

La jeunesse en Afrique sub-saharienne :

DONNÉES ET GRAPHIQUES SUR LA SEXUALITÉ
ET LA SANTÉ DE LA REPRODUCTION



REMERCIEMENTS

Le présent ouvrage est le fruit d'une collaboration entre le Population Reference Bureau (PRB) et ORC Macro. Sa préparation a été assurée par Dara Carr, du PRB, avec une contribution précieuse de Ann Way, de ORC Macro et Rhonda Smith du PRB. Lori Ashford et Nancy Yinger, du PRB, ont fourni leurs commentaires sur plusieurs avant-projets de textes. Le traitement de texte a été assuré par Noureddine Abderrahim, Albert Themme, Marc Soulié et Jeanne Cushing de ORC Macro.

Le PRB et ORC Macro souhaitent exprimer leur gratitude à l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international (USAID) qui a assuré le financement de ce projet. Ce rapport a été financé par l'Office pour le développement durable du Bureau Afrique de l'USAID, par l'entremise du projet MEASURE *Communication* (HRN-A-00-98-000001-00).

Des remerciements tout particuliers sont dus aux éditeurs ci-après :

Vanessa Carroll, *Pathfinder International*

Minki Chatterji, Sarah Harbison, Mai Hijazi, Marge Horn, Barbara Seligman et Krista Stewart, *Agence des Etats-Unis pour le Développement international (USAID)*

Alex Ezeh, *African Population and Health Research Center, Nairobi, Kenya*

Wacango Kimani et Mary Mujomba, *Centre for African Family Studies, Nairobi, Kenya*

Rédacteur en chef : Kathleen Maguire, PRB

Design : Sharon Hershey Fay

Illustration en couverture : Dan Sherbo

Impression : Jarboe Printing

Le présent rapport est disponible en français et en anglais sur l'Internet à l'adresse suivante : www.measurecommunication.org

© 2001 Population Reference Bureau

POPULATION REFERENCE BUREAU

Fondé en 1929, le Population Reference Bureau est le principal fournisseur d'informations opportunes et objectives sur les tendances démographiques aux Etats-Unis et dans le monde et leurs implications. Le PRB informe les décideurs, les éducateurs, les médias et les citoyens concernés œuvrant pour l'intérêt public dans le monde dans le cadre d'une vaste gamme d'activités y compris des publications, des services d'information, l'organisation de séminaires et d'ateliers et d'apport de soutien technique. Le PRB est une organisation apolitique et sans but lucratif dont les efforts bénéficient du soutien de contrats publics, de dons provenant de fondations et de contributions d'entreprises et de particuliers, ainsi que de la vente de ses publications. Le PRB est régi par un Conseil fiduciaire représentant une communauté d'intérêts fort divers.

La jeunesse en Afrique sub-saharienne :

DONNEES ET GRAPHIQUES SUR LA SEXUALITE ET LA SANTE DE LA REPRODUCTION

TABLE DE MATIERES

GENERALITES		GROSSESSES		
Principaux points pour les politiques et les programmes.....	4	Grossesses chez les adolescentes.....	25	
Encadré 1 : Les données.....	5	Taux de naissance chez les adolescentes.....	27	
EDUCATION ET ACCES A L'INFORMATION		Encadré 5 : Mères célibataires	28	
Accès des femmes à l'éducation formelle	7	Grossesses non planifiées chez les adolescentes ...	29	
Scolarisation des adolescents	8	Encadré 6 : Taille idéale de la famille	29	
Accès régulier aux mass médias : radio, télévision et journaux	10	Encadré 7 : Avortement.....	30	
SEXUALITE ET MARIAGE		CONTRACEPTION		
Sexualité chez les adolescents	11	Connaissance de l'existence de méthodes modernes de contraception	31	
Quand les adolescents ont-ils leurs premiers rapports sexuels et quand se marient-ils ?	13	Utilisation de méthodes modernes de contraception	32	
Encadré 2 : En quoi l'âge des rapports sexuels et du mariage a-t-il changé ?	14	Utilisation de méthodes traditionnelles de contraception	33	
Premiers rapports sexuels à un très jeune âge.....	15	Méthodes de contraception utilisées par les femmes	34	
Encadré 3 : L'excision féminine	16	Encadré 8 : Utilisation de la contraception modernes, années 1980 et 1990	34	
Echange de faveurs sexuelles	17	Besoin en contraception non satisfait	38	
VIH/SIDA		SANTE MATERNELLE		
Taux de prévalence du VIH.....	18	Recours à des services de maternité professionnels	39	
Sensibilisation des adolescents au VIH/SIDA.....	20	Taux de mortalité infantile.....	40	
Adolescents sachant comment prévenir la transmission du VIH/SIDA par voie sexuelle	21	Encadré 9 : Maternité très précoce	41	
Adolescents sexuellement actifs convaincus qu'ils ne risquent pas, ou qu'ils risquent peu, de contracter le SIDA.....	22	REFERENCES 42		
Encadré 4 : Principales raisons avancées par ceux qui considèrent qu'ils courent peu ou pas de risque de contracter le SIDA	23	TABLEAUX ANNEXES		
Utilization du préservatif lors des rencontres sexuelles.....	24	Tableau annexe 1 : Caractéristiques et profils des adolescentes interrogées.....		43
		Tableau annexe 2 : Agences d'exécution des Enquêtes démographiques et de santé.....		44

PAYS D'AFRIQUE SUB-SAHARIENNE COUVERTS PAR CET RAPPORT



Généralités

L'AFRIQUE SUB-SAHARIENNE A

l'une des populations les plus jeunes du monde. En ce début de XXI^e siècle, près d'une personne sur quatre en Afrique subsaharienne est âgée de 10 à 19 ans¹. Cela en fait le groupe le plus vaste de cette région à jamais aborder l'âge adulte.

Le développement du continent et la prospérité de sa population dépendent de manière fondamentale de l'aide que recevra la jeunesse africaine dans cette transition à l'âge adulte. Qu'est-ce qu'implique une solide transition à l'âge adulte ? Nombreux sont les démographes et les spécialistes de la santé qui estiment qu'une prolongation de la scolarisation et un report de l'âge des premiers rapports sexuels, du mariage et de la grossesse sont autant d'éléments importants. Dans l'idéal, l'adolescence est une période pendant laquelle les jeunes se développent – aux plans physique, psychologique et intellectuel – avant de devenir des parents ou des travailleurs ayant une famille à leur charge².

Dans quelle mesure les jeunes de la région sont-ils préparés à devenir des adultes ? *La jeunesse en Afrique sub-saharienne* examine les différents facteurs qui sont importants pour une transition solide, y compris l'éducation, l'accès à l'information, l'initiation sexuelle et le mariage, le VIH/SIDA, la grossesse, la contraception et la santé maternelle. Cet rapport dresse un profil des adolescents de onze pays d'Afrique subsaharienne : la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Kenya, Madagascar, le Mali, le Mozambique, l'Ouganda, le Sénégal, la Tanzanie, la Zambie et le Zimbabwe.

L'objet de cet rapport est d'aider les décideurs à mieux comprendre les expériences et les besoins des adolescents de la région. Nous nous concentrons avant tout sur les adolescents de 15 à 19 ans. Bien que les expériences des moins de 15 ans soient

tout aussi importantes, rares sont les sondages nationaux qui recueillent des données sur les jeunes adolescents et les moins de 13 ans. Dans certains cas, on peut obtenir une quantité limitée d'informations concernant les groupes d'âge plus jeunes, à partir des données des sondages sur les foyers. A titre d'exemple, nous avons utilisé les informations relevées dans les sondages sur les foyers pour déterminer une estimation de la scolarisation des moins de 15 ans.

Nous utiliserons ici le terme « adolescents », bien que la période de transition connue sous le nom d'adolescence varie parfois d'un endroit à l'autre et entre les garçons et les filles. Notre rapport a également tenté d'inclure des données concernant tant les jeunes hommes que les jeunes femmes. Cependant, dans de nombreux cas, il est difficile de se procurer des informations sur les garçons. Les femmes ont été – plus que les hommes – le sujet des collectes traditionnelles d'informations en raison de leur rôle unique en matière de reproduction et de leurs besoins spécifiques dans le domaine de la santé.

LES CONCLUSIONS PRINCIPALES DE CET RAPPORT DEMONTRENT QUE :

- Les niveaux d'éducation se sont nettement améliorés dans la plupart des pays étudiés. Toutefois, moins de la moitié des jeunes de 16 à 20 ans sont scolarisés. Qui plus est, les écarts entre les garçons et les filles demeurent, que ce soit au niveau des taux de scolarisation ou de l'accès aux mass médias.
- Dans neuf des onze pays étudiés, au moins un tiers des jeunes filles sont mariées avant l'âge de 18 ans et au moins la moitié d'entre elles ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 18 ans.

Selon les recherches, la période de fiançailles devient de plus en plus longue. Les jeunes filles restent célibataires plus longtemps que leurs mères.

- Pour les pays pour lesquels on dispose de données, 13 % à 38 % des adolescentes célibataires et 8 % à 39 % des adolescents célibataires ont récemment soit reçu soit donné de l'argent ou des cadeaux contre des faveurs sexuelles. Dans les relations où les faveurs sexuelles font l'objet d'une transaction monétaire, les adolescentes ne parviennent pas toujours à négocier l'usage du préservatif ou la fidélité de leurs partenaires, ce qui les rend beaucoup plus susceptibles de contracter une infection sexuellement transmissible (IST) ou de se trouver confrontées à une grossesse non planifiée.
- Dans la plupart des pays étudiés, plus de la moitié des adolescents sont convaincus qu'ils ne courent pas, ou qu'ils courent peu, de risque de contracter le SIDA. Cependant, dans un grand nombre de ces pays, les taux de prévalence du VIH chez les jeunes sont élevés.
- Les jeunes hommes sont plus susceptibles de déclarer qu'ils utilisent le préservatif que les jeunes femmes. Toutefois, dans de nombreux contextes les adolescentes sont plus susceptibles de contracter le SIDA : les taux de séropositivité sont souvent plus élevés chez les adolescentes que chez les adolescents. L'une des raisons de ces taux d'infection plus élevés chez les adolescentes est que leurs partenaires sont souvent des hommes plus âgés, ayant plus d'expérience au plan sexuel et non des jeunes de leur âge.
- Dans huit des onze pays étudiés, les taux de naissances chez les adolescents semblent commencer à diminuer. Le niveau des grossesses non planifiées demeure cependant élevé chez les adolescentes. Plus d'un cinquième des naissances récentes étaient, selon les adolescentes, non planifiées.
- L'usage de contraceptifs modernes chez les adolescents est faible. Moins de 5 %

des adolescentes mariées déclarent utiliser une méthode moderne de contraception dans sept des onze pays étudiés. Les adolescentes célibataires, sexuellement actives sont souvent plus susceptibles de faire appel à la contraception que leurs homologues mariées. L'usage des contraceptifs modernes chez les femmes célibataires sexuellement actives varie de 5 % au Mozambique à 23 % au Ghana.

- Dans huit des onze pays de notre étude, au moins 10 % des jeunes de 16 ans avaient commencé à avoir des enfants. Ceci est extrêmement préoccupant dans la mesure où les très jeunes mères sont plus susceptibles de souffrir de complications lors de leur grossesse ou d'être touchées par la mortalité infantile que les femmes d'une vingtaine ou d'une trentaine d'années.
- Bien que de nombreuses mères adolescentes aient récemment bénéficié de soins lors de leurs grossesses et avant leur accouchement, l'accès aux services d'accouchement professionnels demeure limité. Dans dix des onze pays étudiés, moins de 55 % des jeunes femmes ont déclaré avoir bénéficié de soins professionnels lors de leur accouchement.

PRINCIPAUX POINTS POUR LES POLITIQUES ET LES PROGRAMMES

- *Il est nécessaire d'élaborer des programmes de santé de la reproduction prenant en considération la dynamique hommes-femmes.*

Les différents contextes dans lesquels les jeunes gens ont leurs premiers rapports sexuels révèlent combien il est nécessaire de disposer de programmes et de services de santé de la reproduction prenant en considération les différences entre les sexes. Dans certains pays, par exemple, l'activité sexuelle des jeunes femmes commence le plus souvent juste avant le mariage ou au sein du mariage. Par contre, pour les jeunes garçons, l'activité sexuelle se produit surtout en dehors du mariage.

ENCADRE 1

Les données

La jeunesse en Afrique sub-saharienne se fonde avant tout sur les données recueillies dans le cadre du Programme d'Enquêtes démographiques et de santé mondiales (EDS). Depuis le milieu des années 1980, le Programme EDS a rassemblé des données sur des échantillons représentatifs de femmes âgées de 15 à 49 ans dans plus de 60 pays du monde. Pour certains pays, on dispose également de données sur les hommes. En outre, le Programme EDS collecte des questionnaires sur les foyers. Dans notre brochure, les données provenant de ces questionnaires ont été utilisées pour projeter la scolarisation des jeunes de moins de 15 ans. L'ensemble des EDS sont administrées par des agents locaux, le plus souvent dans la langue maternelle des personnes interrogées. L'Annexe 2, en page 44, présente une liste des agences d'exécution.

L'objectif fondamental du Programme EDS est de fournir en temps voulu des

informations précises et exactes aux décideurs en matière de population, de santé et de nutrition. Le Programme EDS est financé par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID). Le programme bénéficie d'une assistance technique de ORC Macro. Le projet MEASURE *Communication*, mis en application par le Population Reference Bureau et financé par l'USAID, contribue à la dissémination des EDS et des résultats d'autres travaux de recherche aux décideurs.

Cette brochure présente les conclusions des EDS réalisées entre 1987 et 1998 (pour de plus amples informations, veuillez vous reporter aux tableaux des annexes 1 et 2 pages 43 et 44). Le plus souvent, ces diagrammes et chiffres reflètent les résultats des enquêtes les plus récentes pour un pays donné. Les données provenant d'enquêtes précédentes sont utilisées, quant à elles, pour indiquer les tendances au fil du temps.

- *Il est nécessaire de disposer de stratégies spécifiques permettant de transmettre les informations aux adolescentes.*

En général, les adolescentes sont en situation défavorisée par rapport aux adolescents en terme d'accès à l'éducation et à l'information par le truchement des mass médias. Cependant, les écoles et les mass médias jouent un rôle important dans la distribution des informations et des aptitudes. Ce handicap est susceptible d'avoir un impact négatif sur les options économiques et sociales des jeunes femmes et leurs chances de survie et de santé.

- *Les efforts d'éducation sur le SIDA doivent insister davantage sur les facteurs de risques de contracter le VIH.*

Un certain nombre de jeunes sexuellement actifs sont convaincus qu'ils ne courent pas, ou qu'ils courent peu de risques de contracter le SIDA parce qu'ils « s'en tiennent à une seule partenaire ». Les

adolescents ne savent peut-être pas que le passé sexuel de leur partenaire peut constituer un risque pour eux, ou que leur partenaire a peut-être d'autres partenaires.

- *Les programmes doivent traiter des facteurs sociaux et culturels qui empêchent les adolescentes de se protéger contre le VIH/SIDA.*

Les adolescentes – comme le révèlent leur taux de séropositivité plus élevé que celui des garçons du même âge – sont particulièrement vulnérables au SIDA. De nombreux facteurs font que les jeunes femmes courent des risques plus importants, y compris leur manque de contrôle ou de pouvoir de décision dans les relations sexuelles et leur plus grande vulnérabilité biologique. Les politiques et les programmes doivent mettre au point des stratégies permettant aux jeunes femmes de se protéger contre l'infection.

- *Les informations sur la santé de la reproduction doivent être fournies aux adolescentes célibataires et aux adolescentes mariées.*

La plupart des adolescentes mariées ou célibataires enregistrent des niveaux élevés de grossesses non planifiées et ont un besoin de contraception non satisfait. Il est tout particulièrement important de toucher les adolescentes, car les informations sont les plus efficaces lorsqu'elles sont reçues avant le début de l'activité sexuelle. En raison de l'évolution des schémas de mariage et de début de l'activité sexuelle, le nombre de jeunes filles célibataires qui courent un risque élevé de tomber enceinte alors qu'elles ne sont pas mariées ou de contracter une IST est beaucoup plus élevé que les générations précédentes.

- *Les programmes de santé de la reproduction doivent correspondre davantage aux besoins des jeunes célibataires sexuellement actives.*

Bien que l'usage de méthodes modernes de contraception par les adolescentes ait augmenté dans un grand nombre de pays, certaines jeunes filles célibataires sexuelle-

ment actives s'en remettent aux méthodes traditionnelles. Le plus souvent, elles observent une abstinence périodique. Dans la pratique, les méthodes traditionnelles utilisées sans la formation de professionnels du secteur de la santé ne fournissent pas le même degré de protection contre la grossesse que les méthodes modernes, pas plus qu'elles ne protègent contre les IST.

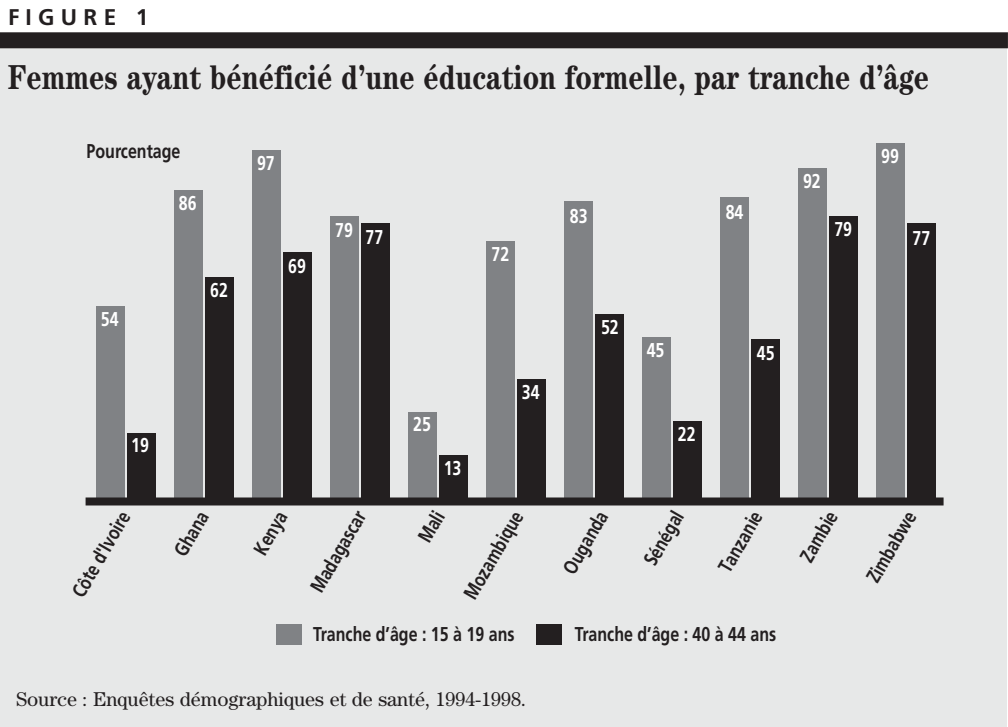
- *Des mesures sont nécessaires pour augmenter le recours aux services d'accouchement professionnels par les adolescentes.*

Les jeunes filles qui tombent enceintes pendant leur adolescence – surtout leur jeune adolescence – courent davantage de risques de complications obstétriques que les femmes entre 20 et 39 ans. Qui plus est, les enfants de mères adolescentes courent plus de risques de problèmes de santé et de décès que les enfants de mères plus âgées. Même si des soins maternels professionnels peuvent contribuer à assurer un accouchement sans problème et la naissance d'un enfant en bonne santé, rares sont les jeunes mères dont l'accouchement est assisté par un médecin ou une sage-femme/infirmière.

Education et accès à l'information

ACCES DES FEMMES A L'EDUCATION FORMELLE

L'éducation joue un rôle de premier plan dans la transmission de connaissances et d'aptitudes aux nouvelles générations. Qui plus est, les femmes plus éduquées ont tendance à se marier et à avoir des enfants plus tard que celles qui le sont moins. La Figure 1 propose une comparaison du pourcentage des femmes de 15 à 19 ans et de 40 à 44 ans qui ont été scolarisées.



- Dans tous les pays, les filles sont plus susceptibles que les femmes de 40 à 44 ans d'avoir bénéficié d'une éducation formelle.
- Les différences entre les niveaux d'éducation en fonction de l'âge sont particulièrement marquées en Tanzanie, au Mozambique et en Côte d'Ivoire. En Tanzanie, par exemple, 84 % des adolescentes ont été scolarisées, contre 45 % des femmes de 40 à 44 ans.
- Dans tous les pays, à l'exception du Sénégal et du Mali, plus de la moitié des filles de 15 à 19 ans ont bénéficié d'une certaine éducation formelle.
- Au Kenya, en Zambie et au Zimbabwe, plus de 90 % des filles sont allées à l'école.

SCOLARISATION DES ADOLESCENTS

Combien de jeunes vont à l'école ? Comme le révèlent les Figures 2 et 3, les résultats varient de manière considérable entre pays et tranche d'âge.

- Dans huit des dix pays étudiés, au moins la moitié des jeunes gens de 11 à 15 ans sont allés à l'école.
- La scolarisation des adolescentes varie de 22 % au Mali à 87 % au Kenya³. Chez les adolescents, ces pourcentages varient entre 32 % au Mali et 90 % au Kenya.
- Le taux de scolarisation des adolescents est souvent légèrement plus élevé que celui des adolescentes.
- Les garçons sont nettement plus susceptibles de fréquenter l'école que les filles. Les taux de scolarisation des garçons dépassent ceux des filles d'au moins 20 points de pourcentage en Côte d'Ivoire, au Mozambique et en Ouganda.

Comme l'indique la Figure 3, de nombreux adolescents cessent de fréquenter l'école entre 16 et 20 ans.

- Dans tous les pays étudiés, moins de la moitié des adolescents entre 16 et 20 ans sont scolarisés.

Les raisons pour lesquelles les jeunes cessent de fréquenter l'école varient de manière considérable d'un pays à l'autre et en fonction des individus. Parmi les raisons avancées le plus fréquemment figurent les suivantes : incapacité de payer les frais de scolarité, médiocrité des écoles, obligation d'assurer le soutien financier de membres de la famille, grossesse et mariage. Dans certains contextes, la discrimination sexuelle chez les enseignants et le harcèlement sexuel dans les écoles sont parfois la cause de taux d'abandon scolaire plus importants chez les filles⁴.

FIGURE 2

Scolarisation des adolescents des deux sexes entre 11 et 15 ans

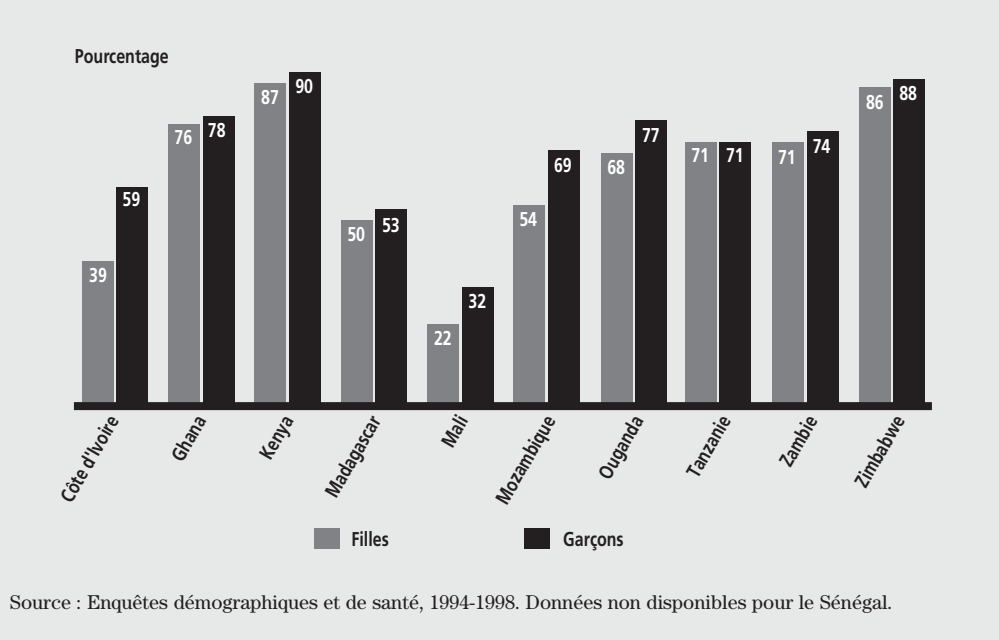
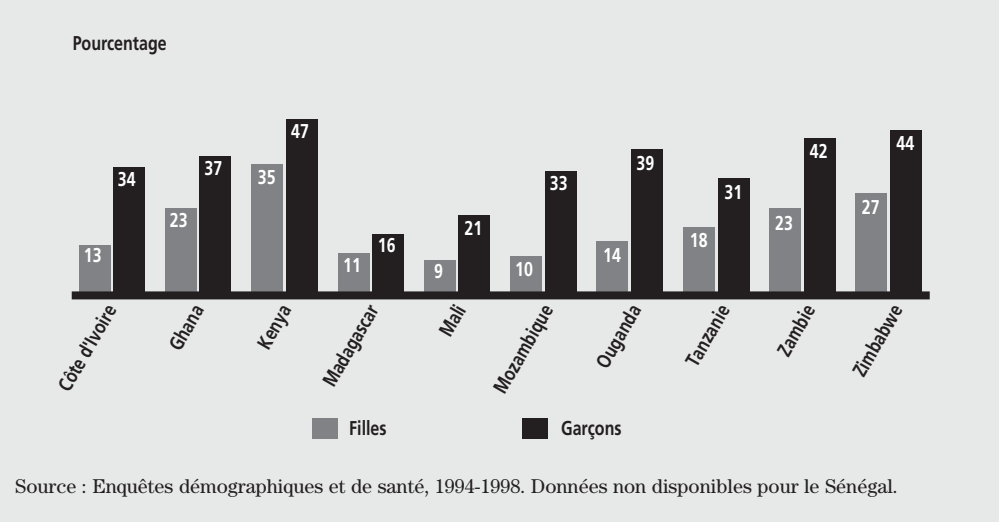


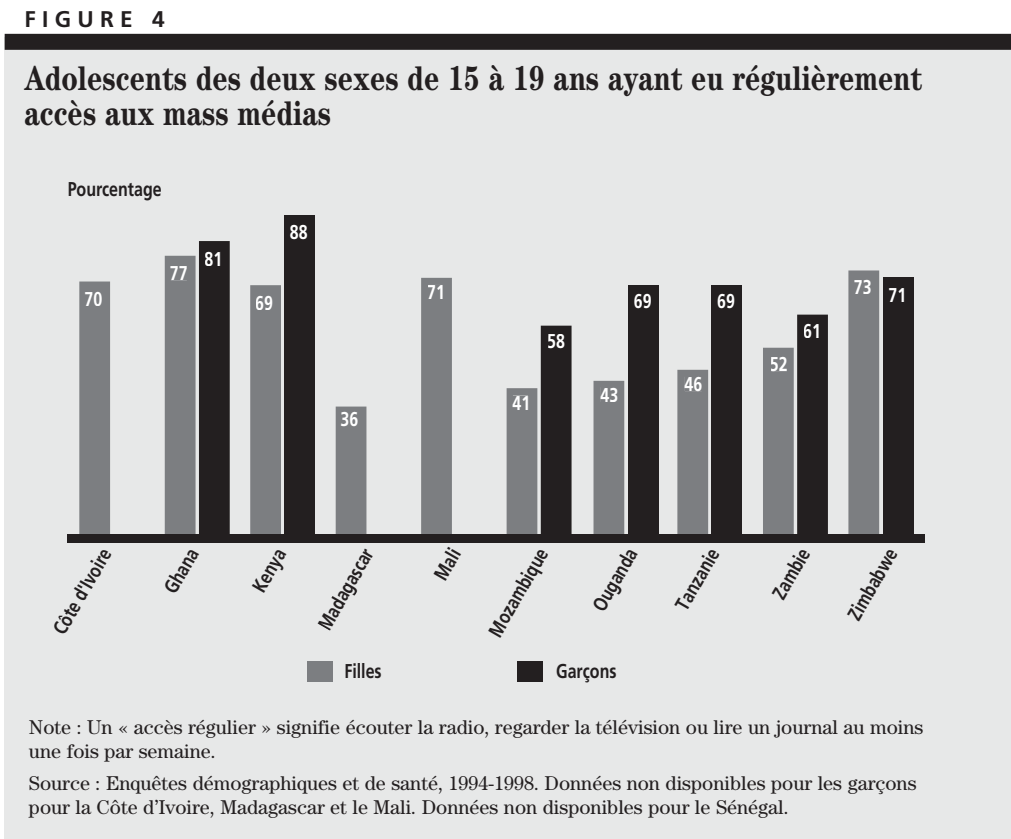
FIGURE 3

Scolarisation des deux sexes entre 16 et 20 ans



ACCES REGULIER AUX MASS MEDIAS : RADIO, TELEVISION ET JOURNAUX

Les mass médias sont une source importante d'informations et d'idées sur la santé, la planification familiale et divers autres thèmes. Par ailleurs, ces moyens de communication présentent à leur public différentes valeurs et différents exemples. Comme indiqué à la Figure 4, dans bien des pays les résultats des enquêtes confirment l'existence de différences entre les sexes en ce qui a trait à l'accès des jeunes aux mass médias.



- Dans l'ensemble, nombreux sont les jeunes des deux sexes qui ont régulièrement accès aux mass médias sous une forme ou une autre, qu'il s'agisse de la radio, de la télévision ou des journaux. Plus de 40 % des personnes interrogées ont déclaré avoir accès régulièrement aux mass médias dans neuf des dix pays étudiés.
- Dans pratiquement tous les pays de l'étude pour lesquels on dispose de données comparables, les garçons sont plus susceptibles de lire les journaux, de regarder la télévision ou d'écouter la radio régulièrement que les filles.
- Les différences entre les sexes sont particulièrement frappantes en Ouganda et en Tanzanie. En Ouganda, 43 % des filles de 15 à 19 ans déclarent avoir accès aux mass médias de manière hebdomadaire, contre 69 % des garçons.

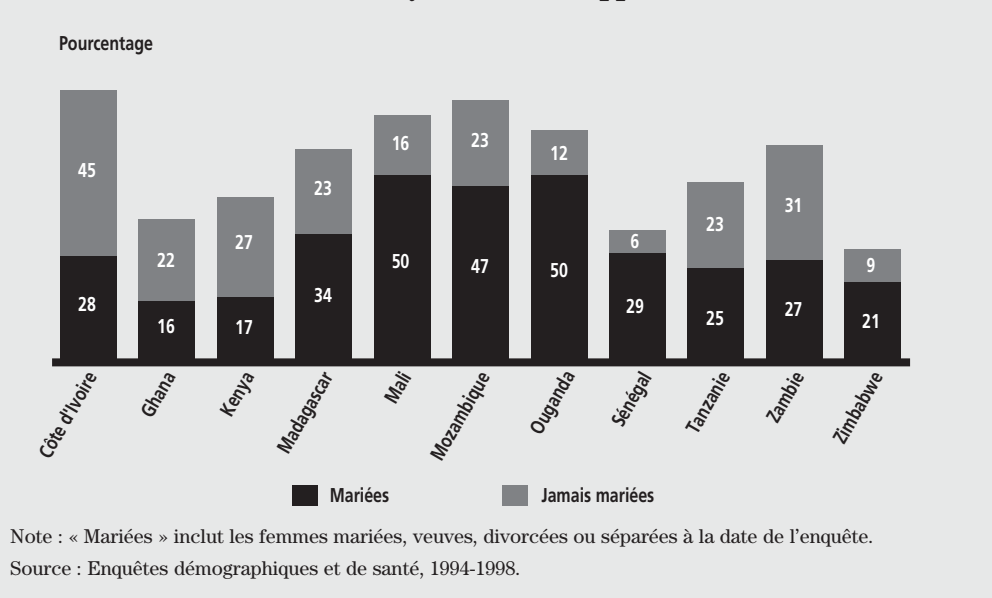
Sexualité et mariage

SEXUALITE CHEZ LES ADOLESCENTS

Nombreux sont les adolescents de l'Afrique sub-saharienne qui sont sexuellement actifs, y compris les célibataires des deux sexes. La Figure 5 ci-dessous et la Figure 6 en page 12 définissent les jeunes « sexuellement actifs » comme étant les personnes ayant eu des rapports sexuels. Les jeunes femmes sont plus nombreuses à se marier. Pour la plupart des jeunes hommes, la majeure partie de l'activité sexuelle se produit hors du mariage.

FIGURE 5

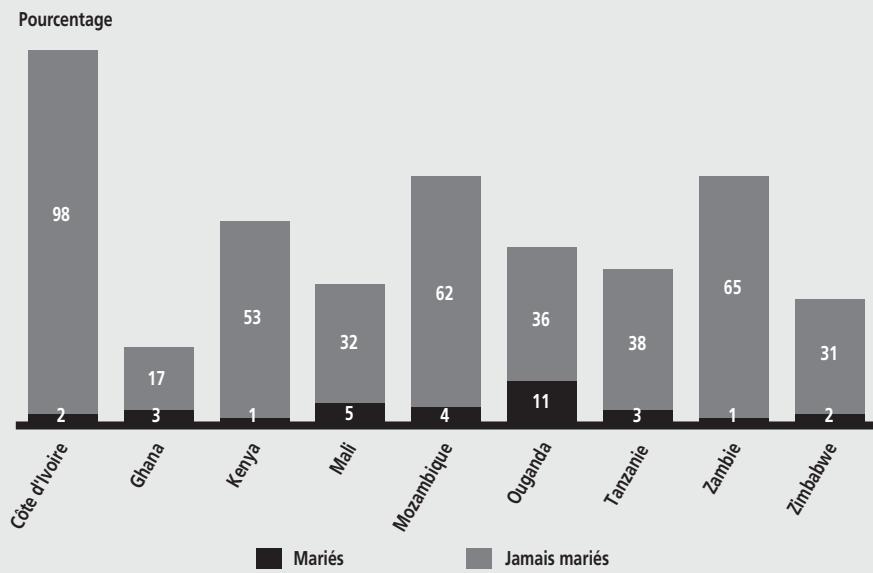
Adolescentes de 15 à 19 ans ayant eu des rapports sexuels



- Dans huit des onze pays de l'étude, au moins 25 % des jeunes femmes de 15 à 19 ans sont mariées ou l'ont été. Par contre, moins de 6 % des jeunes hommes de la même tranche d'âge sont mariés ou l'ont été, et ce pour pratiquement tous les pays pour lesquels on dispose de données.
- Au Mali, en Ouganda et au Mozambique, près d'une jeune femme de 15 à 19 ans sur deux s'est mariée. En Ouganda, 11 % des jeunes hommes sont mariés ou l'ont été.
- Le nombre de jeunes femmes célibataires déclarant avoir eu des rapports sexuels varie d'un pays à l'autre. Moins de 10 % des jeunes femmes célibataires du Sénégal et du Zimbabwe déclarent avoir eu des rapports sexuels, alors qu'en Côte d'Ivoire 45 % des jeunes femmes se disent sexuellement actives mais ne sont pas mariées ; ce chiffre est de 31 % en Zambie.

FIGURE 6

Adolescents de 15 à 19 ans ayant eu des rapports sexuels



Note : « Mariés » inclut les hommes mariés, veufs, divorcés ou séparés à la date de l'enquête.
Source : Enquêtes démographiques et de santé, 1994-1998. Données non disponibles pour Madagascar et le Sénégal.

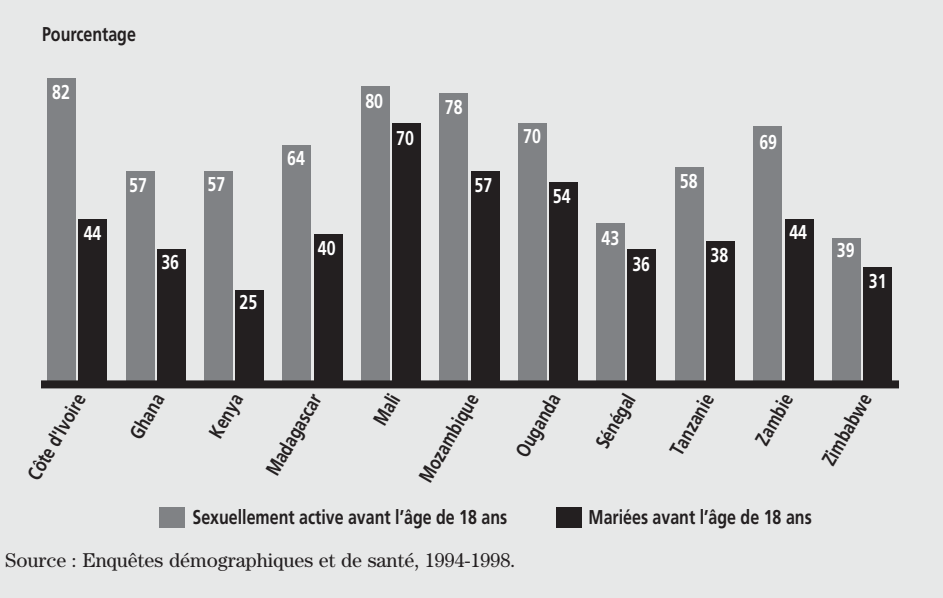
- Comme c'est le cas pour les jeunes femmes, le nombre de jeunes hommes sexuellement actifs varie d'un pays à l'autre. Cependant, dans la plupart des pays, un grand nombre de jeunes hommes sont sexuellement actifs. Plus de 30 % des jeunes hommes de 15 à 19 ans sont célibataires et sexuellement actifs dans tous les pays étudiés à l'exception du Ghana.

QUAND LES ADOLESCENTS ONT-ILS LEURS PREMIERS RAPPORTS SEXUELS ET SE MARIENT-ILS ?

Pour les filles en Afrique sub-saharienne, les premiers rapports sexuels et le mariage marquent généralement le passage à l'âge adulte. Et les jeunes mariées tombent souvent enceintes peu de temps après leur mariage. Les mariages à un jeune âge sont également associés à une famille plus nombreuse et, dans certains cas, des taux d'abandon scolaire plus élevés et des perspectives économiques plus limitées. Comme l'indique la Figure 7 ci-dessous, dans pratiquement tous les pays ayant fait l'objet de notre étude, un grand nombre de jeunes filles ont leurs premiers rapports sexuels et se marient pendant leur adolescence.

FIGURE 7

Jeunes femmes de 20 à 24 ans sexuellement actives et/ou mariées avant 18 ans



- Dans neuf des onze pays de notre étude, plus de la moitié des jeunes femmes avaient eu des rapports sexuels avant l'âge de 18 ans et plus d'un tiers étaient mariées à cet âge.
- Dans de nombreux cas, les rapports sexuels précèdent le mariage. Dans tous les pays, on enregistre une proportion plus élevée de jeunes femmes ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 18 ans que de jeunes femmes mariées à cet âge.
- Le mariage précoce est particulièrement fréquent au Mali, au Mozambique et en Ouganda. Au Mali, en effet, 70 % des jeunes femmes se marient pour la première fois avant l'âge de 18 ans. Par contre, les mariages à un très jeune âge sont moins fréquents au Kenya, où 25 % seulement des jeunes femmes se marient pour la première fois avant l'âge de 18 ans.

ENCADRE 2

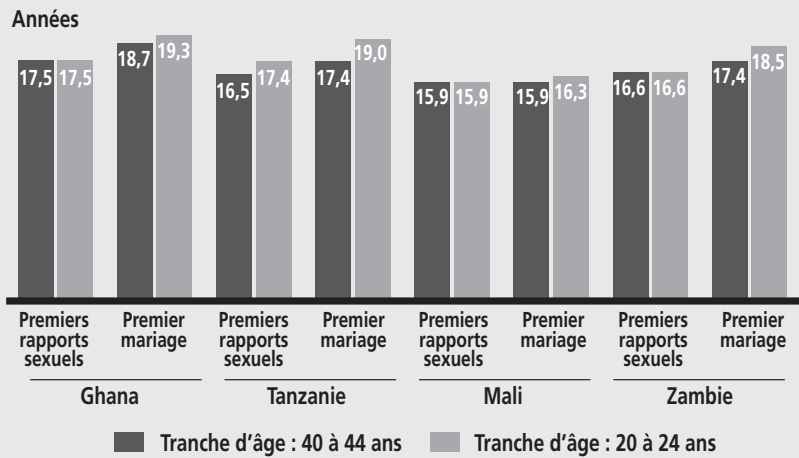
En quoi l'âge des rapports sexuels et du mariage a-t-il changé ?

La figure ci-dessous indique les âges moyens au moment des premiers rapports sexuels et du premier mariage chez les femmes de 20 à 24 ans et de 40 à 44 ans (on ne dispose pas de données pour tous les pays). Ces chiffres indiquent que l'écart entre les premiers rapports sexuels et le premier mariage s'est creusé au fil des générations de femmes. Dans trois des quatre pays cités, l'âge au moment des premiers rapports sexuels est demeuré essentiellement le même alors que l'âge au moment du premier mariage a augmenté. Les jeunes femmes restent donc plus longtemps célibataires

et sont plus longuement exposées aux risques de grossesse et de maladies sexuellement transmissibles que ne l'étaient leurs mères.

Les nouveaux schémas du début de l'activité sexuelle et du mariage révèlent un besoin en informations sur la santé de la reproduction et en services y afférents pour les adolescentes mariées et célibataires. Selon les résultats enregistrés par les programmes, il semble que l'efficacité de l'information atteigne son niveau optimum lorsqu'elle est fournie avant les premiers rapports sexuels.

Age moyen au moment du premier mariage ou des premiers rapports sexuels des femmes de 20 à 24 ans et de 40 à 44 ans, pays choisis



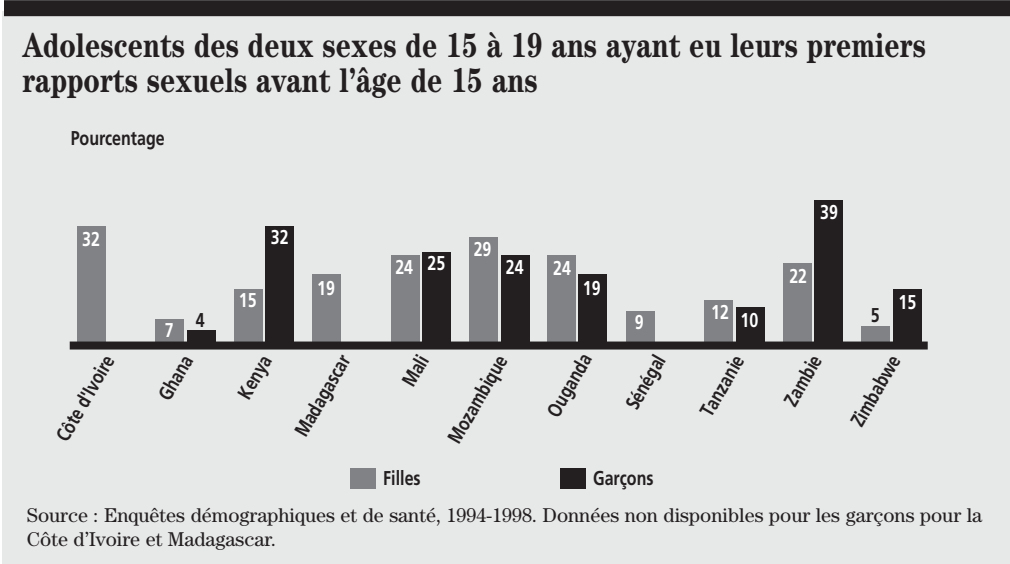
Note : L'expression « âge moyen » fait référence au fait que la moitié des femmes interrogées ont eu leurs premiers rapports sexuels ou se sont mariées pour la première fois avant ou après cet âge.
Source : Enquêtes démographiques et de santé, 1995-1998.

PREMIERS RAPPORTS SEXUELS A UN TRES JEUNE AGE

Le début des rapports sexuels à un jeune âge pose des problèmes de santé sérieux pour les jeunes gens des deux sexes. Lorsque la plupart des adolescents abordent leurs premières relations sexuelles, ils utilisent rarement une forme quelconque de contraception. Cela les place à la merci d'une grossesse non planifiée ou d'IST. Les adolescentes qui ont des rapports sexuels à un très jeune âge sont plus susceptibles, sur le plan biologique, de contracter un certain nombre d'IST dont le VIH/SIDA que les femmes adultes. Dans certains cas, elles sont également plus vulnérables sur le plan social, et ont plus de mal à négocier des rapports sexuels protégés avec leur partenaire.

La Figure 8 ci-dessous indique le pourcentage d'adolescents des deux sexes ayant eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 15 ans. Les résultats n'indiquent cependant pas la fréquence ou la régularité des rapports sexuels chez les jeunes gens. D'après certains travaux de recherche, les rapports sexuels chez les très jeunes gens – surtout chez les adolescents célibataires – sont rares et intermittents⁵.

FIGURE 8



- Dans six des onze pays de notre étude, près d'un cinquième des adolescentes avaient eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 15 ans. Le pourcentage d'adolescentes devenues sexuellement actives avant l'âge de 15 ans varie de 5 % au Zimbabwe à 32 % en Côte d'Ivoire.
- Le pourcentage de garçons devenus sexuellement actifs avant l'âge de 15 ans varie de 4 % au Ghana à 39 % en Zambie.
- Dans certains contextes, les garçons et les filles se comportent différemment en ce qui a trait au début de leur activité sexuelle. Au Kenya et en Zambie, par exemple, les garçons sont nettement plus susceptibles que les filles de déclara-

rer avoir eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans.

Dans certains des pays présentés, le début de l'activité sexuelle chez les jeunes femmes se produit le plus souvent au sein du mariage ou juste avant. Au Mali, la moitié des femmes de 15 à 19 ans sont mariées ou l'ont été. Dans la mesure où le plus souvent les hommes se marient plus tard que les femmes, la majeure partie de leur activité sexuelle se déroule sans doute hors du mariage. En raison des différents contextes dans lesquels se produisent les activités sexuelles, pour les garçons comme pour les filles, il est nécessaire d'élaborer des approches programmatiques en fonction des besoins de chacun des sexes.

Les jeunes filles devenues sexuellement actives très tôt ont parfois fait l'objet de pressions d'une nature ou d'une autre – physique ou verbale – et été contraintes à avoir des rapports sexuels contre leur gré. Généralement, les recherches suggèrent que les adolescentes de 15 ans et moins sont particulièrement vulnérables en cas de rencontres sexuelles non désirées. Un certain nombre de facteurs, de nature sociale, édu-

cative et économique, font parfois des jeunes filles des cibles faciles et elles sont forcées d'avoir des rapports sexuels avec leur petit ami, leurs professeurs ou d'autres hommes en position d'autorité⁶. Les efforts déployés dans le cadre des programmes doivent prendre en considération la vulnérabilité des adolescentes et des jeunes filles en cas de rencontres sexuelles non désirées.

ENCADRE 3

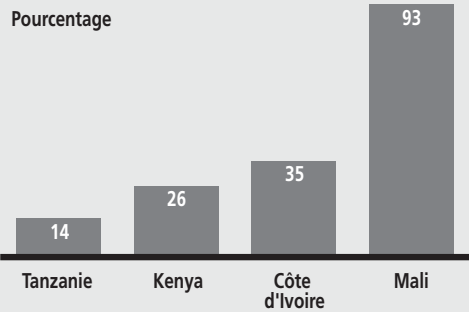
L'excision féminine

Comme l'indiquent les chiffres ci-dessous, nombreuses sont les jeunes filles en Afrique sub-saharienne ayant subi des excisions. Dans les quatre pays pour lesquels nous disposons de données, la prévalence des excisions chez les adolescentes de 15 à 19 ans va de 14 % en Tanzanie à 93 % au Mali. Dans la mesure où certaines jeunes femmes sont soumises à ces pratiques lorsqu'elles ont une vingtaine d'années, ces niveaux de prévalence sous-estiment peut-être l'étendue de ces pratiques chez les adultes.

Les justifications des excisions féminines varient d'une communauté à l'autre. Bien souvent, ces pratiques sont censées instiller plus de caractéristiques féminines chez les jeunes femmes, améliorer leur santé, préparer les fillettes au passage à l'âge adulte et au mariage, et tempérer les comportements sexuels avant le mariage ou en dehors de celui-ci. Dans certaines communautés, les jeunes femmes qui ne subissent pas des excisions se heurtent à des perspectives économiques, sociales et maritales plus limitées que celles qui se soumettent à ces procédures.

La plupart des professionnels du secteur médical et d'autres ont documenté les nombreuses complications médicales susceptibles d'accompagner les excisions, y compris les risques d'hémorragie, d'infection, de problèmes obstétricaux et d'infertilité. Le degré des risques médicaux est toutefois fonction de plusieurs facteurs : l'expérience de la personne qui procède aux mutilations, ses instruments, les conditions d'hygiène, la sévérité de

Adolescentes de 15 à 19 ans ayant subi des excisions, pays choisis



Source : Enquêtes démographiques et de santé, 1994-1998.

l'excision et l'accès à des services post-opératoires et à d'autres services médicaux adéquats.

Les décideurs politiques considèrent de plus en plus les excisions féminines comme une question de santé et une question de droits de la personne. De nombreux dirigeants africains se sont prononcés contre cette pratique, rappelant les problèmes de santé et les questions de droits de la personne qu'elles soulèvent. Les agences des Nations Unies œuvrent également en faveur de l'abandon de ces pratiques. Une déclaration conjointe sur les excisions féminines préparée par l'Organisation mondiale de la Santé, l'UNICEF et le FNUAP déclare : « ...Les arguments contre cette pratique sont fondés sur des normes de droit de la personne acceptées à l'échelle universelle, y compris le droit au plus haut niveau possible de santé physique et mentale... »*

* Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Les mutilations sexuelles féminines : Déclaration conjointe OMS/UNICEF/FNUAP* (Genève : OMS, 1996).

ECHANGE DE FAVEURS SEXUELLES

Comme l'indique le Tableau 1, un certain nombre d'adolescents célibataires ont récemment échangé des faveurs sexuelles contre de l'argent et des cadeaux⁷.

Les relations sexuelles comportant un échange d'argent ou de cadeaux contre des faveurs sexuelles sont susceptibles de placer les adolescentes dans une situation de risque plus élevé de grossesse non planifiée et d'IST. Pour les jeunes filles qui reçoivent un paiement en échange, le déséquilibre dans les relations fait qu'il leur est difficile de refuser d'avoir des rapports sexuels ou de négocier l'utilisation du préservatif ou de contraceptifs. Les jeunes filles engagées dans des relations d'échange de faveurs avec des hommes plus âgés se trouvent dans une situation de vulnérabilité toute particulière. Qui plus est, dans certains contextes, les hommes recherchent des partenaires jeunes à cause du mythe selon lequel des rapports sexuels avec une femme vierge guérissent le SIDA. Pour les garçons, les rencontres sexuelles contre échange d'argent ou de cadeaux renforcent le risque d'IST, surtout lorsqu'il ne s'agit pas d'une relation monogame.

TAB LEAU 1

Relations d'échanges de faveurs sexuelles

Pays	Période	Adolescents célibataires ayant reçu ou donné de l'argent ou des cadeaux en échange de faveurs sexuelles (%)	
		Filles	Garçons
Kenya	12 derniers mois	21	17
Mali	12 derniers mois	26	19
Ouganda	dernière rencontre sexuelle	31	26
Zambie	12 derniers mois	38	39
Zimbabwe	4 dernières semaines	13	8

Source : Enquêtes démographiques et de santé, 1994-1998.

- Au Kenya, au Mali, en Ouganda et en Zambie, 13 % à 38 % des filles et 8 % à 39 % des garçons déclarent avoir récemment reçu ou versé une forme de paiement ou une autre en échange pour des faveurs sexuelles.
- Dans la plupart des pays mentionnés, les filles célibataires sont légèrement plus susceptibles que les garçons célibataires d'avoir récemment été engagées dans une relation sexuelle portant sur un échange.
- Plus d'un cinquième des filles célibataires dans quatre des cinq pays indiqués ont eu des relations sexuelles portant sur une forme d'échange.

VIH/SIDA

LE SIDA CONSTITUE L'UNE DES PLUS GRAVES MENACES POUR

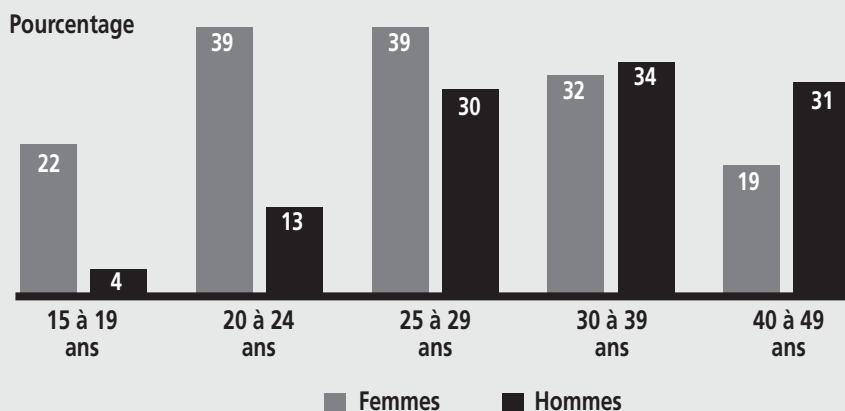
la santé et le bien-être des jeunes gens en Afrique sub-saharienne. Dans l'ensemble, plus de la moitié des nouveaux cas de VIH se déclarent chez des jeunes gens, hommes et femmes, entre 15 et 24 ans. En Afrique, selon les estimations 1,7 millions de jeunes gens de 10 à 24 ans sont infectés chaque année⁸.

TAUX DE PREVALENCE DU VIH

Dans un certain nombre de communautés, les chercheurs ont découvert que les filles sont plus susceptibles d'être séropositives que les garçons⁹. Etant donné ces chiffres, un grand nombre de jeunes femmes sont susceptibles d'être infectées par des hommes plus âgés plutôt que par des hommes de leur âge. Comme l'indique la Figure 9, par exemple, 22 % des filles de 15 à 19 ans sont séropositives, contre 4 % des garçons de la même tranche d'âge¹⁰. A partir de 30 ans, cependant, les taux de prévalence chez les hommes dépassent ceux enregistrés chez les femmes.

FIGURE 9

Prévalence du VIH chez les hommes et les femmes à Kisumu, au Kenya, 1997, par tranche d'âge



Source : Programme national de contrôle du SIDA et des MST (NASCOP), Ministère de la Santé du Kenya.

Un certain nombre de facteurs – de nature sociale, culturelle et biologique – contribue à accroître la vulnérabilité des filles au VIH. Les filles sont plus susceptibles d’être en situation désavantagée lorsqu’elles tentent de négocier l’usage du préservatif ou la fidélité de leurs partenaires à cause des différences d’âge, des disparités économiques et des normes applicables à la dynamique hommes-femmes. En général, les très jeunes femmes sont souvent plus susceptibles de contracter des IST que les femmes adultes à cause du manque de maturité de leurs organes reproducteurs. Dans certaines études, la transmission du VIH se fait plus efficacement de l’homme à la femme que le contraire, ce qui semble indiquer que les femmes sont biologiquement plus susceptibles au VIH que les hommes¹¹.

Comme l’indique le Tableau 2, les taux de prévalence estimés du VIH chez les jeunes femmes de 15 à 24 ans varient entre 0,12 % à Madagascar et 25,76 % au Zimbabwe. Selon ces résultats, il semblerait que le VIH soit répandu chez les jeunes femmes dans différents contextes. Dans sept des onze pays de notre étude, par exemple, les estimations semblent indiquer que plus de 6 % des jeunes femmes sont séropositives. Les degrés de séropositivité sont également inquiétants chez les jeunes hommes, pour lesquels les taux de prévalence oscillent entre 0,02 % et 12,85 %.

TABLEAU 2

Taux de prévalence du VIH chez les hommes et les femmes âgés de 15 à 24 ans, à la fin de 1999

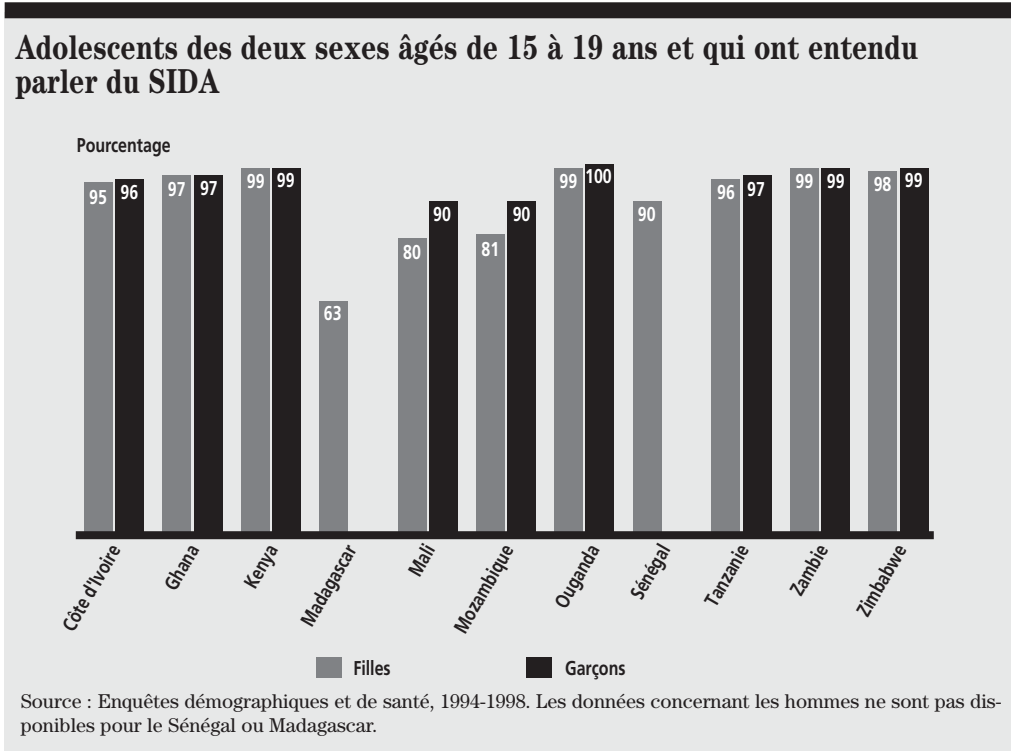
Pays	Fourchette estimée des taux de prévalence	
	Femmes (en %)	Hommes (en %)
Côte d'Ivoire	6,68 - 12,33	2,10 - 5,47
Ghana	2,40 - 4,44	,76 - 1,97
Kenya	11,07 - 14,98	4,26 - 8,52
Madagascar	,12 - ,14	,02 - ,06
Mali	1,74 - 2,40	1,04 - 1,58
Mozambique	13,36 - 16,11	4,49 - 8,97
Ouganda	6,65 - 8,99	2,56 - 5,12
Sénégal	1,12 - 2,07	,39 - 1,02
Tanzanie	6,85 - 9,27	2,64 - 5,28
Zambie	16,86 - 18,68	7,08 - 9,32
Zimbabwe	23,25 - 25,76	9,77 - 12,85

Source : ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA, juin 2000*.

SENSIBILISATION DES ADOLESCENTS AU VIH/SIDA

Comme l'indique la Figure 10, la grande majorité des adolescents sont conscients du VIH/SIDA.

FIGURE 10



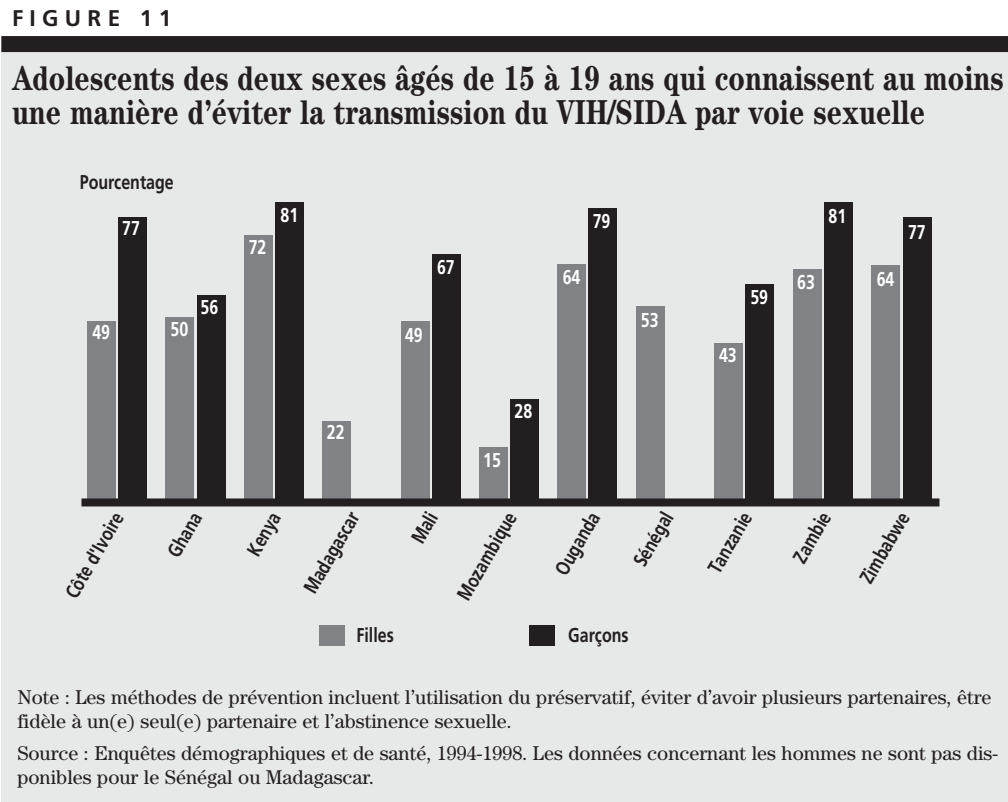
- Dans huit des onze pays de notre étude, au moins 90 % des jeunes filles de 15 à 19 ans ont entendu parler du SIDA. La sensibilisation semble toutefois moindre à Madagascar – 63 %.
- Certaines différences liées au sexe se remarquent pour le Mali et le Mozambique, où les filles sont moins suscep-

tibles d'être informées sur le SIDA que les garçons.

La sensibilisation au SIDA ne constitue cependant qu'une mesure superficielle de l'information. Une question importante demeure : les adolescents savent-ils comment prévenir la maladie ?

ADOLESCENTS SACHANT COMMENT PREVENIR LA TRANSMISSION DU VIH/SIDA PAR VOIE SEXUELLE

Bien qu'un grand nombre d'adolescents aient entendu parler du VIH/SIDA, peu nombreux sont ceux qui connaissent au moins une manière d'éviter la transmission du VIH par voie sexuelle. La Figure 11 indique le pourcentage d'adolescents qui mentionnent spontanément une des mesures préventives ci-après lorsqu'on leur demande comment éviter d'attraper le VIH/SIDA : utiliser le préservatif, éviter d'avoir plusieurs partenaires, être fidèle à un(e) seul(e) partenaire et s'abstenir d'avoir des rapports sexuels.



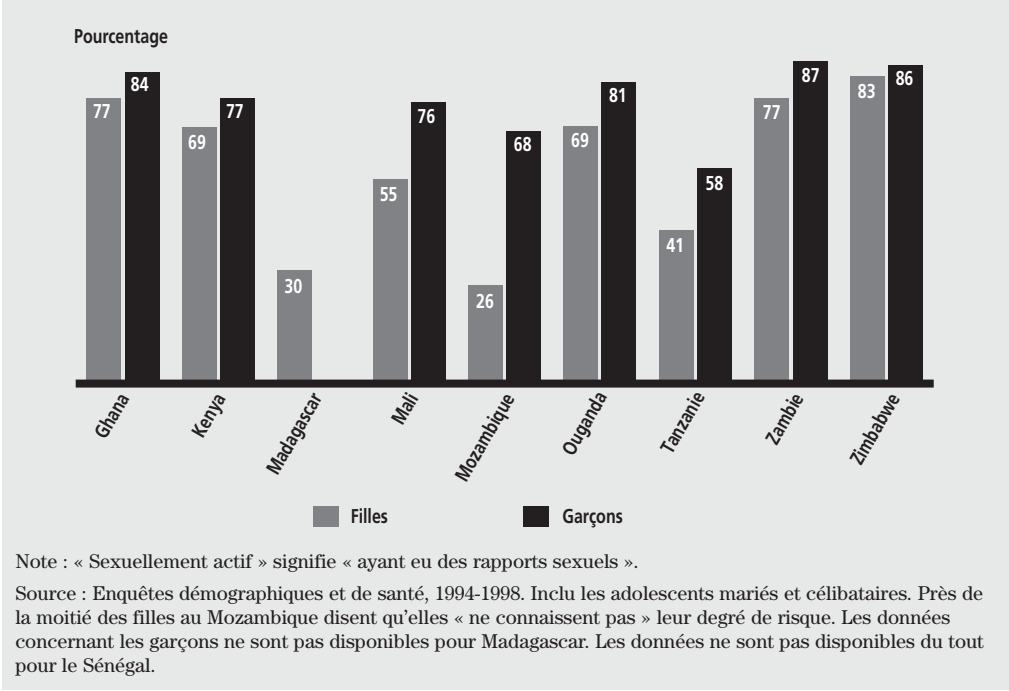
- Un plus grand nombre de garçons que de filles savent comment éviter le VIH/SIDA. Il est donc essentiel de renforcer la diffusion de l'information auprès des filles : dans bien des contextes, les niveaux de prévalence du VIH sont plus élevés chez les filles que chez les garçons.
- En Côte d'Ivoire, au Ghana, à Madagascar, au Mali, au Mozambique, au Sénégal et en Tanzanie, moins de 55 % des adolescentes sont capables de nommer au moins une des quatre mesures de protection contre la transmission du VIH.
- Chez les filles, la connaissance d'au moins une méthode de prévention varie de 15 % au Mozambique à 72 % au Kenya. Chez les garçons, ces taux varient de 28 % au Mozambique à 81 % au Kenya et en Zambie.

ADOLESCENTS SEXUELLEMENT ACTIFS CONVAINCUS QU’ILS NE RISQUENT PAS, OU QU’ILS RISQUENT PEU, DE CONTRACTER LE SIDA

Au sein des adolescents sexuellement actifs, une proportion importante de jeunes hommes et de jeunes femmes sont convaincus qu’ils ne risquent pas, ou qu’ils risquent peu, de contracter le SIDA. La Figure 12 inclut tant les adolescents mariés que les adolescents célibataires sexuellement actifs¹².

FIGURE 12

Adolescents des deux sexes sexuellement actifs âgés de 15 à 19 ans qui pensent qu’ils ne risquent pas, ou qu’ils risquent peu, de contracter le SIDA



- Dans la plupart des pays présentés, plus de la moitié des adolescents sexuellement actifs sont convaincus qu’ils courent peu ou pas de risque de contracter le SIDA.
- Les garçons sont plus susceptibles que les filles de croire qu’ils courent peu ou pas de risque de contracter le VIH/SIDA.
- Chez les garçons, la perception du degré de risque comme faible ou nul varie de 58 % en Tanzanie à 87 % en Zambie. Chez les filles, ces pourcentages varient entre 26 % au Mozambique et 83 % au Zimbabwe.
- Plus de 75 % des garçons de six des huit pays pour lesquels on dispose de données considèrent qu’ils courent peu ou pas de risque de contracter le VIH/SIDA.
- Plus de 75 % des filles au Ghana, en Zambie et au Zimbabwe considèrent qu’elles courent peu ou pas de risque de contracter le VIH/SIDA.

ENCADRE 4

Principales raisons avancées par ceux qui considèrent qu'ils courent peu ou pas de risque de contracter le SIDA

Pourquoi un si grand nombre d'adolescents sexuellement actifs pensent-ils qu'ils ne risquent pas de contracter le SIDA ? Selon les Enquêtes démographiques et de santé organisées entre 1995 et 1998, les raisons avancées par les adolescents varient. Pour les filles célibataires qui pensent ne pas courir de risque ou en courir peu, l'argument avancé le plus fréquemment est qu'elles n'ont qu'un seul partenaire. En outre, nombreuses sont les célibataires qui disent s'abstenir de tout rapport sexuel. Au Kenya, en Zambie, au Zimbabwe et en Ouganda, 25 % à 37 % des filles célibataires déclarent qu'elles courent peu ou pas de risque parce qu'elles pratiquent l'abstinence. Chez les jeunes femmes mariées qui pensent ne courir que peu de risque, la grande majorité avance l'argument du partenaire unique.

Un certain nombre de jeunes gens des deux sexes, mariés ou célibataires, disent qu'ils courent peu ou pas de risque parce qu'ils n'ont qu'un seul partenaire, une pratique qui peut réduire le risque de contracter le SIDA mais ne l'annule pas tout à fait. Les adolescents ne sont pas toujours informés du fait que les antécédents

sexuels de leur partenaire sont susceptibles de les placer dans une situation de risque ; ils ne savent pas forcément si leur partenaire a d'autres partenaires.

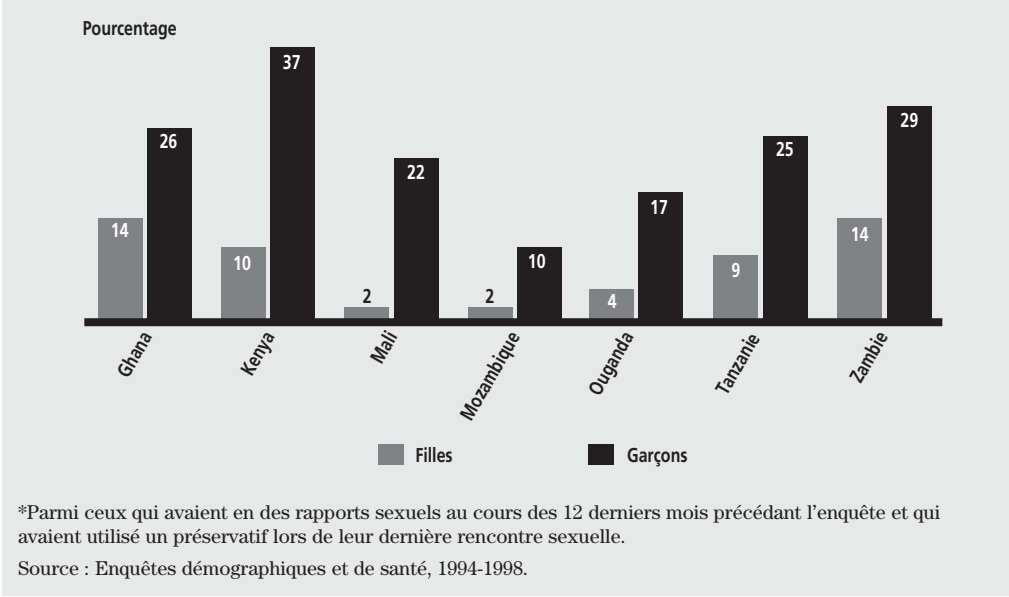
Les garçons célibataires sont beaucoup plus susceptibles que les filles célibataires de dire qu'ils courent peu de risque parce qu'ils utilisent le préservatif. Le pourcentage de garçons célibataires qui se considèrent comme courant peu de risque parce qu'ils utilisent le préservatif varie de 17 % en Ouganda à 47 % au Zimbabwe. Par contre, l'utilisation du préservatif avancé par les filles célibataires comme les plaçant dans une situation de risque limité varie de 6 % à Madagascar à 18 % en Tanzanie. Si le préservatif réduit effectivement le risque, il ne rend pas forcément les rapports sexuels « sans risque ». Les conclusions de l'EDS ne disent pas si ces adolescentes utilisent le préservatif correctement et systématiquement lors de chaque rapport sexuel. Comme c'est le cas des filles célibataires, un certain nombre des garçons célibataires de certains pays déclarent courir peu de risque parce qu'ils pratiquent l'abstinence : 52 % en Ouganda, 37 % au Mali et 36 % en Zambie.

UTILISATION DU PRESERVATIF LORS DES RENCONTRES SEXUELLES

Dans la mesure où un grand nombre d'adolescents sont sexuellement actifs, l'usage du préservatif est une méthode importante de prévention de la propagation du VIH/SIDA. La Figure 13 indique le pourcentage de jeunes gens ayant utilisé le préservatif lors de leur dernière rencontre sexuelle. Seuls les adolescents ayant eu des rapports sexuels lors des 12 mois précédant l'enquête ont été inclus.

FIGURE 13

Adolescents des deux sexes âgés de 15 à 19 ans ayant utilisé un préservatif lors de leur dernière rencontre sexuelle*, pays choisis



- Dans cinq pays, 22 % à 37 % des garçons adolescents déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernière rencontre sexuelle.
- Chez les adolescents, l'usage du préservatif le plus élevé est enregistré au Kenya, le plus faible au Mozambique.
- Chez les adolescentes, l'utilisation du préservatif varie de 2 % au Mali et au Mozambique à 14 % au Ghana et en Zambie.

En général, les filles sont moins susceptibles de déclarer qu'elles utilisent le préservatif que les garçons. Selon les résultats

des recherches, il existe un certain nombre d'obstacles à une utilisation plus répandue du préservatif, dont le manque de contrôle dans le processus de prise de décision relatif à l'usage du préservatif lors des rapports sexuels, l'association du préservatif avec les prostituées, l'infidélité ou les IST, des niveaux d'information plus faibles, et des normes sexospécifiques mettant l'accent sur la soumission sexuelle qui font que les filles hésitent à parler du préservatif avec leurs partenaires ou ont honte. Cependant, le préservatif féminin offrira peut-être davantage d'options de protection aux femmes contre les infections et la grossesse.

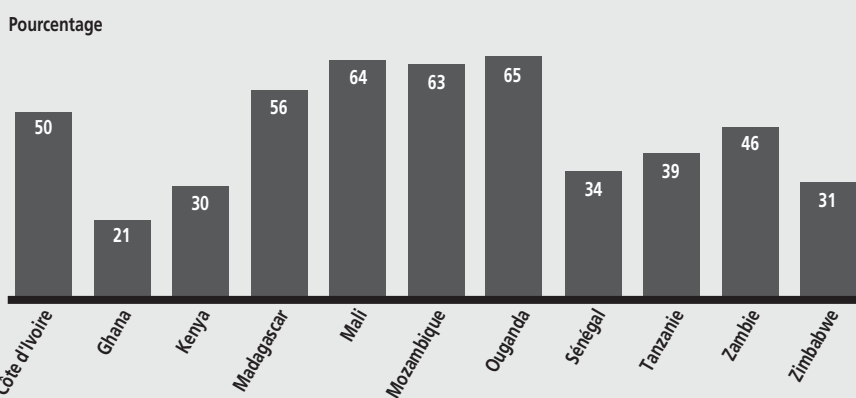
Grossesses

GROSSESSES CHEZ LES ADOLESCENTES

Les grossesses chez les adolescentes sont fréquentes en Afrique sub-saharienne. Cependant, un grand nombre de jeunes filles ne sont pas prêtes, sur le plan biologique, économique ou social, à avoir des enfants et à les élever. La Figure 14A indique le pourcentage de jeunes femmes de 18 ans ayant déjà un enfant ou attendant leur premier enfant.

FIGURE 14A

Jeunes femmes de 18 ans ayant déjà un enfant ou attendant leur premier enfant

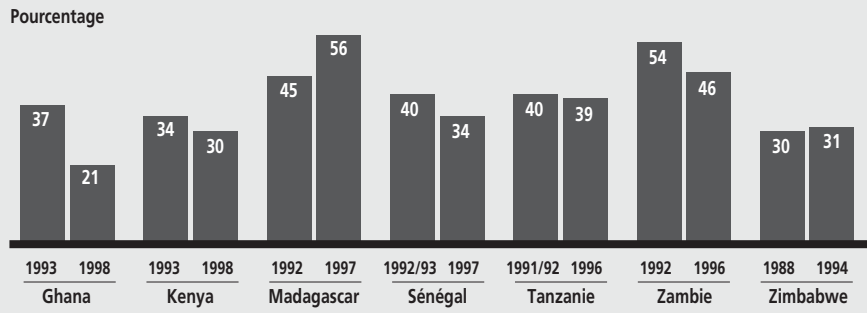


Source : Enquêtes démographiques et de santé, 1994-1998.

- Dans tous les pays sauf un, au moins 30 % des jeunes femmes de 18 ans ont déjà un enfant ou attendent leur premier enfant.
- Le pourcentage de jeunes femmes de 18 ans qui sont déjà mères ou le seront bientôt oscille de 21 % au Ghana à 65 % en Ouganda.
- Les grossesses chez les adolescentes sont particulièrement fréquentes en Côte d'Ivoire, à Madagascar, au Mali, au Mozambique et en Ouganda. Dans ces pays au moins la moitié des jeunes femmes des 18 ans ont déjà des enfants ou en auront bientôt.

FIGURE 14 B

Jeunes femmes de 18 ans ayant déjà un enfant ou attendant leur premier enfant de la fin des années 1980 à 1998, pays choisis



Source : Enquête démographique et de santé, 1988-1998.

La grossesse chez les adolescentes est-elle moins fréquente ? La Figure 14B compare les niveaux de maternité révélés par des enquêtes menées à cinq ans d'intervalle. Dans les pays présentés, une enquête a été menée à la fin des années 1980 ou au début des années 1990, et la dernière enquête a eu lieu entre 1995 et 1999.

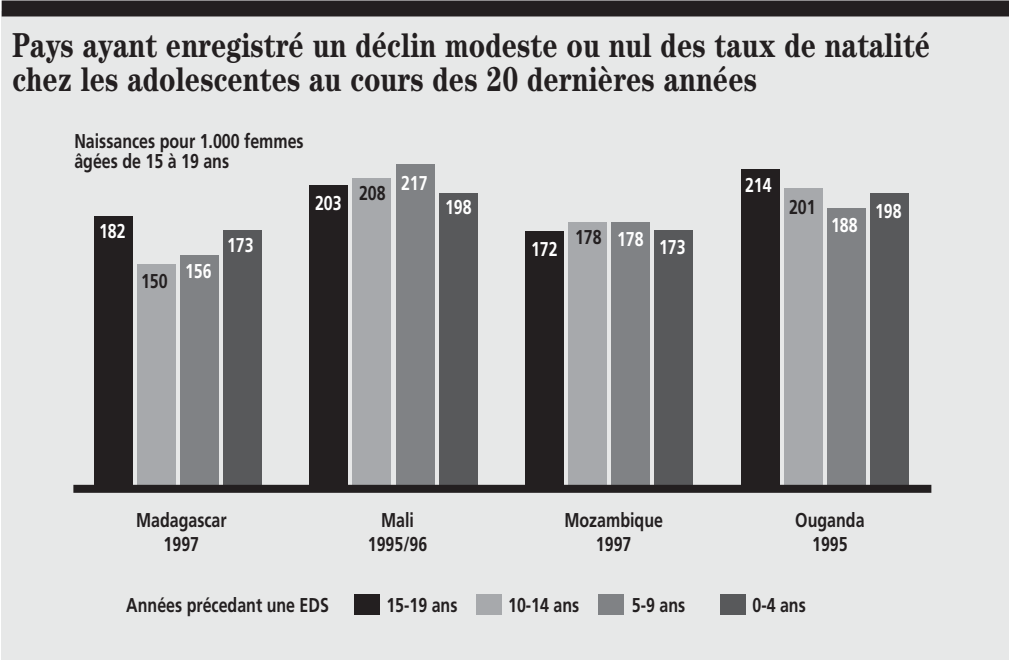
Si certaines tendances semblent révéler un déclin du nombre de grossesses chez les adolescentes dans la moitié des pays, cette réduction demeure modeste. La diminution la plus importante semble s'être produite au Ghana et en Zambie. A Madagascar, le niveau des maternités chez les adolescentes de 18 ans semble avoir augmenté depuis le début des années 1990.

TAUX DE NAISSANCE CHEZ LES ADOLESCENTES¹³

La fécondité des adolescentes est-elle en diminution ? Cela dépend. Les pays enregistrant les degrés de grossesses adolescentes les plus élevés, à savoir l'Ouganda, le Mali, Madagascar et le Mozambique, ne révèlent pas de déclin – ou révèlent un déclin très limité – de ces taux au cours des 20 dernières années. Par contre, on enregistre un certain déclin du degré de fertilité chez les adolescentes dans les pays où les taux de natalité sont un peu plus faibles, comme le Ghana, le Kenya, le Sénégal, la Tanzanie, la Zambie et le Zimbabwe.

En général, la majorité des adolescentes des pays présentés auront un enfant lorsqu'elles arriveront à 20 ans. Un taux de naissance de 100 indique que la moitié des adolescentes auront eu en moyenne un enfant lorsqu'elles célébreront leur 20e anniversaire.

FIGURE 15

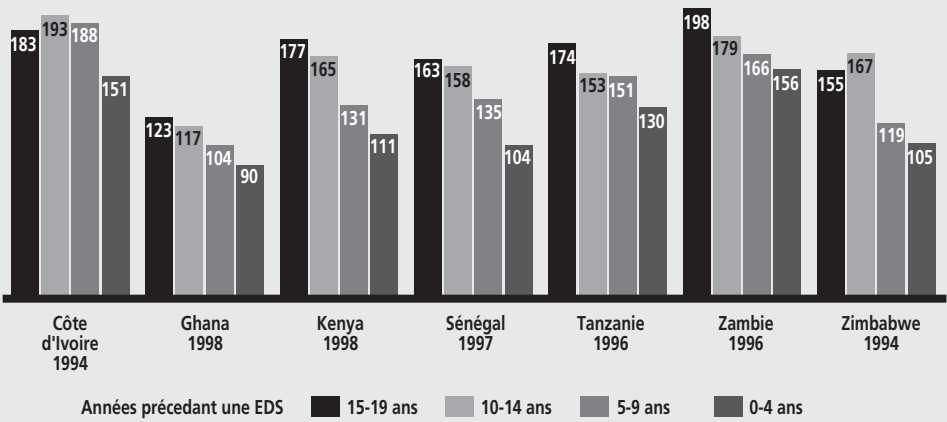


- La Figure 15 indique les taux de naissance chez les adolescentes au cours des 20 dernières années. Les taux de natalité à Madagascar, au Mali, au Mozambique et en Ouganda semblent n'avoir guère changé au cours des 20 dernières années.
- Au Mali, on a observé un léger déclin du taux de natalité au cours des dernières années. Les taux de natalité les plus récents demeurent cependant très proches des taux enregistrés 15 à 19 ans avant le sondage.

FIGURE 16

Pays ayant enregistré un déclin de leur taux de natalité au cours des 20 dernières années

Naissances pour 1.000 femmes âgées de 15 à 19 ans



La Figure 16 révèle une tendance à la baisse des taux de natalité chez les adolescentes dans les pays suivants : Ghana, Kenya, Sénégal, Tanzanie et Zambie. En Côte d'Ivoire et au Zimbabwe, les taux de

naissance semblent diminuer depuis quelques années. En Côte d'Ivoire, ces taux semblent avoir décliné depuis 5 ans, et au Zimbabwe ces taux sont en diminution depuis une dizaine d'années.

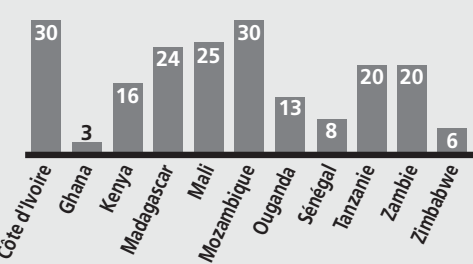
ENCADRE 5

Mères célibataires

Les mères célibataires ne sont pas rares en Afrique sub-saharienne. Dans la plupart des pays étudiés, au moins 10 % des adolescentes célibataires de 18 ans attendent leur premier enfant ou en ont déjà un. Comme l'indique le graphique ci-contre, le pourcentage des femmes célibataires qui sont enceintes ou ont déjà un enfant varie de 3 % au Ghana à 30 % en Côte d'Ivoire et au Mozambique.

Les mères célibataires se heurtent souvent à bien plus de difficultés que les mères mariées. Elles reçoivent souvent moins de soutien de leur famille et de leur communauté, et elles ont souvent moins de ressources pour élever leurs enfants et les scolariser. Dans d'autres contextes, une maternité peut améliorer le statut d'une jeune femme au sein de sa famille et de sa communauté¹. Qui plus est, les naissances avant le mariage sont parfois une condition du mariage. Dans certains pays, un certain nombre de

Jeunes femmes de 18 ans ayant déjà un enfant ou attendant leur premier enfant



Source : Enquêtes démographiques et de santé, 1994-1998.

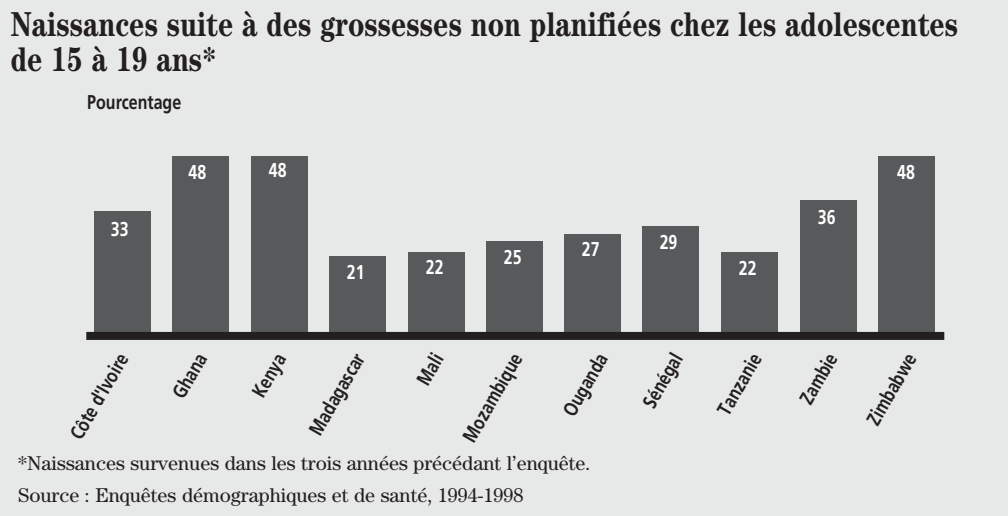
jeunes femmes enceintes célibataires sont mariées lorsqu'elles accouchent².

Notes:
1. B. Barnett et J. Stein, *Women's Voices, Women's Lives: The Impact of Family Planning* (Research Triangle Park, Caroline du Nord : Family Health International, 1998).
2. *Adolescent Women in Sub-Saharan Africa: A Chartbook on Marriage and Childbearing* (Washington, DC : Enquêtes démographiques et de santé, Macro International et Population Reference Bureau, 1992).

GROSSESSES NON PLANIFIEES CHEZ LES ADOLESCENTES

Les adolescentes sont vulnérables aux grossesses non planifiées. Nombreuses sont celles qui deviennent sexuellement actives de bonne heure, sans utiliser de contraception et n'ont qu'un accès limité aux informations et aux services de santé de la reproduction.

FIGURE 17



- Comme l'indique la Figure 17, dans tous les pays étudiés plus d'un cinquième des naissances récentes ont été déclarées comme étant involontaires par les jeunes mères.
- Les grossesses non planifiées sont particulièrement fréquentes chez les adolescentes au Ghana, au Kenya et au Zimbabwe. Près de la moitié des filles

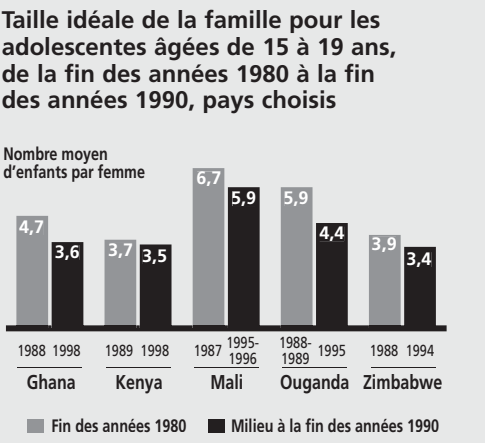
dans ces pays ont des enfants à la suite de grossesses non planifiées.

La grande majorité des naissances involontaires chez les adolescentes sont des naissances souhaitées mais pas à ce moment-là. Ceci semble indiquer un besoin pour des méthodes de contraception qui permettent aux jeunes femmes d'espacer ou de reporter leurs grossesses.

ENCADRE 6

Taille idéale de la famille

Le questionnaire des EDS demande à toutes les femmes quelle est, selon elles, la taille idéale de la famille. Dans les pays indiqués sur le diagramme ci-contre, les adolescentes semblent vouloir moins d'enfants de nos jours que les adolescentes de la fin des années 1980. Même en Ouganda, où l'on n'a pas enregistré de déclin des taux de natalité chez les adolescentes, la taille idéale de la famille indiquée par les adolescentes a diminué, passant de près de 6 enfants en 1988-1989 à 4,4 enfants en 1995.



ENCADRE 7

Avortement

Les complications des suites d'un avortement à risque peuvent avoir un impact désastreux sur la santé et le bien-être des jeunes femmes. Certaines études effectuées au cours des années 1980 et 1990 dans plusieurs pays d'Afrique ont révélé que 38 % à 68 % des femmes requérant des services hospitaliers à cause de complications des suites d'un avortement sont des adolescentes¹. L'une des études nationales réalisée au Nigeria a révélé que 60 % des décès attribuables aux suites d'un avortement se produisent chez des adolescentes de moins de 20 ans².

Les complications des suites d'un avortement sont une cause importante de décès chez les jeunes femmes en Afrique sub-saharienne où l'avortement est illégal ou soumis à des restrictions sévères. Bien que l'avortement soit commun dans bien des régions d'Afrique sub-saharienne, l'on estime que 99 % des avortements qui ont lieu dans la région sont illégaux. L'Afrique a le taux le plus élevé de décès dus à des avortements au monde, avec environ 680 décès pour 100.000 avortements. Par contre, les taux en Asie du Sud et du Sud-Est sont de 283 décès et les taux dans le monde plus développé sont d'environ un décès pour 100.000 avortements³.

Dans bien des contextes, les adolescentes involontairement enceintes sont plus susceptibles que les femmes de vingt ou trente ans de tenter de se procurer un avortement. Les raisons le plus souvent avancées par les jeunes femmes qui optent pour l'avortement sont que le moment est mal choisi, qu'elles craignent d'être expulsées de l'école, qu'elles ne veulent pas avoir un enfant en dehors du mariage, qu'elles ont des problèmes financiers ou qu'elles éprouvent des incertitudes à l'égard de leur partenaire⁴.

References :

1. C. Howson, P. Harrison, D. Hotra et M. Law, eds., *In Her Lifetime : Female Morbidity and Mortality in Sub-Saharan Africa* [Pendant sa vie : morbidité et mortalité féminines en Afrique sub-saharienne] (Washington, D.C. : Institute of Medicine, National Academy Press, 1996) : 82-83. Les études citées ont été évaluées par A. Tinker, P. Daly, C. Green, H. Saxenian, R. Lakshminarayanan et K. Gill dans *Women's Health and Nutrition : Making a Difference* [Santé et nutrition féminines : comment changer les choses] (Washington, D.C. : Banque mondiale, 1994).
2. Etudes décrites par S. Kinoti, L. Gaffikin, J. Benson et L.A. Nicholson dans leur *Monograph on Complications of Unsafe Abortion in Africa* [Monographie sur les complications des suites d'un avortement en Afrique] (Baltimore, Maryland : Commonwealth Regional Health Community Secretariat for East, Central and Southern Africa, avec le Johns Hopkins Program for International Education in Reproductive Health (JHPIEGO) et IPAS, 1995) : A1-3, A1-5, A1-10, A1-19, A1-27, A1-28.
3. The Alan Guttmacher Institute, *Sharing Responsibility : Women, Society and Abortion Worldwide* [Le partage des responsabilités : les femmes, la société et l'avortement dans le monde] (New York : AGI, 1999) : 35.
4. S. Kinoti, L. Gaffikin, J. Benson et L.A. Nicholson, *Monograph on Complications of Unsafe Abortion in Africa* [Monographie sur les complications des suites d'un avortement en Afrique] : 19.

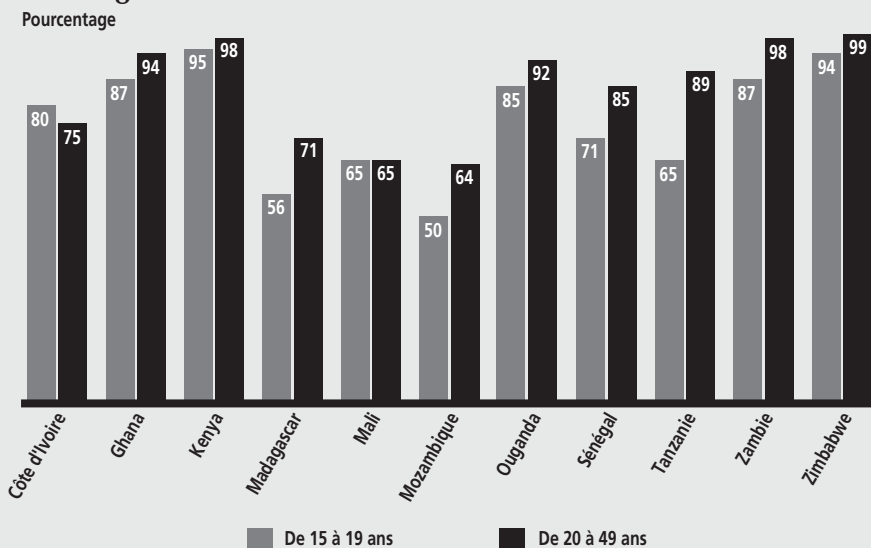
Contraception

CONNAISSANCE DE L'EXISTENCE DE METHODES MODERNES DE CONTRACEPTION

La Figure 18 indique la connaissance élémentaire de méthodes de contraception chez les adolescentes de 15 à 19 ans et les femmes de 20 à 49 ans. Dans pratiquement tous les pays présentés, la majorité des adolescentes et des femmes plus âgées peuvent nommer au moins une méthode moderne de contraception. Les femmes plus âgées sont généralement mieux informées que les plus jeunes. Ceci est peut-être attribuable en partie à un manque d'intérêt ou à un accès plus limité aux informations et aux services de contraception pour les femmes plus jeunes.

FIGURE 18

Femmes connaissant une méthode quelconque de contraception, par tranche d'âge



Note : Les méthodes modernes incluent la pilule contraceptive, le DIU, les injectables, le diaphragme, la mousse, le gel, le préservatif, la stérilisation et les implants.

Source : Enquêtes démographiques et de santé, 1994-1998

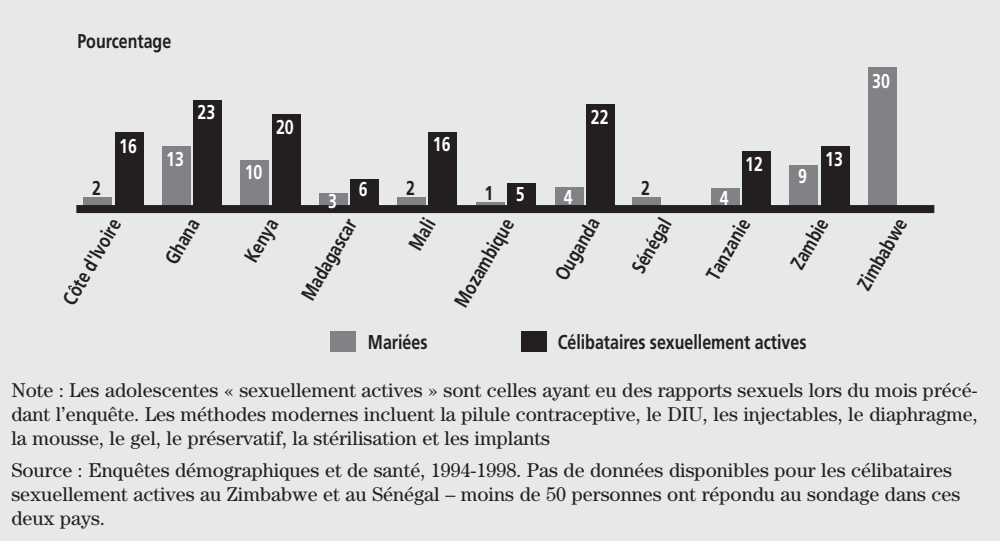
- Dans neuf de ces onze pays, les femmes plus âgées sont plus susceptibles de connaître une méthode moderne que les adolescentes. L'écart de connaissances entre les adolescentes et les femmes plus âgées est particulièrement frappant en Tanzanie, suivi de Madagascar, du Mozambique et du Sénégal.
- Plus de 90 % des femmes âgées de 20 à 49 ans au Ghana, au Kenya, en Ouganda, en Zambie et au Zimbabwe peuvent nommer une méthode moderne de contraception.
- La connaissance des méthodes modernes de contraception est assez limitée à Madagascar et au Mozambique : une adolescente sur deux seulement peut nommer une méthode moderne de contraception. Ceci explique peut-être en partie pourquoi Madagascar et le Mozambique enregistrent certains des taux les plus élevés de grossesses chez les adolescentes parmi les pays présentés.

UTILISATION DE METHODES MODERNES DE CONTRACEPTION

L'usage de méthodes de contraception aide les couples à éviter les grossesses non planifiées. Cependant, comme l'indique la Figure 19, la plupart des adolescentes sexuellement actives ne recourent pas à la contraception moderne.

FIGURE 19

Adolescentes de 15 à 19 ans utilisant des méthodes modernes de contraception, par situation de famille

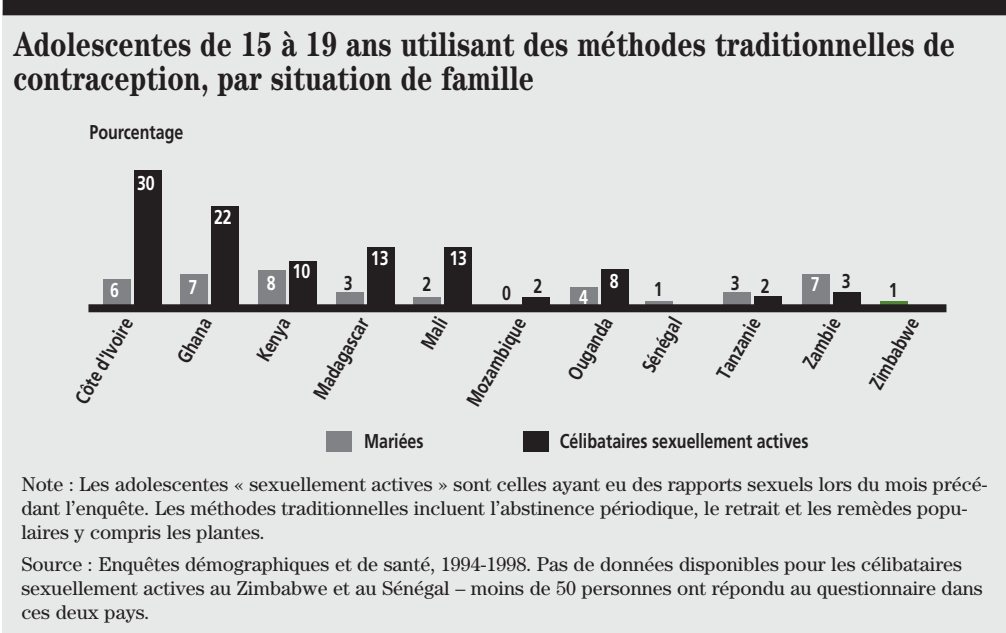


- Dans sept des onze pays de l'étude, moins de 5 % des adolescentes mariées utilisent une méthode moderne de contraception. L'utilisation très limitée des contraceptifs par les adolescentes mariées est peut-être attribuable à l'importance qu'accordent les couples récemment mariés à avoir des enfants. Qui plus est, les adolescentes mariées sont plus susceptibles de vouloir des enfants que les adolescentes célibataires.
- Les adolescentes célibataires sexuellement actives sont plus susceptibles de faire appel à la contraception moderne que leurs homologues mariées. L'usage de méthodes modernes de contraception par les célibataires sexuellement actives varie de 5 % au Mozambique à 23 % au Ghana. Les adolescentes « sexuellement actives » sont celles ayant eu des rapports sexuels au cours du mois précédant l'enquête.
- Généralement, le Zimbabwe enregistre les niveaux les plus élevés d'usage de la contraception chez les jeunes femmes mariées. Parmi les pays étudiés, le Zimbabwe enregistre également les taux les plus faibles de natalité chez les adolescents.
- Au moins 15 % des adolescentes sexuellement actives utilisent une méthode moderne de contraception en Côte d'Ivoire, au Ghana, au Kenya, au Mali et en Ouganda.

UTILISATION DE METHODES TRADITIONNELLES DE CONTRACEPTION

Comme l'indique la Figure 20 ci-dessous, un certain nombre d'adolescentes font appel aux méthodes traditionnelles de contraception pour éviter les grossesses. Au nombre de ces méthodes traditionnelles on peut citer l'abstinence périodique, le retrait et les remèdes populaires tels que les plantes. En général, les adolescentes qui font appel aux méthodes traditionnelles optent pour l'abstinence périodique. Néanmoins, cela veut parfois dire qu'elles ont des rapports sexuels peu fréquents, et non qu'elles suivent un schéma délibéré d'abstinence pour éviter une grossesse.

FIGURE 20



- L'utilisation de méthodes traditionnelles de contraception par les adolescentes mariées et célibataires varie de 1 % à 30 %.
- Dans sept des neuf pays pour lesquels des données sont disponibles, les adolescentes sexuellement actives sont plus susceptibles de recourir aux méthodes traditionnelles que les adolescentes mariées. Cependant, dans certains contextes les différences enregistrées sont minimes.
- Au moins 10 % des adolescentes sexuellement actives utilisent des méthodes traditionnelles en Côte d'Ivoire, au Ghana, au Kenya, à Madagascar et au Mali. Moins de 10 % des adolescentes mariées utilisent les méthodes traditionnelles dans l'ensemble des pays.

Bien appliquées, différentes formes d'abstinence périodique peuvent permettre

une prévention efficace de la grossesse¹⁴. Ces méthodes peuvent sembler attrayantes pour les adolescentes qui s'inquiètent des effets secondaires potentiels des contraceptifs, qui souhaitent respecter les normes religieuses ou culturelles pour prévenir la grossesse, ou qui n'ont qu'un accès limité aux contraceptifs modernes. Cependant, pour prévenir la grossesse, l'abstinence périodique exige la participation des deux partenaires du couple ; elle exige aussi que les femmes évitent les rapports sexuels durant leur phase fertile ou au milieu de leur cycle menstruel.

A l'heure actuelle, la plupart des jeunes femmes ne connaissent pas suffisamment bien leurs corps pour utiliser ces méthodes avec efficacité. Selon les données des EDS, en Côte d'Ivoire, au Kenya, à Madagascar, au Mozambique, au Sénégal, en Tanzanie et en Zambie moins de 20 % des jeunes femmes savent à quel moment elles sont le plus susceptibles de tomber enceintes.

METHODES DE CONTRACEPTION UTILISEES PAR LES FEMMES

Les Figures 21, 22 et 23 indiquent les méthodes de contraception utilisées par les adolescentes mariées ou célibataires sexuellement actives. Pour ces figures, l'expression « sexuellement active » signifie que la personne interrogée a eu des rapports sexuels dans les quatre semaines précédant le sondage. Les méthodes de contraception sont classées en trois catégories : pilule contraceptive/injectables/DIU/implants, le préservatif et les méthodes traditionnelles. Ces dernières incluent l'abstinence périodique, le retrait et les remèdes populaires tels que les plantes.

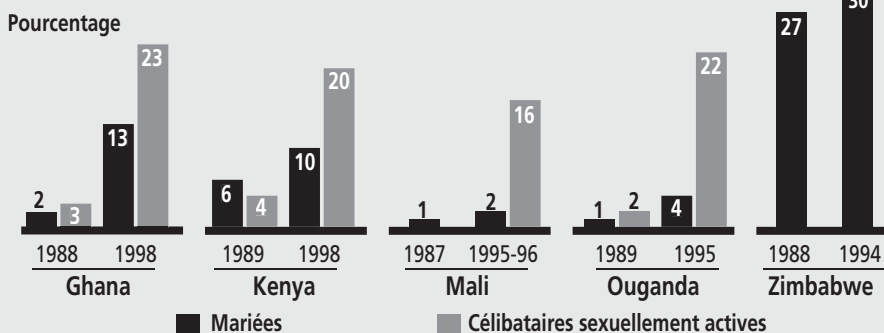
Le type de méthode utilisée par les adolescentes mariées et célibataires varie d'un pays à l'autre de notre étude. Dans l'ensemble, le préservatif semble être utilisé plus fréquemment par les célibataires sexuellement actives que par les adolescentes mariées. L'usage du préservatif peut être le reflet d'un besoin plus pressant de prévenir les grossesses et les maladies

ENCADRE 8

Usage de la contraception moderne, années 1980 et 1990

Les adolescentes sont plus susceptibles de recourir à la contraception moderne de nos jours qu'elles ne l'étaient il y a cinq ou dix ans. Le diagramme ci-dessous illustre le pourcentage de filles âgées de 15 à 19 ans déclarant avoir utilisé une méthode moderne de contraception au moment de l'enquête. Les méthodes modernes incluent la pilule contraceptive, le DIU, les injectables, le diaphragme, les mousses et gels, le préservatif, la stérilisation et les implants.*

Tendances de l'utilisation des méthodes modernes de contraception chez les adolescentes, par situation de famille



Source : Enquêtes démographiques et de santé, 1987-1989, 1994-1998. Pas de données disponibles pour les célibataires sexuellement actives pour le Mali (1987) et le Zimbabwe – moins de 50 personnes interrogées ont répondu au questionnaire.

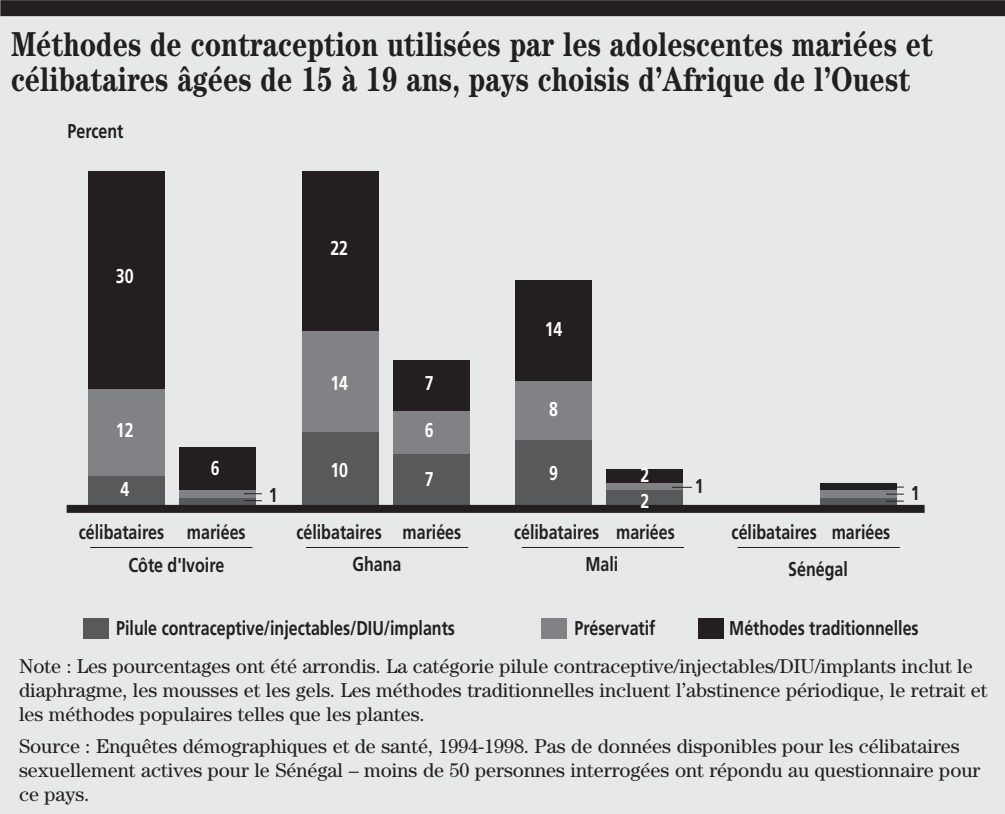
- Les adolescentes s'en remettent de plus en plus aux méthodes modernes de contraception. Au cours des cinq ou dix dernières années, leur utilisation a augmenté entre un et vingt points de pourcentage.
- Dans l'ensemble, l'usage de méthodes modernes a augmenté tant chez les adolescentes mariées que les adolescentes célibataires.
- L'augmentation de l'utilisation des méthodes modernes est particulièrement notable chez les jeunes célibataires sexuellement actives. Au Ghana, par exemple, 3 % ont déclaré qu'elles utilisaient des méthodes modernes en 1988, contre 23 % en 1998.
- Le Zimbabwe enregistre les niveaux les plus élevés d'usage des contraceptifs par les adolescentes mariées, 30 % d'entre elles faisant appel à des méthodes modernes. Bien que l'usage des contraceptifs soit relativement élevé au Zimbabwe, l'augmentation de la prévalence depuis 1989 n'a été que de 3 points de pourcentage.

* L'EDS de 1998 pour le Ghana inclut la méthode de l'aménorrhée de la lactation (MAL) au nombre des méthodes modernes – 3,7 % des adolescentes mariées au Ghana utilisaient la méthode MAL au moment de l'enquête.

chez les adolescentes célibataires sexuellement actives. Il constitue peut-être la méthode de choix des adolescentes ayant des rapports sexuels peu fréquents. Dans l'ensemble un niveau plus élevé de l'usage du préservatif suggère que certains programmes ont réussi à améliorer l'accès aux préservatifs pour les groupes les plus à risque de grossesse non planifiée et d'IST.

Bien que les adolescentes célibataires soient peut-être plus susceptibles d'adopter des comportements sexuels leur faisant courir un risque plus sérieux de contracter le SIDA et d'autres IST, selon les travaux de recherche, les adolescentes mariées courent quand même un risque. A titre d'exemple, différentes études indiquent qu'un certain nombre d'adolescentes sont séropositives, y compris des adolescentes mariées. Même les jeunes femmes mariées peuvent contracter une IST, parce que bien souvent ces jeunes femmes épousent des hommes plus âgés et ayant plus d'expérience au plan sexuel.

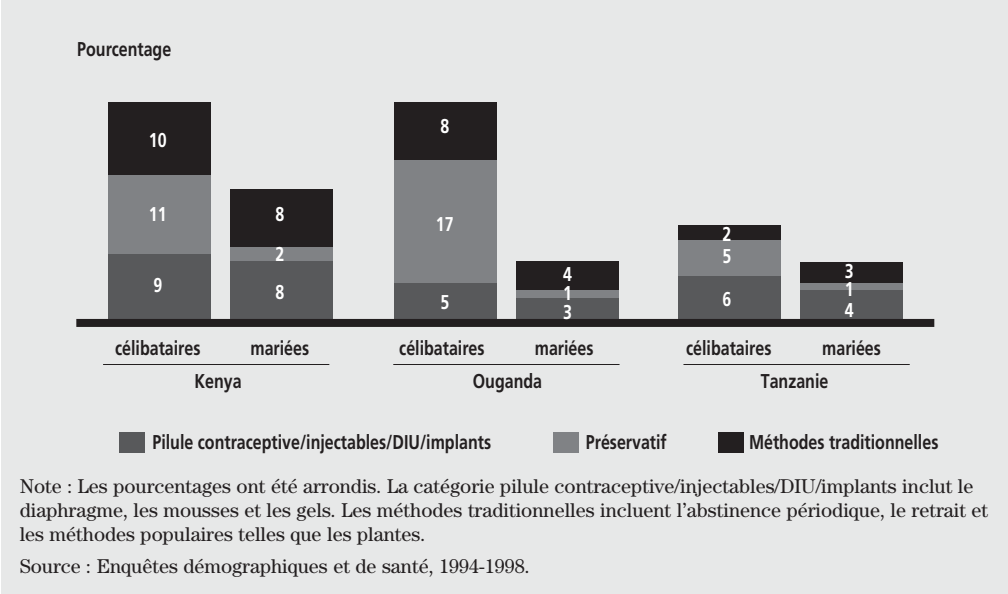
FIGURE 21



- Dans les pays de l'Afrique de l'Ouest présentés à la Figure 21, les célibataires sexuellement actives sont plus susceptibles d'utiliser la contraception – particulièrement le préservatif ou les méthodes traditionnelles – que les adolescentes mariées.
- Parmi les adolescentes célibataires, l'utilisation du préservatif varie de 8 % au Mali à 14 % au Ghana. Chez les adolescentes mariées 1 % utilisent le préservatif dans trois des quatre pays présentés.
- Relativement peu de jeunes femmes utilisent les méthodes modernes telles que la pilule contraceptive, les injectables, le DIU ou les implants. L'utilisation la plus élevée de ces méthodes est enregistrée chez les adolescentes célibataires sexuellement actives au Ghana et au Mali.
- Un nombre important d'adolescentes sexuellement actives font appel aux méthodes traditionnelles de contraception en Côte d'Ivoire et au Ghana. Près d'un tiers des adolescentes célibataires en Côte d'Ivoire s'en remettent aux méthodes traditionnelles.

FIGURE 22

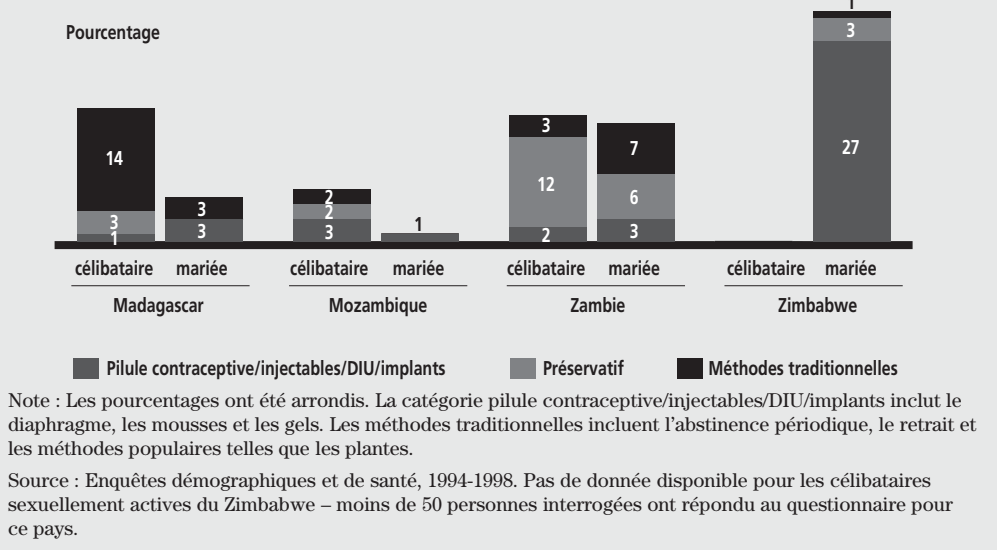
Méthodes de contraception utilisées par les adolescentes célibataires et mariées âgées de 15 à 19 ans, pays choisis d’Afrique de l’Est



- Dans les pays de l’Afrique de l’Est présentés à la Figure 22, les taux d’utilisation de presque toutes les méthodes de contraception sont plus élevés chez les célibataires sexuellement actives que chez les adolescentes mariées.
- Une utilisation plus importante du préservatif est responsable de l’essentiel de la différence dans l’usage des méthodes de planification familiale entre les adolescentes mariées et les célibataires. Au Kenya et en Ouganda, des proportions nettement plus importantes de célibataires que de femmes mariées font appel au préservatif. A titre d’exemple, 17 % des adolescentes célibataires sexuellement actives utilisent le préservatif en Ouganda, contre 1 % des femmes mariées.

FIGURE 23

Méthodes de contraception utilisées par les adolescentes célibataires et mariées âgées de 15 à 19 ans, pays choisis d’Afrique centrale et d’Afrique australe



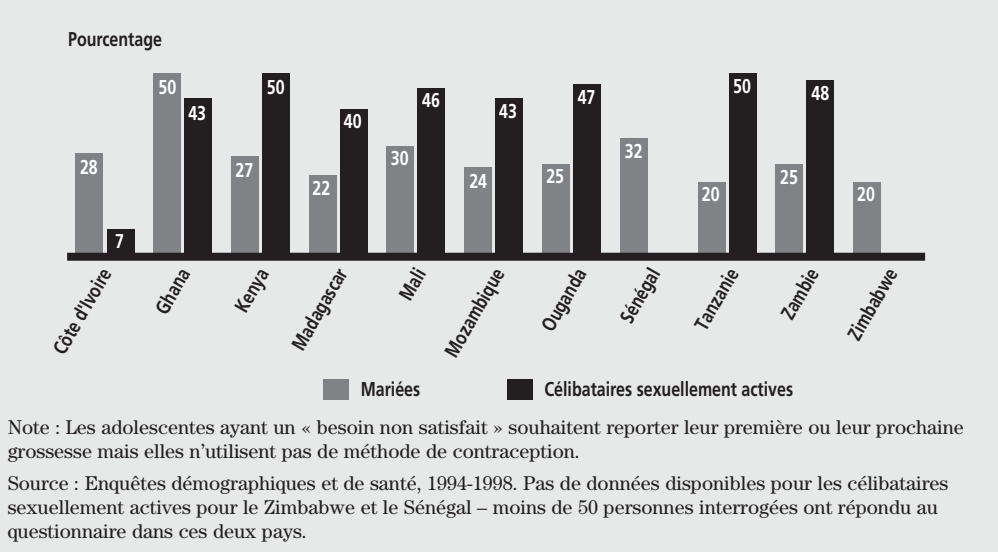
- Comme l’indique la Figure 23, à l’exception du Zimbabwe, moins de 5 % des adolescentes utilisent une méthode moderne autre que le préservatif.
- En Zambie, 12 % des adolescentes célibataires sexuellement actives utilisent le préservatif. Par contre, moins de 5 % des adolescentes mariées ou célibataires y font appel à Madagascar et au Mozambique.
- L’utilisation des méthodes traditionnelles de contraception est relativement élevée chez les célibataires sexuellement actives à Madagascar et chez les femmes mariées en Zambie.

BESOIN EN CONTRACEPTION NON SATISFAIT

Comme l'indique la Figure 24, un nombre important d'adolescentes ont un « besoin non satisfait » en contraception. Les femmes dont les besoins contraceptifs ne sont pas satisfaits disent qu'elles préféreraient reporter leur premier enfant ou leur prochaine grossesse d'au moins deux ans, ou limiter le nombre de leurs enfants, mais elles n'utilisent aucune méthode de contraception. Bien que la définition des besoins non satisfaits inclue les femmes souhaitant limiter le nombre de leurs naissances, rares sont les adolescentes qui veulent cesser d'avoir des enfants. Pratiquement tous les besoins non satisfaits en contraception chez les adolescentes portent sur l'espacement des naissances.

FIGURE 24

Besoin non satisfait en contraception chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans, par situation de famille



- Dans la plupart des pays, au moins 40 % des célibataires sexuellement actives âgées de 15 à 19 ans ont un besoin de contraception non satisfait. Dans l'ensemble, les besoins non satisfaits pour ce groupe oscillent entre 7 % en Côte d'Ivoire et 50 % en Tanzanie et au Kenya. Les adolescentes qui sont « sexuellement actives » sont celles qui ont eu des rapports sexuels pendant le mois précédant l'enquête.
- Les besoins non satisfaits sont souvent plus élevés chez les célibataires sexuellement actives. Ceci peut être attribuable à un certain nombre de facteurs, y compris une plus forte motivation de report des grossesses chez les célibataires et une insuffisance des services de santé de la reproduction pour les adolescentes célibataires.
- Au moins 20 % des adolescentes mariées ont un besoin de contraception non satisfait dans les pays indiqués. Ces niveaux varient de 20 % au Zimbabwe à 50 % au Ghana.

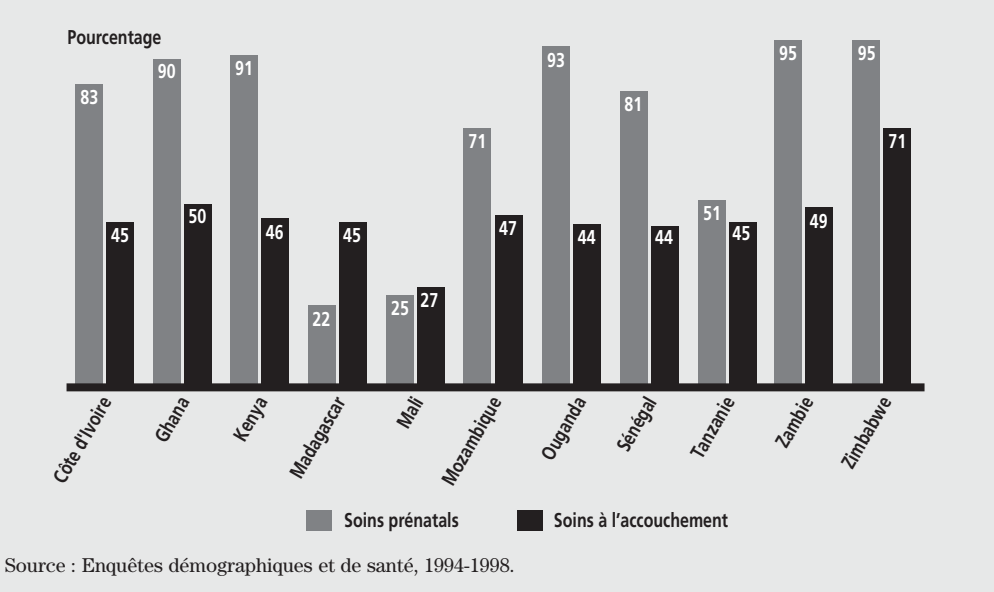
Santé maternelle

RECOURS A DES SERVICES DE MATERNITE PROFESSIONNELS

Les services de maternité fournis par une infirmière/sage-femme ou un médecin peuvent contribuer à assurer une grossesse et un accouchement sans problème pour la mère et l'enfant. Bien que la couverture de soins avant la naissance soit assez élevée dans certains des pays de notre étude, comme le révèle la Figure 25, l'accès à des services d'accouchement professionnels est souvent limité. L'une des manières les plus importantes de prévenir la mortalité maternelle consiste à s'assurer que les femmes accouchent avec l'assistance d'un professionnel du secteur de la santé. La plupart des complications parfois mortelles ne peuvent être prévues pendant la grossesse.

FIGURE 25

Adolescentes âgées de 15 à 19 ans ayant bénéficié de soins maternels aux mains d'un médecin ou d'une infirmière/sage-femme pour leurs accouchements récents



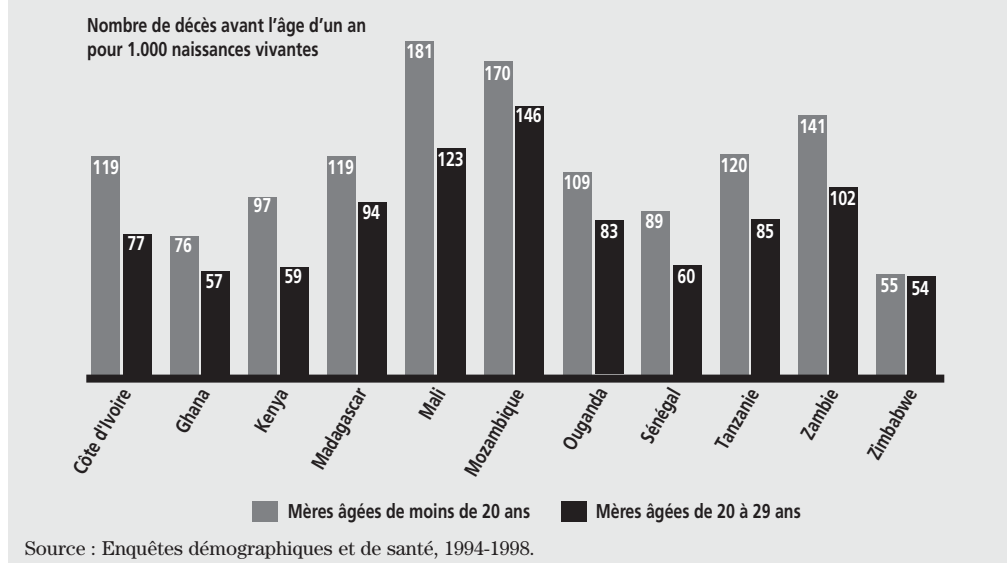
- La couverture de soins prénatals varie de 22 % à Madagascar à 95 % en Zambie et au Zimbabwe. Dans sept des onze pays étudiés, plus de 80 % des adolescentes ont déclaré qu'elles avaient bénéficié de soins prénatals au cours d'une grossesse récente.
- Le pourcentage de femmes ayant bénéficié de services d'accouchement professionnels varie de 27 % à 71 %. Dans neuf des onze pays étudiés, moins de la moitié des jeunes femmes ont déclaré qu'elles avaient bénéficié de soins professionnels lors de l'accouchement.

TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE

Les enfants de mères adolescentes ont des espérances de vie moins élevées que les enfants dont les mères ont entre 20 et 39 ans. Certaines des différences enregistrées au niveau des taux de mortalité infantile entre les mères adolescentes et les mères adultes peuvent être attribuables au plus grand nombre de premières grossesses chez les adolescentes. Les premières grossesses sont en effet souvent liées à un risque plus élevé de complications que les grossesses ultérieures. Toutefois, même après le premier mois de vie, les EDS indiquent que les enfants nés de mères adolescentes ont des espérances de vie moindres que les enfants nés de mères âgées de 20 à 29 ans (non illustré).

FIGURE 26

Taux de mortalité infantile en fonction de l'âge de la mère à la naissance



- Comme l'indique la Figure 26, les taux de mortalité infantile sont supérieurs dans tous les pays pour les enfants nés de mères de moins de 20 ans. La différence est cependant minime au Zimbabwe.
- Dans sept des onze pays de notre étude, les taux de mortalité des enfants de mères de moins de 20 ans dépassent 100 décès pour 1.000 naissances vivantes. Cela veut dire qu'au moins un enfant sur 10 né d'une mère de moins de 20 ans mourra avant son premier anniversaire.
- Les enfants nés de jeunes mères ont des espérances de vie particulièrement peu élevées au Mali et au Mozambique. Au

Mali, par exemple, près d'un enfant sur cinq né de mères adolescentes mourra avant son premier anniversaire.

Outre des espérances de vie peu élevées, les enfants de très jeunes mères risquent également beaucoup plus de contracter une maladie grave ou d'être handicapés. Les grossesses adolescentes, par exemple, sont associées à un poids faible de l'enfant à la naissance. Les nourrissons d'un poids trop faible courent trois fois plus de risque que les enfants d'un poids normal à la naissance de souffrir de handicaps permanents, comme l'arriération mentale, les infirmités motrices cérébrales et l'autisme¹⁵.

ENCADRE 9

Maternité très précoce

La grossesse adolescente est associée à toute une gamme de problèmes de santé. Les complications liées à la maternité sont une cause importante de mortalité chez les jeunes femmes.* Les adolescentes ne sont pas encore entièrement développées, surtout en termes de taille et de taille du bassin, ce qui les place dans une situation de risque plus sérieuse de complications du travail lorsque le bébé ne peut pas traverser la filière pelvienne. L'obstruction du travail peut être la cause de blessures graves tant pour la mère que pour l'enfant. Généralement, plus la mère est jeune, plus le niveau de risque est élevé pour la mère comme pour l'enfant.

En dépit des risques médicaux existants, les grossesses très précoces sont communes dans certains pays d'Afrique sub-saharienne. Les EDS menées entre 1994 et 1998 révèlent que chez les adolescentes de 16 ans, par exemple, au moins 10 % attendent déjà leur premier enfant en Côte d'Ivoire, à Madagascar, au Mali, au Mozambique, en Ouganda, en Tanzanie, en Zambie et au Zimbabwe. Les niveaux les plus élevés sont enregistrés en Côte d'Ivoire, au Mali, au Mozambique et en Ouganda, où au moins 20 % des adolescentes de 16 ans ont déjà commencé à avoir des enfants.

* UNICEF, *Le progrès des nations 1998* (New York : UNICEF, 1998) : 21.

1. Division des affaires de population, Département des affaires économiques et sociales du Secrétariat des Nations Unies, *Sex and Age Distribution of the World Population: The 1998 Revision* (New York : Nations Unies, 1999) : 31. Base utilisant la variation moyenne des estimations pour l'an 2000.
2. C. Lloyd et B. Mensch, "Implications of Formal Schooling for Girls' Transitions to Adulthood in Developing Countries" [Implication de la scolarisation formelle des fillettes pour leur passage à l'âge adulte dans les pays en développement], dans *Critical Perspectives on Schooling and Fertility in the Developing World*, éd. C. Bledsoe, J. Casterline, J. Johnson-Kuhn et J. Haaga (Washington, D.C. : National Academy Press, 1999) : 81-84.
3. Le Kenya a un cycle d'études primaires relativement long – huit ans. Par suite, les Kenyans âgés de 11 à 15 ans sont plus susceptibles d'être scolarisés que dans les autres pays où les études primaires durent six ans.
4. "Implications of Formal Schooling for Girls' Transitions to Adulthood in Developing Countries" [Implication de la scolarisation formelle des fillettes pour leur passage à l'âge adulte dans les pays en développement], dans *Critical Perspectives on Schooling and Fertility in the Developing World* : 81-104.
5. A. Blanc et A. Way, "Contraceptive Knowledge and Use and Sexual Behavior: A Comparative Study of Adolescents in Developing Countries" [Connaissances et utilisation des contraceptifs et comportement sexuel : étude comparative des adolescents dans les pays en développement]. Article préparé pour l'Atelier sur la Reproduction des Adolescents dans les pays en développement, Comité sur les affaires de population (Washington, D.C. : National Research Council, 1997).
6. L. Heise, M. Ellsberg et M. Gottemoeller, "Ending Violence Against Women" [Mettre un terme à la violence à l'encontre des femmes], *Population Reports*, Série L, No 11 (Baltimore, Maryland : Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program, décembre 1999).
7. Le questionnaire de l'enquête ne faisait pas de différence entre les cadeaux et l'argent reçus ou remis. Notre livret part de l'hypothèse selon laquelle ce sont généralement les jeunes femmes qui reçoivent de l'argent ou des cadeaux en échange de faveurs sexuelles, et que les jeunes garçons sont généralement ceux qui donnent de l'argent ou des cadeaux pour recevoir en échange des faveurs sexuelles.
8. Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/SIDA, *La jeunesse et le VIH/SIDA : une force pour le changement* (New York : UNICEF, 1998).
9. Ibid, "The Greater Vulnerability of Girls" [Vulnérabilité accrue des fillettes]. Cette étude a été réalisée en Ouganda.
10. Programme national de contrôle du SIDA et des MST (NASCOP), Ministère de la Santé, 1999, *AIDS in Kenya: Background Projections, Impact, Interventions and Policy* [*Le SIDA au Kenya : projections de contexte, impact, interventions et politiques*] (Nairobi, Kenya : NASCOP, 1999). Les conclusions de cette étude sont fondées sur les recherches de M. Kahindo, J. Nyang, J. Chege, "Multicentre Study on Factors Determining the Differential Spread of HIV in Africa – Preliminary Results of the Kisumu Study Site" [Etude multicentre des facteurs déterminant l'écart différentiel de la propagation du VIH en Afrique – Résultats préliminaires de l'Etude du site de Kisumu] présentées à la 2e Conférence nationale sur le VIH, le SIDA et les MST, 28-30 octobre 1998, Nairobi, Kenya.
11. Institut de médecine, *The Hidden Epidemic: Confronting Sexually Transmitted Diseases. [L'épidémie cachée : comment confronter les maladies sexuellement transmises]*, éd. T. Eng et W. Butle (Washington, D.C. : National Academy Press, 1997) : 35.
12. La Figure 12 inclut tous les adolescents ayant eu des rapports sexuels, y compris ceux qui utilisent le préservatif ou une autre mesure préventive contre le VIH. Dans la mesure où il n'est pas possible de déterminer si les mesures préventives que certains adolescents déclarent prendre sont adéquates, tous les jeunes sexuellement actifs sont inclus.
13. Le taux de natalité reflète le nombre de naissances par an pour 1.000 jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans. Les données sont fondées sur des adolescentes âgées de 15 à 19 ans lorsque leur bébé est né, pas forcément au moment de l'entretien. Pour ces données, la précision des enregistrements des dates de naissance est importante. Certaines des "tendances" relevées dans les chiffres peuvent être attribuables à la médiocrité des données recueillies ou ne pas être significatives au plan statistique.
14. L'Organisation mondiale de la Santé et d'autres agences et organisations ont découvert que les méthodes naturelles de planification familiale – lorsqu'elles sont enseignées et employées correctement – peuvent donner des taux de grossesse de 3 % seulement. Statistiques citées dans le magazine *Natural Family Planning: Expanding Options* (Washington, D.C. : Institute for Reproductive Health, Georgetown University Medical Center, 1997). Disponible en ligne à : www.irh.org.
15. R. Newcomer et A.E. Benjamin, *Indicators of Chronic Health Conditions: Monitoring Community-Level Delivery Systems* [Indicateurs des conditions de santé chroniques : surveillance des systèmes de prestation des services au niveau des communautés] (Baltimore, Maryland : The Johns Hopkins University Press, 1997) : 106.

TABLEAU ANNEXE 1

Caractéristiques et profils des adolescentes interrogées, 1994-1998

Pays	Année de l'enquête	Taille de l'échantillon		Plus haut niveau d'éducation atteint					
				Pas d'éducation (%)		Primaire (%)		Secondaire (%)	
		Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Côte d'Ivoire	1994	1,961	543	47	25	35	34	19	41
Ghana	1998	910	330	15	9	19	21	66	70
Kenya	1998	1,851	811	3	2	74	71	23	27
Madagascar*	1997	1,553	na	21	na	54	na	25	na
Mali	1995-96	1,883	441	75	60	15	20	10	20
Mozambique	1997	1,836	382	28	10	67	82	5	8
Ouganda	1995	1,606	387	17	4	67	68	16	28
Sénégal**	1997	1,937	na	55	na	31	na	14	na
Tanzanie	1996	1,732	488	16	9	78	85	6	6
Zambie	1996	2,003	460	8	7	62	63	30	31
Zimbabwe	1994	1,472	604	1	2	40	37	59	62

*A Madagascar, les hommes n'ont pas été interrogés.

**Au Sénégal, les hommes âgés de 20 ans et plus ont été interrogés.

TABLEAU ANNEXE 2

Agences d'exécution des Enquêtes démographiques et de santé

Pays	Année de/des enquête(s)	Agence d'exécution
Côte d'Ivoire	1994	Institut National de la Statistique Ministre Délégué auprès du Premier Ministre Chargé de l'Economie, des Finances et du Plan
Ghana	1998, 1993, 1988	Service Statistique du Ghana
Kenya	1998, 1993	Conseil national pour la Population et le Développement Bureau central des Statistiques, Bureau du Vice-Président et Ministère du Plan et du Développement national
Kenya	1989	Conseil national pour la Population et le Développement Ministère des Affaires intérieures et du Patrimoine national
Madagascar	1997	Direction de la Démographie et des Statistiques sociales, Institut National de la Statistique
Madagascar	1992	Centre national de la Recherche sur l'Environnement Ministère de la Recherche appliquée au Développement
Mali	1995-96	Cellule de Planification et de Statistique Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes âgées Direction nationale de la Statistique et de l'Informatique
Mali	1987	Centre d'Etudes et de Recherche sur la Population pour le Développement Institut du Sahel
Mozambique	1997	Institut national des Statistiques
Ouganda	1995	Département des Statistiques, Ministère des Finances et du Plan économique
Ouganda	1988-89	Ministère de la Santé
Sénégal	1997	Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan, Direction de la Prévision et de la Statistique, Division des Statistiques Démographiques
Tanzanie	1996, 1991-92	Bureau des Statistiques, Commission économique du Plan
Zambie	1996	Bureau central des Statistiques, Ministère de la Santé
Zambie	1992	Université de la Zambie, Bureau central des Statistiques
Zimbabwe	1994, 1988	Bureau central des Statistiques



Population Reference Bureau
MEASURE *Communication*

1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520

Washington, DC 20009 Etats-Unis

Téléphone : (202) 483-1100

Télécopieur : (202) 328-3937

E-mail : measure@prb.org

ou popref@prb.org

Site web : www.measurecommunication.org

ou www.prb.org