

PN-ABM-657

79779

Les Adolescentes en Afrique Subsaharienne

GRAPHIQUES SUR
LE MARIAGE ET
LA PROCREATION

Les données contenues dans la présente publication proviennent du programme d'Enquêtes démographiques et de santé (EDS). Entre 1986 et 1991, ce programme a rassemblé des données fondées sur des échantillons représentatifs nationaux de femmes en âge de procréer (âgées de 15 à 49 ans) dans 10 pays d'Afrique subsaharienne: le Botswana, le Burundi, le Ghana, le Kenya, le Libéria, le Mali, le Nigéria, le Sénégal, le Togo et le Zimbabwe. En outre, une enquête en Ouganda a couvert 80% du territoire. Les enquêtes ont été effectués par des enquêteurs locaux qualifiés (dont la majorité appartenait au sexe féminin), généralement dans la langue du pays des enquêtées. Les données EDS constituent une source abondante de renseignements sur les vies reproductives des femmes, leur connaissance des moyens de contraception et la mesure dans laquelle elles y ont recours, leur sexualité, et la santé infantile et juvénile. Une analyse comparative des informations ainsi recueillies est possible, étant donné que les enquêtes EDS utilisent des questionnaires et méthodes standardisés. On peut obtenir des renseignements additionnels sur le programme EDS en écrivant à l'adresse suivante:

Demographic and Health Surveys
IRD/Macro International, Inc.
8850 Stanford Boulevard
Suite 4000
Columbia, MD 21045, U.S.A.

Téléphone: (410) 290-2800
Télécopie: (410) 290-2999

Le département des Programmes internationaux du Population Reference Bureau (PRB) a contribué à la rédaction et la production de ce recueil de graphiques, qui fait partie d'une série de documents édités par le PRB et portant sur des questions de population et de planification familiale d'envergure internationale. Pour obtenir des exemplaires additionnels de ce recueil ou des renseignements supplémentaires sur les documents édités par le PRB, prière de contacter:

International Programs
The Population Reference
Bureau, Inc.
1875 Connecticut Avenue, N.W.
Suite 520
Washington, DC 20009, U.S.A.

Téléphone: (202) 483-1100
Télécopie: (202) 328-3937

Mars 1992

TABLE DES MATIÈRES

Introduction - - - - -	1
Dimensions du problème	
Jusqu'à quel point la procréation est-elle répandue chez les adolescentes? - - - - -	3
Situation matrimoniale - - - - -	4
Taux de natalité - - - - -	5
Tendances de la fécondité chez les adolescentes - - - - -	6
Contexte démographique - - - - -	8
Premières grossesses non désirées - - - - -	10
Sexualité et procréation	
Sexualité - - - - -	11
Tendances par âge - - - - -	12
Connaissance et utilisation de la planification familiale	
Connaissance de la période de fertilité - - - - -	16
Connaissance et utilisation de la planification familiale - - - - -	17
Utilisation actuelle de la planification familiale - - - - -	18
Besoin non satisfait de services de planification familiale - - - - -	20
Mortalité infantile - - - - -	21
Conclusions - - - - -	23
Sources - - - - -	24

INTRODUCTION

Les jeunes Africaines ont besoin de participer au développement socio-économique et d'en bénéficier. A l'heure actuelle, l'un des chemins les meilleurs s'ouvrant à elles est la poursuite de leur éducation. Ceci leur permet d'améliorer leur condition sociale, d'apporter une contribution financière sensible au bien-être de leur famille et de participer au développement de leur société. Cependant, les cas de maternité parmi les adolescentes du continent africain sont relativement fréquents. Quand un mariage* ou une grossesse survient au cours de l'adolescence, il est probable que cet événement mettra fin à la scolarisation de la jeune femme et donc diminuera son potentiel économique. De plus, la procréation précoce comporte des risques importants, aussi bien pour la santé de la jeune mère que pour celle de son enfant.

Dans presque toute l'Afrique les structures sociales qui jusqu'à maintenant constituaient un soutien pour les jeunes mères vont en s'affaiblissant. Les liens de parenté ayant perdu de leur importance, les jeunes femmes n'ont plus autant de conseils pour les guider dans la transition à l'âge adulte, y compris le début des activités sexuelles, le mariage et la maternité, et ne peuvent compter sur autant de soutien économique lorsqu'elles commencent à avoir des enfants.

Les conséquences défavorables de la procréation chez les adolescentes ne frappent pas seulement les jeunes mères; l'ensemble de la société doit supporter des coûts additionnels pour des services de santé maternelle et infantile, mais aussi risque de perdre le potentiel supplémentaire que représente une personne éduquée. Des politiques et des programmes visant à aider les adolescentes à prendre la décision d'éviter la grossesse et de continuer leur scolarisation peuvent être une première façon de réduire ces conséquences indésirables.

Jusqu'à il y a peu de temps, les données permettant de fonder des décisions de politique demeuraient rares et inadéquates, et il était donc difficile d'élaborer des programmes d'éducation, de planification familiale et de santé maternelle et infantile

qui tiennent compte des besoins spéciaux des adolescentes. L'objet de la présente publication, fondée sur les données rassemblées par le programme d'Enquêtes démographiques et de santé (EDS), est d'aider à constituer la base de renseignements plus solide dont on a besoin sur la sexualité, l'emploi des contraceptifs et la procréation chez les adolescentes **

Aux fins de ce recueil de graphiques, le terme "adolescentes" s'applique aux jeunes femmes de 15 à 19 ans. Les données relatives à ce groupe d'âge viennent des 11 pays d'Afrique subsaharienne qui ont participé au programme EDS entre 1986 et 1990. Les personnes de 15 à 19 ans qui ont été interrogées dans le cadre de l'enquête dans chaque pays ont été choisies de manière à représenter les adolescentes du pays. (Voir au tableau 1 les caractéristiques de base choisies.) Pris ensemble, ces 11 pays constituent 40% de la tranche d'âge 15-19 en Afrique subsaharienne.¹ On constate des différences importantes, ainsi que des similarités, entre les pays représentés dans ces graphiques. De nouvelles initiatives de programme doivent être adaptées aux circonstances particulières de chaque pays.

*Tout au long de ce recueil de graphiques le terme "mariées" sous-entend toute union consensuelle, qu'elle soit officielle ou non

**Pour plus de détails concernant le programme EDS, voir la face intérieure de la couverture, au début de cette brochure

***Bien qu'en règle générale le groupe d'âge 15-19 soit celui qui est utilisé dans les études sur la grossesse et la procréation chez les adolescentes, il n'existe pas de définition de l'adolescence qui soit universellement acceptée. En général, les sociétés sont d'accord pour définir la période de l'adolescence comme commençant à l'avènement de la puberté. Mais ce qui est considéré comme la fin de cette période est plus variable, sa définition est basée sur ce qui est reconnu par une culture particulière comme la marque de la maturité ou de l'âge adulte. Quand c'est le mariage, comme tel est le cas dans de nombreux pays de l'Afrique subsaharienne, la période de l'adolescence peut être extrêmement brève, par exemple pour les jeunes filles qui se marient aussitôt après l'induction des règles. Toutefois, l'augmentation de l'âge du mariage dans certains pays africains, plus la diminution de l'âge des premières règles, ont pour résultat une différence plus marquée entre la maturité sexuelle et la maturité sociale.



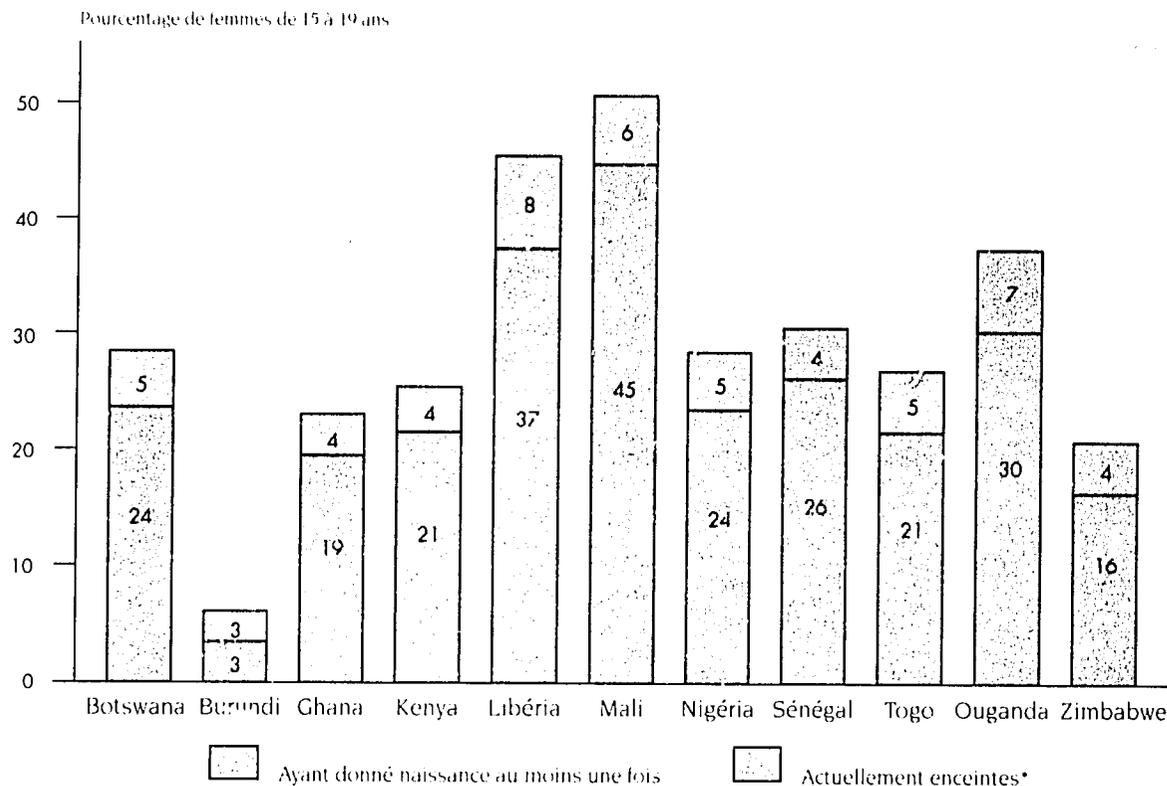
Tableau I: Caractéristiques de base des adolescentes de l'Afrique subsaharienne

Année de l'enquête	Pays	Nombre de femmes de 15 à 19 ans	Taille de l'échantillon	Milieu urbain * (%)	Sans éducation (%)	Education primaire (%)	Education secondaire (%)
1988	Botswana	70.000	946	31	6	57	38
1987	Burundi	271.000	740	4	73	25	1
1988	Ghana	781.000	849	39	19	21	60
1989	Kenya	1.287.000	1.481	18	5	74	21
1986	Libéria	129.000	1.169	49	37	41	22
1987	Mali	484.000	557	30	76	24	<1
1990	Nigéria	5.954.000	1.678	29	34	33	34
1986	Sénégal	380.000	975	45	69	18	14
1988	Togo	175.000	724	41	38	47	16
1989	Ouganda	958.000	1.199	13	21	67	12
1989	Zimbabwe	558.000	1.021	32	3	48	50

* Sous les colonnes relatives au milieu urbain et au niveau de scolarisation on a arrondi les pourcentages de la population féminine de 15 à 19 ans dans chaque échantillon

JUSQU'À QUEL POINT LA PROCRÉATION EST-ELLE RÉPANDUE CHEZ LES ADOLESCENTES?

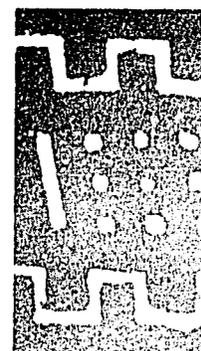
Graphique I: La procréation chez les adolescentes



*Adolescentes qui n'ont jamais encore eu d'enfant

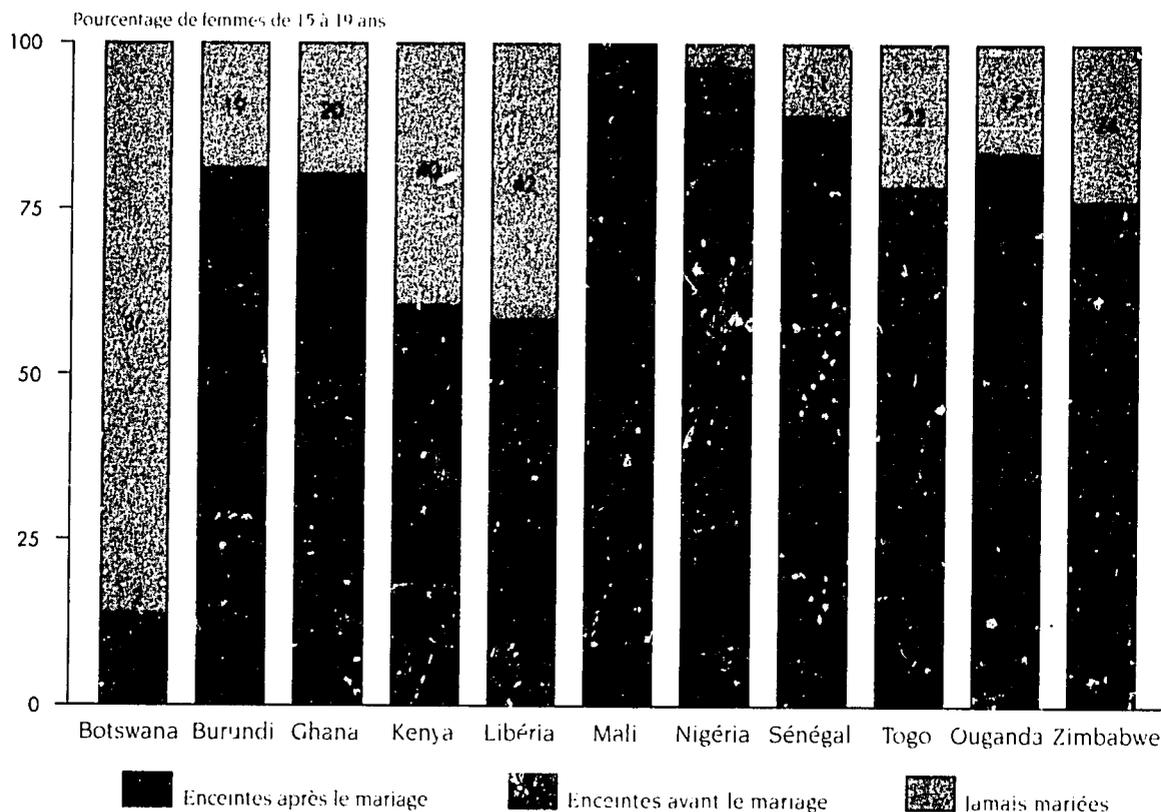
Le graphique 1 illustre combien la procréation, en d'autres termes la maternité, est chose fréquente chez les adolescentes des pays d'Afrique subsaharienne. Dans 10 des 11 pays figurant au graphique, au moins une adolescente sur cinq avait un ou plusieurs enfants ou était enceinte au moment de l'enquête EDS. Le Libéria, le Mali et l'Ouganda ont le plus grand nombre de cas; dans ces trois pays, entre le tiers et la moitié des adolescentes avaient donné naissance à un enfant ou étaient enceintes. Le Burundi est le seul pays où la maternité chez les adolescentes est relativement rare.

Les données du graphique 1 sous-estiment des cas de grossesse chez les adolescentes. Ces chiffres, ainsi que d'autres dans les pages suivantes, ne tiennent pas compte des grossesses qui se sont terminées par un avortement spontané ou provoqué. Néanmoins, les données montrent bien à quel point la maternité est fréquente chez les adolescentes:



SITUATION MATRIMONIALE

Graphique 2: Situation matrimoniale des adolescentes qui ont donné naissance *



*Situation familiale au moment de la première grossesse

Le graphique 2 montre la situation matrimoniale des adolescentes qui ont donné naissance à un ou plusieurs enfants. Dans huit des onze pays examinés ici, la majorité des grossesses d'adolescentes sont survenues après le mariage.

Mais même dans ces huit pays, une proportion d'adolescentes variant entre vingt et quarante-sept pour cent sont devenues enceintes en dehors du mariage. Au Mali, au Nigéria, au Sénégal et en Ouganda, la majorité de ces jeunes femmes se sont mariées avant la naissance de leurs bébés. Par contre, au moins la moitié des adolescentes enceintes et non mariées sont demeurées célibataires au Burundi, au Ghana, au Togo et au Zimbabwe.

Dans trois pays, le Botswana, le Kenya et le Libéria, la majorité des adolescentes ont conçu leurs bébés avant le mariage. Une proportion importante des adolescentes kenyanes dans cette situation se sont mariées par la suite, alors qu'au Libéria et surtout au Botswana, peu d'entre elles se sont mariées.

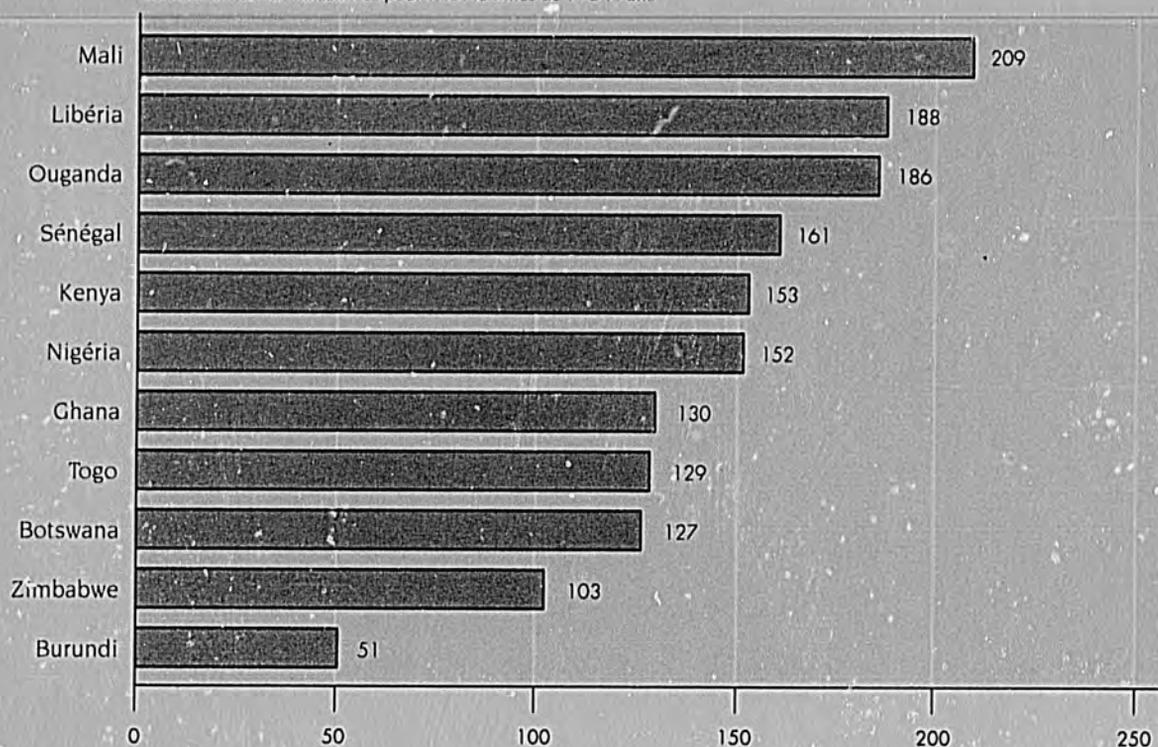
La situation familiale de l'adolescente au moment de la grossesse est importante parce que le

soutien d'un époux et de la communauté peut remédier à certains des effets négatifs de la grossesse. Tant un mariage précoce qu'une maternité précoce risquent de mettre fin brusquement à la scolarisation officielle d'une jeune femme. Mais une mère célibataire peut rencontrer plus de difficultés à élever son enfant qu'une mère qui est mariée. De plus, dans quelques sociétés, une jeune mère non mariée et son enfant peuvent être moins acceptables aux yeux de la famille de la mère et de la communauté. Tous ces facteurs exercent une pression augmentant les obstacles que doit surmonter une mère non mariée.

TAUX DE NATALITÉ

Graphique 3: Taux de natalité chez les adolescentes

Nombre annuel de naissances pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans



Le graphique 3 présente les taux de natalité* relatifs aux adolescentes, qui varient entre un maximum de 209 naissances pour 1 000 femmes au Mali et un minimum de 51 naissances au Burundi. (Dans les pays industrialisés les taux applicables à la même tranche d'âge vont de 20 à 50.)

Des taux de natalité atteignant 200 naissances par an signifient qu'en moyenne une adolescente sur cinq aura donné naissance à un enfant au cours d'une année donnée. En d'autres termes, une jeune femme aura probablement au moins un enfant lorsqu'elle aura 20 ans. Un taux de 100 veut dire qu'en moyenne la moitié des adolescentes auront au moins un enfant avant l'âge de 20 ans. Ainsi, d'après les taux de natalité présentés dans le graphique 3, il est probable que dans dix pays d'Afrique subsaharienne, sur les onze dans lesquels une enquête s'est déroulée, la majorité des adolescentes seront devenues mères avant d'atteindre leur vingtième anniversaire.

A cet égard le Burundi se distingue des autres pays. Le taux de fécondité pour les jeunes de 15 à 19 ans y est beaucoup plus bas que dans les autres pays d'Afrique subsaharienne figurant au graphique. Un âge plus élevé au mariage et des sanctions contre les grossesses avant le mariage se combinent

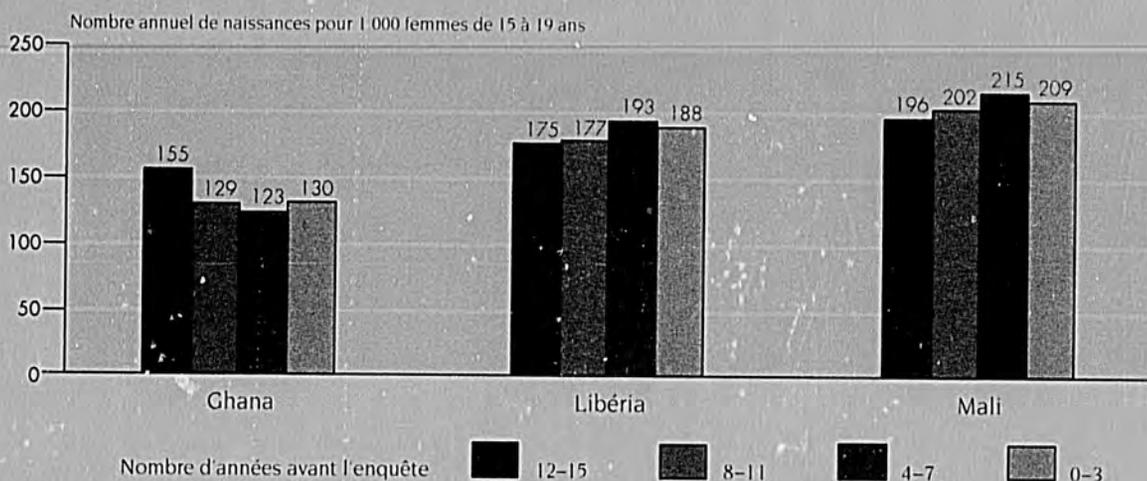
pour entraîner des taux de fécondité faibles chez les adolescentes. Toutefois, les femmes du Burundi parviennent rapidement à des taux de fécondité élevés vite après leur vingtième année, et pour les femmes de 15 à 49 ans, le taux de fécondité est égal ou supérieur à celui des autres pays africains.

*Le taux de natalité est le nombre annuel de naissances pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans. Les taux du graphique 3 sont une moyenne pondérée des naissances survenues au cours des trois ans ayant précédé l'enquête dans chaque pays. Ces données s'appliquent aux femmes âgées de 15 à 19 ans à la naissance de leurs bébés, et non pas nécessairement quand elles ont été interrogées.

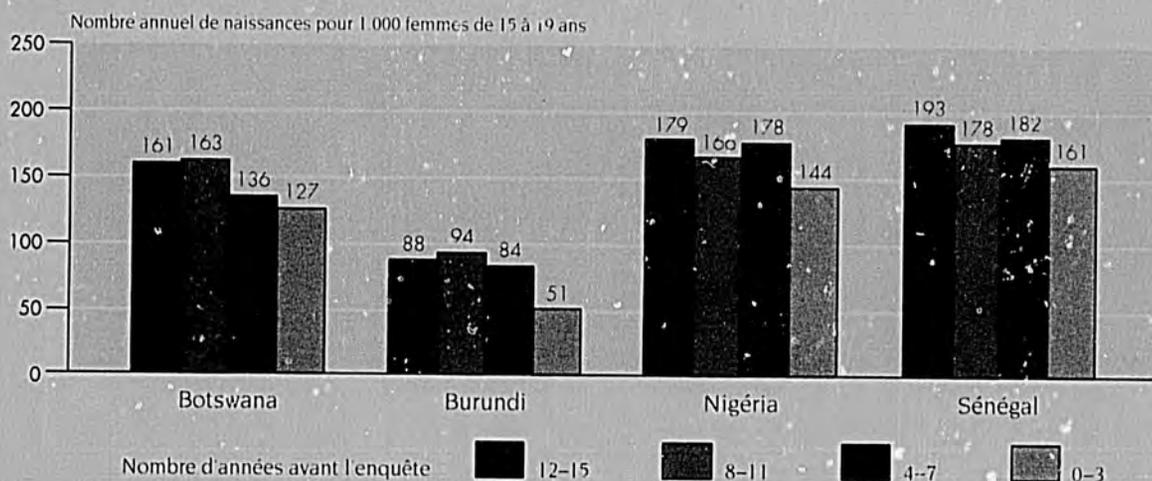


TENDANCES DE LA FÉCONDITÉ CHEZ LES ADOLESCENTES

Graphique 4A: Pas de tendance à la baisse



Graphique 4B: Une légère tendance à la baisse



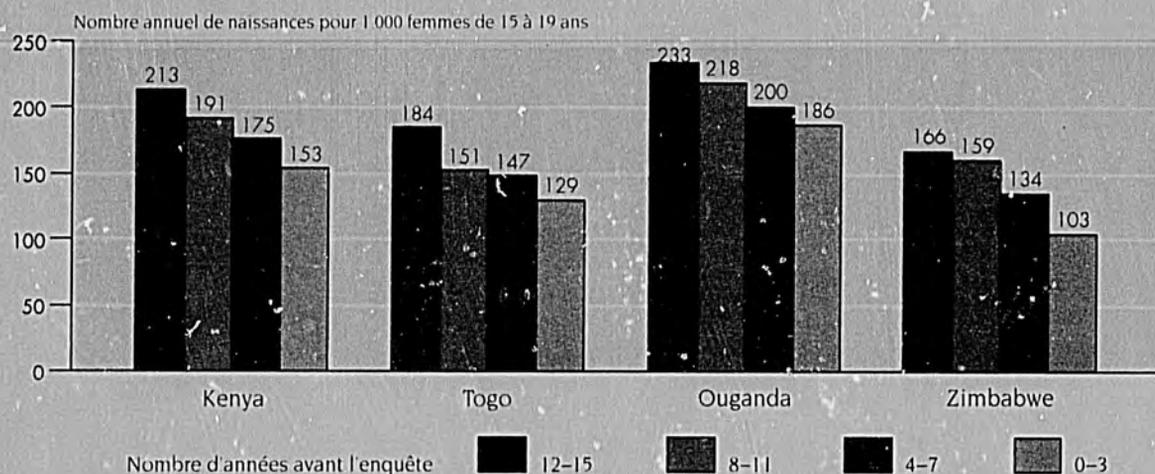
En général, la fécondité au cours de l'adolescence est élevée chez les jeunes Africaines, mais elle commence néanmoins à diminuer dans la plupart des pays. Les graphiques 4A, 4B, et 4C illustrent les divers profils de la baisse de la fécondité parmi les jeunes femmes.* Comme on le voit dans le graphique 4D, dans certains cas ces tendances sont parallèles à celles qui s'appliquent aux femmes d'autres groupes d'âge et dans d'autres elles s'en écartent.

Le graphique 4A montre que la fécondité chez les adolescentes est demeurée à peu près la même ou a légèrement augmenté au Ghana, au Libéria et au Mali. Dans ces pays, les tendances (à la baisse ou non) de la fécondité chez les adolescentes et pour l'ensemble de la population féminine sont similaires.

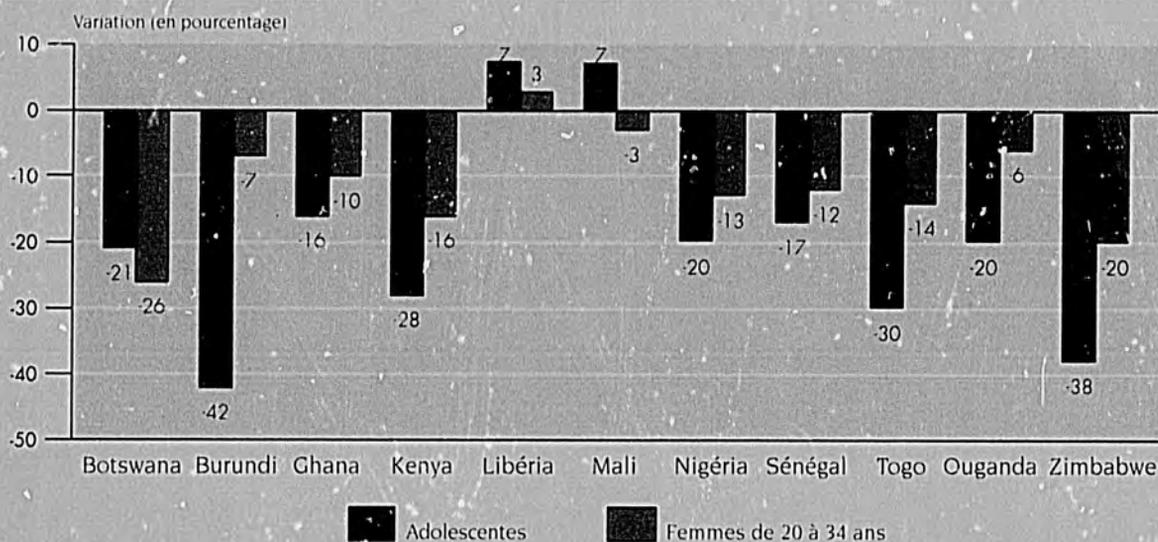
D'après le graphique 4B, la fécondité chez les adolescentes a baissé récemment au Botswana, au Burundi, au Nigéria et au Sénégal, de façon considérable dans certains cas. Au Botswana, la baisse de la fécondité chez les jeunes va un peu à la traîne de la tendance enregistrée concernant la fécondité des femmes plus âgées, qui marque une chute rapide. Au contraire, les récentes diminutions de la fécondité chez les jeunes femmes du Burundi n'ont pas été accompagnées d'une même diminution significative chez les femmes plus âgées.

Comme l'indique le graphique 4C, la fécondité chez les adolescentes a diminué régulièrement au cours des 15 dernières années au Kenya, au Togo, en Ouganda et au Zimbabwe. Dans ces quatre pays, ces diminutions ont été plus importantes que les bais-

Graphique 4C: Une nette tendance à la baisse



Graphique 4D: Comparaison de l'évolution de la fécondité chez les adolescentes et chez les femmes de 20 à 34 ans au cours des 15 dernières années



ses de fécondité pour la tranche d'âge 20 à 34 (voir graphique 4D).

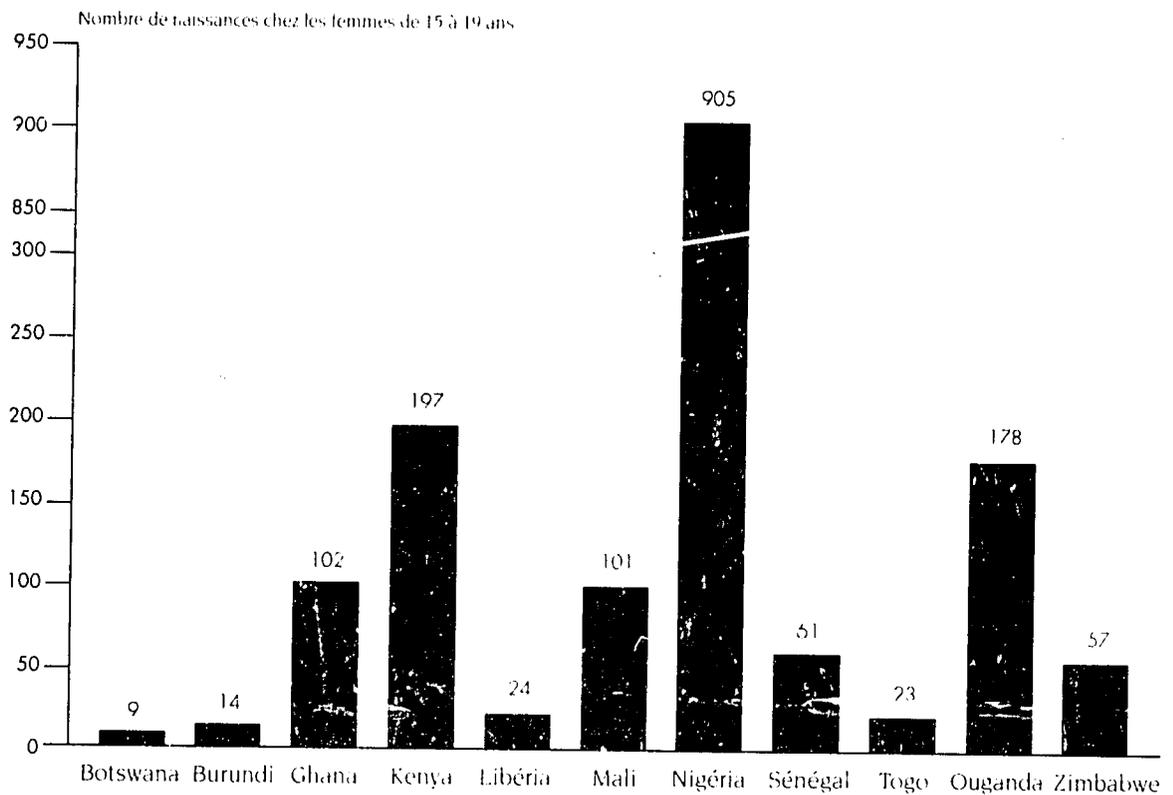
Le manque de similarité entre les tendances des taux de fécondité chez les adolescentes et chez les femmes plus âgées porte à croire que la fécondité de ces deux groupes est peut-être influencée par des facteurs différents. Les facteurs qui peuvent influencer sur la fécondité des adolescentes mais non sur celles des femmes plus âgées, comprennent l'accès plus facile à l'éducation et des changements dans l'âge au mariage.

* Pour une étude rétrospective de la fécondité, on a demandé à un échantillon de femmes de 15 à 49 ans combien d'enfants elles ont eus et quand ils sont nés. Les données ainsi recueillies ont été utilisées pour calculer des taux de fécondité par âge pour différentes périodes de temps. Pour les périodes les plus anciennes, il se peut que les taux estimés de fécondité soient légèrement moins précis parce qu'ils dépendent de l'exactitude avec laquelle les femmes se souviennent des dates de naissances survenues plusieurs années auparavant.



CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE

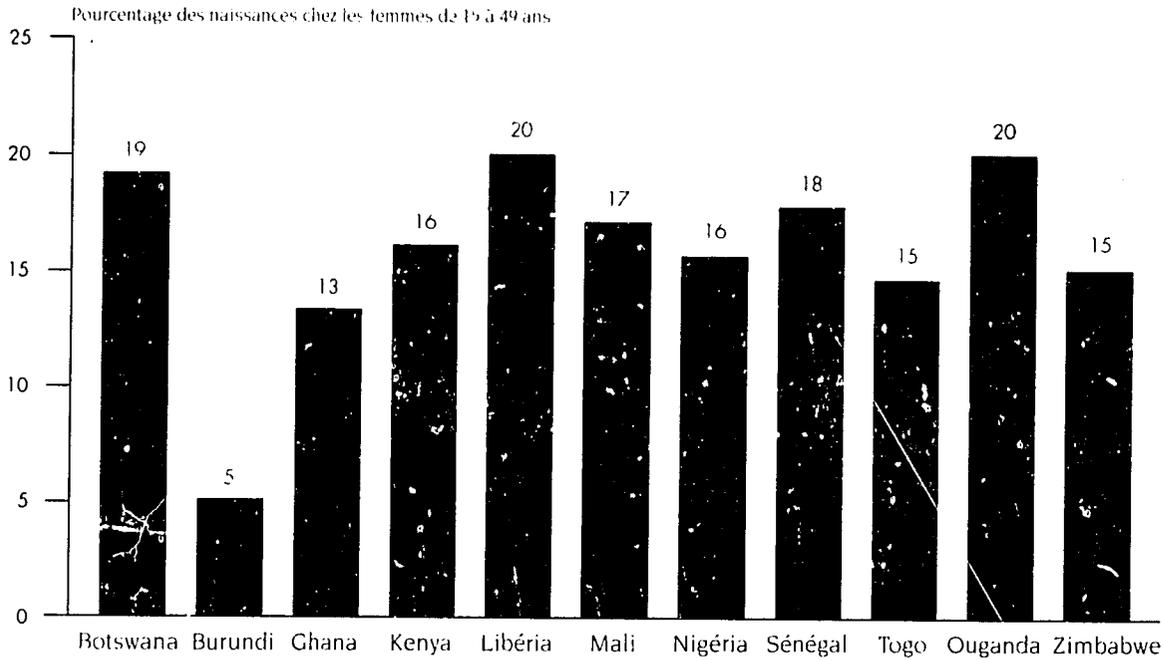
Graphique 5A: Nombre annuel de naissances chez les adolescentes



Le graphique 5A montre les nombres annuels de naissances parmi les adolescentes dans les onze pays d'Afrique subsaharienne couverts par les enquêtes EDS, ces chiffres varient entre 8 900 naissances au Botswana et 905 000 naissances au Nigéria. Bien entendu, ces ordres de grandeur ne dépendent pas uniquement des taux de natalité parmi les adolescentes; le chiffre total de la population du pays concerné est un facteur de première importance. C'est ainsi que le Nigéria, le pays le plus vaste du continent africain, a un taux de natalité chez les adolescentes se situant à mi-chemin entre les deux extrêmes (voir graphique 3), alors qu'il a de loin le plus grand nombre de naissances parmi les adolescentes.

Le nombre de naissances a des conséquences pour le système de soins de santé de chaque pays. Le très grand nombre d'adolescentes qui donnent naissance à des enfants sont autant de personnes qui ont besoin de soins prénatals et de services de santé maternelle et infantile. La plupart des naissances chez les adolescentes sont des premières naissances, les primipares sont exposées à un plus grand risque de complications médicales sérieuses durant la grossesse et l'accouchement. De plus, leurs bébés risquent davantage de mourir.

Graphique 5B: Nombre de naissances chez les adolescentes en proportion du nombre total des naissances

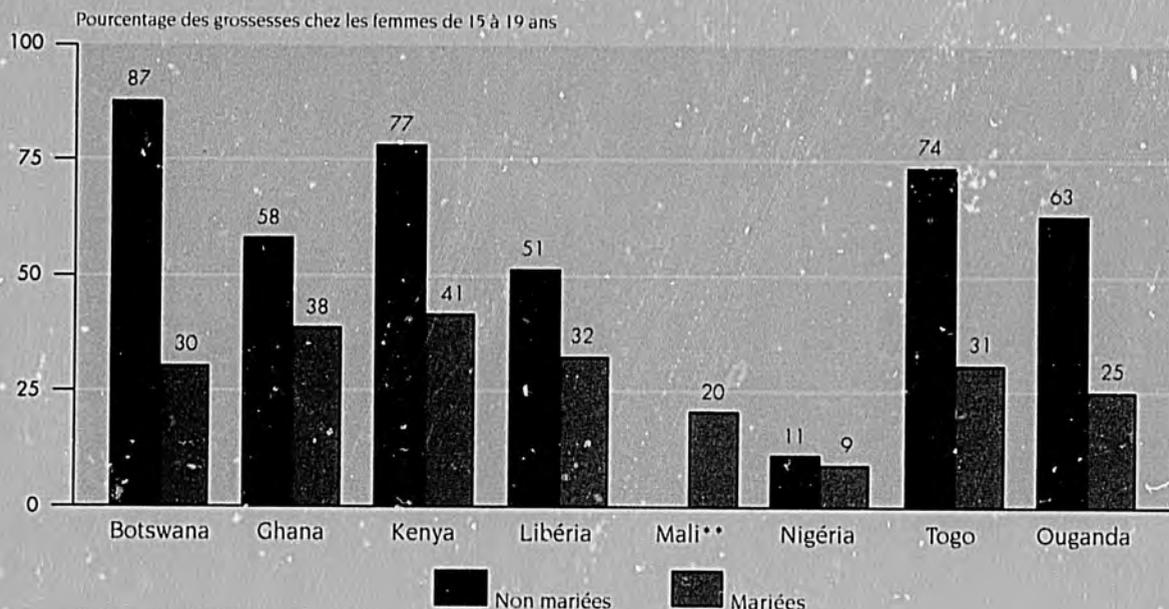


Le graphique 5B illustre un autre aspect important de la maternité chez les adolescentes en Afrique subsaharienne: la forte proportion des naissances dans ce groupe d'âge par rapport au nombre total des naissances. Dans la plupart des pays, ce rapport est de quinze à vingt pour cent. Lorsqu'une grande proportion des naissances dans un pays est due aux éléments les plus jeunes de la population, l'intervalle entre les générations se raccourcit, ce qui contribue à l'accélération du rythme de la croissance démographique. Ainsi, les politiques qui encouragent les femmes à retarder le moment où elles commencent à avoir des enfants pourraient avoir des répercussions démographiques et sociales à plus long terme.



PREMIERES GROSSESSES NON DÉSIRÉES

Graphique 6: Premières grossesses* non désirées, en fonction de la situation familiale au moment de la grossesse



*Seules sont comptabilisées les grossesses ayant abouti à une naissance vivante

**On n'a pas tracé de barre si le nombre de cas est inférieur à 25 (au Mali et au Burundi)

On ne dispose pas de données en ce qui concerne le Sénégal et le Zimbabwe

Le graphique 6 montre la répartition des naissances non désirées (surtout parce que venant à un moment inopportun) chez les adolescentes, en fonction de la situation familiale de la jeune femme au moment où elle est devenue enceinte.* Comme on peut s'y attendre, la proportion des naissances non désirées est la plus forte avant le mariage; dans six des sept pays au sujet desquels on dispose de données, la majorité des adolescentes qui étaient enceintes sans être mariées ont déclaré que leur grossesse n'avait pas été désirée. Toutefois, des adolescentes mariées ont elles aussi, en assez grand nombre, déclaré qu'elles n'avaient pas voulu être enceintes. Dans six des huit pays indiqués, les enquêtes ont révélé qu'au moins le quart des grossesses des mariages n'étaient pas désirées.

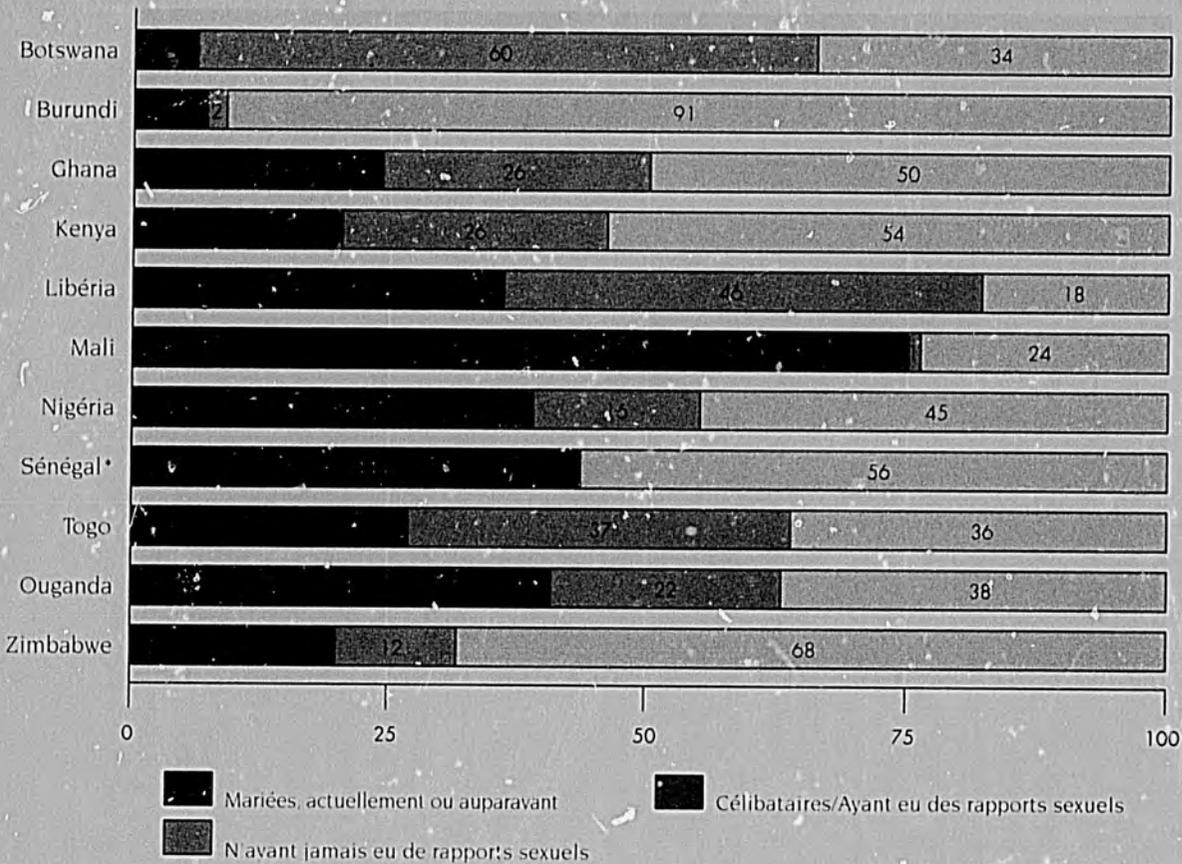
Il est clair d'après ces données que les adolescentes ont besoin d'un meilleur accès aux consultations et aux services de planification familiale. Permettre aux adolescentes de choisir quand elles auront leurs enfants aidera ces jeunes femmes à exercer un plus grand contrôle sur leur avenir. En outre, un accroissement de l'utilisation des contraceptifs réduirait la nécessité de fournir des services onéreux de santé maternelle et infantile à ces mères

et nouveau-nés à haut risque. Enfin, la planification familiale peut réduire le nombre des avortements et des complications qui souvent leur font suite. Des faits semblent indiquer que certains sous-groupes parmi la population des adolescentes (celles qui vivent en milieu urbain, qui sont célibataires et qui ont un certain niveau d'éducation) ont de plus en plus recours à l'avortement provoqué.

*Il y a de fortes chances pour que le niveau des grossesses non désirées soit inférieur à la réalité, et cela pour deux raisons. Premièrement, une fois que le bébé est né, il se peut que la mère ne veuille pas admettre qu'elle n'avait pas souhaité cette grossesse. Deuxièmement, quelques grossesses non désirées peuvent se terminer par un avortement et ne sont donc pas prises en compte ici. Le questionnaire EDS ne porte que sur les grossesses qui ont abouti à une naissance vivante.

Graphique 7: Mariage ou activités sexuelles

Pourcentage de femmes de 15 à 19 ans



*Au Sénégal les femmes qui n'ont jamais été mariées n'ont pas été interrogées sur leur vie sexuelle

Le graphique 7 fournit des renseignements sur le comportement sexuel des adolescentes dans sept des onze pays figurant au graphique, plus de la moitié des adolescentes ont eu des rapports sexuels au moins une fois. De plus, dans la plupart des pays les activités sexuelles ne sont pas l'apanage des femmes mariées. Par exemple, au Botswana, au Ghana, au Kenya, au Libéria et au Togo, plus de la moitié des adolescentes ayant eu des rapports sexuels ne sont pas mariées. Par contre, au Burundi et au Mali, l'activité sexuelle se situe presque entièrement dans les limites du mariage.

Bien que ces données montrent qu'un grand nombre d'adolescentes sont sexuellement actives avant le mariage, d'autres analyses semblent indiquer que leurs activités sexuelles ne sont peut-être pas fréquentes. Néanmoins, même si elles sont rares, ces adolescentes sont exposées au risque d'une grossesse non désirée si aucune précaution n'est prise.



TENDANCES PAR ÂGE

L'âge d'une femme au moment où elle commence à avoir des enfants a une incidence sur la taille ultime de sa famille ainsi que sur le temps qu'elle emploie, au cours de son existence, à mettre ses enfants au monde et à les élever. On constate de grandes différences entre les pays examinés dans la présente étude, en ce qui concerne les intervalles entre le début des activités sexuelles, le mariage et la maternité. Les graphiques 8A, 8B, 8C et 8D illustrent l'interaction et l'évolution de ces trois événements en fonction de l'âge. Quatre pays sont présentés ici, chacun constituant un modèle différent.

Le premier modèle, le graphique 8A, présente les données provenant du Mali. Dans ce pays, le mariage est précoce: environ le tiers de la population féminine de 15 ans et les deux tiers de celle de 16 ans sont mariées. Virtuellement toute l'activité sexuelle et la procréation ont lieu dans le cadre du mariage. La majorité de ces jeunes femmes de 15 et 16 ans n'ont pas encore eu d'enfant, en partie parce que leur mariage est trop récent pour qu'elles aient eu le temps de mener une grossesse à terme et en partie parce que certaines de ces très jeunes femmes pourraient ne pas avoir encore atteint leur pleine maturité reproductive. Après 17 ans, une proportion progressivement plus élevée a eu des enfants. Les données du Sénégal montrent la même tendance.

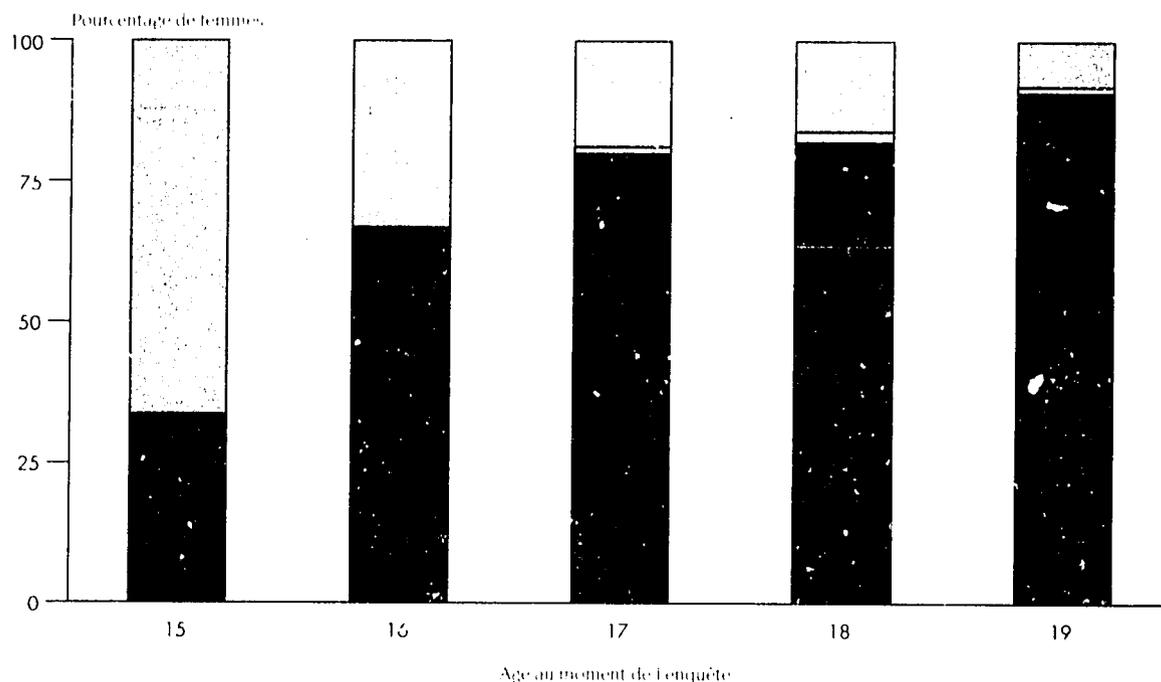
Le Ghana, qui fait l'objet du graphique 8B, est un modèle dans lequel le mariage et la maternité surviennent un peu plus tard qu'au Mali. La procréation se situe surtout, mais non pas exclusivement, dans le contexte du mariage. L'activité sexuelle en dehors du mariage n'est pas rare: jusqu'à la fin de leur dix-huitième année, au moins la moitié des adolescentes sexuellement actives sont célibataires. La proportion de femmes sexuellement activées* qui déclare avoir eu des enfants est relativement faible, malgré le risque latent de grossesse. On constate les mêmes tendances au Nigéria, au Togo et en Ouganda.

Le graphique 8C illustre le troisième modèle en employant des données provenant du Kenya. Ici, les proportions d'adolescentes ayant eu des activités sexuelles et des grossesses prémaritales sont relativement élevées. Le Botswana et le Libéria sont dans le même cas. Dans ces trois pays, une proportion considérable d'adolescentes célibataires sexuellement actives a donné naissance au moins une fois. Aussi, bonne partie de toutes les mères encore dans leur adolescence sont célibataires.

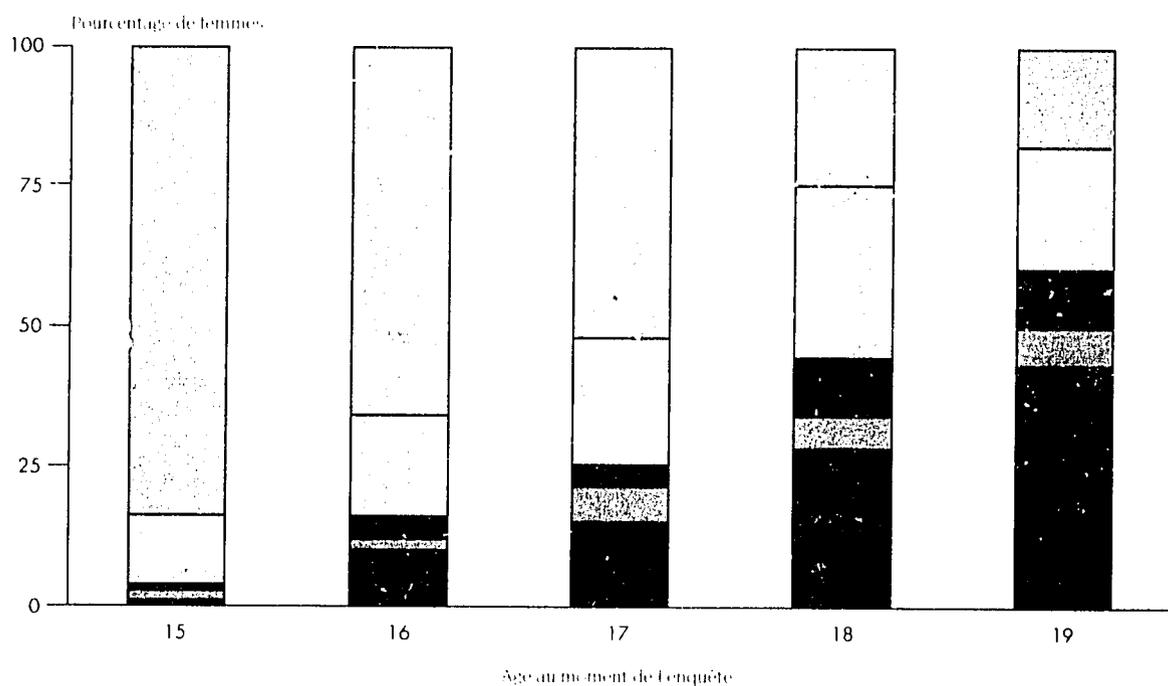
Le Zimbabwe représente un quatrième modèle, que l'on trouve au graphique 8D. En comparaison avec les autres pays, la proportion d'adolescentes de tous les âges ayant des activités sexuelles est plus faible; de même pour ce qui est de la proportion des adolescentes qui ont eu des enfants. Dans la plupart des cas la procréation se situe dans les limites du mariage, mais à l'âge de 19 ans la proportion des naissances parmi les femmes célibataires a augmenté. Le Burundi s'inscrit également dans le modèle où le mariage et la procréation sont des événements plus tardifs, mais même à l'âge de 19 ans, on n'y relève que peu d'activités sexuelles et de cas de maternité en dehors du mariage.

*Par personne sexuellement active on entend quelqu'un qui a eu des rapports sexuels.

Graphique 8A: La procréation par rapport à la situation matrimoniale, en fonction de l'âge—Mali



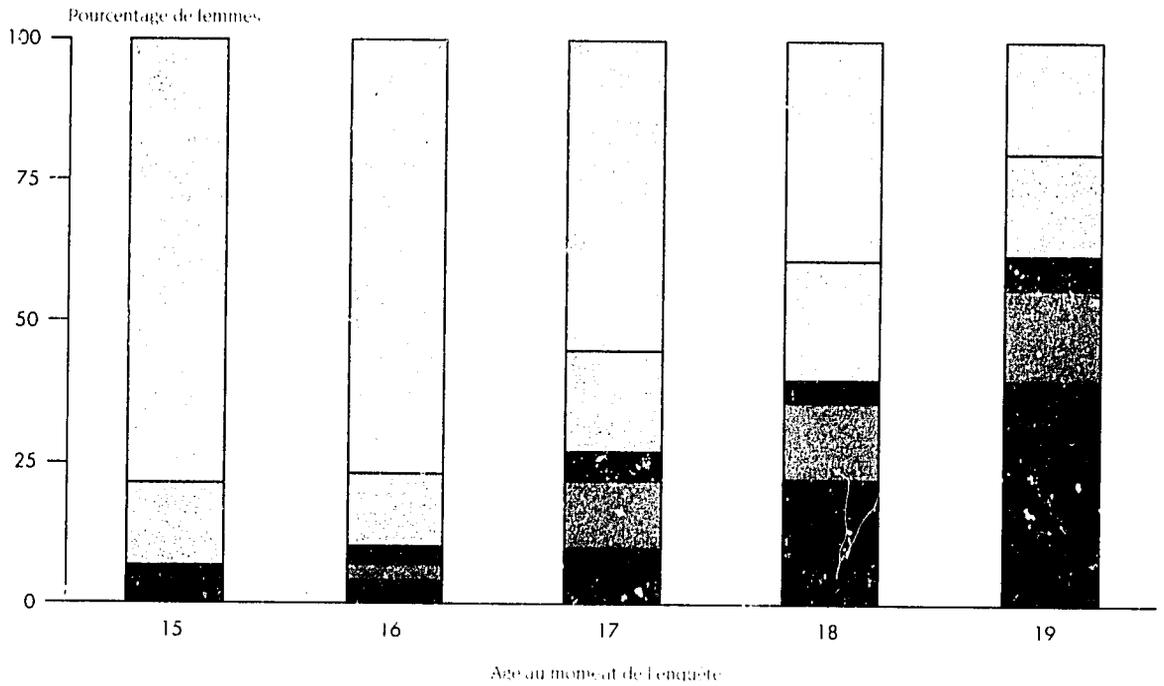
Graphique 8B: La procréation par rapport à la situation matrimoniale, en fonction de l'âge—Ghana



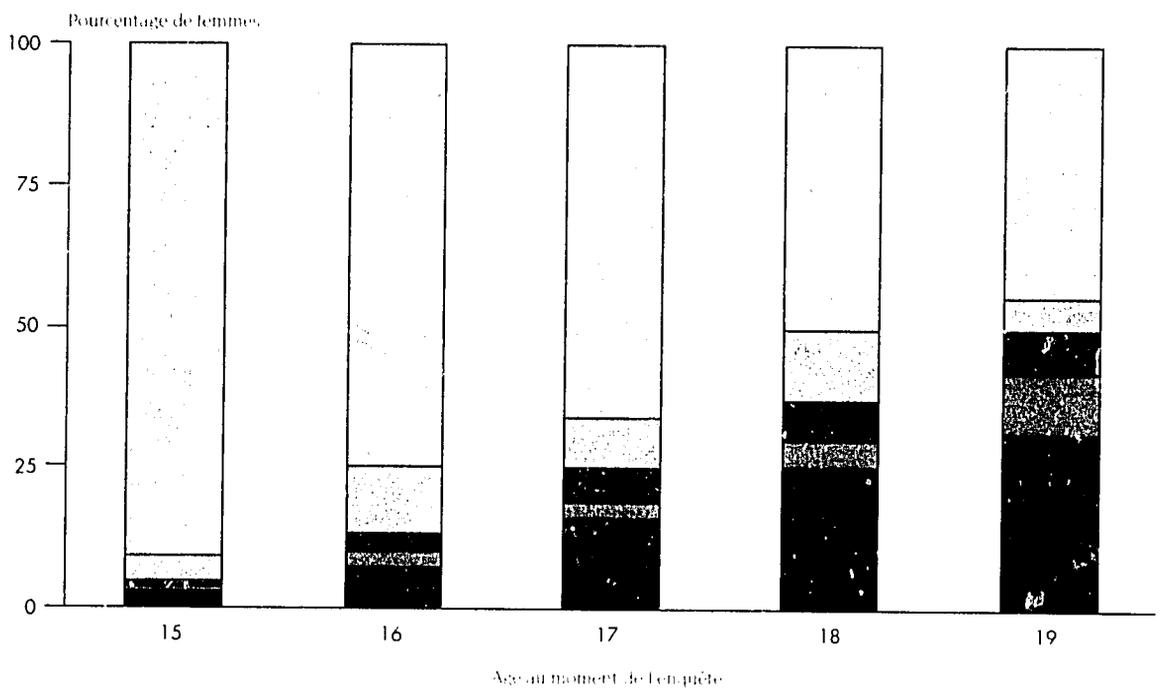
Mariées/Mères*
 Célibataires et ayant des activités sexuelles/Mères*
 Mariées/Sans enfant
 Célibataires et ayant des activités sexuelles/Sans enfant
 N'ayant jamais eu de rapports sexuels

* Mères s'applique aussi aux femmes actuellement enceintes.

Graphique 8C: La procréation par rapport à la situation matrimoniale, en fonction de l'âge—Kenya



Graphique 8D: La procréation par rapport à la situation matrimoniale, en fonction de l'âge—Zimbabwe



Mariées/Mères*
 Célibataires et ayant des activités sexuelles/Mères*
 Mariées Sans enfant
 Célibataires et ayant des activités sexuelles/Sans enfant
 N'ayant jamais eu de rapports sexuels

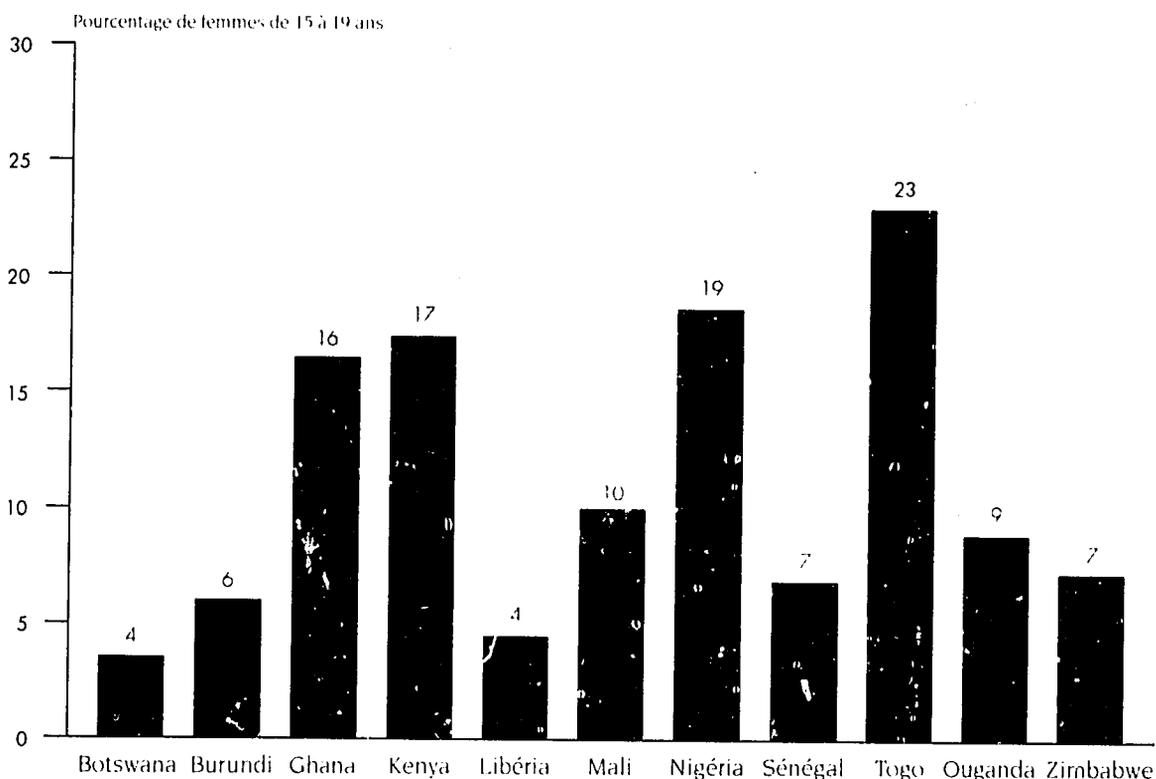
* Mères s'applique aussi aux femmes actuellement enceintes.

Tableau 2: Adolescentes ayant eu des rapports sexuels, vivant en union, et ayant donné naissance ou étant enceintes

		Age à la date de l'enquête				
		15 (%)	16 (%)	17 (%)	18 (%)	19 (%)
Botswana	Mariées/Mères	0	0	5	4	12
	Célibataires/Mères	6	11	28	37	35
	Mariées/Sans enfant	0	0	0	4	4
	Célibataires/Sans enfant	20	36	38	43	37
Burundi	Mariées/Mères	0	0	1	9	12
	Célibataires/Mères	0	1	1	1	1
	Mariées/Sans enfant	0	0	0	2	7
	Célibataires/Sans enfant	0	1	1	1	0
Ghana	Mariées/Mères	1	10	14	29	43
	Célibataires/Mères	2	2	6	6	7
	Mariées/Sans enfant	1	4	4	10	10
	Célibataires/Sans enfant	12	18	23	31	22
Kenya	Mariées/Mères	4	4	10	22	40
	Célibataires/Mères	1	4	12	14	16
	Mariées/Sans enfant	1	3	5	4	6
	Célibataires/Sans enfant	14	13	19	21	18
Libéria	Mariées/Mères	7	13	26	38	44
	Célibataires/Mères	11	11	20	25	26
	Mariées/Sans enfant	5	10	11	12	9
	Célibataires/Sans enfant	34	39	30	18	17
Mali	Mariées/Mères	10	31	51	63	79
	Célibataires/Mères	0	0	0	0	0
	Mariées/Sans enfant	24	36	29	18	12
	Célibataires/Sans enfant	0	0	1	2	1
Nigéria	Mariées/Mères	13	20	28	39	40
	Célibataires/Mères	0	1	2	0	3
	Mariées/Sans enfant	21	10	11	7	6
	Célibataires/Sans enfant	5	12	14	22	23
Sénégal	Mariées/Mères	8	15	27	40	45
	Célibataires/Mères	1	2	2	5	4
	Mariées/Sans enfant	19	18	17	13	13
	Célibataires/Sans enfant	NA	NA	NA	NA	NA
Togo	Mariées/Mères	7	10	19	29	42
	Célibataires/Mères	1	5	3	7	10
	Mariées/Sans enfant	2	6	7	8	6
	Célibataires/Sans enfant	25	25	38	38	34
Ouganda	Mariées/Mères	6	17	34	53	50
	Célibataires/Mères	2	4	11	5	9
	Mariées/Sans enfant	7	9	10	10	12
	Célibataires/Sans enfant	18	17	18	13	12
Zimbabwe	Mariées/Mères	3	7	16	24	31
	Célibataires/Mères	1	3	3	6	11
	Mariées/Sans enfant	1	3	3	7	5
	Célibataires/Sans enfant	4	8	12	9	8

CONNAISSANCE DE LA PÉRIODE DE FERTILITÉ

Graphique 9: Connaissance de la période de fertilité durant le cycle menstruel*



*Savent que la période de fertilité survient au milieu du cycle menstruel.

Comme l'indique le graphique 9, seule une minorité d'adolescentes est capable de dire sans se tromper quelle est la période du cycle menstruel durant laquelle la probabilité de devenir enceinte est la plus forte*. Pouvoir reconnaître cette période de fécondité (le milieu du cycle) est indispensable pour que la pratique de la planification familiale naturelle, que l'on appelle également la méthode du "rythme", donne de bons résultats. Le meilleur niveau de connaissance est au Togo, où un peu plus de 20% des adolescentes ont donné la réponse juste. Dans plus de la moitié des pays, moins de 10% des adolescentes ont identifié la période de fécondité correctement.

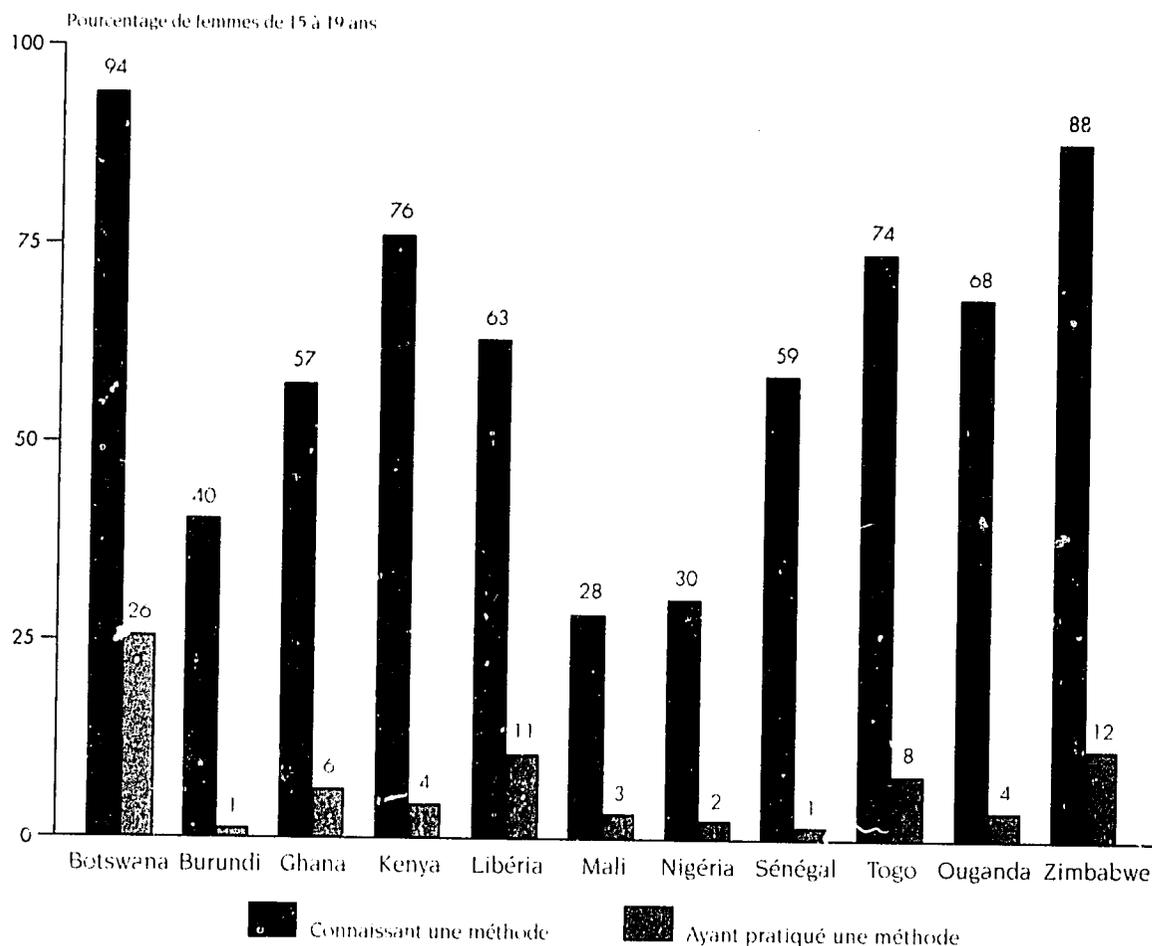
Quand la période de fertilité n'est pas connue, il est clair que l'on se heurte à une insuffisance générale des connaissances de base sur la reproduction humaine. Ces connaissances sont particulièrement importantes pour les adolescentes sexuellement actives, qui n'ont peut-être pas accès à des contraceptifs et pour lesquelles l'emploi de la méthode du "rythme" pourrait être l'une des rares

solutions possibles. Si les femmes qui sont sexuellement actives ne pratiquent pas la continence durant leur période de fertilité ou n'utilisent pas de contraceptifs, elles s'exposent à un haut risque de grossesse non désirée.

*En raison des difficultés qui s'attachent à la codification de cette question, les données figurant au graphique 9 sont une estimation prudente et pourraient ne pas refléter pleinement la connaissance de la période de fertilité.

CONNAISSANCE ET UTILISATION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

Graphique 10: Connaissance et utilisation au moins une fois d'une méthode moderne de planification familiale

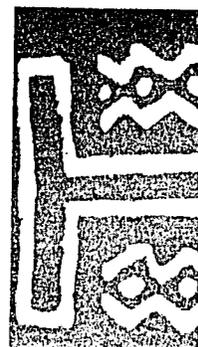


Le graphique 10 montre, en pourcentage, la répartition de la connaissance et de l'utilisation au moins une fois des méthodes modernes de contraception* parmi les adolescentes. La connaissance de ces méthodes varie considérablement (de 30% environ à près de 95%). Dans huit des onze pays, plus de la moitié des adolescentes connaissent au moins une méthode moderne de contraception.

Une proportion beaucoup plus faible d'adolescentes déclare avoir utilisé au moins une fois un contraceptif moderne. De fait, l'emploi des contraceptifs modernes est extrêmement bas partout sauf au Botswana, où il dépasse les 25%. (Le Botswana est également le pays où le niveau de connaissance est le plus élevé.) Quand l'emploi des contraceptifs n'est pas élevé en dépit d'une connaissance très répandue, cela est dû en partie à l'effet conjugué

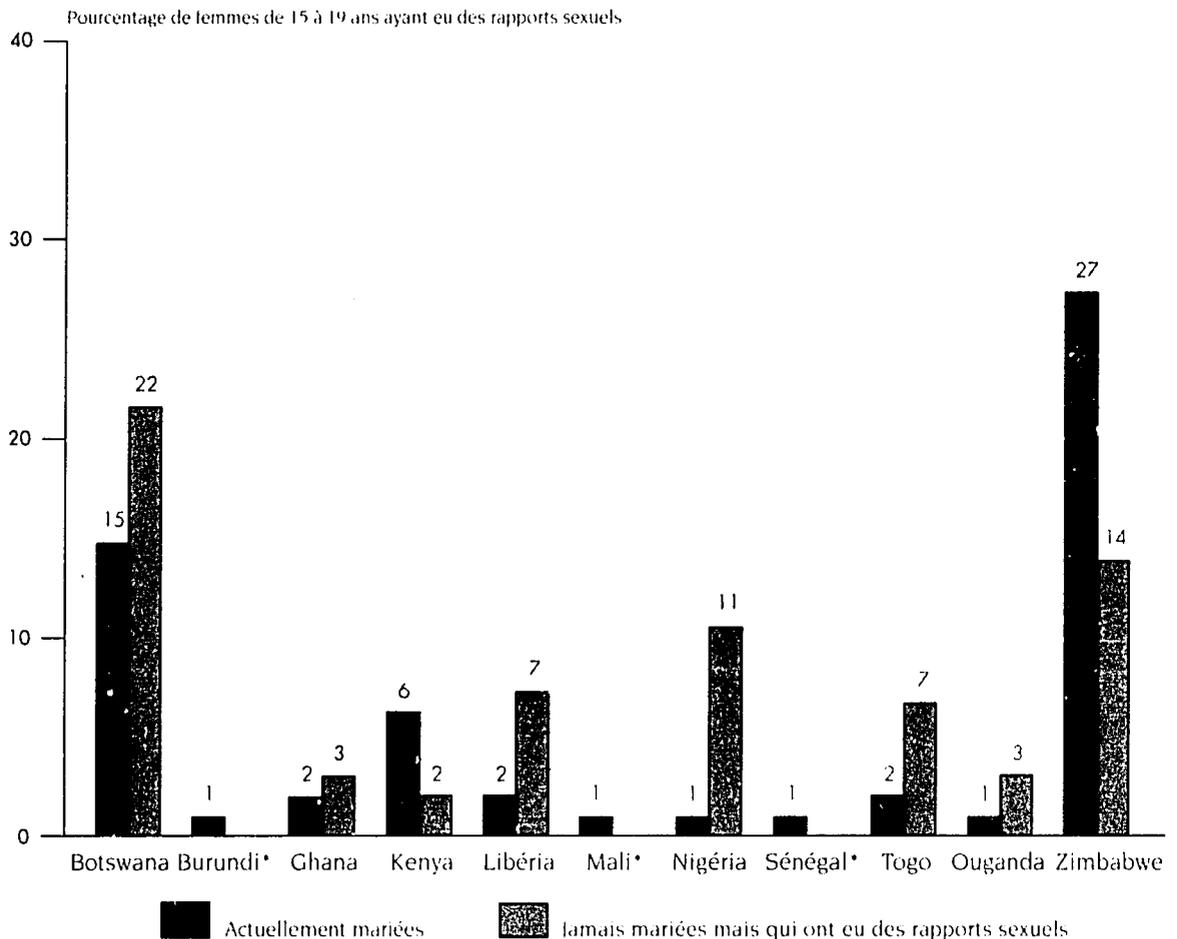
d'un manque de besoin chez les nombreuses jeunes filles qui ne sont pas sexuellement actives et d'un manque d'intérêt parmi les adolescentes qui veulent commencer à avoir des enfants. Toutefois, ces faibles niveaux d'emploi de contraceptifs pourraient également être la conséquence de barrières socio-culturelles qui stigmatisent l'utilisation des contraceptifs par les adolescentes et empêchent celles-ci d'avoir accès aux méthodes de contraception.

*Les méthodes modernes comprennent les pilules, les injectables, les stérilets, les condoms, les spermicides et la stérilisation masculine et féminine.



UTILISATION ACTUELLE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

Graphique 11A: Utilisation des méthodes modernes de planification familiale, en fonction de la situation matrimoniale



* On n'a pas tracé de barre si le nombre de cas est inférieur à 25. Les questions portant sur les rapports sexuels n'ont pas été posées aux Sénégalaises qui n'ont jamais été mariées.

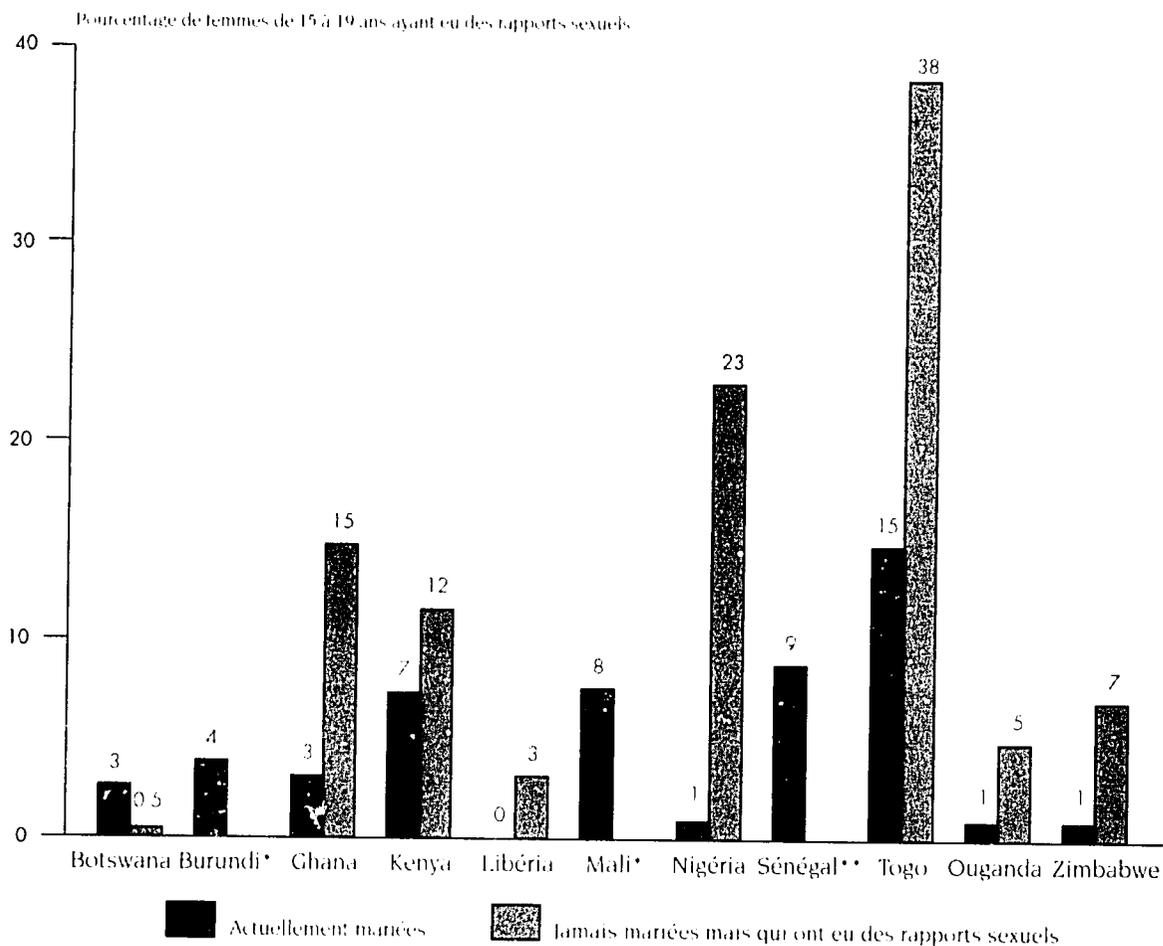
Les graphiques 11A et 11B montrent qu'à l'époque des enquêtes EDS, peu d'adolescentes, même parmi celles exposées au risque de grossesse, c'est-à-dire les adolescentes mariées ou celles qui ne l'étaient pas mais qui avaient déjà eu des rapports sexuels, utilisaient une méthode de planification familiale. La proportion la plus forte d'utilisatrices de méthodes modernes se trouve parmi les adolescentes célibataires et sexuellement actives du Botswana, du Nigéria et du Zimbabwe, et les adolescentes mariées du Botswana et du Zimbabwe. Dans les autres pays, les méthodes modernes de contraception sont utilisées par moins de 10% des adolescentes, quelle que soit leur situation matrimoniale.

Dans plusieurs pays l'emploi des méthodes traditionnelles* est plus fréquent que l'emploi des

méthodes modernes. De douze à trente-huit pour cent des adolescentes célibataires sexuellement actives du Ghana, du Kenya, du Nigéria et du Togo, ont déclaré qu'elles utilisaient des méthodes traditionnelles pour éviter la grossesse. De toute évidence, beaucoup d'adolescentes sexuellement actives qui ne sont pas mariées ont des raisons pour vouloir éviter de devenir enceintes. Si dans ces pays les méthodes traditionnelles sont utilisées davantage que les méthodes modernes, c'est peut-être en partie parce que les adolescentes n'ont pas accès à la contraception moderne.

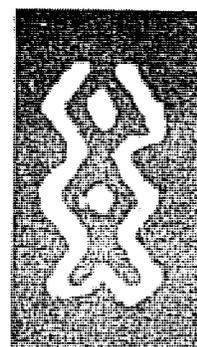
*Les méthodes traditionnelles comprennent l'abstinence prolongée, la continence périodique (la méthode du rythme) et le coït interrompu.

Graphique IIB: Utilisation des méthodes traditionnelles de planification familiale, en fonction de la situation matrimoniale



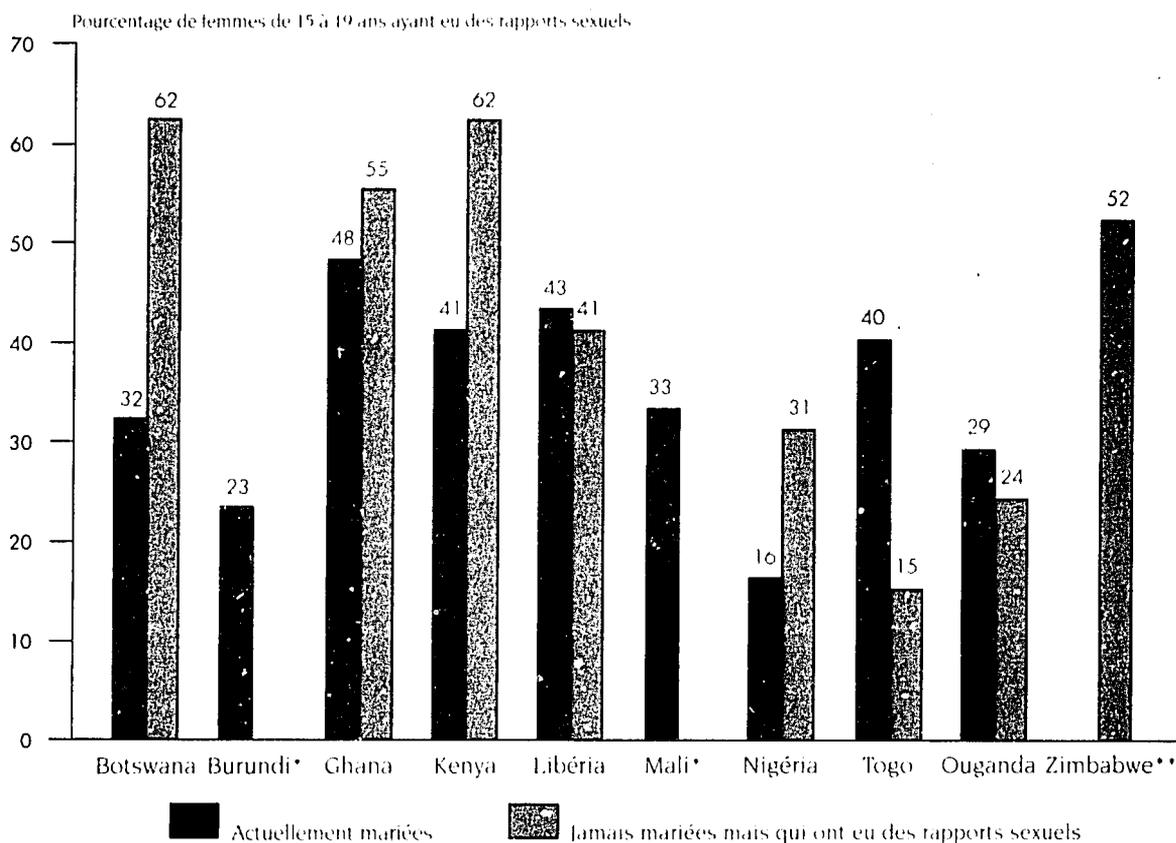
*On n'a pas trace de barre si le nombre de cas est inférieur à 25

**Les questions portant sur les rapports sexuels n'ont pas été posées aux Sénégalaises qui n'ont jamais été mariées.



BESOIN NON SATISFAIT DE SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE

Graphique 12: Besoins non satisfaits de services de planification familiale, en fonction de la situation matrimoniale



*On n'a pas tracé de barre si le nombre de cas est inférieur à 25

**Données non disponibles en ce qui concerne le Sénégal et les femmes actuellement mariées au Zimbabwe

Le graphique 12 illustre la proportion d'adolescentes sexuellement actives*, mariées ou qui ne l'ont jamais été, ayant un besoin non satisfait de services de planification familiale. Par définition, une femme entre dans cette catégorie quand elle n'est pas enceinte et qu'elle n'utilise pas de moyens de contraception, mais qu'elle ne veut pas être enceinte dans l'immédiat.

Comme le graphique le montre, plus de 30% des adolescentes actuellement mariées ont un besoin non satisfait de services de planification familiale, sauf au Burundi, au Nigéria et en Ouganda. Pour la plupart, ces jeunes femmes voudraient retarder la naissance de leur premier enfant ou attendre plus longtemps avant d'avoir un autre enfant.

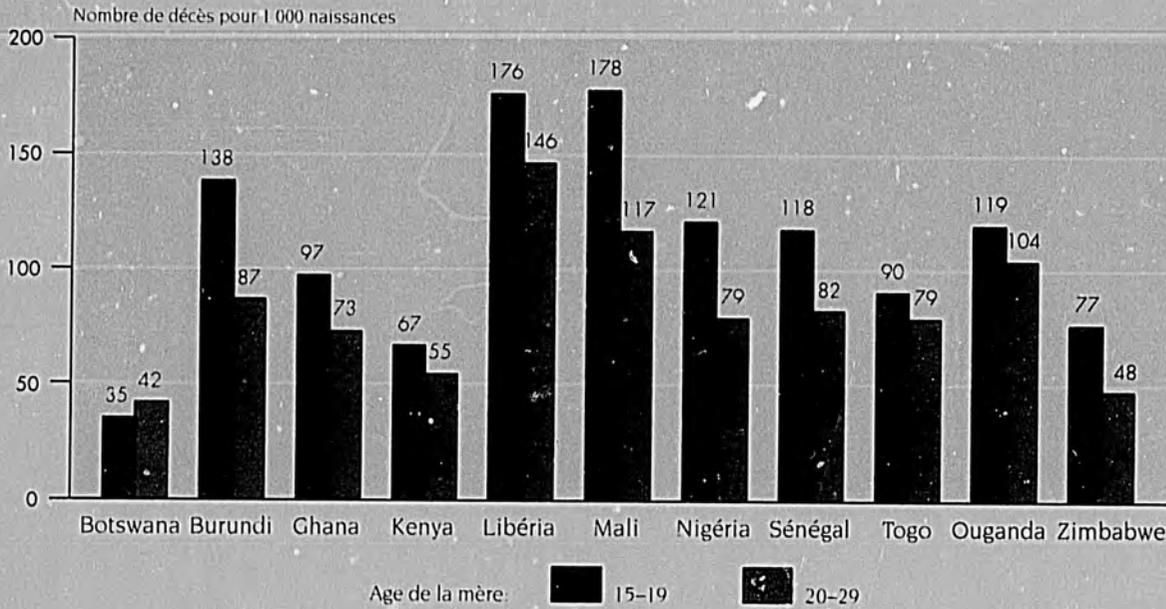
Le besoin non satisfait est également considérable chez les adolescentes sexuellement averties qui ne sont pas mariées. Dans quatre des huit pays pour lesquels on dispose de données, le Botswana,

le Ghana, le Kenya et le Zimbabwe, on peut dire de plus de la moitié de ce groupe qu'il y existe un besoin non satisfait de services de planification familiale.

L'ampleur de ce besoin non satisfait chez les adolescentes démontre qu'il y aurait un grand nombre d'utilisatrices de la planification familiale si elles avaient accès à des services répondant à leurs besoins. Mais pour assurer l'accessibilité à la planification familiale, il faut faire davantage que de fournir des services à partir d'emplacements commodes. L'accessibilité, pour les adolescentes, peut signifier aussi avoir accès à une information sur la vie reproductive et la planification familiale, savoir ou obtenir des services, se sentir à l'aise dans l'emploi des services existants et être encouragée ou autorisée à se procurer des moyens de planification familiale.

MORTALITÉ INFANTILE

Graphique 13: Taux de mortalité infantile* en fonction de l'âge de la mère



Le graphique 13 présente une comparaison du taux de mortalité infantile des enfants nés de mères âgées de moins de 20 ans et de celui des enfants nés de mères dont l'âge est compris entre 20 et 29 ans. * Le graphique montre que le risque de décès, pour les bébés dont les mères ont moins de 20 ans, est plus élevé que pour les femmes de 20 à 29 ans. La prépondérance du risque de décès chez les enfants d'adolescentes est particulièrement frappante au Burundi, au Mali, au Nigéria, au Sénégal et au Zimbabwe. Le Botswana, où le taux de mortalité infantile est le plus faible, est une exception, et le risque de décès chez les enfants d'adolescentes y est plus faible que chez les enfants nés de mères âgées de 20 à 29 ans.

Il n'y a pas de raison biologique simple pouvant expliquer le rapport entre la mortalité infantile et l'âge. Les naissances d'adolescentes sont souvent des premières naissances, les premiers nés courent un risque de décès supérieur à celui des bébés du deuxième ou troisième rang par ordre de naissance, quel que soit l'âge de la mère. De plus, des conditions de vie médiocres et des difficultés d'accès aux services de santé et autres services sociaux, sont souvent les causes profondes tant de la mortalité infantile que de la maternité précoce. Les jeunes femmes qui manquent des connaissances ou des moyens qui leur permettraient d'éviter une grossesse non désirée ne savent peut-être pas com-

ment se procurer les soins de santé dont elles-mêmes et leurs enfants ont besoin.

*Le taux de mortalité infantile est le nombre de décès d'enfants de moins de 1 an pour 1 000 naissances vivantes. Les taux présentés ici ont été calculés à partir de données couvrant une période de dix ans avant chacune des 11 enquêtes.



CONCLUSIONS

Les graphiques contenus dans la présente publication montrent nettement qu'un grand nombre d'adolescentes de l'Afrique subsaharienne sont sexuellement actives et que beaucoup d'entre elles sont mères. Dans presque la totalité des 11 pays d'Afrique subsaharienne étudiés dans ces pages, il est probable que le plus grand nombre des adolescentes aura eu un bébé avant l'âge de 20 ans. S'il est vrai que la plupart de ces bébés seront mis au monde par des adolescentes mariées, une proportion considérable ne le sera pas. Le mariage précoce et la maternité précoce peuvent tous deux mettre fin prématurément à l'éducation d'une jeune femme et limiter son potentiel économique futur. Outre ces conséquences socio-économiques, la maternité précoce peut avoir également des conséquences adverses sur la santé. Les données EDS montrent que les nouveau-nés dont les mères ont moins de 20 ans courent un risque de décès plus élevé que les enfants mis au monde par des femmes ayant atteint le milieu de leurs années de procréation.

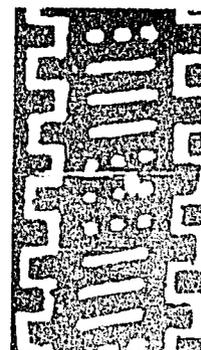
Les graphiques montrent également qu'un nombre élevé de naissances des adolescentes n'avait pas été désiré. Comme on peut s'y attendre, les grossesses prémaritales étaient non désirées dans une proportion plus forte. Toutefois, les adolescentes mariées ont également déclaré des grossesses non désirées. Vu le faible pourcentage d'adolescentes ayant dit qu'elles utilisaient des contraceptifs, modernes ou traditionnels, il n'est pas surprenant que beaucoup des grossesses soient non désirées. Pourtant, bon nombre de ces mêmes jeunes femmes (et les femmes sexuellement averties sans enfant) aimeraient éviter ou retarder des grossesses futures. Plus de 30% des adolescentes actuellement mariées dans huit des 11 pays couverts par les enquêtes ont un besoin non satisfait de services de planification familiale.

Incidence sur les politiques

Les politiques efficaces dépendent de la caractérisation correcte du problème: la reconnaissance

de la vraie dimension des activités sexuelles et de la maternité chez les adolescentes est une première étape cruciale. Les responsables politiques de l'Afrique subsaharienne peuvent utiliser les résultats des enquêtes EDS pour rendre la population plus sensible aux causes et conséquences de la maternité chez les adolescentes. Les données soulignent également la nécessité de prendre en considération plusieurs types de politiques et programmes qui puissent aider les adolescentes à réaliser totalement leur potentiel, notamment:

- Des politiques qui dissuadent du mariage et de la maternité précoces en fournissant des solutions viables en matière d'éducation et d'emploi.
- Des programmes destinés à aider les jeunes femmes à continuer à fréquenter l'école, même si elles ont des enfants.
- Des programmes visant à instituer ou amplifier l'enseignement de cours d'initiation à la vie familiale pour les jeunes à l'école et hors de l'école.
- Des programmes d'information, d'éducation et de communication visant les partenaires et les parents des adolescentes ainsi que les autres membres de leur parenté.
- Des politiques qui élargissent l'accès à des prestations de haute qualité en matière de services de planification familiale et de consultations pour les adolescentes sexuellement actives.
- Des programmes de santé maternelle et infantile concernant des adolescentes qui peut-être ne savent pas de quels soins elles-mêmes et leurs bébés ont besoin, ou à quel endroit elles peuvent s'adresser pour obtenir des services.



SOURCES

1. *Global Estimates and Projections of Population by Age and Sex*, 1988 Revision (New York, N.Y.: Nations Unies, 1989).
2. Benjamin Gyepi-Garbrah, *Adolescent Fertility in Sub-Saharan Africa: An Overview* (Boston, MA: The Pathfinder Fund, 1985).
3. *Adolescent Reproductive Behaviour, Volume 1, Evidence from Developed Countries* (New York, N.Y.: Nations Unies, 1988).
4. Francine M. Coeytaux, "Induced abortion in sub-Saharan Africa: What We Do and Do Not Know", *Studies in Family Planning* Vol. 19, No. 3 (mai/juin 1988) pp. 186-190.
Odile Frank, "Demand for Fertility Control in sub-Saharan Africa", *Studies in Family Planning* Vol. 18, No. 4 (juillet/août) pp. 181-201
5. Ann K. Blanc et Naomi Rutenberg, "Coitus and Contraception: The Utility of Data on Sexual Intercourse for Family Planning Programs", *Studies in Family Planning* Vol. 22, No. 3 (mai/juin 1991).
6. Ces estimations pour toutes les femmes non mariées ont été établies (mais non publiées) par Charles F. Westoff, de l'Université Princeton. Les estimations relatives aux femmes mariées (sauf pour le Nigéria) sont tirées du travail de Charles F. Westoff et Luis H. Ochoa, "Unmet Need and the Demand for Family Planning", *DHS Comparative Studies* No. 5 (Columbia, MD: IRD, 1991).
7. Pour des exemples des types de programme de prévention de grossesses qui visent actuellement les adolescentes, voir: International Center of Adolescent Fertility, *Serving the Future: An Update on Adolescent Pregnancy Prevention Programs in Developing Countries*, que l'on peut se procurer au
Center for Population Options
1025 Vermont Ave., N.W.
Suite 210
Washington D.C., 20005

Les résultats des enquêtes EDS ont été rassemblés avec la collaboration des organisations suivantes:*

BOTSWANA (1988)
Central Statistics Office, Ministry of Finance and Development Planning
et
Family Health Division, Ministry of Health

BURUNDI (1987)
Ministère de l'Intérieur,
Département de la Population

GHANA (1988)
Ghana Statistical Office

KENYA (1989)
National Council for Population and Development, Ministry of Home Affairs and National Heritage

LIBÉRIA (1986)
Bureau of Statistics,
Ministry of Planning and Economic Affairs

MALI (1987)
Centre d'Etudes et de Recherches sur la Population pour le Développement, Institut du Sahel

NIGÉRIA (1990)
Federal Office of Statistics

SÉNÉGAL (1986)
Division des Enquêtes et de la Démographie, Direction de la Statistique, Ministère de l'Economie et des Finances

TOGO (1988)
Unité de Recherche Démographique
et
Direction de la Statistique
et
Direction Générale de la Santé

OUGANDA (1988-89)
Ministry of Health

ZIMBABWE (1988-89)
Central Statistical Office, Ministry of Finance, Economic Planning, and Development

* Les données ont été tabulées à partir des bandes magnétiques de reprogrammation standard établies pour chaque pays et peuvent être obtenues en s'adressant aux organisations dont la liste figure ci-dessus, ou au programme EDS (dont l'adresse est indiquée sur la face intérieure de la couverture)

25