été proposées par les élèves à la fin de l'enquête. La solution la plus proposée est de mettre l'accent sur l'éducation sexuelle.

5.2. RECOMMANDATIONS

Au vu de nos résultats, nous formulons les recommandations suivantes :

Pour résoudre les problèmes relatifs à la sexualité des adolescentes, il faudra des efforts conjugués des autorités et des décideurs, des éducateurs, des parents, des médias, des associations de jeunes et des bénéficiaires eux-mêmes. Il faudra :

- **DANS LE COURT TERME**

- * Organiser une journée de réflexion avec les collégiennes sur la santé génésique des adolescents pour leur restituer les résultats de ce travail.

- * Organiser des séminaires dans les établissements scolaires pour sensibiliser les collégiennes sur la sexualité à moindre risque, c'est à dire :

- encourager la communication sur la sexualité et ses mesures sécuritaires.
- encourager la pratique de la relation sexuelle sans pénétration avant le mariage.
- éduquer à l'utilisation régulière et correcte du préservatif à chaque relation sexuelle hasardeuse.
- encourager la fidélité du couple

- * Initier des groupes d'information avec la participation effective des jeunes (young to young)

- * Concevoir et faire passer des messages sur la sexualité à moindre risque par les media et affiches publicitaires.

- **DANS LE MOYEN TERME**

- * Renforcer l'information, l'éducation et la communication sur la sexualité à moindre risque.

- * Définir les priorités et renforcer la coordination des associations scolaires de lutte contre les MST.

- * Créer des centres culturels pour jeunes dotés de bibliothèques

- * Insérer dans le cursus des établissements scolaires le programme éducatif élaboré sur la vie familiale et ceci à partir du cycle primaire.

- DANS LE LONG TERME

- * Amener les autorités à soutenir l'éducation sexuelle dans les écoles, les centres de formations.
- * Amener les parents à informer et discuter de la sexualité à moindre risque avec leurs enfants.
- * Reprendre la même enquête dans d'autres communautés de jeunes

L'adoption de ces recommandations permettra d'éviter des comportements sexuels à risque chez les jeunes en général et les collégiens en particulier.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. AGBA K.

Connaissance et pratique de la contraception chez les patientes admises pour avortement provoqué. Thèse Med, Lomé, 1995, N° 23

2. AGBOBLI-APETSIANYI E.

Etude des connaissances et pratiques des collégiens de Lomé et d'Adeta en matière de sexualité. Mémoire DES de Pédiatrie, Lomé, 1993; N° 8.

3. AGBODJAVOU D.

Risque d'exposition aux MST- SIDA chez les jeunes de la rue de Lomé.
Rapport final 1992; 52 p.

4. AJAYI A.A., MARANGU L. T., MILLER J. et al

Adolescent sexuality and fertility in Kenya: a survey of knowledge, perception, and practices.
Stud. Fam. Plann., 1991; 22 (4): 205 -16.

5. AUBENY E., BRUNERIE J., CESBRON P. et al.

Complications des avortements provoqués. *Encycl. Méd. Chir.* (Paris- France), Gynécologie, 476 A10, 3-1989; 18p.

6. AVODAGBE

Devenir des grossesses. Connaissances, attitudes et pratiques de la contraception en milieu scolaire et universitaire en République du Bénin. Thèse Méd., Cotonou , 1988; N° 376, 96p.

7. BAH M.D. , CORREA P. et al

Adolescence et grossesse (Approche psycho-social et médicale).
Afr. Méd , 1991; 30, 294: 115-22.

8. BERLIER P.

Contraception des adolescentes. Point de vue du pédiatre.
Rev. Fr. Gynéco. Obstét., 1986; 81, 5 : 275-77.

9. BITHO P.

Lycéens et programme de planification à propos de 3 établissements secondaires du troisième degré. Thèse Méd. Lomé, 1991; N° 8 , 92 p

10. CHARBONNEAU L. et al.

Adolescence et fertilité: une responsabilité personnelle et sociale: avis sur la grossesse à l'adolescence. Quebec, Ministère de la santé et des services sociaux ,1989; 128 p.

11. CRABBE. M.

Etude sur la vie sexuelle des jeunes lycéens de Bangui, Service de santé scolaire et universitaire 1983, 34 p.

12. DE TOURRIS H., HENRION R., DELECOUR M.

Abrégé illustré de gynécologie et obstétrique Masson, 5ème édition 1984.

13. DESCHAMPS J.P

Adolescentes Mères, Parents Adolescents. *Arch Public Health* 1992 ; 50 : 251 - 72

14. DESCHAMPS J. P., ERNY P., MBEDE J.

La santé des adolescents et des jeunes. *L'enfant en milieu tropical* 1989; 180(1): 64

15. DICTIONNAIRE PETIT LAROUSSE DE MEDECINE

Edition Larousse 1976 ; Tome II

16. DOUGLAS K. , WASZAK C. , ZIEGLER J.

Six schools based clinics : their reproductive health services and impact on sexual behavior
Center for population options. Washington ,1989; p 6-16.

17. DUFLOS C. ,THIBAUD E.

La contraception orale à l'adolescence. *La lettre du gynécologue* 1994; 194, (9) : 16.

18. FRANCOIS R.

Education de la sexualité dans l'enfance et l'adolescence.
Rev. Fr. Gynécol. Obstét.,1986; 81(5): 264.

19. FRANKLIN D. L.

Black adolescent pregnancy: a litterature review. *J.Youth. Adolesc.* 1987; 16(5): 15-39.

20. GARNIER M, DELAMARE. V.

Dictionnaire des termes techniques de médecine. 23ème édition Maloine 1992 ; p 103.

21. GOUNA Y.

Aspects socio-culturels des grossesses chez les adolescentes dans un quartier de Lomé. A propos
d'une enquête réalisée dans le quartier de Bè et à l'hôpital secondaire de Bè sur 242 femmes.
Mémoire, Assistant Méd , Lomé , 1992.

22. GRESENGUET G. , BELEC L. et al

Connaissances, attitudes et croyances sur le SIDA. *Méd. Afr. Noire* 1989; 36 : 45-53

23. HODONOU A.K. S. et al.

La grossesse de l'adolescente et ses problèmes.
Société Togolaise de Pédiatrie Lomé 1986 ; 189:10

24. JAPEL C.

Grossesse et avortement chez l'adolescente: revue de la littérature.
P.R.I.S.M.E., 1992; 3(2): 382-98.

25. KAMINSKI M. , CROST M.

Les interruptions volontaires de la grossesse. *J. Gynécol. Obstét. Reprod.*, 1991; 20, 767-73.

26. KANON.

Conduites sexuelles à risque d'infection et connaissance du SIDA en milieu scolaire urbain à
Banfora. Thèse Méd. Ouagadougou 1991; n° 25.

27. KINSEY A. , POMEROY W. , MARTIN C. , GEBHARD P.

Sexual behavior in the human femelle. Philadelphia: Saunders, 1953.

28. KOURA - GOUMBANE Y.

Les avortements provoqués au CHU de Lomé et leurs répercussions médico-sociales.
Mémoire Assistant Méd, Lomé 1985; 206, 74 p.

29. KOUWAKANOU J. D.

Contribution à l'étude des avortements provoqués à propos de 707 cas recensés à la maternité du
CNHU de Cotonou. Thèse Méd., Cotonou 1986; n°292.

- 30. LAINE M. N.,**
Aspects psycho-sociaux des avortements à propos de 669 cas recensés en milieu hospitalier de Cotonou. Thèse méd., Cotonou 1985; n° 241.
- 31. LEVY J.J. , SAMPSON J. M. et al**
Sexualité à risque et contraception chez les étudiants de France, du Québec et d'Espagne. *Contracept. Fertil. Sex.* 1993. 21(12): 914-9.
- 32. LISKIN L. S.**
Complications de l'avortement dans les pays en voie de développement. *Population information program* 1981; série F(7): 59-62
- 33. LOCKO-MAFOUTA C. , SILOU J. et al.**
L'avortement clandestin à Brazaville. *Méd. Afr. Noire* 1986; 33(3):199-200.
- 34. LOI N° 84 - 14 du 16 Mai 1994**
« Loi de protection des filles et garçons » Journal officiel de la république togolaise 1994; 14.
- 35. LOI sur l'interruption volontaire de grossesse.**
Rev. Prat. (Paris) 1980; 30(8) 486 Art.
- 36. LOPES P. , BOURMEAU A.**
Interruption volontaire de grossesse *Rev. Prat.*(Paris) 1992; 42(17) 2235-37.
- 37. LOUIS J. P. TREBUCK A. et al**
Adolescence, comportement sexuel et risque d'infection à HIV (Enquête CACP en milieu scolaire urbain, Yaoundé-Cameroun) *Bull. Liaison Docum. O.C.E.A.C.* 1990; 83: 43-6.
- 38. MALCOM P.**
L'avortement dans le monde d'aujourd'hui *Médecine et Hygiène.* Genève 1977; 33:1132-3
- 39. MERGER R. , LEVY I., MELCHIOR I.**
Précis d'obstétrique ; 6ème Edition Masson, 1993.
- 40. MEYER S.**
Avortement et contraception dans l'histoire. Thèse Méd. Limoges 1980; N° 116.
- 41. MOHR J.C.**
Abortion in America: The origins and evolution of national policy 1800-1900. *Oxford University Press Edit,* New-York 1978.
- 42. MONDOR H.**
Les avortements mortels « Etude de l'effet sur la natalité française de l'adoption d'une politique plus libérale en matière de régulation des naissances. *Population* 7-8 1966; 647-77.
- 43. NLOME-NZE A. R., PICAUD A. et al.**
Les avortements clandestins à Libreville: véritable problème de santé publique. *Méd. Afr. Noire* 1991; 38(3): 223-7.
- 44. ODUJINRIN O. M.**
Sexual activity, contraceptive practice and abortion among adolescents in Lagos, Nigeria. *Int. J. Gynaecol. Obstet,* 1991; Apr. 34(4): 361-6.

45. OLSON L., ROLLINS J.

Psychological barriers to contraceptive use among adolescent women. In : Stuart IR, WELLS CF. Eds. *Pregnancy in adolescence*, New-York 1982: 177-93.

46. PALE C.

Contribution à l'étude des avortements provoqués à propos de 864 cas recensés en milieu hospitalier au Burkina-Faso. Thèse Méd. Cotonou 1987; N° 358.

47. PAXMAN J. M., ZUCKERMAN R. J.

Lois et politiques ayant une incidence sur la santé des adolescents, OMS, Genève 1989.

48. PERES-REYES M.G., FALK R.

Follow-up after therapeutic abortion in early adolescence. *Arch. Gen. Psychiatry* 1973; 28:120-6.

49. PHIPPS-YONAS S.

Teenage pregnancy and mother hood: a review of the litterature. *Ann. J. Orthopsychiatry* 1980; 50(3): 403-11.

50. PLANIFICATION FAMILIALE: Méthodes et pratiques pour l'Afrique.

Livre, 1985. La division de la santé reproductive Atlanta, Georgie 30333 U.S.A.

51. PLU- BUREAU G.

Rôle de la contraception et de l'éducation pour résoudre le problème de la surpopulation dans le monde. *Lettre du gynécologue* 1994; 196 (11): 11.

52. RADIUS S. M., JOFFE A.

Understanding adolescent mothers feeling about breaths feedings. A study of perceived bonefits and barried. *J. Adolescent Care* 1988 ; 9(2): 156-60.

53. SALLAH E.

Les comportements sexuels, les attitudes et les connaissances des étudiants de l'Université du Bénin face au SIDA et aux maladies sexuellement transmissibles. Thèse Méd , Lomé 1996; N° 2.

54. SEDAMI P.

Connaissance, attitude et pratique de la contraception en milieu urbain. Thèse Méd , Cotonou 1994; N° 614.

55. SEMENAYAKE P.

Abortion: unsafe in Africa (Conférence) *Lancet* 1994; 343 (N) :1031.

56. SENDEROWITZ J. et PAXMAN J. M.

Adolecent fertility : Worldwide concerns. *Population Bulletin*, 1985 ; 40 (2) : 1-51

57. SOUTOUL J.H.

Avortement et régulation des naissances. *Rev. Prat.* 1980; 30: 4035.

58. STATISTIQUE CANADA

Rapport sur la santé: avortements thérapeutiques 1989 (3) N°1 Ottawa: Ministère des approvisionnement et services. Canada.

59. STATISTIQUES SCOLAIRES

Annuaire national 1994-1995, Ministère de l'éducation Nationale et de la Recherche Scientifique, Ministère de l'Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle, Lomé (TOGO)

60. THIBAUT O.

L'interruption volontaire de grossesse dans l'Europe des neuf. *Rev. Prat.* 1979; 56, 4326.

61. YAO-DIBY L.

Aspects cliniques et thérapeutiques des avortements clandestins compliqués.
Thèse Méd. Abidjan 1986.

62. YOVO K.

La grossesse et l'accouchement chez les adolescentes. Etude réalisée à propos de 854 cas à la maternité du CHU de Lomé en 1987. Thèse Méd., Lomé 1989; N° 17.

63. YUMKELLA F.

The incidence of pregnancy, abortion and STD'S in school children in Western area, Sierra-Léone 1984; pp 21-23.

64. ZABIN L. S. , KANTNER J.F., ZELNIK M.

The risk of adolescent pregnancy in the first month of intercourse.
Fam. Plann. Perspect., 1979; 11(2): 215-22.

65. ZELNICK M., KANTNER J.F.

Sexual activity contraceptive use and pregnancy among metropolitan area teenagers 1971-1979.
Fam. Plann. Perspect., 1980; 12 (5):230-37.

ANNEXES

QUESTIONNAIRE

BONJOUR !

Merci d'avoir accepté de répondre à ce questionnaire. Son but est de mieux cerner les problèmes liés aux grossesses indésirées et aux avortements provoqués en milieu scolaire, et d'envisager des solutions appropriées pour pallier ce fléau.

VOTRE COLLABORATION EST INDISPENSABLE

Plus vous répondrez sérieusement à ce questionnaire (sans omettre de répondre à certaines questions),

Plus nous aurons d'éléments pour faire face à ce fléau !

IMPORTANT

Afin de préserver votre anonymat, n'indiquez surtout pas votre nom sur le questionnaire.

Merci une fois encore pour votre précieuse collaboration.

QUESTIONNAIRE

(Mettez une croix dans la (les) case(s) convenable(s))

1. Quel âge avez-vous ? (inscrivez votre âge) _____

2. Quelle classe faites-vous ?

- 4e (1)
- 3e (2)
- 2e (3)
- 1ère (4)
- Ter (5)

3. Quelle Religion pratiquez-vous ?

- Catholique (1)
- Protestant (2)
- Musulman (3)
- Animiste (4)
- Autre (précisez) _____

4. Quelle est la profession de votre Père/Mère/Tuteur ?

	PERE(1)	MERE(2)	TUTEUR(3)
- Enseignant (1)			
- Avocat (2)			
- Commerçant (3)			
- Employé de Banque (4)			
- Paysan (5)			
- Médecin (6)			
- Infirmier (7)			
- Mécanicien (8)			
- Comptable (9)			
- Chauffeur de taxi (10)			
- Tailleur/Couturière (11)			
- Autres (précisez) (12)			

5. Avec qui vivez-vous actuellement ?

- | | | | |
|----------------------------|--------|------------------------------------|---------|
| - seule | [](1) | - avec votre grande soeur | [](8) |
| - avec vos deux parents | [](2) | - avec une parente (tante/cousine) | [](9) |
| - avec votre mère seule | [](3) | - avec un parent (oncle/cousin) | [](10) |
| - avec votre mère remariée | [](4) | - avec un tuteur | [](11) |
| - avec votre père seul | [](5) | - avec une amie | [](12) |
| - avec votre père remarié | [](6) | - autre (précisez) _____ | |
| - avec votre grand frère | [](7) | | |

6. Vos parents vivent-ils ensemble ?

oui [](1) non [](2)

7. Sont-ils divorcés ?

oui [](1) non [](2)

8. Recevez-vous de l'argent de poche à la fin de chaque mois ?

oui [](1) non [](2)

9. Si oui, combien ? (précisez le montant) _____

Ne soyez surtout pas embarrassée par les questions qui vont suivre. Personne ne pourra vous identifier et dites vous qu'il est très important que vous répondiez franchement. Vous contribuez ainsi à l'éducation de la jeune fille d'âge scolaire au Togo. Merci pour votre compréhension.

10. Passez-vous déjà vos règles ?

oui [](1) non [](2)

11. Si oui, à quel âge avez-vous eu vos premières règles ? (Inscrivez l'âge) _____

12. Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ?

oui [](1) non [](2)

13. Si oui, à quel âge avez-vous eu le premier rapport sexuel ? (inscrivez l'âge) _____

14. Quelle est la fréquence de vos rapports sexuels ? C'est-à-dire :

- Nombre de rapports sexuels par semaine (précisez le nombre) _____
ou Nombre de rapports sexuels par mois (précisez le nombre) _____
ou Nombre de rapports sexuels par trimestre (précisez le nombre) _____

15. Quelles sont les raisons qui vous poussent à avoir des rapports sexuels ?

- | | |
|--------------------------------------|--------|
| - par amour | [](1) |
| - par envie | [](2) |
| - pour gagner de l'argent | [](3) |
| - pour avoir de bonnes notes | [](4) |
| - pour faire comme vos amies | [](5) |
| - par curiosité | [](6) |
| - parce-que votre partenaire le veut | [](7) |
| - autres (précisez) _____ | |

16. Avez-vous déjà entendu parler de méthodes contraceptives ? oui [](1) non [](2)

17. Si oui, quelles sont les méthodes contraceptives que vous connaissez ?

- | | | | |
|---------------------------|--------|---------------------------------|--------|
| - Condom | [](1) | - Injection | [](6) |
| - Pilule | [](2) | - Coït interrompu | [](7) |
| - Stérilet | [](3) | - Méthode du calendrier | [](8) |
| - Abstinence totale | [](4) | - Mousse ou crème dans le vagin | [](9) |
| - Comprimés dans le vagin | [](5) | - Autres (précisez) _____ | |

18. Laquelle (lesquelles) d'entre elles avez-vous déjà utilisée(s) ?

- | | | | |
|---------------------------|--------|---------------------------------|--------|
| - Condom | [](1) | - Injection | [](6) |
| - Pilule | [](2) | - Coït interrompu | [](7) |
| - Stérilet | [](3) | - Méthode du calendrier | [](8) |
| - Abstinence totale | [](4) | - Mousse ou crème dans le vagin | [](9) |
| - Comprimés dans le vagin | [](5) | - Autres (précisez) _____ | |

19. Continuez-vous par utiliser une méthode contraceptive ? oui [](1) non [](2)

20. Si non, pourquoi ?

- | | |
|--|--------|
| - parce-qu'elle est inefficace | [](1) |
| - parce-qu'elle donne des effets secondaires | [](2) |
| . vomissements | [](1) |
| . obésité | [](2) |
| . boutons sur le visage | [](3) |
| - parce- qu'elle est très coûteuse | [](3) |
| - parce-qu'elle est très difficile à utiliser | [](4) |
| - parce-que vous n'avez plus de rapports sexuels | [](5) |
| - autres (précisez) _____ | |

21. Si oui, laquelle utilisez-vous actuellement ?

- | | | | |
|---------------------------|--------|---------------------------------|--------|
| - Condom | [](1) | - Injection | [](6) |
| - Pilule | [](2) | - Coït interrompu | [](7) |
| - Stérilet | [](3) | - Méthode du calendrier | [](8) |
| - Abstinence totale | [](4) | - Mousse ou crème dans le vagin | [](9) |
| - Comprimés dans le vagin | [](5) | - Autres (précisez) _____ | |

22. Avez-vous déjà eu une grossesse ? oui [](1) non [](2)

23. Si oui, en quelle année êtes-vous "tombée" enceinte ?

- 1ère fois [] précisez l'année 19 ____
3ème fois [] précisez l'année 19 ____
5ème fois [] précisez l'année 19 ____

- 2ème fois [] précisez l'année 19 ____
4ème fois [] précisez l'année 19 ____
6ème fois [] précisez l'année 19 ____

24. Comment se sont terminées les différentes grossesses ?

	accouchée [](1)	avortement non provoqué (fausse couche) [](2)	avortement provoqué [](3)
1ère grossesse			
2ème grossesse			
3ème grossesse			
4ème grossesse			
5ème grossesse			
6ème grossesse			

25. Qui est l'auteur de la grossesse ?

	un élève (1)	un étudiant (2)	un enseignant (3)	un parent (4)	autre (précisez)
1ère grossesse					
2ème grossesse					
3ème grossesse					
4ème grossesse					
5ème grossesse					
6ème grossesse					

26. Si vous aviez avorté, à quel mois de la grossesse avez-vous avorté ?

	AVORTEMENT					
	1er	2e	3e	4e	5e	6e
1er mois (1)						
2e mois (2)						
3e mois (3)						
Plus de 3 mois (précisez)						

27. Qui a /qui ont pris la décision d'avorter ? (Cochez)

	A V O R T E M E N T					
	1er	2e	3e	4e	5e	6e
vous-même(1)						
votre père (2)						
votre mère (3)						
votre père et mère (4)						
l'auteur de la grossesse (5)						
autre (précisez) (6)						

28. Qui a/qui ont effectué l'avortement/les avortements ?

	A V O R T E M E N T					
	1er	2e	3e	4e	5e	6e
un médecin (1)						
un infirmier (2)						
un assistant médical (3)						
une femme avorteuse (4)						
vous-même (5)						
un herboriste (6)						
autre (précisez) (7)						

29. Où avez-vous pratiqué le/les avortement(s) ?

	A V O R T E M E N T					
	1er	2e	3e	4e	5e	6e
à l'hôpital (1)						
dans une clinique privée (2)						
ailleurs (précisez) (3)						

30. Quelles sont les méthodes utilisées ?

	A V O R T E M E N T					
	1er	2e	3e	4e	5e	6e
curetage (1)						
aspiration (2)						
prise orale de médicaments (3)						
injections (4)						
méthodes traditionnelles (5)						
autres (précisez)(6)						

31. Combien cela a t-il coûté ?

- 1er avortement _____
- 2ème avortement _____
- 3ème avortement _____
- 4ème avortement _____
- 5ème avortement _____
- 6ème avortement _____

32. Pour quelles raisons avez-vous pratiqué le ou les avortements ?

	A V O R T E M E N T					
	1er	2e	3e	4e	5e	6e
Vous ne voulez pas être mère à ce moment-là (1)						
Pour pouvoir continuer vos études (2)						
Par peur de la réaction des parents (3)						
Faute de moyens financiers (4)						
Vous ne connaissez pas l'auteur de la grossesse (5)						
L'auteur a refusé de reconnaître la grossesse (6)						
L'auteur de la grossesse l'exige (7)						
Les parents l'exigent (8)						
autre (précisez) (9)						

33. Avez-vous eu des complications après l'avortement ou les avortements ? oui [](1) non [](2)

34. Si oui, quelle(s) complication(s) avez-vous eue(s) ?

	AVORTEMENT					
	1er	2e	3e	4e	5e	6e
infection (1)						
saignement abondant (2)						
disparition des règles (3)						
diminution des règles (4)						
douleurs abdominales violentes (5)						
autres (précisez)						

35. Avez-vous été hospitalisée pour ces complications ? oui [](1) non [](2)

36. Avez-vous été opérée ? oui [](1) non [](2)

37. Combien de temps êtes-vous restée à l'hôpital ? (précisez la durée exacte)

- 1er avortement _____
- 2ème avortement _____
- 3ème avortement _____
- 4ème avortement _____
- 5ème avortement _____
- 6ème avortement _____

38. Quelle opération vous a t-on faite ?

	AVORTEMENT					
	1er	2e	3e	4e	5e	6e
ouverture du ventre (1)						
curetage (2)						
enlever l'utérus (3)						
autres (précisez) (4)						

39. Après l'opération, avez-vous encore vos règles ? oui [](1) non [](2)

40. Quelles ont été les conséquences des avortements pour vous même ?

	A V O R T E M E N T					
	1er	2e	3e	4e	5e	6e
Abandon des études (1)						
Redoublement de classe (2)						
Aucune conséquence (3)						
Autres (précisez) (4)						

41. Quelles ont été les conséquences des avortements pour celui qui a pratiqué l'avortement ?

	A V O R T E M E N T					
	1er	2e	3e	4e	5e	6e
Emprisonnement (1)						
Fuite (2)						
Aucune conséquence (3)						
Autres (précisez) (4)						

42. Quelles ont été les conséquences des avortements pour l'auteur de la grossesse ?

	A V O R T E M E N T					
	1er	2e	3e	4e	5e	6e
Emprisonnement (1)						
Fuite (2)						
Aucune conséquence (3)						
Autres (précisez) (4)						

43. Quelles ont été les conséquences des avortements pour vous deux ? (l'auteur de la grossesse et vous-même)

	A V O R T E M E N T					
	1er	2e	3e	4e	5e	6e
Séparation après l'avortement (1)						
Relation maintenue après l'avortement (2)						

44. Vos parents étaient-ils au courant de la grossesse ? oui [](1) non [](2)

45. Si oui, qui était au courant ? (Mettre une croix devant la ou les cases qui conviennent)

	Pour la grossesse						Pour l'avortement					
	1er	2e	3e	4e	5e	6e	1er	2e	3e	4e	5e	6e
le père (1)												
la mère (2)												
le père et la mère (3)												
votre soeur (4)												
votre frère (5)												
autre (précisez) (6)												

46. Qui les a informé ?

	Pour la grossesse						Pour l'avortement					
	1er	2e	3e	4e	5e	6e	1er	2e	3e	4e	5e	6e
vous-même (1)												
l'auteur (2)												
le médecin (3)												
constat par les parents (4)												
autre (précisez) (5)												

47. Qu'avez-vous ressenti après le /les avortements ?

	A V O R T E M E N T					
	1er	2e	3e	4e	5e	6e
regret (1)						
culpabilité (2)						
soulagement (3)						
autres (précisez) (4)						

48. Que feriez-vous en cas d'une nouvelle grossesse pendant que vous êtes encore élève ?

- garder oui [](1) non [](2)
- avorter oui [](1) non [](2)

49. Quelles solutions proposez-vous pour éviter les grossesses non désirées chez les élèves ?

- mettre un accent sur l'éducation sexuelle [](1)
- utiliser une méthode contraceptive [](2)
- informer sur les méthodes contraceptives [](3)
- abstention sexuelle [](4)
- autres (précisez) _____

MERCI

SERMENT D'HIPPOCRATE

(Déclaration de Genève)

Au moment de l'admission comme Membre de la Profession Médicale,

Je m'engage solennellement à consacrer toute ma vie au service de l'Humanité.

Je réserverai à mes Maîtres le respect et la gratitude qui leur sont dûs.

J'exercerai consciencieusement et avec dignité ma profession.

La santé du malade sera ma première préoccupation.

Je garderai les secrets qui me seront confiés.

Je sauvegarderai par tous les moyens possibles, l'honneur et la noble tradition de la profession médicale.

Je ne permettrai pas que les considérations d'ordre religieux, national, racial, politique ou social, aillent à l'encontre de mon devoir vis-à-vis du malade.

Mes collègues seront mes frères.

Je respecterai au plus haut degré la vie humaine et ceci dès la conception ; même sous des menaces, je n'utiliserai point mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Je m'engage solennellement sur mon honneur et en toute liberté à garder scrupuleusement ces promesses.

Je le jure.

RESUME

Au cours de ces vingt dernières années, de nombreux événements ont modifié le comportement sexuel des adolescents. Du fait de la précocité des rapports sexuels, les grossesses non désirées sont de plus en plus fréquentes avec pour corollaires des avortements provoqués. Le but de ce travail descriptif transversal portant sur 1867 collégiennes d'âge moyen 19 ans (extrêmes 12 - 31 ans) est d'étudier la pratique de la sexualité chez les adolescentes, les connaissances et pratiques de la contraception et les avortements provoqués en milieu scolaire. 1333 élèves (72 %) avaient déjà eu des rapports sexuels au moment de l'enquête. L'âge moyen du premier rapport sexuel est de 17 ans (extrêmes 8 - 24 ans). 970 (72,7%) élèves sur les 1333 ayant déjà eu un rapport sexuel ont moins d'un rapport sexuel par mois, le plus souvent, c'est par amour (68,6%) ou par envie (21,1 %). 1726 élèves (92,4 %) connaissent le préservatif mais seulement 560 (42 %) sur les 1333 sexuellement actives l'utilisaient. Ces comportements observés ont été à l'origine de 618 cas de grossesses survenues chez 418 élèves (31,3%). 87,5 % des grossesses se sont terminées par un avortement provoqué, 6,9 % par un accouchement et 5,6 % par un avortement spontané. 83 % de ces avortements ont été réalisés avant la 10^e semaine d'aménorrhée. La nécessité de poursuivre les études (72,5 %) et le refus d'être mère à un trop jeune âge (33,2 %) ont été les motifs essentiels de l'avortement. 17,8 % des avortements provoqués ont entraîné des complications qui sont dominées par des infections (7,3 %) et des hémorragies (10,5 %). Il en découle que les stratégies de lutte doivent s'orienter vers l'éducation sexuelle.

Mots clés : collégiennes, sexualité, contraception, avortement provoqué.

SUMMARY

During these last twenty years, many events have modified the sexual behavior of teenagers. Due to early sexual intercourse, unwanted pregnancies are more and more frequent with induced abortions as consequences. The aim of this descriptive and cross-country survey regarding 1867 school girls with an average age of 19 years (extremities 12-31 years) is to study teenagers' sexual behavior and its effects on educational environments. The average age of girls who have their menstruations is 14 years (extremities 8 - 19 years). 1333 pupils (72 %) have already had sexual intercourse at the time of the survey. The average age of the first sexual intercourse is 17 years (extremities 8 - 24 years). 970 pupils (72,7%) over the 1333 having had sexual intercourse have at least one sexual intercourse per month, mostly due to love (68,6%) or desire (21,7%). 1726 pupils (92,4%) knew condom but only 560 (42%) over 1333 having sexual intercourse were using it. These behaviors have caused 618 cases of pregnancies occurred to 418 pupils (31,3%). 87,5% of these pregnancies have been finished with induced abortions, 6,9% by a delivery and 5,6% by a spontaneous abortion. 83% of these abortions were caused before the 10th week of amenorrhea. The necessity of continuing studies (72,5%) and the refusal of becoming a mother at a very young age (33,2%) have been the principal reasons of abortion. 17,8% of these induced abortions have caused complications mainly characterized by infections (7,3 %) and bleedings (10,5%). As a result, fight strategies must be oriented toward sexual education.

Key words : schoolgirls, sexuality, contraception, induced abortion

Auteur : Didier Koumavi EKOUEVI BP 4089 LOME ☎ 21-14-27

Directeur de thèse : Pr. Ag. A. K. S. HODONOU UB BP 1515 LOME ☎ Dom. : 21-04-24