

SANTE DE LA REPRODUCTION AU SAHEL

LES JEUNES EN DANGER

*Résultats d'une étude régionale
dans cinq pays d'Afrique de l'Ouest*



NOTE METHODOLOGIQUE

La recherche proprement dite a comporté un volet qualitatif et un volet quantitatif.

Le volet qualitatif a permis de conduire pour chacun des trois pays (Burkina Faso, Mali et Niger) 18 «focus groups» d'adolescentes et d'adolescents, 6 «focus groups» de mères et pères d'adolescents, 27 à 30 entretiens individuels avec des informateurs clés (prestataires de services de planification familiale, leaders religieux, chefs de villages, enseignants).

Toutes les informations collectées ont été transcrites et analysées avec le logiciel TALLY. Un rapport national est disponible pour chacun des trois pays couverts par ce volet.

Le volet quantitatif a été consacré à l'analyse approfondie des données collectées sur la contraception dans la sous-région : les Enquêtes démographiques et de santé (EDS) réalisées au Mali (1987), au Niger (1992), au Sénégal (1992-93) et au Burkina Faso (1993); l'Enquête gambienne sur la prévalence de la contraception et des déterminants de la fécondité (1990) et l'Enquête de base pour la promotion du logo national de planification familiale du Mali (1994).

Les responsables des programmes de planification familiale et des démographes des cinq pays couverts par l'étude ont enrichi la première rédaction de cette brochure au cours d'un atelier de dissémination des résultats organisé à Bamako par le CERPOD.

Cette version finale, fruit d'un travail collectif, est l'aboutissement d'un cheminement méthodologique spécifique.

L'aspect pédagogique a été pris en compte pour faciliter l'utilisation de la brochure dans des activités d'information et de sensibilisation.

Photos de couverture : Kaly/ENDA

LES JEUNES EN DANGER

*Résultats d'une étude régionale
dans cinq pays d'Afrique de l'Ouest*

SOMMAIRE

- | | | | |
|---------------|--|-----------|--|
| ii-iii | Introduction | 32 | Santé de la mère adolescente
et de l'enfant |
| 1 | Age au premier mariage | 37 | Conclusions
et recommandations |
| 7 | La sexualité avant le mariage | 43 | Le mot de la fin |
| 15 | Les naissances avant le
mariage | 44 | Tableau des indicateurs par pays |
| 18 | La planification familiale chez
les adolescentes | 45 | Quelques livres utiles |
| 26 | Les maladies sexuellement
transmissibles (MST)
et le SIDA | 47 | Quelques adresses utiles |

INTRODUCTION

Cette brochure est l'un des résultats de l'étude initiée par le CERPOD (Centre d'Etudes et de Recherche sur la Population pour le Développement) sur la santé de la reproduction des adolescents (15 à 19 ans) de la région sahélienne et plus précisément dans cinq pays du CILSS (Comité Permanent Inter-Etats de Lutte contre la Sécheresse dans le Sahel) : Burkina Faso, Gambie, Mali, Niger, Sénégal.

Pourquoi une étude sur la santé de la reproduction des adolescents dans le Sahel et non une recherche qui porterait sur l'ensemble des femmes en âge de procréer?

Si les adolescentes ont des problèmes qu'elles partagent avec les femmes plus âgées, par contre, ceux qui leur sont spécifiques doivent être pris en compte par les différents acteurs de la société dont les actions ou décisions peuvent influencer sur leur santé. Parmi ces spécificités on peut noter que :

- ▶ *l'adolescence est une période d'immaturité physique qui expose à des risques si la sexualité ou la reproduction commence trop tôt : avortement spontané, accouchements prématurés ou difficiles, complications et séquelles permanentes de grossesse trop précoces, etc.*
- ▶ *l'adolescence est la période où la fille est encore trop jeune pour faire face à ses responsabilités de mère : grossesse non-désirée, manque de suivi de la grossesse, avortement clandestin dans des conditions déplorables, infanticide, interruption des études, difficulté d'être acceptée par la société dont on a transgressé les valeurs, etc.*

Le SIDA a bouleversé les réalités dans le domaine de la sexualité. Si avant l'avènement du SIDA une erreur de jeunesse pouvait conduire à une MST, aujourd'hui elle peut coûter la vie. Ceci est vrai pour les adolescents qui sont plus vulnérables.

Outre ces considérations d'ordre médical, économique et social, l'importance démographique des adolescentes mères, prouvée par les enquêtes de ces dernières années, justifie la priorité à accorder à ce groupe. Pour l'ensemble des neuf pays membres du CILSS, dont la population totale est estimée



à 49 millions, le sous-groupe des adolescentes est d'environ 2,4 millions soit plus du cinquième des femmes en âge de procréer.

L'étude envisageait de mieux connaître et comprendre l'importance de la sexualité chez les adolescents, l'évolution et les différences de comportement sexuel, les connaissances et attitudes sur la planification familiale (PF) et la santé de la reproduction et le SIDA, les différences dans l'utilisation des méthodes contraceptives par les adolescentes mariées et célibataires au cours des 15 dernières années, et enfin par les adolescentes mariées et autres femmes mariées.

Les résultats qui suivent montrent la complexité, la sensibilité et l'urgence des problèmes de la santé de la reproduction des adolescents. Toutefois, ils ne répondent pas à toutes les questions qui se posent. Ils interpellent un ensemble d'acteurs des sociétés sahéniennes. Bien entendu le personnel de la santé, mais aussi les enseignants, les leaders religieux, les décideurs, les chercheurs, les encadreurs de groupes de jeunes, les parents, et les adolescentes et adolescents. C'est la raison pour laquelle, pour chacun des thèmes abordés dans cette brochure, deux ou trois questions (pistes de réflexion) ont été formulées pour inviter le lecteur à en discuter avec d'autres personnes.

Les résultats de cette recherche devraient contribuer à l'élaboration, par les programmes de PF et ceux de prévention et de traitement des MST, de stratégies appropriées pour l'amélioration de la santé de la reproduction des adolescents dans les pays couverts par l'étude. C'est ce souci qui a guidé l'implication, dans la phase de dissémination des résultats, des responsables des programmes de PF des cinq pays couverts (Burkina Faso, Gambie, Mali, Niger, Sénégal), de représentants de partenaires financiers et d'ONG intéressés.

L'étude sur la santé de la reproduction des adolescents dans le Sahel a bénéficié de l'appui financier de l'USAID-Bureau de l'Afrique/HHRAA (Health and Human Resources Analysis for Africa) à travers le projet SARA (Soutien à l'Analyse et à la Recherche en Afrique)/AED. L'assistance technique a été assurée par les sous-contractants du projet SARA suivants : Africa Consultants International, Macro International, Population Reference Bureau, Université de Tulane. Des chercheurs de Population Dynamics de Johns Hopkins University ont également apporté leur appui aux travaux de cette recherche.



Photo UNICEF/G. Pirozzi

iv

SANTE DE LA REPRODUCTION AU SAHEL
LES JEUNES EN DANGER

THEME 1

AGE AU PREMIER MARIAGE

Il ressort de différentes études deux faits liés à la santé de la reproduction :

- ▶ une proportion importante de mariages précoces surtout en milieu rural,
- ▶ une tendance au recul de l'âge au premier mariage des femmes surtout en milieu urbain.

Au Sahel les coutumes et les pratiques font que l'âge au premier mariage est parmi les plus bas du monde.

Les mariages sont généralement suivis par une grossesse survenant chez une adolescente immature physiquement et dont le bassin continue à se développer. Les conséquences médicales de cette précocité du mariage sont considérées comme des problèmes de santé publique : avortement et accouchement prématurés ou difficiles avec taux de césariennes élevés; déchirures du périnée et autres complications telles que fistules, infections génitales pouvant aboutir, souvent, à une stérilité; traumatisme du nouveau-né, faible poids à la naissance. De plus, le cancer du col de l'utérus est plus fréquent chez les femmes qui ont commencé leur activité sexuelle (ou ont été mariées) avant l'âge de 17 ans.

De plus en plus de recherches indiquent qu'une adolescente (15-19 ans), en raison de son immaturité physiologique, est plus exposée à la transmission du VIH (virus qui cause le SIDA) qu'une femme adulte en cas de rapports avec une personne infectée.

En dépit de leur gravité, ces conséquences demeurent ignorées par une frange importante des populations sahéliennes. L'âge précoce au premier mariage est même souvent perçu comme un facteur contribuant à la stabilité de la communauté.

Au Sahel les coutumes et les pratiques font que l'âge au premier mariage est parmi les plus bas du monde.

LES MARIAGES PRÉCOCES

NIVEAUX

Dans les zones rurales

En milieu rural sahélien, on note encore aujourd'hui, des proportions non négligeables de célébrations de mariage avant 15 ans chez les jeunes générations : 17% en Gambie, 19% au Sénégal. Au Niger, près d'un mariage sur deux (45%) est célébré avant le quinzième anniversaire. **(Graphique 1.1a)**

Dans les capitales

Les mariages précoces (avant le quinzième anniversaire) sont très rares parmi les jeunes générations à Dakar (3%) et Ouagadougou (5%). Par contre, à Niamey (12%) et à Bamako (16%) on trouve un niveau sensiblement élevé. **(Graphique 1.1b)**

Dans les autres villes

Au Burkina Faso, en Gambie et au Sénégal la situation actuelle est comparable à celle des capitales. Seules 5 à 6% des filles qui atteignent leur quinzième anniversaire se sont mariées. Dans les autres villes du Niger par contre, on estime au quart les filles qui se marient avant leur quinzième anniversaire.



Dessin de Samba FALL

Incontinence urinaire après accouchement

LE DRAME DES FEMMES FISTULEUSES

Elles sont devenues presque des panas de la société, alors même que c'est cette société (en fait leur entourage immédiat) qui les a mises dans un tel état, une situation on ne peut plus douloureuse. Elles ? Ce sont ces femmes victimes de ce qu'on appelle les **fistules uro-génitales** ou dans d'autres cas, des **fistules recto-vaginales**. Leur cauchemar est pratiquement méconnu du grand public, et ces femmes ont un dénominateur commun : c'est qu'elles perdent en permanence de l'urine (parfois mélangée à de la matière fécale) qui, plus est, pas par la voie normale (l'orifice), mais par le vagin. En effet, par définition, les fistules uro-génitales se présentent comme une communication anormale entre les voies urinaires et les voies génitales, entraînant de ce fait la perte continue des urines par le vagin. Dans certains cas, on note également la perte des selles (matières fécales) par le vagin. On parle alors de fistule recto-vaginale. Qu'il s'agisse de l'une ou de l'autre, les victimes sont «complexées» par l'odeur unneuse qu'elles dégagent... Elles sont nombreuses ces femmes (en majorité dans notre pays, de telles complications. Actuellement, on compte une trentaine de patientes à l'Hôpital national de Niamey; et il y en a aussi au CHU. Ce sont d'ailleurs les deux principaux hôpitaux qui interviennent sur les fistules.

L'incontinence urinaire est un sérieux handicap pour les femmes qui en sont victimes. Responsables de la santé, assistants sociaux ne cachent pas leur amertume pour souligner que l'odeur liée aux fistules uro-génitales constitue apparemment un facteur de marginalisation dans la société. Il est douloureux en effet de constater que la plupart des «fistuleuses» hospitalisées sont abandonnées par leurs maris et même leurs parents. Cet état de fait nous a été confirmé par les patientes elles-mêmes que nous avons rencontrées à l'hôpital de Niamey. **Baraka A.**, a aujourd'hui 30 ans, elle a été mariée à l'âge de 16 ans dans son village de Douthi. L'année d'après son mariage, elle a eu sa première grossesse et des complications ont surgi au moment de l'accouchement. D'où sa fistule qu'elle traîne depuis lors car **Baraka est à son deuxième séjour à l'hôpital de Niamey. Son mari ? -Depuis que je suis là, il n'est jamais venu me voir pourtant, nous avons une fille.** - En fait ajoute-t-elle avec un sourire crispé, **-j'ai appris que j'ai une coépouse.** Il convient de noter que, outre l'absence de visites de son mari, **B. A.** est seule à l'hôpital. Ceux qui l'ont accompagnée ont depuis longtemps regagné le village et ne sont plus revenus. **-Je veux bien retourner à la maison, dit-elle mais pour faire quoi tant que je ne me suis pas débarrassée de mon mal.**

Baraka n'a pas eu la même chaleur affective et conjugale que Halima I., originaire elle du Nigéria (Kanguwa) qui, mariée à l'âge de 15 ans, a eu sa première grossesse 3 ans plus tard et dont l'accouchement s'est soldé par une césarienne (opération chirurgicale pour sortir l'enfant). **Halima**, est à son deuxième séjour pour traitement et est à l'hôpital depuis six mois. Elle est ac-

Résultat des mariages précoces

Le traitement des fistules uro-génitales est toujours chirurgical. Il consiste, explique le Dr Ganda Oumarou, à supprimer la communication, entre la vessie et le vagin. Il peut être simple avec un taux de réussite élevé. Il existe des fistules complexes ou la guérison ne pourra être obtenue qu'après plusieurs opérations (de 2 jusqu'à 10 fois). Mais malgré tout dit-on, les récurrences sont fréquentes, ce qui fait que certaines malades sont pratiquement condamnées à vivre le restant de leurs jours dans un centre hospitalier. Véritable tragédie décidément pour un mal qu'on peut

TENDANCES

Dans les différentes zones rurales (**Graphique 1.1a**) il ne se dégage pas de tendance nette à la baisse de la fréquence des mariages précoces en dépit des niveaux élevés qui y sont généralement observés.

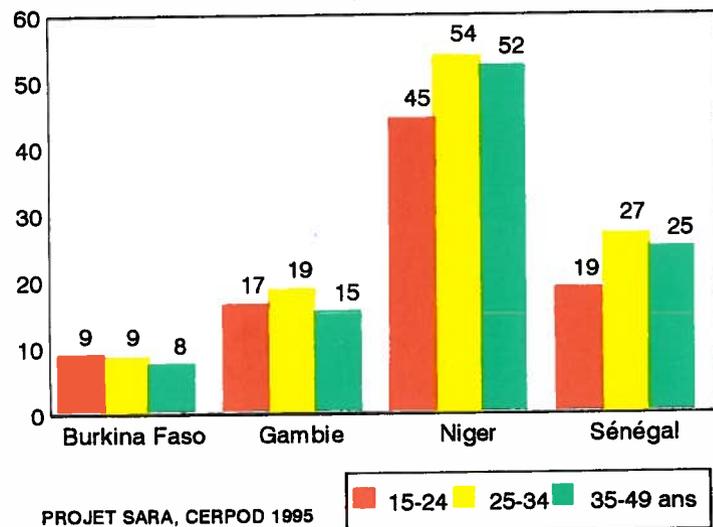
A Bamako, Niamey et Dakar une tendance nette à la baisse se dessine pour les mariages avant 15 ans. (**Graphique 1.1b**).

Pour les autres villes, les tendances à la baisse sont très contrastées :

- ▶ au Niger et au Sénégal on constate une baisse importante de la fréquence des mariages précoces,
- ▶ par contre, pour la Gambie les tendances ne sont pas très nettes.

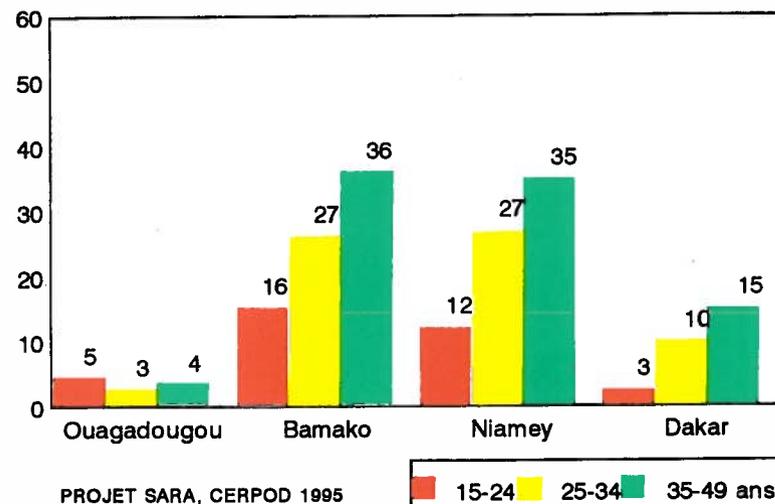
Au Burkina Faso, aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural, le niveau de célébration des mariages précoces a toujours été faible. Même pour les générations les plus âgées, le pourcentage estimé n'atteint pas 10% ni dans les campagnes ni dans les villes.

GRAPHIQUE 1.1a - PROBABILITE CHEZ LES FEMMES DE SE MARIER AVANT L'ÂGE DE 15 ANS DANS TROIS GROUPES DE GÉNÉRATIONS (15 À 24 ANS, 25 À 34 ANS ET 35 À 49 ANS) EN MILIEU RURAL.



1. D'une manière générale les mariages précoces sont importants en milieu rural dans la région sahélienne. Néanmoins des contrastes importants existent entre les pays. Le phénomène est beaucoup plus courant en milieu rural nigérien que partout ailleurs.
2. Les données ne montrent pas de tendance nette à la baisse de la précocité des mariages en milieu rural.

GRAPHIQUE 1.1b - PROBABILITE CHEZ LES FEMMES DE SE MARIER AVANT L'ÂGE DE 15 ANS DANS TROIS GROUPES DE GÉNÉRATIONS (15 À 24 ANS, 25 À 34 ANS ET 35 À 49 ANS) DANS LES CAPITALES



1. Notez la particularité de Ouagadougou où les mariages précoces sont très peu importants quel que soit le groupe de générations.
2. Dans toutes les autres capitales on constate que la fréquence des mariages précoces est plus importante dans le groupe de générations 35-49 ans, ce qui indique un recul de la précocité des mariages.

*Aussi bien en milieu rural
qu'en milieu urbain,
les filles scolarisées ont
beaucoup plus de chance
d'échapper au mariage
précoce que les filles
non-scolarisées.*

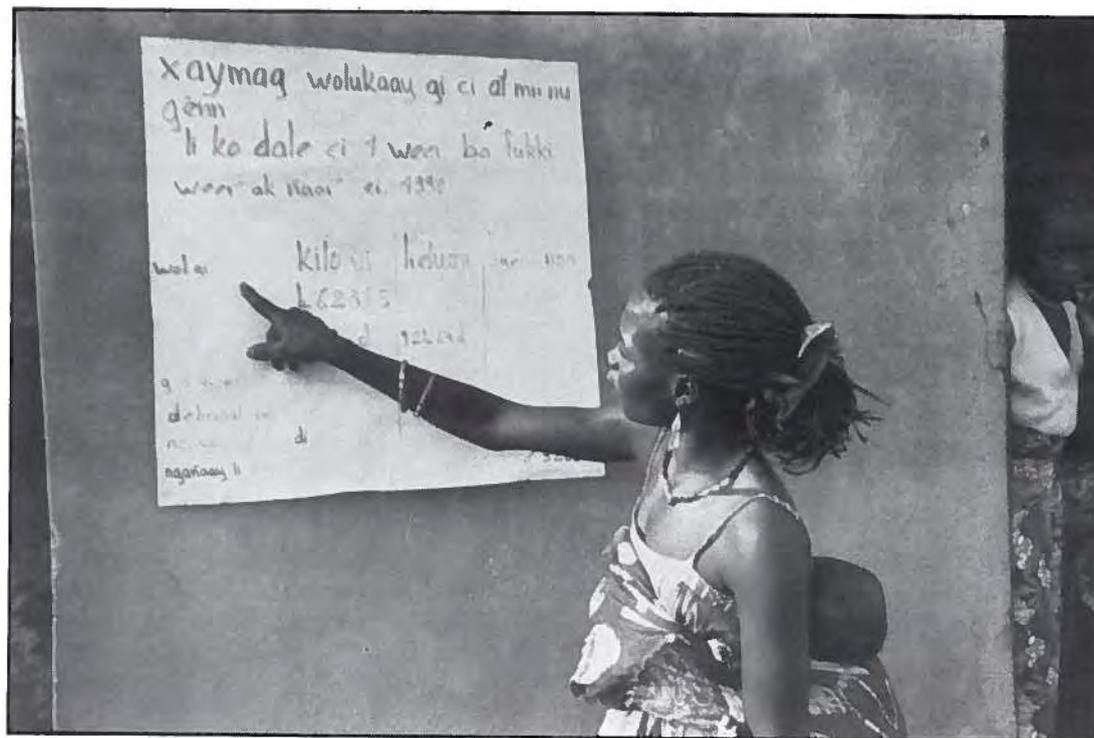


Photo UNICEF/G. Pirozzi

*Avec l'urbanisation,
on trouve de plus en plus
de femmes célibataires
à 20 ans et plus.*

MARIAGES PRÉCOCES ET SCOLARISATION DES FILLES

Pour l'ensemble des pays, aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain, les filles scolarisées ont beaucoup plus de chance d'échapper au mariage précoce que les filles non-scolarisées.

C'est dans le milieu rural nigérien que la prévalence des mariages précoces est particulièrement élevée : chez les filles scolarisées le pourcentage de mariages est estimé à 26%, contre 51% chez les non-scolarisées au quinzième anniversaire.

PISTES DE REFLEXION



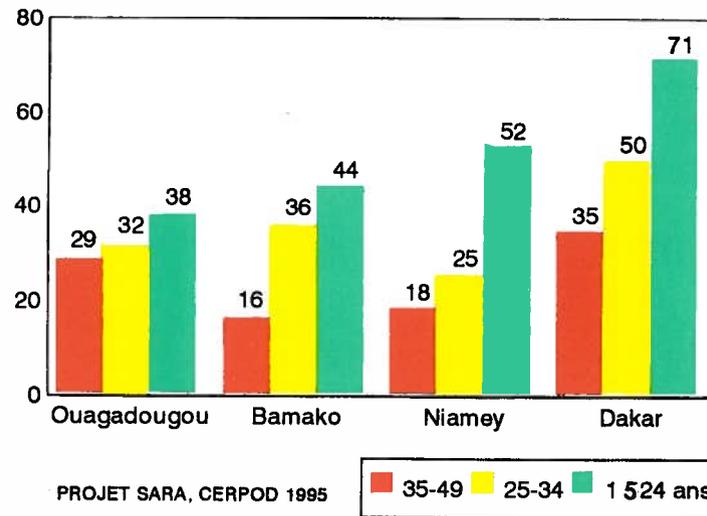
- Quels sont les avantages que nos sociétés trouvent dans le mariage précoce ?
- Vu ses conséquences néfastes sur la santé de la mère et de l'enfant, comment traiter le problème des mariages précoces, surtout en milieu rural ?

LES FEMMES CELIBATAIRES A 20 ANS

Dans les sociétés sahéniennes traditionnelles, rares étaient les filles qui étaient encore célibataires à 20 ans. Ces sociétés acceptaient mal qu'une femme ne soit pas mariée à cet âge à moins de cas d'handicap ou de maladie grave. Les femmes divorcées ou veuves étaient encouragées sinon tenues de se remarier. Avec l'urbanisation on trouve de plus en plus de femmes célibataires à 20 ans et plus.

Parmi celles-ci, un nombre croissant a une vie sexuelle active. Ceci les expose à des grossesses non-désirées, aux avortements et à leurs conséquences, aux MST et de plus en plus au SIDA. Sur le plan social, ces problèmes peuvent entraîner une interruption des études pour les filles ce qui est une perte pour l'individu, la famille et la communauté. Ce phénomène peut se traduire par une augmentation du nombre des mères-célibataires avec toutes les difficultés que cela comporte : difficultés financières, éducation des enfants, difficulté de trouver un mari et parfois rejet par la famille.

GRAPHIQUE 1.2 - POURCENTAGE DES JEUNES FILLES NON ENCORE MARIÉES AU VINGTIÈME ANNIVERSAIRE DANS LA CAPITALE



1. Notez les très forts pourcentages de jeunes filles non encore mariées à 20 ans (toutes les capitales) dans le groupe de générations plus jeunes (15-24 ans).
2. Le plus fort pourcentage est relevé à Dakar, la plus grande métropole des pays couverts par l'étude.

Les générations jeunes comptent de très fortes proportions de célibataires à 20 ans dans les capitales (**Graphique 1.2**):

- 38% à Ouagadougou ;
- 52% à Niamey ;
- 71 % à Dakar.

Les estimations qui apparaissent dans le **Graphique 1.2** permettent de dire que ce processus a commencé depuis bien des années à Dakar. Le même phénomène est observé dans les autres villes, même si c'est à un degré moindre.

Par contre, en milieu rural, la proportion des femmes non-mariées à 20 ans reste encore très faible. A l'exception du Sénégal et de la Gambie où les tendances ne sont pas très nettes, il semble que la proportion des célibataires à 20 ans n'ait pratiquement pas changé depuis bien des années.

Comme pour les mariages avant 15 ans, la scolarisation et la proportion de femmes non-mariées au vingtième anniversaire sont fortement associées. Cette association est très forte dans les capitales et les autres villes ainsi qu'en milieu rural sénégalais et burkinabè dans un moindre degré. Cependant, elle est à peine perceptible en zone rurale nigérienne.

**PISTES
DE
REFLEXION**



- Quels sont les facteurs, autres que la scolarisation, qui contribuent à l'augmentation du nombre de femmes célibataires à 20 ans et au delà, notamment en milieu urbain ?
- Comment les différentes institutions de la société (famille, santé, éducation, religion, etc.) doivent-elles s'adapter à ce nouveau phénomène ?

THEME 2

LA SEXUALITE AVANT LE MARIAGE

La quasi-totalité des adultes et personnes âgées interrogées au Burkina Faso, au Mali et au Niger, pense que l'intensité de la sexualité des adolescentes et des adolescents (15-19 ans) non-mariés est beaucoup plus élevée aujourd'hui qu'elle ne l'était durant leur jeunesse. La citation d'une mère burkinabè : « Dès que deux jeunes se rencontrent, c'est déjà le lit ! » illustre bien cette perception des parents.

Cependant, il est difficile dans les sociétés sahéliennes d'apprécier avec des enquêtes démographiques traditionnelles l'intensité de la sexualité en dehors du mariage. Il n'est pas facile, pour une jeune fille non-mariée, de répondre qu'elle n'est plus vierge aux questions d'une enquêteuse. Les résultats ainsi obtenus doivent donc être interprétés avec précaution. Toutefois, ces enquêtes ont au moins le mérite d'avoir posé la question.

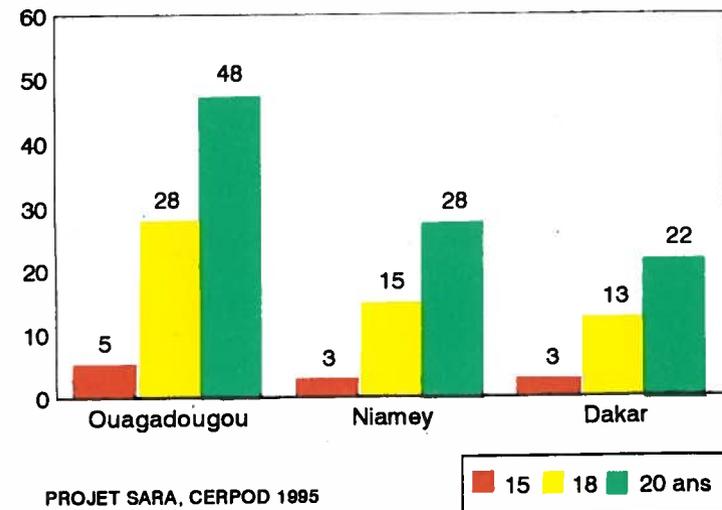
EN MILIEU URBAIN

Malgré leur faiblesse, les informations issues des enquêtes démographiques et de santé (EDS) du Niger, du Burkina et du Sénégal nous montrent qu'entre 22% et 48% des femmes

dans les capitales ont dit avoir eu des rapports sexuels pré-nuptiaux avant l'âge de 20 ans (**Graphique 2.1a**). Ces chiffres sont certainement en dessous de la réalité.

Il est à noter que le degré d'urbanisation n'explique pas nécessairement l'intensité de la sexualité pré-nuptiale : Dakar, qui est la métropole sahélienne la plus importante, enregistre également les plus faibles intensités de mariage durant l'adolescence mais aussi les niveaux de sexualité pré-nuptiale les plus faibles. Dans

GRAPHIQUE 2.1a - PROBABILITE D'AVOIR EU DES RAPPORTS SEXUELS PRENUPTIAUX AVANT 15, 18 ET 20 ANS DANS LES CAPITALES.



1. Les rapports sexuels pré-nuptiaux sont beaucoup plus fréquents à Ouagadougou qu'à Niamey et Dakar.

Entre 22% et 48% des femmes dans les capitales ont déclaré avoir eu des rapports sexuels pré-nuptiaux avant l'âge de 20 ans. Ces chiffres sont certainement en dessous de la réalité.

*La sexualité prénuptiale
n'est pas limitée aux
adolescentes scolarisées.*

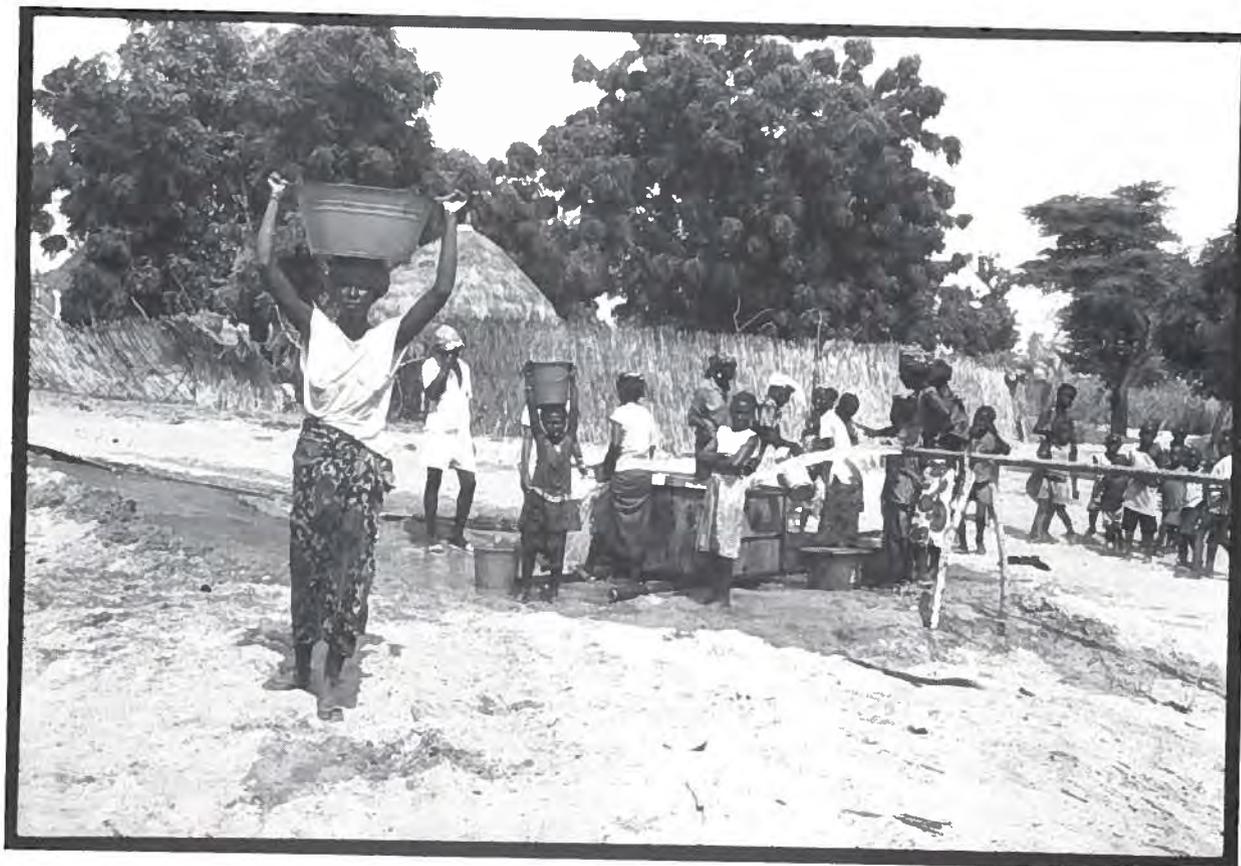


Photo UNICEF/G. Pirozzi

Il n'y a pas de différences très importantes entre le pourcentage des adolescentes scolarisées et celui des non-scolarisées qui ont connu des relations sexuelles avant le mariage.

la capitale sénégalaise, 22% des femmes célibataires ont eu des rapports sexuels. Cette estimation se situe en dessous de celles trouvées pour Niamey (28%), et Ouagadougou (48%). Encore une fois, ces chiffres sont probablement sous-estimés.

EN MILIEU RURAL

Les niveaux de la sexualité enregistrés en milieu rural sont beaucoup plus faibles que ceux relevés en milieu urbain. Toutefois, des écarts importants entre les différents milieux ruraux sont observés.

Les chances d'avoir des relations sexuelles avant le mariage durant l'adolescence en milieu rural nigérien sont nettement plus basses qu'en milieu rural burkinabè: 9% au Niger et 36% au Burkina de femmes célibataires du milieu rural ont déjà eu des rapports sexuels (**Graphique 2.1b**).

SEXUALITE AVANT LE MARIAGE ET SCOLARISATION

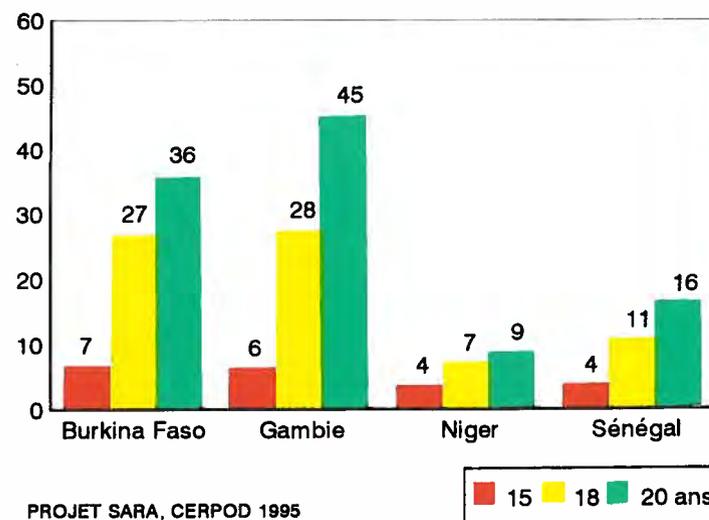
Les résultats de l'étude montrent également que la sexualité pré-nuptiale n'est pas circonscrite aux adolescentes scolarisées. Dans les pays étudiés, les différences d'intensité de la sexualité avant mariage entre adolescentes scolarisées et non-scolarisées ne sont pas très importantes.

TENDANCES

«L'intensité des rapports sexuels avant le mariage a-t-elle augmenté dans le Sahel au cours des 15 ou 20 dernières années ?» Les données issues des EDS permettent difficilement de répondre à cette question; mais, on peut s'attendre à ce que le recul de l'âge au premier mariage observé actuellement soit suivi d'une intensification des rapports sexuels pré-nuptiaux.

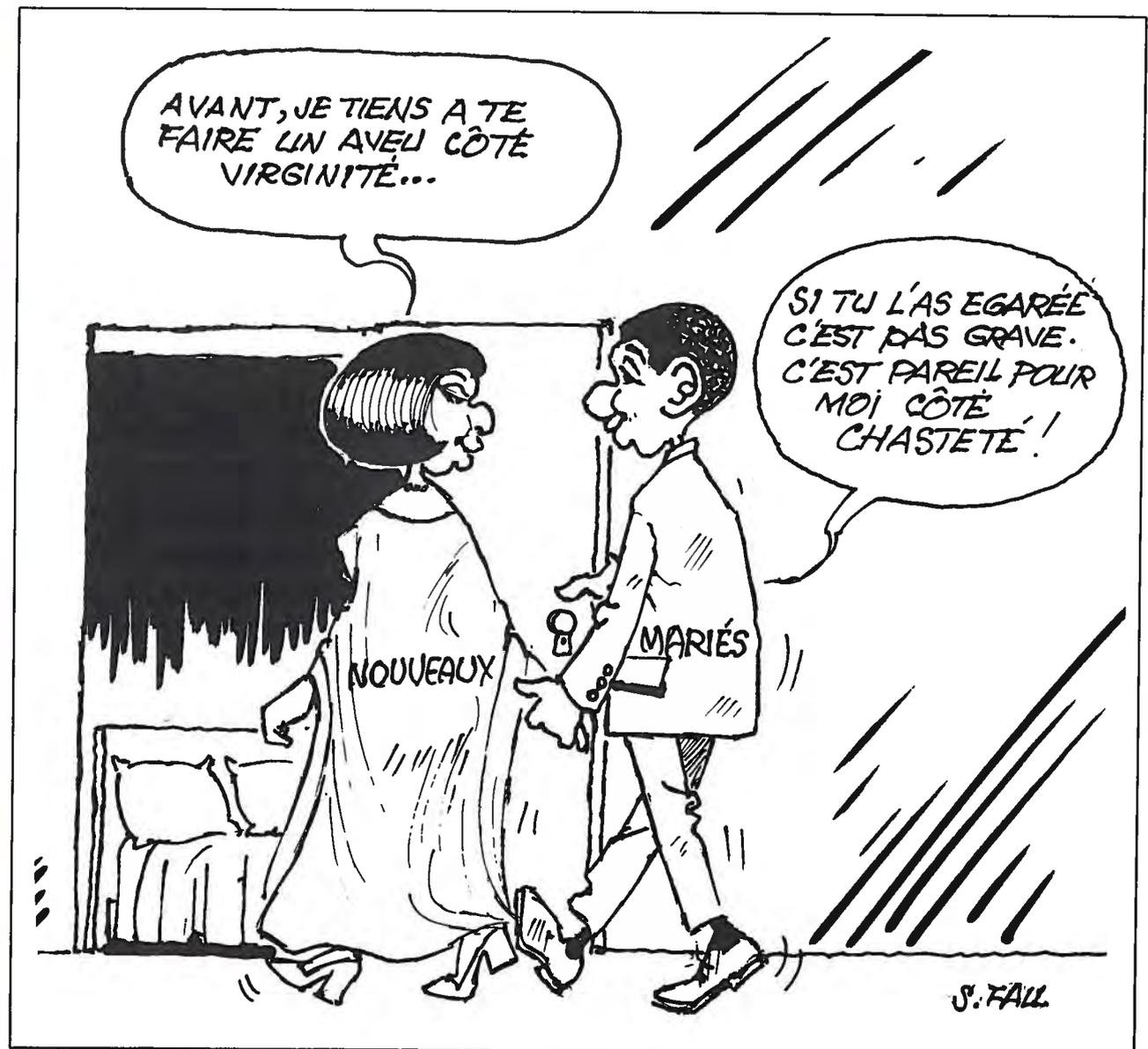
A défaut de données quantitatives fiables, le volet qualitatif de l'étude a permis d'apprécier la perception des adolescentes et adolescents, mais aussi celle des parents et responsables coutumiers sur la sexualité.

GRAPHIQUE 2.1b - PROBABILITE CHEZ LES FEMMES D'AVOIR EU DES RAPPORTS SEXUELS PRÉNUPTIAUX AVANT 15, 18 ET 20 ANS EN MILIEU RURAL.



1. A l'exception de la sexualité pré-nuptiale avant 15 ans, le niveau est plus faible en milieu rural que dans les capitales.
2. Les niveaux de la sexualité pré-maritale en milieu rural sont beaucoup plus bas au Niger et au Sénégal qu'au Burkina Faso et en Gambie.

*Beaucoup d'adolescents
pensent que,
«la virginité est une chose
rare et très difficile
actuellement».*



Dessin de Samba FALL

«...L'aspect que je condamne c'est que les hommes, en général, veulent avoir des rapports sexuels hors mariage (ils le font d'ailleurs), et de l'autre côté ils veulent épouser une fille vierge. C'est vraiment très contradictoire».

LA VIRGINITE

Opinion des adolescents

Les discussions conduites avec les adolescents au Burkina, au Mali et au Niger, permettent d'affirmer qu'une des principales motivations à la chasteté chez les adolescentes est la peur de ne pas être vierge au moment du mariage. Néanmoins, beaucoup d'adolescentes pensent que «la virginité est une chose rare et très difficile actuellement». Une adolescente fait même remarquer qu'« il n'y a plus de punition si la fille au moment de son mariage n'est pas trouvée vierge».

La plupart des adolescents interrogés désirent se marier à une jeune fille vierge. Ce désir, voire cette exigence, est beaucoup plus forte au Niger qu'au Mali et beaucoup moins importante au Burkina. Cependant certains adolescents se montrent plus pragmatiques. Un des adolescents du Niger soutient que si par le passé les hommes recherchaient des jeunes filles vierges à épouser, de nos jours on cherche de plus en plus de jeunes filles n'ayant pas encore eu d'enfant.

Opinion des informateurs-clés

Pour les informateurs-clés, la virginité est une norme sociale à laquelle est rattachée la symbolique de la pureté et de l'honorabilité. Elle concerne essentiellement les filles. Son équivalent, la chasteté, que devraient observer les garçons, n'apparaît pas comme étant très importante. Elle est par conséquent, socialement peu valorisée. «La virginité c'est quelque chose qui a une certaine valeur traditionnelle chez nous en Afrique. Et puis, dans le mariage, elle apporte un certain reflet de la femme vis-à-vis de son conjoint, vis-à-vis de la société».

Mais la valorisation de la virginité n'est pas universelle dans les pays du champ de l'étude. Les perceptions ethniques peuvent être divergentes : «Dans le milieu où je suis... le milieu Mignanka, la virginité n'est pas un problème... Quand une fille est mariée, qu'on la trouve vierge ou pas, ce n'est pas du tout un problème pour eux».

Malgré la valeur et l'importance sociale qu'elle recouvre la virginité est aujourd'hui en perte de vitesse. La permissivité constatée chez les garçons ainsi que la disparition progressive du mariage précoce, ajoutées à l'exposition actuelle des adolescents à l'influence des sources d'informations sur la sexualité, et à la pratique précoce de la sexualité, battent en brèche l'institution sociale de l'abstinence pré-nuptiale : «Je ne suis plus pour qu'on pense qu'une fille peut se marier vierge... aujourd'hui, nos filles vont à l'école et quelquefois, jusqu'à 23, 25 ans, même 30 ans. Donc, je pense qu'on ne peut pas demander à ces filles de rester vierges pour attendre leur mari».

Ces différences de perception de la sexualité en Afrique sub-saharienne et notamment dans le Sahel, vont de l'indifférence à la condamnation : «... L'aspect que je condamne c'est que les hommes en général veulent avoir des rapports sexuels hors mariage (ils le font d'ailleurs), et de l'autre côté ils veulent épouser une fille vierge. C'est vraiment très contradictoire».

LA SEXUALITE DES ADOLESCENTS

Opinion des parents

Au Burkina Faso, au Mali et au Niger, les parents d'adolescents ayant participé aux entretiens dirigés de groupes dans les milieux ruraux et urbains, manifestent

Les parents ont conscience qu'ils n'ont pas d'emprise sur les mutations qui affectent leurs enfants.

une désapprobation presque généralisée, quant à la fréquentation entre filles et garçons. Cette attitude se fonde sur trois facteurs principaux :

1- le comportement en vigueur au moment de leur jeunesse. Les points de vue des parents sont tributaires de leurs propres valeurs de référence. Les parents d'adolescents, aussi bien en milieu rural qu'urbain, admettent que ces valeurs sont en perte de vitesse



Photo Hamidou COLY/ENDA

Ils ont conscience également qu'ils n'ont pas d'emprise sur les mutations qui affectent leur progéniture. Le schéma traditionnel que la plupart d'entre eux ont évoqué lors des discussions de groupe, apparaît comme la nostalgie d'un temps à jamais révolu : «A notre temps, on nous donnait des femmes. De nos jours, le choix est libre et vous savez qu'ils ne peuvent pas se frotter sans qu'il n'y ait de rapports sexuels».

2- le manque de pouvoir économique qui leur permettrait de faire observer les normes éducationnelles en vigueur dans leurs sociétés. Les besoins d'argent peuvent pousser les adolescentes à être sexuellement actives.

Plusieurs témoignages extraits des entretiens de groupe appuient cette réalité : au Burkina Faso, «c'est le phénomène des 'Grottos' dont on parle en Côte d'Ivoire qui est vraiment très présent ici... (C'est) cette personne qui a les moyens financiers, qui a les moyens matériels et qui peut offrir des motocyclettes... ou des moyens de déplacement à ces filles-là»;

Au Mali une personne interrogée avançait ceci comme explication à l'activité sexuelle adolescente: «Mais la dépravation des moeurs, moi je la mettrai surtout sur le plan économique parce que les parents ne peuvent plus faire face aux besoins de leurs enfants; bon, les enfants sont obligés de se débrouiller d'une manière ou d'une autre».

Les parents reconnaissent qu'il y a un manque de communication entre eux et les adolescents.

3 - la faible autorité ou l'absence d'autorité des parents. Elle s'exprime sous forme de culpabilisation : «Mais souvent la faute revient aux parents du fait que les parents ne surveillent pas bien leurs enfants» ou de démission : «Sous prétexte de ne pas pouvoir subvenir aux besoins de leur famille les gens ont démissionné. Ce sont les parents qui ont démissionné.» «Il y a un relâchement des mœurs également parce que tout simplement, les parents sont démissionnaires».

Opinion des informateurs-clés

Les informateurs-clés instruits, dans leur majorité, ont une attitude de compréhension envers le comportement sexuel des adolescents qu'ils expliquent de plusieurs façons :

- ▶ **par la mutation biologique** : «...C'est que réellement, de plus en plus, l'espèce humaine entame sa puberté plus précocement».
- ▶ **par l'oisiveté créée par la crise économique** : «La fille et le garçon se trouvent dans une situation de sans emploi et leurs familles n'ont pas la possibilité de supporter un ménage. Donc, dire que les hommes et les filles vont se comporter d'une certaine manière jusqu'à l'âge du mariage sera un peu difficile»;
- ▶ **par des considérations terre-à-terre du genre** : «...Les adolescents ont toujours de la vivacité. L'organisme est encore vigoureux. Alors, je pense qu'ils sont plus tentés que les adultes à réaliser des rapports sexuels».

SOURCES D'INFORMATION

Les parents reconnaissent un manque de communication entre eux et les adolescents. «Le problème est qu'au niveau de nos sociétés, les parents ne discutent pas de sexualité avec leurs enfants. Chez la fille on a des grossesses précoces... Et tout cela c'est parce qu'elles n'ont pas été informées en avance».

Les mères semblent mieux jouer leur rôle que les pères : «Nous parlons à nos enfants. Si la fille est devenue grande, nous lui demandons d'être correcte». «Tes semblables sont déjà mariées, alors si tu trouves un garçon qui t'aime, qu'il te trouve à la maison. Tu dois contrôler tes fréquentations». «Qu'elle accepte ou pas, tu lui donneras ces conseils. Elle pourra se fâcher comme elle veut».

Les pères ne jouent pas toujours leur rôle quant à l'éducation des adolescents. Plusieurs raisons sont à l'origine de ce comportement. A travers quelques propos percent les accents de la démission ou encore l'expression du pouvoir patriarcal tel qu'il est établi traditionnellement : «Moi, en tant que père, mon devoir n'est pas de discuter avec les enfants». «Nous mêmes nous ne le faisons pas souvent, mais cela se doit. Pour les filles, ce sont les mères qui doivent les conseiller dans ce sens et elles ne le font pas. L'éducation du garçon revient au père. Mais les gens évitent de s'asseoir et de parler avec leurs enfants ou ceux de leur voisin...»

Il ressort des entretiens avec les parents que les adolescents ont également une part de responsabilité dans l'insuffisance, voire l'absence de communication. Ils ne vont pas au devant de cette communication. Ils

ne la sollicitent pas. «... Si les jeunes donnent l'occasion de le faire, on le fait. Sinon tu ne peux rien... c'est à l'enfant de venir vers son père. C'est à lui de venir dire à son père 'voilà mon problème' et toi tu peux ainsi le guider...» «Les jeunes trouvent que les conseils qu'ils reçoivent de leur part sont 'rétros' ou 'anciens'».

Vu le manque de communication entre les parents et les adolescents, il n'est pas surprenant qu'ils trouvent des sources d'informations en dehors du cadre familial. Les discussions sur la sexualité montrent que les

adolescentes, et plus particulièrement les adolescents, disposent de plusieurs sources d'information :

- ▶ **Les discussions des adultes**, en particulier celles des frères et soeurs plus âgées, sont écoutées furtivement par les adolescents chaque fois que cela est possible;
- ▶ **Les photo-romans, certains films ou émissions télévisés et les films pornographiques** sont les autres sources citées par les adolescents.



Dessin de Samba FALL
publié dans le quotidien "Le Soleil", Sénégal.

PISTES DE REFLEXION



■ **Quels sont les facteurs qui encouragent les rapports sexuels précoces chez les adolescents ?**

■ **Face à l'accroissement des rapports sexuels avant le mariage chez les adolescents et les dangers auxquels ces pratiques les exposent, quelles stratégies en matière de santé, éducation et communication mettre en oeuvre ?**

■ **Comment amener les parents et les adolescents à parler de sexualité ?**

LES NAISSANCES AVANT LE MARIAGE

Si la perte de la virginité est en général difficilement vécue par les adolescentes (15-19 ans) et leur famille, la naissance d'un enfant hors mariage l'est davantage. Les conséquences morales, sociales et économiques peuvent parfois être irréparables. Les cas d'infanticides, comme en témoigne les affaires jugées lors des cours d'assises ou la rubrique des faits divers des journaux sahéliens, ne sont pas rares.

Les niveaux de naissances pré-nuptiales relevées dans les cinq pays sont relativement bas comparés à ceux relevés dans d'autres régions de l'Afrique. Toutefois, ils ne sont pas négligeables comme on aurait pu le penser pour des pays où les principales religions pratiquées et les normes sociales proscrivent la procréation en dehors du mariage.

Mort tragique à Boghé



H, âgée de 16 ans, est la fille d'un respectable commerçant à Boghé Less. Elle est en classe de 6^oAF à l'Ecole I de Boghé. Le jeudi 14 août, elle se rend compte qu'elle est enceinte de 3 mois suite à une relation amoureuse qu'elle entretenait discrètement avec un certain Mama Cissé. Ce dernier, âgé de 33 ans, marié et père de famille, se trouve être le chauffeur du sénateur Baro Alassane, personnalité très respectée dans Boghé. Mis au courant du malheur dont il est coupable, craignant le scandale, Mama Cissé propose un avortement d'urgence à discrétion. Avec un billet de 1000 UM, il envoie une copine à son amie, Mariam Hawo Sourour, acheter 50 comprimés de Nivaquine à la pharmacie Unicef du dispensaire de Boghé. Le comprimé de Nivaquine est vendu à 3 UM.

Arrêtée pour tentative d'infanticide

La mère indigne qui, dans la nuit du 5 août dernier, avait abandonné son bébé de sexe masculin sur un trottoir, a été retrouvée hier par le commissariat du 1^{er} arrondissement de Thiès.

Infanticide : 6 ans par contumace à Sarata

C.K. : 15 ans, élève
Ma première histoire d'amour a commencé en 1995. Et elle a tourné au cauchemar car je suis tombée enceinte la même année quand je préparais mon examen de fin d'année.

... tout ma mère qui m'a beaucoup grondée. Heureusement pour moi, mon petit copain travaille, et il est bien rémunéré. J'étais un peu imprégnée des réalités de la sexualité, mais je n'y croyais pas. Maintenant la leçon est bien assimilée.

Le SOLEIL
(Sénégal)

Le N° 42 - GRIN GRIN
le magazine des jeunes
(Mali)

Le CALAME (Mauritanie)

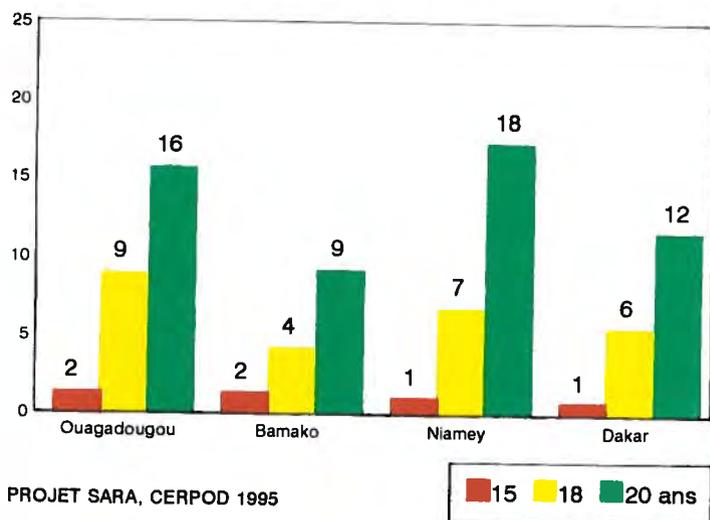
Les résultats obtenus indiquent que l'intensité des relations pré-nuptiales ne détermine pas nécessairement l'intensité des naissances avant mariage.

Les proportions de femmes célibataires ayant eu une naissance varient entre 9 et 18%. (**Graphique 3.1a**). Comme pour la sexualité avant le mariage, les conceptions prénuptiales sont beaucoup plus rares en milieu rural qu'en milieu urbain (**Graphique 3.1b**). Les résultats obtenus indiquent que l'intensité des relations prénuptiales (**Graphiques 2.1a, 2.1b pages 7 et 9**) ne détermine pas nécessairement l'intensité des naissances avant mariage.

Ces résultats pourraient s'expliquer par :

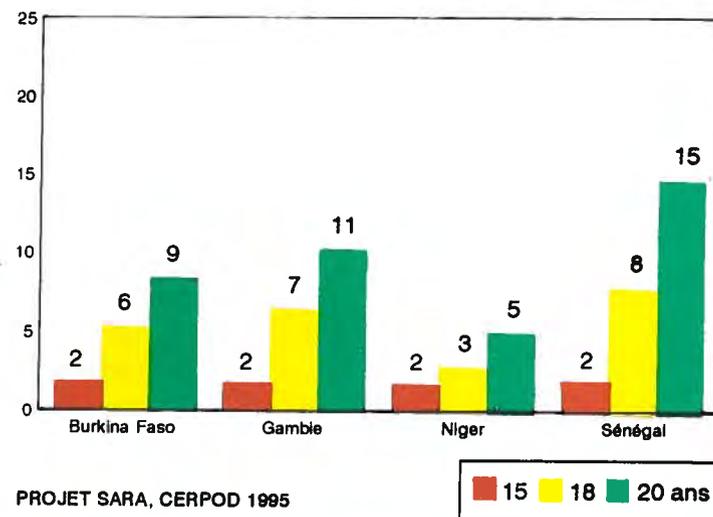
- ▶ la réticence des personnes enquêtées à parler ouvertement de sexualité,
- ▶ les différences d'utilisation de la contraception,
- ▶ les différences de niveaux de recours à l'avortement.

GRAPHIQUE 3.1a - PROBABILITÉ CHEZ LES FEMMES D'AVOIR UNE NAISSANCE PRÉNUPTIALE AVANT 15, 18 ET 20 ANS DANS LES CAPITALES.



1. Les différences observées entre les différentes capitales ne sont pas tout à fait comparables à celles observées pour le niveau de la sexualité prénuptiale (**Graphique 2.1a**). Une plus forte sexualité avant le mariage ne veut pas nécessairement dire une plus forte fécondité prénuptiale.

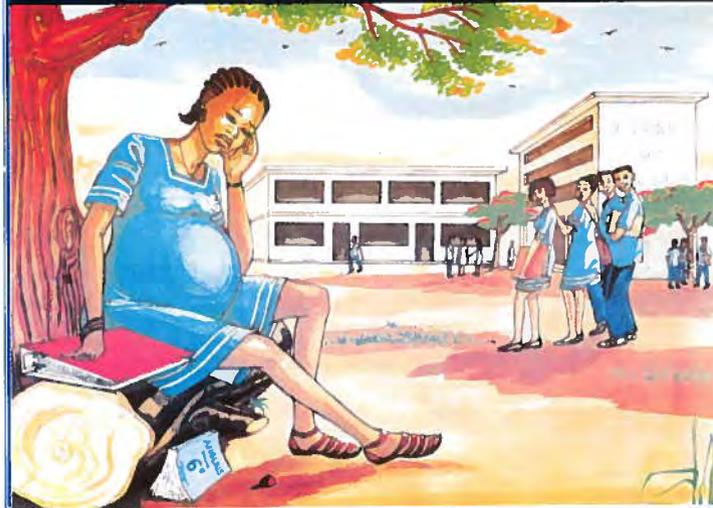
GRAPHIQUE 3.1b - PROBABILITÉ CHEZ LES FEMMES D'AVOIR UNE NAISSANCE AVANT 15, 18 ET 20 ANS EN MILIEU RURAL.



1. L'écart entre le niveau de la sexualité prémaritale (**Graphique 2.1b**) et celui des naissances prénuptiales est beaucoup plus important au Burkina qu'au Niger et au Sénégal.
 2. Le niveau de sexualité prénuptiale en milieu rural sénégalais qui était le plus bas à l'exception du milieu rural nigérien donne lieu à la plus forte fécondité prémaritale.



SEXUALITE PRECOCE = Avenir BRISE



Affiche du Projet Femmes et Santé-IPD.AOS

Parmi les cas intéressants on peut citer les suivants :

- ▶ Niamey, qui enregistre des niveaux de sexualité pré-nuptiale moins élevés que celles de Ouagadougou, a des niveaux de naissances pré-nuptiales comparables;
- ▶ Dakar, qui enregistre des niveaux de sexualité pré-nuptiale plus bas que toutes les autres capitales, a des niveaux de naissances avant mariage comparables à celles des autres capitales;
- ▶ Le milieu rural sénégalais, qui a des niveaux de sexualité très bas a également des niveaux de naissances pré-nuptiales comparables à ceux des autres zones rurales de la sous-région.

La forte urbanisation dans les pays de la sous-région fait que l'effectif des filles-mères devient de plus en plus important.

PISTES DE REFLEXION



- Quelles stratégies adopter pour prévenir les naissances avant mariage chez les adolescentes ?
- Quelles attitudes faut-il susciter chez les prestataires, les parents et les éducateurs envers les mères adolescentes célibataires et leurs enfants ?
- Quelles actions entreprendre en faveur des mères adolescentes célibataires et de leurs enfants ?

THEME 4

LA PLANIFICATION FAMILIALE CHEZ LES ADOLESCENTES

Les programmes de planification familiale, jusqu'à des années très récentes, se sont peu intéressés aux adolescentes (15-19 ans). Cette situation se justifie généralement par une demande quasi inexistante pour les mariées et par le fait que les normes culturelles et religieuses prohibent la reproduction en dehors du mariage en ce qui concerne les non-mariées.

Les adolescentes mariées, en réponse à l'attente de la société, commencent la reproduction dès la consommation de leur mariage. Pourtant, à cause de leur immaturité psychologique et physique, un espacement adéquat des naissances devrait être assuré chez les mères

adolescentes, sujettes aux conséquences néfastes de la maternité précoce.

Parmi **les adolescentes non-mariées**, celles qui sont sexuellement actives sont exposées, en plus des risques de la maternité précoce, aux risques de grossesses prénuptiales, avortement et toutes les conséquences économiques et sociales qui en découlent.

Seulement 41% des adolescentes mariées approuvent la planification familiale en milieu rural sénégalais.



Photo Stanley STANISKI

ATTITUDES ET PREFERENCES EN MATIERE DE PLANIFICATION FAMILIALE

Chez les adolescentes mariées

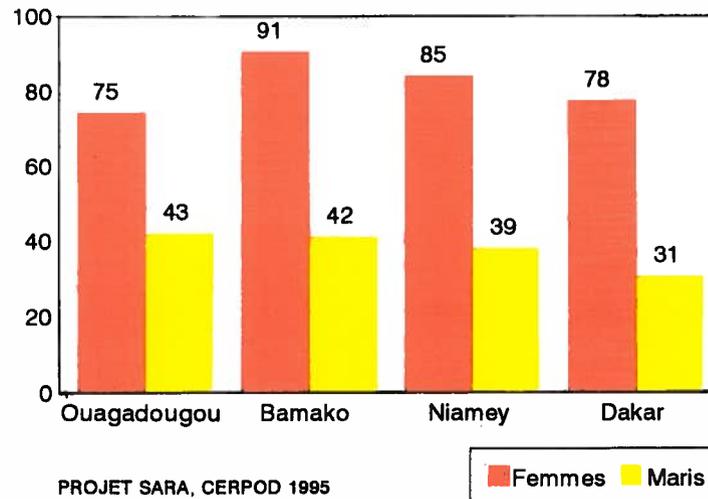
Différentes enquêtes ont permis de se faire une idée sur l'attitude des adolescentes mariées et de leurs conjoints en matière de planification familiale.

A quelques exceptions près, les niveaux d'approbation des adolescentes mariées sont légèrement inférieurs à ceux des femmes mariées plus âgées et les niveaux

observés en milieu urbain sont toujours plus élevés qu'en milieu rural. La différence la plus notable est enregistrée en milieu rural sénégalais où seulement 41% des adolescentes mariées approuvent la planification familiale.

Les écarts qui existent entre les niveaux d'approbation des adolescentes et ceux de leur conjoint sont considérables dans tous les pays, aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain (**Graphiques 4.1a et 4.1b**). A l'exception de Ouagadougou, le pourcentage d'adolescentes approuvant la planification familiale est de 2 à 4 fois plus élevé que celui estimé pour leur

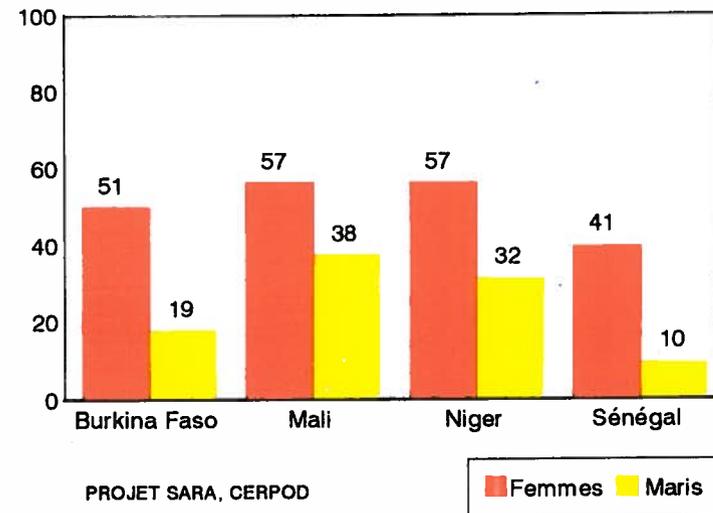
GRAPHIQUE 4.1a - POURCENTAGE DES ADOLESCENTES MARIÉES ET CELUI DE LEUR CONJOINT (SELON LES FEMMES) APPROUVANT LA PF DANS LES CAPITALES.



1. Le pourcentage des adolescentes mariées approuvant la planification familiale est très élevé quelle que soit la capitale (entre 75 et 91%).

2. Quelle que soit la capitale considérée, le pourcentage d'adolescentes mariées approuvant la planification familiale est beaucoup plus forte que celui de leurs conjoints.

GRAPHIQUE 4.1b - POURCENTAGE DES ADOLESCENTES MARIÉES ET CELUI DE LEUR CONJOINT (SELON LES FEMMES) APPROUVANT LA PF EN MILIEU RURAL.



1. Le pourcentage des adolescentes mariées approuvant la planification familiale est nettement plus bas en milieu rural que dans les capitales (**Graphique 4.1a**).

2. Le pourcentage estimé pour les maris des adolescentes en milieu rural est également plus bas que celui des maris des capitales (**Graphique 4.1.a**).

3. Le Sénégal, pourtant le pays le plus urbanisé, a les pourcentages d'approbation les plus bas.

Un aspect souvent relevé dans les recherches en matière de planification familiale est le faible niveau de communication entre conjoints.



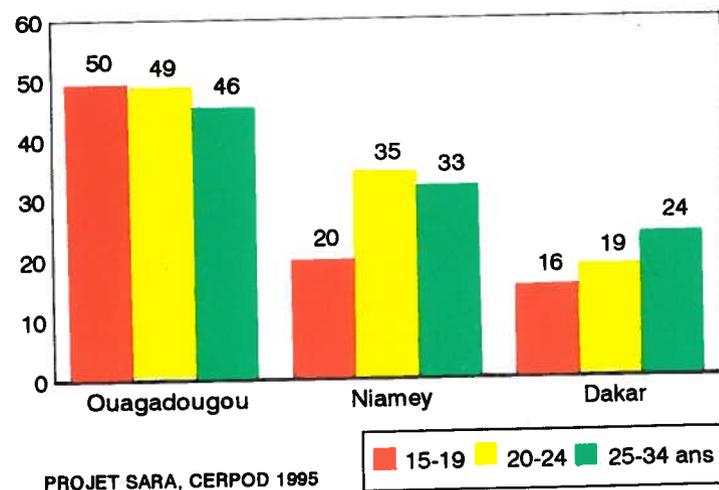
époux. Ainsi, beaucoup d'adolescentes qui approuvent la planification familiale sont certaines ou pensent, à tort, que leur mari est contre.

Communication entre les adolescentes mariées et leur conjoint sur la planification familiale

Un aspect souvent relevé dans les recherches en matière de planification familiale est le faible niveau de communication entre conjoints. Cette étude montre

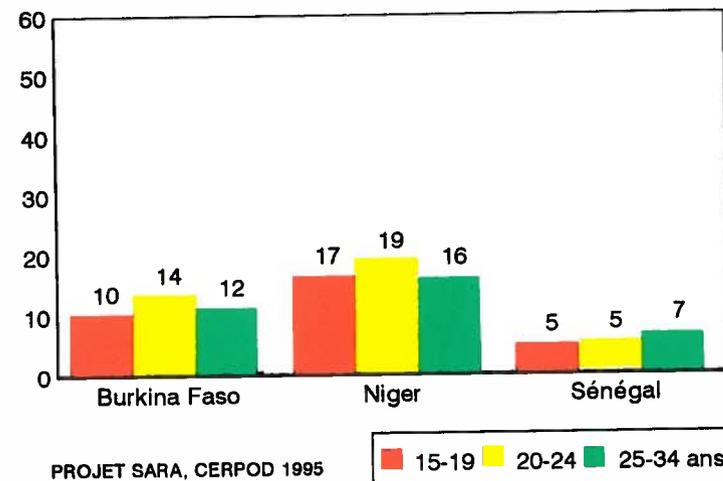
que ce schéma est valable également pour les adolescentes mariées. Très peu d'adolescentes discutent avec leur conjoint de la planification familiale. En milieu rural la situation est critique : le pourcentage le plus élevé des adolescentes ayant discuté de planification familiale avec leurs conjoints est enregistré au Burkina Faso et au Mali (54%).

GRAPHIQUE 4.2 a - POURCENTAGE DES COUPLES AYANT DISCUTÉ DU NOMBRE D'ENFANTS DÉSIRÉS POUR DIFFÉRENTS GROUPES DE GÉNÉRATIONS DE FEMMES (15-19 ANS, 20-24 ANS ET 25-34 ANS) DANS LES CAPITALES.



1. Quel que soit le groupe de générations, les attitudes favorables sont relativement plus importantes à Ouagadougou qu'à Dakar.
2. Contrairement à Ouagadougou où on ne note pas de différences importantes entre les différents groupes de générations, les pourcentages relevés pour les adolescentes dans les autres capitales sont moins importants que ceux trouvés pour les autres groupes de générations.

GRAPHIQUE 4.2 b - POURCENTAGE DES COUPLES AYANT DISCUTÉ DU NOMBRE D'ENFANTS DÉSIRÉS POUR DIFFÉRENTS GROUPES DE GÉNÉRATIONS DE FEMMES (15-19 ANS, 20-24 ANS ET 25-34 ANS) EN MILIEU RURAL.



1. Le contraste entre le milieu rural et les capitales (**Graphique 4.2a**) est très prononcé. Les niveaux relevés pour le milieu rural sont extrêmement faibles.
2. Les résultats ne font pas apparaître de différences notables entre les groupes de générations.

La scolarisation de la femme, comme celle de l'homme, a pour effet d'élever ses chances d'approuver la planification familiale.

Discussion des adolescentes mariées avec leur conjoint sur le nombre d'enfants désirés

Le pourcentage d'adolescentes ayant discuté du nombre d'enfants désirés est encore plus bas que celui des adolescentes ayant discuté de planification familiale avec leur conjoint. Il varie entre 16% pour Dakar et 50% pour Ouagadougou et entre 5% pour le Sénégal et 17% pour le Niger pour les zones rurales (**Voir Graphiques 4.2a et 4.2b**).

Même si la scolarisation favorise cette discussion, les adolescentes scolarisées connaissent également des difficultés de communication. Ce n'est qu'à Ouagadougou où l'on enregistre 43% des adolescentes scolarisées ayant discuté du nombre d'enfants avec leur conjoint. A Niamey et à Dakar les pourcentages respectifs s'élevaient à peine à 16% et 5%.

Chez les adolescentes non-mariées

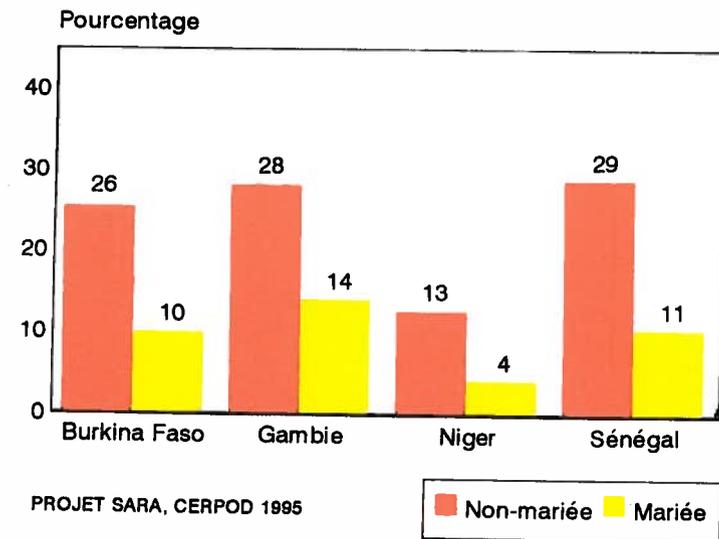
Les discussions des «focus groups» conduits au Niger, au Mali et au Burkina laissent supposer que la plupart des adolescentes non-mariées sexuellement actives utiliseraient des méthodes contraceptives modernes, au moins pour éviter une grossesse non désirée, si elles en étaient suffisamment informées et en avaient les moyens.

A en juger par les résultats disponibles, cette motivation à éviter une grossesse non désirée est plus forte que la motivation des femmes mariées à espacer ou à limiter les naissances.

Scolarisation et attitude en matière de planification familiale

Une des caractéristiques qui influencent aussi bien l'approbation de la planification familiale par la femme que par l'homme est la scolarisation. La scolarisation de la femme, comme celle de l'homme, a pour effet d'élever ses chances d'approuver la planification familiale.

GRAPHIQUE 4.3 - POURCENTAGE AYANT DÉJÀ UTILISÉ UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE MODERNE PARMIS LES FEMMES NON-MARIÉES AYANT EU DES RAPPORTS SEXUELS ET LES FEMMES MARIÉES.



1. Dans tous les pays, les femmes non-mariées utilisent beaucoup plus les méthodes contraceptives modernes que celles qui sont mariées.

UTILISATION DE LA CONTRACEPTION

Les prévalences de la contraception moderne au Sahel sont parmi les plus basses du monde d'après les données des enquêtes disponibles. Toutefois, les indicateurs nationaux cachent des différences très importantes. Si pour certaines zones rurales le niveau trouvé est pratiquement nul, dans certaines capitales, il avoisine les 20%. (**Tableau sur les indicateurs démographiques page 44**).

Le **Graphique 4.3** montre que le pourcentage ayant utilisé des méthodes contraceptives modernes est nettement plus élevé chez les femmes non-mariées que chez les femmes mariées.

Adolescentes non-mariées.

Les données disponibles, en raison de la faiblesse des effectifs, ne permettent pas toujours d'estimer les indicateurs spécifiques pour les adolescentes non-mariées. Toutefois, un certain nombre de constats peuvent être relevés :

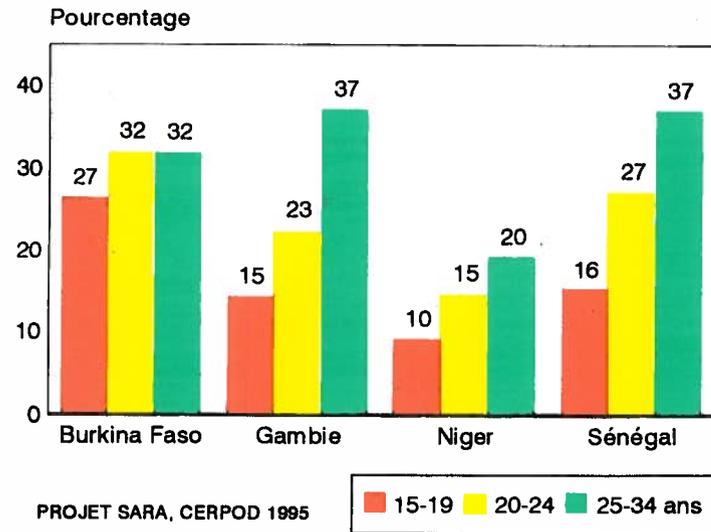
- ▶ dans tous les pays les adolescentes non-mariées et sexuellement actives ont eu des niveaux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes moins élevés que les femmes non-mariées plus âgées (**Graphique 4.4**).

- ▶ les adolescentes non-mariées et sexuellement actives du Burkina Faso ont des niveaux d'utilisation nettement plus élevés que ceux des groupes identiques dans les autres pays.

Perception des parents sur l'utilisation des méthodes contraceptives par les adolescents

Les parents, de manière générale, sont conscients que les adolescents connaissent les moyens contraceptifs, notamment modernes : «Le garçon va prendre ses capotes et la fille ses comprimés (pilule)».

GRAPHIQUE 4.4 - POURCENTAGE DES FEMMES NON-MARIÉES QUI ONT EU DES RAPPORTS SEXUELS AYANT DÉJÀ UTILISÉ UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE MODERNE SELON L'ÂGE.



1. Les adolescentes burkinabè sexuellement actives ont utilisé beaucoup plus les méthodes contraceptives que leurs soeurs des autres pays.
2. Les adolescentes non-mariées et sexuellement actives, quel que soit le pays, ont des niveaux d'utilisation des méthodes contraceptives plus bas que ceux des femmes non-mariées plus âgées (20-24 ans et 25-34 ans).

Les femmes non-mariées qui ont utilisé les méthodes contraceptives modernes sont plus nombreuses que les femmes mariées.

En milieu urbain, ils citent principalement la pilule et le condom. D'autres méthodes modernes ont été évoquées comme les spermicides, le stérilet, les injectables.

En milieu rural, ce sont surtout des méthodes traditionnelles qui ont été citées. Il s'agit des préparations des tradipraticiens, des objets (ceintures) confectionnés par les marabouts : «Il y a des mères qui se rendent chez les thérapeutes traditionnels et marabouts pour se procurer des médicaments pour que leur fille ne tombe pas enceinte».

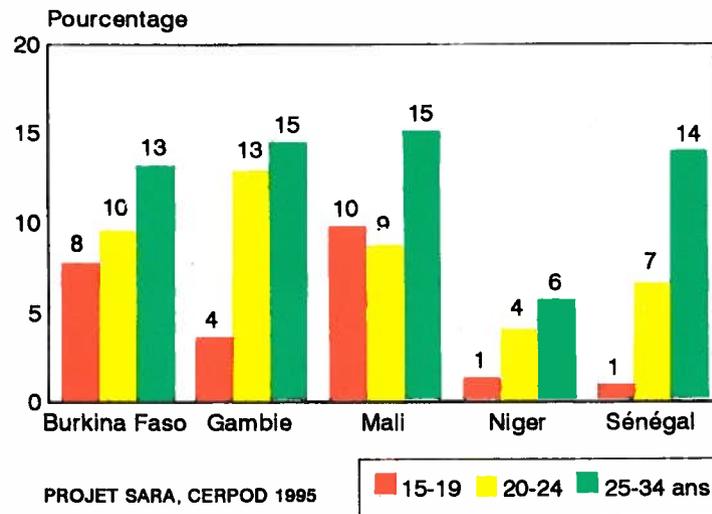
Les méthodes évoquées par les parents correspondent à celles mentionnées par les adolescents lors des entretiens conduits auprès d'eux.

Adolescentes mariées

Aussi bien pour l'utilisation passée qu'actuelle des méthodes contraceptives modernes, les adolescentes mariées enregistrent des niveaux d'utilisation nettement plus bas que ceux des femmes mariées plus âgées (**Graphiques 4.5 et 4.6**)

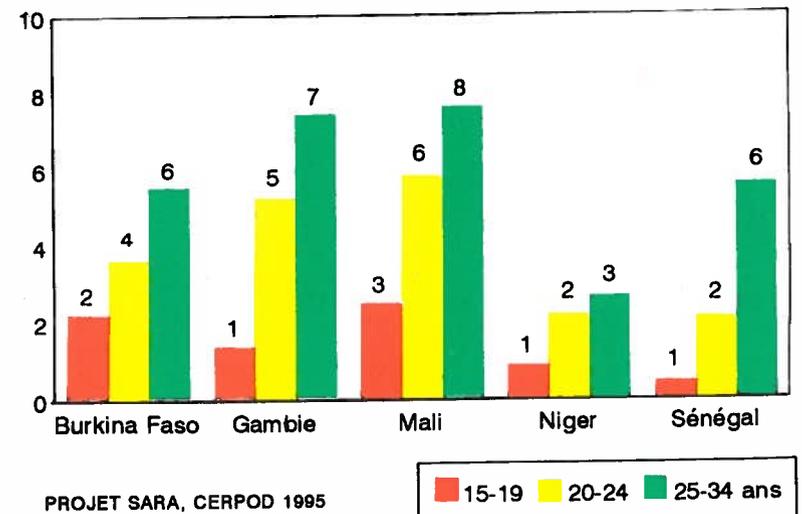
Ces niveaux d'utilisation bien que bas pour les adolescentes burkinabè et maliennes sont plus élevés que ceux des adolescentes nigériennes et sénégalaises.

GRAPHIQUE 4.5 - POURCENTAGE DES FEMMES MARIÉES AYANT DÉJÀ UTILISÉ UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE MODERNE SELON L'ÂGE.



1. Les pourcentages des adolescentes mariées du Burkina et du Mali ayant utilisé des méthodes contraceptives modernes sont plus élevés que ceux relevés pour les autres pays.
2. Les adolescentes mariées ont des niveaux d'utilisation plus faibles que ceux des femmes mariées plus âgées (20-24 ans et 25-34 ans).

GRAPHIQUE 4.6 - POURCENTAGE DES FEMMES MARIÉES UTILISANT UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE MODERNE AU MOMENT DE L'ENQUÊTE SELON L'ÂGE.



1. Le pourcentage des adolescentes mariées utilisant des méthodes contraceptives modernes au moment de l'enquête est très faible dans tous les pays (entre 1 et 3% seulement).
2. Comme pour les deux graphiques précédents, le niveau des adolescentes mariées est toujours plus bas que ceux des femmes mariées plus âgées (20-24 ans et 25-34 ans)

OBSTACLES À L'ACCES AUX SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE

Point de vue des adolescents

Il est difficile aux adolescentes mariées comme celles non-mariées de se rendre aux services de planification familiale pour bénéficier de méthodes contraceptives modernes. Ce constat est renforcé par les propos recueillis au cours des discussions avec les adolescentes et qui indiquent que :

- ▶ elles ont honte et peur de rencontrer sur les lieux de prestation des personnes plus âgées qu'elles connaissent;
- ▶ elles affirment être mal accueillies par les prestataires de service;
- ▶ elles sont sensibles à certaines rumeurs sur les méthodes contraceptives;
- ▶ elles n'ont pas les moyens financiers nécessaires.

Point de vue des informateurs-clés

Les résultats des recherches qualitatives auprès des informateurs-clés confirment les propos des adolescents concernant la honte et le mauvais accueil.

La principale barrière aux services de planification familiale réside au niveau de l'adolescent lui-même, selon les informateurs-clés : «Beaucoup de jeunes, par honte, préfèrent s'informer à la radio et à la télévision que d'aller aux services de planification familiale où tout le monde les verra».

L'accueil dans les centres de prestations est un problème réel auquel les adolescents sont confrontés : « ... C'est à dire que la sage-femme elle-même, qui a conservé cette mentalité, n'accueillera pas ouvertement la jeune fille et la jeune fille se sentira gênée. Il est probable qu'une sage-femme dise à une fille : « Toi, tu n'es pas mariée, qu'est-ce que tu cherches là?».

Ce problème de l'accueil est aussi lié aux dispositions législatives -là où elles existent- qui entravent la fourniture des services à toutes les catégories de femmes et d'hommes sexuellement actifs : «S'il faut attendre vingt-trois ans pour avoir droit à cette contraception, il y a un écart et les conséquences seront nombreuses notamment les grossesses non désirées» soulignait un intervenant au Niger.

**PISTES
DE
REFLEXION**



■ Comment améliorer la communication entre les adolescentes mariées et leurs conjoints en matière de planification familiale ?

■ Comment promouvoir l'espacement des naissances chez les adolescentes mariées ?

■ Quels sont les avantages et les inconvénients de l'accès aux méthodes de contraception par les adolescentes sexuellement actives mais non-mariées ?

THEME 5

LES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (MST) ET LE SIDA

A l'ensemble des problèmes causés par une activité sexuelle précoce déjà évoqués s'ajoutent les risques de maladies sexuellement transmissibles (MST) et de SIDA. Dans le contexte sahélien, où les taux de prévalence de VIH (le virus qui cause le SIDA) ne cessent d'augmenter, le groupe des adolescentes (15-19 ans) semble être plus exposé à l'infection que les autres femmes en âge de procréer.

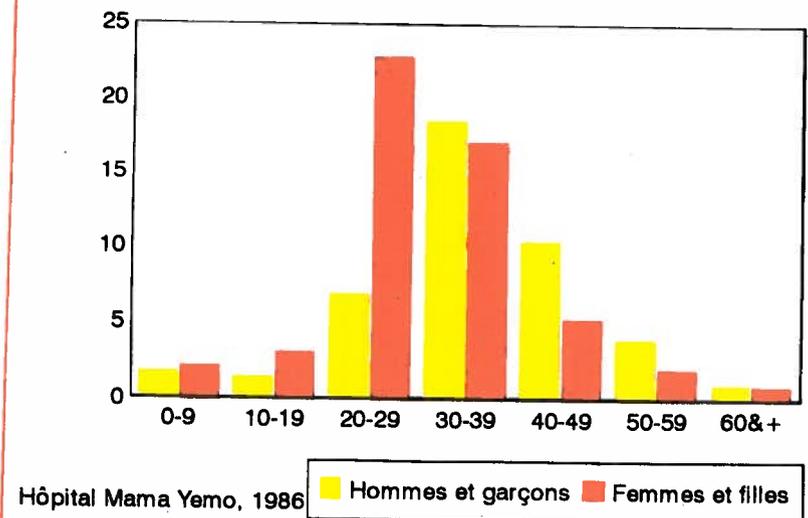
Des données provenant d'une étude menée en 1986 sur les 500 premiers cas de SIDA diagnostiqués à l'Hôpital Mama Yémo du Zaïre montrent que le plus grand nombre de cas de SIDA chez les femmes est enregistré dans la tranche d'âge de 20 à 29 ans. Compte tenu de la période de latence du virus, ceci voudrait dire que ces filles ont été infectées entre l'âge de 10 et 19 ans, certainement au début de leurs premières expériences sexuelles. Les résultats de cette première étude sont similaires à ceux de plusieurs autres conduites en milieu hospitalier dans d'autres pays.

Ceci peut s'expliquer en partie par les résultats de nombreuses recherches qui suggèrent qu'en raison de leur immaturité physiologique, les

adolescentes sont plus vulnérables à l'infection VIH en cas de rapports sexuels non protégés avec une personne infectée. La dépendance économique est un facteur qui incite les adolescentes à avoir des rapports sexuels avec des hommes plus âgés contre de l'argent ou d'autres faveurs matérielles.

Les adolescentes, en raison de leur immaturité physiologique, sont plus vulnérables à l'infection du VIH en cas de rapport sexuels non protégés avec une personne infectée.

GRAPHIQUE 5. - LES 500 PREMIERS CAS DE SIDA DIAGNOSTIQUÉS À L'HÔPITAL MAMA YEMO DE KINSHASA (ZAIRE) EN 1986



Source : Hôpital Mama Yemo, 1986 in Young Women : silence, susceptibility and the HIV Epidemie, PNUD, 1992

Le SIDA a bouleversé les réalités dans le domaine de la sexualité. Si avant l'avènement du SIDA une erreur de jeunesse pouvait conduire à une MST, aujourd'hui, elle peut coûter la vie.

Les interactions entre le SIDA et les MST sont un aspect relativement important. Aujourd'hui il est bien établi que les personnes souffrant de MST ont une plus forte chance d'être infectée lors de rapports sexuels non protégés avec une personne atteinte qu'une personne ne souffrant pas de MST. Un autre fait moins connu est qu'une personne infectée par le VIH et porteuse d'une MST produit beaucoup plus de virus pendant l'acte sexuel qu'une personne porteuse du VIH seulement. Finalement, des recherches ont montré que le SIDA aggrave les MST et les rend plus difficiles à traiter.

Le SIDA a bouleversé les réalités dans le domaine de la sexualité. Si avant l'avènement du SIDA une erreur de jeunesse pouvait conduire à une MST aujourd'hui elle peut coûter la vie.

Etant donné la vulnérabilité des adolescents à l'infection VIH et au SIDA, et les interactions multiples entre le VIH et les MST il est important d'analyser les informations disponibles sur la connaissance et les sources d'information des adolescents de même que les modes de prévention et les barrières au traitement. La complexité du problème fait qu'il est important de connaître la perception des parents des adolescents mais aussi celle d'autres acteurs tels que les prestataires de services, les leaders religieux, les chefs de village.

CONNAISSANCE DES MST

Les discussions de groupes menées au Burkina Faso, au Mali et au Niger ont permis de mettre en évidence la connaissance partielle que les adolescents ont des maladies sexuellement transmissibles.

Dans ces trois pays où les recherches ont eu lieu, les MST les plus citées par les adolescents sont la

gonococcie, la syphilis et le chancre mou. Ils ne connaissent pas toujours les modes de transmission et les manifestations (symptômes) des MST citées.

Ils assimilent aux MST beaucoup d'autres maladies dont certaines (bilharziose et hémorroïdes) peuvent affecter les parties intimes du corps. Ils citent pêle-mêle la coqueluche, la lèpre, les maladies urinaires, les maux de ventre, les maux de reins, le rhumatisme, les furoncles qui sont loin d'être des MST.

CONNAISSANCE DU SIDA

Certes le SIDA a été cité par la plupart des adolescents des trois pays, mais sa connaissance est meilleure chez les urbains que les ruraux et chez les scolarisés que les non-scolarisés.

Le SIDA est la MST pour laquelle les adolescents donnent à la fois le mode de transmission et les manifestations : «Pour détecter un malade, son visage est rempli de gros boutons. Ses cheveux deviennent lisses comme ceux d'un nouveau-né et tombent. En plus, il a la diarrhée, ses nerfs sont sortis. Il maigrit et tu ne peux regarder sa poitrine, et tu peux compter ses os. Même s'il boit une pharmacie, il ne peut guérir».

La question se pose de savoir si les adolescents sont conscients du fait qu'il est impossible de déceler à l'oeil nu un porteur sain de VIH.

Une mauvaise information porte, en outre, sur certains modes de transmission invraisemblables : «Une mouche peut aller sur la plaie d'un sidéen et une fois que ça vient sur ta plaie aussi, c'est foutu, c'est déjà le SIDA».

Certaines personnes vont jusqu'à la désinformation et nient l'existence même de la maladie. Au Mali, "les adolescentes du milieu rural ont entendu dire que le

SIDA n'est qu'une invention de l'Occident qui vise à diminuer la croissance de la population africaine".

LA PREVENTION DES MST

Les adolescents des «focus groups» du Burkina Faso, du Mali et du Niger citent plusieurs moyens de prévention contre les MST:

- ▶ **l'abstinence** qui est la meilleure prévention selon eux : «Le meilleur médicament, c'est de se retenir d'aller vers les femmes» ; «Tu te tranquillises et veilles sur toi, tu écoutes les paroles de tes parents, tu restes à la maison. Cela peut être une raison que ces maladies t'épargneront».



Photo Sié Offi SOME

- ▶ **la virginité des filles** : cette particularité est évoquée au Niger où les adolescents estiment qu'elle préserve contre les MST.
- ▶ **la fidélité** à un seul partenaire dans le cas où cette abstinence ne peut être observée.
- ▶ **le préservatif masculin** : «Si tu dois le faire, limites-toi à un seul homme, ou bien exiges que ton copain utilise la capote, c'est tout ce qui peut prévenir ça».

L'usage du préservatif rencontre cependant quelques difficultés parce qu'assez souvent les hommes refusent de s'en servir : «Si tu amènes ces capotes, ce serait l'une des causes de te frapper. Maintenant, si la femme pouvait porter la capote, les femmes allaient trouver ça bien, mais si c'est l'homme, on ne peut rien contre son refus de la porter».

PERCEPTION DES PARENTS

Les suggestions des parents ont des accents de désarroi. A travers les données recueillies, il y a une conscience des dangers que courent les adolescents s'ils ne sont pas protégés contre d'éventuelles maladies sexuellement transmissibles (MST). Il s'en suit une acceptation implicite de l'utilisation des méthodes par les adolescents et une volonté de préserver leur vie.

Ces préoccupations parentales sont exprimées ainsi : «Avec les temps qui courent je crois qu'il faut permettre d'avoir accès à cela pour se prémunir pour l'avenir». «Ils sont en contact avec ces réalités. On doit leur adresser le message ou leur permettre d'accéder à cela directement, être soigné pour être épargné de cela.» «Il faut surtout les sensibiliser, leur parler de ces maladies, des conséquences de ces maladies, et puis leur dire comment ils peuvent attraper ces maladies...».

«Je pense qu'il faut continuer à leur procurer ces prestations, autrement la maladie va les tuer».

Cependant, des avis contradictoires ont été émis, par certains parents qui ne sont pas favorables à la mise à disposition de méthodes contraceptives pour les adolescents : «En tout cas moi, je ne suis pas d'accord avec cela, parce que ce n'est pas une bonne chose et leur rendre cela accessible voudrait dire les encourager à la débauche». «Qu'on ne leur enseigne plus ces choses-là et qu'on ne leur fournisse plus ces méthodes... Une fois ces mesures prises, elles sont obligées d'arrêter».

LES SOURCES D'INFORMATION

Les sources d'information sur les MST ne diffèrent pas fondamentalement de celles sur la sexualité ou la planification familiale.

La source la moins évoquée par les adolescents sur les MST est la famille.

A priori, les moyens modernes de communication (médias) constituent ceux par lesquels les adolescents s'informent le plus sur les MST.

A ceux-là s'ajoutent la communication inter-personnelle entre jeunes :

- ▶ à l'école (citée dans les trois pays);
- ▶ dans les Maisons des Jeunes et de la Culture (MJC) au Niger;
- ▶ dans les «grins», sorte de groupes de causerie, au Mali;
- ▶ et au cours des parties de thé au Burkina Faso.

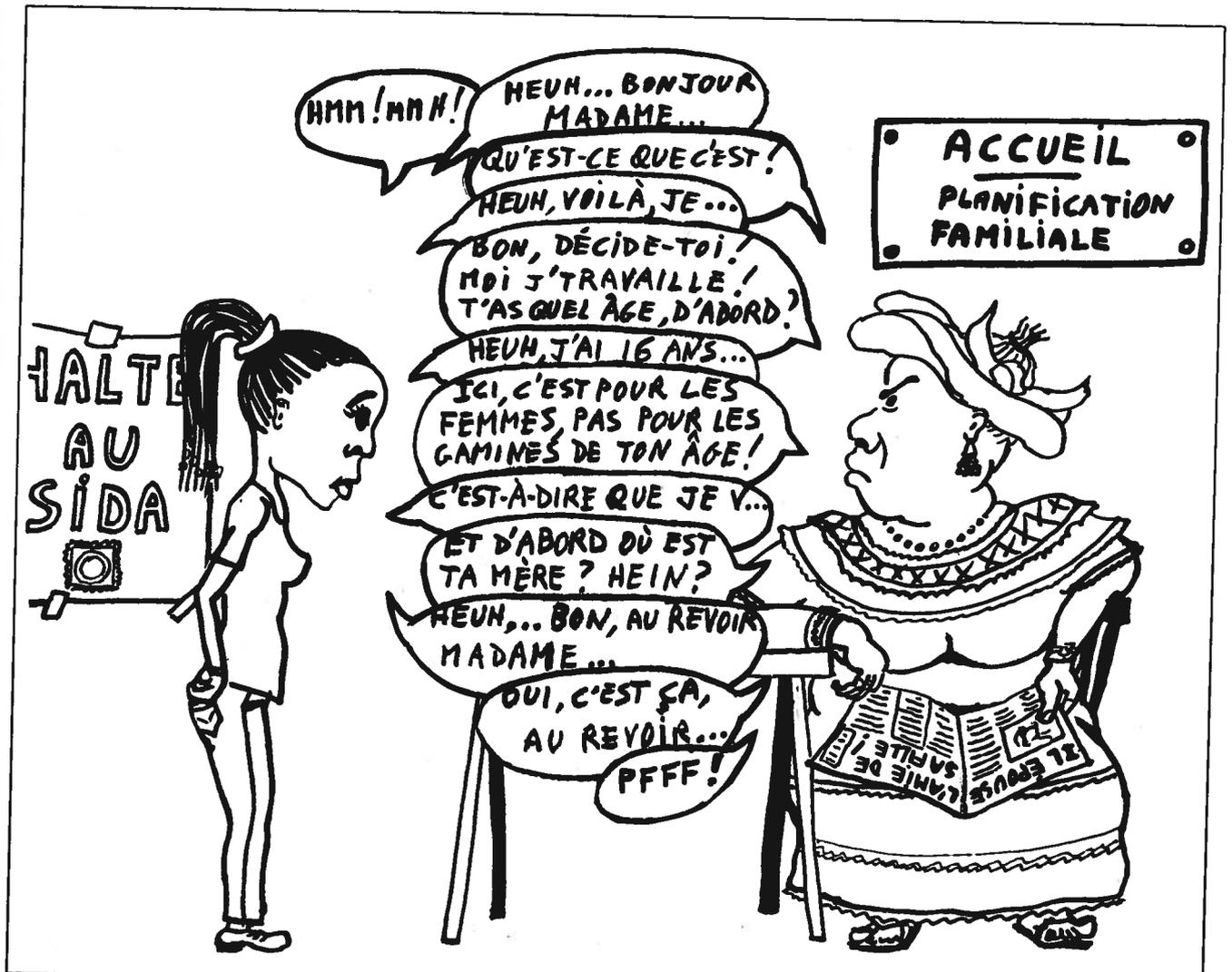
Les agents de santé, les enseignants en biologie et en éducation à la vie familiale figurent parmi les sources d'information les moins citées sur les MST.

LES BARRIERES AU TRAITEMENT DES MST

- ▶ **la honte** : comme dans le cas de la planification familiale, la principale barrière au traitement des MST chez les adolescents est d'ordre culturel. Il s'agit de la honte. «...Un jeune Malien a surtout des difficultés pour se soigner en cas de MST par la crainte de l'humiliation. Ils (les jeunes) ne veulent pas qu'on sache qu'ils ont de telles sortes de maladies.»
- ▶ **le manque d'anonymat** : en effet les adolescents se sont plaints du manque d'anonymat pour les patients atteints de 'maladies honteuses' dans les centres de santé : «Il y a certains qui préfèrent aller chez les féticheurs parce qu'ils ont honte que les gens sachent ce qu'ils ont comme maladie». Ils ont cité la garantie de la discrétion chez les tradithérapeutes.
- ▶ **le manque d'argent** est une autre difficulté qui limite le recours des adolescents aux services des structures sanitaires appropriées. En cas de MST, ils découvrent que «la santé qui n'a pas de prix a effectivement un coût» auquel ils ne peuvent faire face sans aide. Dans les centres de santé, les hôpitaux et les cliniques, les traitements disponibles sont hors de leur portée même s'ils y sont efficaces. Par conséquent beaucoup d'adolescents ont recours à la pharmacopée et aux tradipraticiens : «Moi, je me rendrai d'abord chez le charlatan et, si je ne suis pas guéri, alors j'irai au dispensaire». La modicité des coûts est un facteur important dans leur choix.

Les sources d'information les moins citées sur les MST par les adolescents sont les agents de santé, les enseignants en biologie et en éducation à la vie familiale.

*Selon les adolescents,
l'attitude du personnel
médical est l'obstacle le plus
important pour l'accès
à l'information et aux
services.*



Dessin de Philippe BOCQUIER

► **L'attitude du personnel médical** est l'obstacle le plus important. Selon la compréhension des adolescents, le rôle de ce personnel devrait être «d'...écouter, rassurer, éclairer et soigner...».

Au lieu de cela, «les infirmières et les médecins se moquent des gens et souvent ne veulent pas s'en occuper». Un adolescent au Burkina Faso apporte le témoignage d'une attitude peu discrète d'un membre du personnel médical par

cette interpellation : «Hé ! vous de la chaude pisse, venez par ici.» Un autre adolescent renchérit : «Je pense qu'en dehors de la honte, le problème se situe au niveau des agents des différentes formations sanitaires, parce que si on est atteint par une de ces maladies, arrivé au centre de santé, ce sont eux-mêmes, les agents de santé, qui vont commencer à vous insulter».

**PISTES
DE
REFLEXION**



- **Quels sont les obstacles qui empêchent les adolescents sexuellement actifs de se protéger contre les MST et le SIDA ?**
- **Vu les dangers auxquels les adolescents sexuellement actifs sont exposés aujourd'hui, quelles sont les stratégies à mettre en oeuvre pour leur protection ?**

THEME 6

SANTE DE LA MERE ADOLESCENTE ET DE L'ENFANT

La reproduction à un âge précoce est un facteur de risque pour la santé de la mère et de l'enfant. En raison de la précocité de l'âge au premier mariage dans la région sahélienne, le niveau de la fécondité des adolescentes (15-19 ans) est important. Les résultats des enquêtes démographiques et de santé montrent que même en milieu urbain sénégalais où l'on a enregistré un recul important de l'âge au premier mariage, 7,7% des naissances sont issues d'adolescentes. L'estimation pour le milieu rural nigérien est beaucoup plus élevée. Elle se situe à 16,1%.

MORTALITE NEONATALE

La mortalité néonatale (décès au cours du premier mois de la vie) est certainement un des meilleurs indicateurs disponibles pour illustrer les risques encourus par les enfants dus à l'immaturité physique de la mère.

Les enquêtes démographiques et de santé conduites au Burkina Faso, au Niger et au Sénégal montrent la surmortalité des enfants nés de mères adolescentes au cours du premier mois de la vie (**Graphique 6.1**). Au Burkina Faso, ces enfants

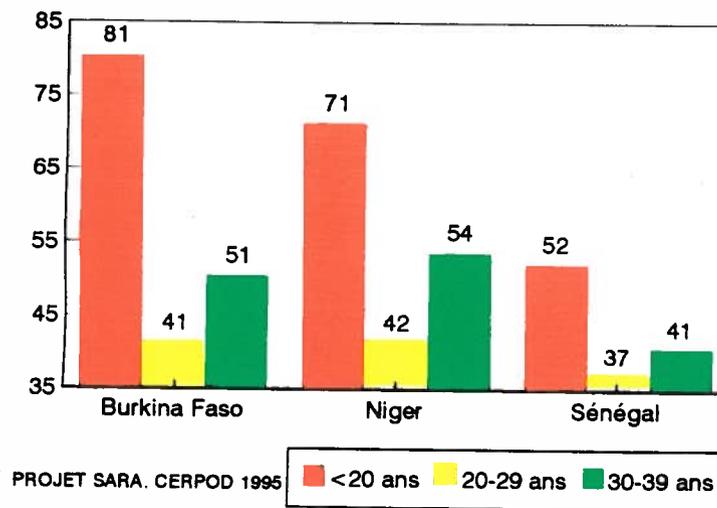
ont un niveau de mortalité néonatale près de deux fois plus élevé que ceux des enfants nés de mères âgées de 20-29 ans : 80,5 pour mille naissances vivantes contre 41,5.

- au Niger : 71,4 contre 41,5

- au Sénégal : 52,2 contre 37.

La reproduction à un âge précoce est un facteur de risque pour la santé de la mère et de l'enfant.

GRAPHIQUE 6.1-TAUX DE MORTALITÉ NÉONATALE (POUR MILLE) SELON L'ÂGE DE LA MÈRE À LA NAISSANCE DE L'ENFANT.



1. Quel que soit le pays, la mortalité néonatale des enfants nés de mères adolescentes est nettement plus élevée que celle des enfants nés des mères plus âgées.

2. Les niveaux de mortalité néonatale les plus bas sont enregistrés pour les mères âgées de 20 à 29 ans.

Cette sur-mortalité est essentiellement due à des facteurs biologiques (immaturité physique de la mère, bassin rétréci, faible poids à la naissance de l'enfant).

UTILISATION DES SERVICES DE SANTE

Nous nous attendions à ce que les adolescentes, en raison de leur inexpérience en matière de reproduction, utilisent moins les services de santé que les mères plus âgées. Toutefois, les résultats montrent qu'à quelques exceptions près, le recours des adolescentes à ces services est comparable à celui des autres femmes en âge de procréer.



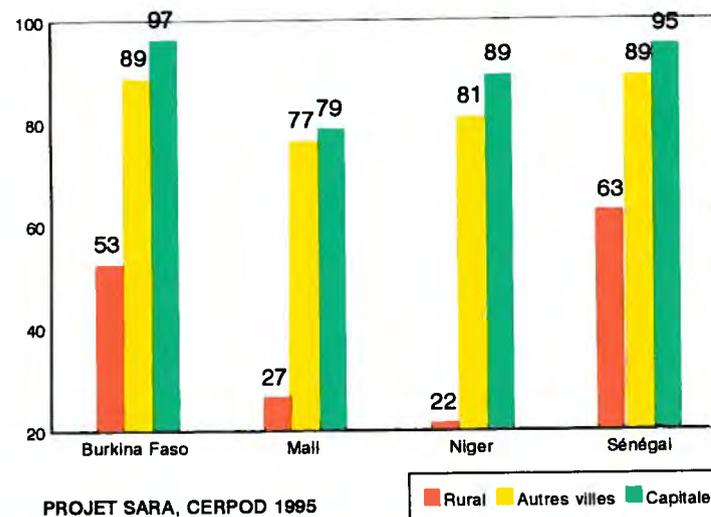
Photo Stanley STANISKI

CONSULTATIONS PRÉNATALES

Zones urbaines

La forte concentration des établissements sanitaires dans la capitale fait qu'à Ouagadougou, à Niamey et à Dakar, plus de 90 pour cent des naissances de mères adolescentes ont été précédées d'au moins une visite prénatale auprès de personnel de santé (Graphique 6.2).

GRAPHIQUE 6.2 - POURCENTAGE DES ADOLESCENTES AYANT EU AU MOINS UNE CONSULTATION PRÉNATALE SELON LE MILIEU DE RÉSIDENCE



1. Notez que les pourcentages obtenus pour le milieu urbain (capitales et autres villes) sont toujours nettement plus élevés que ceux obtenus pour le milieu rural
2. Si la situation de l'ensemble des mères adolescentes du milieu rural est nettement moins bonne que celle des mères du milieu urbain, au Niger la situation des mères adolescentes est catastrophique en milieu rural.

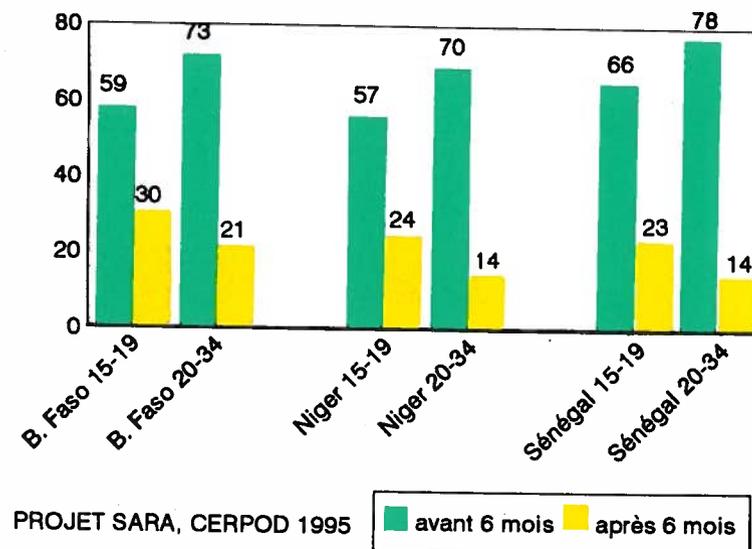
Dans les zones urbaines, les adolescentes ont tendance à effectuer plus tardivement (après le sixième mois) la première consultation prénatale que les mères plus âgées, surtout par rapport à celles âgées de 20 à 34 ans.

Dans les autres villes, le niveau de consultations prénatales avoisine celui observé dans les capitales. Les mères adolescentes comme les mères plus âgées ont eu recours au personnel de santé durant la grossesse. La fréquence des consultations prénatales est plutôt déterminée par le lieu de résidence. Cependant, dans les zones urbaines, les adolescentes ont tendance à effectuer plus tardivement (après le sixième mois) la première consultation prénatale que les mères plus âgées, surtout par rapport à celles âgées de 20 à 34 ans (**Graphique 6.3**).

Zones rurales

Autant le niveau des consultations prénatales est élevée en milieu urbain pour les adolescentes et les femmes plus âgées, autant le niveau est bas pour toutes les femmes en milieu rural. Le pourcentage des femmes rurales n'ayant jamais eu de consultation prénatale se situe à 27% pour le Sénégal, 47% pour le Burkina, 73% pour le Mali et 78% pour le Niger.

GRAPHIQUE 6.3 - POURCENTAGE DES MÈRES QUI ONT EU LEUR PREMIÈRE VISITE PRÉNATALE AVANT LE SIXIÈME MOIS DE GROSSESSE ET CELLE QUI L'ONT EU APRÈS.



1. Notez que chez les adolescentes, il y a relativement plus de mères adolescentes qui ont eu leur première visite après le sixième mois de grossesse que chez les mères plus âgées.

Association du niveau d'utilisation avec la scolarisation

Aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural, le suivi des grossesses est fortement associé au niveau d'instruction. Au Niger, parmi les femmes sans instruction, moins du tiers ont eu une consultation prénatale. Tandis que parmi celles qui ont atteint le niveau primaire, la majorité a eu recours à un personnel de santé. Au Burkina et au Sénégal, on observe aussi des variations significatives selon le niveau d'instruction de la femme (**Graphique 6.4**).

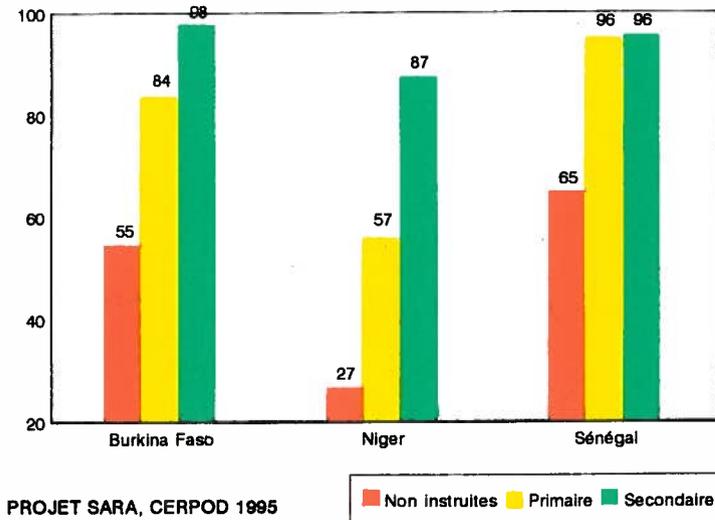
Le pourcentage des femmes rurales n'ayant jamais eu de consultation prénatale se situe à 27% pour le Sénégal, 47% pour le Burkina, 73% pour le Mali et 78% pour le Niger.

Vaccination des enfants

Selon les recommandations de l'OMS dans le cadre du Programme élargi de vaccination (PEV), l'enfant doit recevoir avant son premier anniversaire le BCG, le vaccin contre la rougeole, les trois doses de DTCoq (diphtérie, tétanos, coqueluche) et les trois doses de polio.

Si dans les zones urbaines, en particulier dans les capitales, on note une faible proportion d'enfants n'ayant reçu aucun vaccin, on observe une proportion très significative d'enfants n'ayant reçu aucun vaccin dans les zones rurales, surtout au Niger (63 % chez les mères non-mariées et 70 % chez les mariées).

GRAPHIQUE 6.4 - POURCENTAGE DES MÈRES ADOLESCENTES AYANT EU AU MOINS UNE CONSULTATION PRÉNATALE SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION.



1. Plus une adolescente est scolarisée, plus elle a la chance d'accoucher dans une formation sanitaire.
2. Cette différence est toutefois expliquée, au moins en partie, par le fait qu'il y a relativement plus de mères adolescentes scolarisées en milieu urbain qu'en milieu rural.

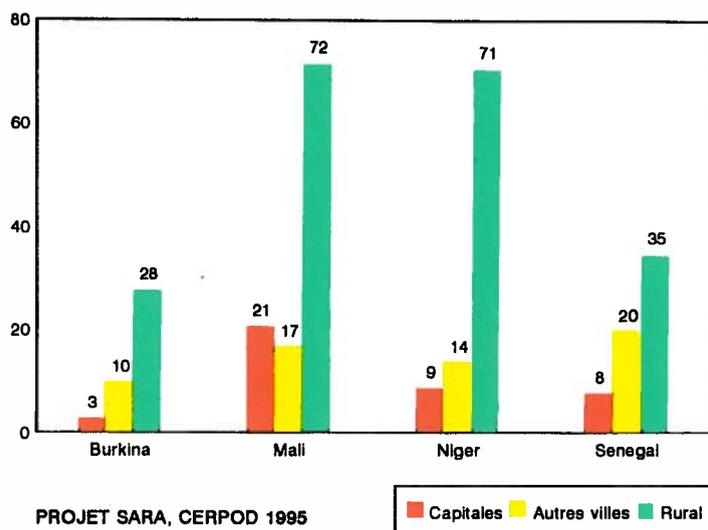
Par contre, dans les zones rurales du Burkina Faso et du Sénégal, moins du tiers des enfants sont concernés. Ceci va dans le même sens que les différences soulignées quant aux consultations prénatales.

Les enfants des mères adolescentes ne présentent pas une situation moins favorable que les enfants des mères plus âgées.

A Dakar, on observe d'ailleurs qu'ils ont été plus nombreux à être vaccinés. Par contre à Bamako, on observe une proportion plus importante d'enfants nés de mères adolescentes non vaccinés. (**Graphique 6.5**)

En guise de conclusion, il est clair que les consultations prénatales sont insuffisantes pour toutes les femmes du milieu rural. Toutefois, les conséquences de cette insuffisance sont plus graves pour les adolescentes et leurs enfants qui constituent un groupe particulièrement vulnérable.

GRAPHIQUE 6.5 - POURCENTAGE DES ENFANTS NÉS DE MÈRES ADOLESCENTES N'AYANT REÇU AUCUNE VACCINATION.



1. Si dans les capitales peu d'enfants nés de mères adolescentes n'ont reçu aucune vaccination, la situation des enfants des adolescentes du milieu rural est mauvaise au Sénégal et au Burkina et catastrophique au Mali et au Niger (7 enfants sur 10 n'ont reçu aucune vaccination).

PISTES DE REFLEXION



- Quelles stratégies pour augmenter la couverture et l'utilisation des services SMI pour toutes les femmes, particulièrement en milieu rural ?
- Comment cibler les mères adolescentes plus vulnérables, qu'elles soient mariées ou non-mariées ?

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Les principaux résultats résumés ci-dessous révèlent plusieurs dimensions de la santé de la reproduction des adolescents dans le Sahel. Le problème est urgent, complexe et sensible et les solutions sont loin d'être évidentes. C'est la raison pour laquelle, pour chacun des thèmes, un certain nombre de questions de réflexion ont été formulées. Les multiples acteurs (personnel de la santé, chercheurs, institutions travaillant avec les jeunes, professionnels de la communication, programmes de lutte contre le SIDA, bailleurs de fonds, adolescentes et adolescent, etc.) sont invités à réfléchir à ces problèmes en fonction des réalités socio-culturelles et économiques.

PRÉCOCITÉ DE L'ÂGE AU PREMIER MARIAGE

- ▶ L'âge au premier mariage est encore très précoce en milieu rural.

 **Vu ses conséquences néfastes sur la santé de la mère et de l'enfant, comment traiter ce problème ?**

NON-MARIAGE À 20 ANS

De plus en plus de jeunes filles en milieu urbain sont encore non-mariées à leur vingtième anniversaire. Ceci les expose pendant une période de plus en plus longue, au risque d'activité sexuelle avant le mariage avec toutes les conséquences déjà évoquées.

 **Comment les différentes institutions de la société doivent-elles s'adapter à ce nouveau phénomène (famille, santé, éducation, religion, etc.) ?**

SEXUALITÉ AVANT LE MARIAGE

- ▶ Les parents sont convaincus que leurs filles et garçons sont beaucoup plus libres sexuellement qu'ils ne l'ont été eux-mêmes durant leur jeunesse;
- ▶ Les adolescents estiment que la virginité est souhaitable; toutefois ils reconnaissent qu'il est difficile de rester chaste;
- ▶ La sexualité pré-nuptiale semble être de plus en plus courante en milieu urbain, même si elle n'est pas absente en milieu rural;
- ▶ La famille, l'école, les institutions religieuses ne semblent pas préparer suffisamment les adolescents à une sexualité responsable. Les sources d'informations sur la sexualité sont plutôt les amis, les aînés, les médias et les films pornographiques;

 **Quels sont les facteurs qui encouragent les rapports sexuels précoces chez les adolescents ?**

 **Face à l'accroissement des rapports sexuels avant le mariage chez les adolescents et les dangers auxquels ces pratiques les exposent, quelles stratégies en matière de santé, éducation et communication mettre en oeuvre ?**

Le problème de la santé de la reproduction des adolescents dans le Sahel est urgent, complexe et sensible et les solutions sont loin d'être évidentes.

NAISSANCES PRÉNUPTIALES

- ▶ Les naissances prénuptiales avant 20 ans bien que moins importantes que dans certaines régions de l'Afrique au sud du Sahara ne sont pas négligeables en dépit du fait que les religions pratiquées et les normes culturelles prohibent la reproduction en dehors du mariage;
- ▶ Les populations qui enregistrent les plus faibles niveaux de prévalence de la sexualité prémaritale n'ont pas nécessairement les plus faibles niveaux de naissances prénuptiales. Ces écarts seraient dus aux différences quant à l'accessibilité des moyens de contraception.

 **Quelles stratégies adopter pour prévenir les naissances avant mariage chez les adolescentes?**

 **Quelles attitudes faut-il générer chez les prestataires, les parents, les éducateurs envers les mères adolescentes célibataires et leurs enfants ?**

 **Quelles actions entreprendre en faveur des mères adolescentes célibataires et de leurs enfants ?**

LA PLANIFICATION FAMILIALE CHEZ LES ADOLESCENTES

- ▶ Le pourcentage des adolescentes approuvant la planification familiale est beaucoup plus élevé que celui de leur époux.
- ▶ La scolarisation de la femme comme celle de l'homme a pour effet d'élever ses chances d'approuver la planification familiale.
- ▶ Très peu d'adolescentes discutent avec leur époux sur la planification familiale ou sur le nombre d'enfants désiré.

- ▶ La prévalence de la contraception moderne est plus élevée chez les non-mariées que chez celles qui sont mariées. Cependant parmi les non-mariées, la prévalence est nettement plus faible chez les adolescentes.

 **Comment améliorer la communication entre les adolescentes mariées et leurs conjoints en matière de planification familiale?**

 **Comment promouvoir l'espacement des naissances chez les adolescentes mariées?**

 **Quels sont les avantages et les inconvénients de l'accès aux méthodes de contraception par les adolescentes sexuellement actives mais non-mariées?**

LES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET LE SIDA

- ▶ Les études ont montré la connaissance partielle que les adolescents ont des maladies sexuellement transmissibles (MST). Les modes de transmission et les manifestations ou symptômes ne sont pas toujours connus. La connaissance des MST est plus élevée chez les garçons que chez les filles.
- ▶ Le SIDA a été citée par la quasi-totalité des adolescents, garçons comme filles. Toutefois, comme pour les autres MST, cette connaissance est superficielle et parfois inexacte.
- ▶ Le préservatif, l'abstinence, la fidélité ont été souvent cités comme des moyens de prévention contre les MST. Toutefois, certains adolescents ont cité la pilule et les spermicides comme une méthode de prévention contre les MST

- ▶ Les sources d'information sur les MST ne diffèrent fondamentalement pas de celles sur la sexualité ou la planification familiale (média, communication entre jeunes, etc.)

 **Quels sont les obstacles qui empêchent les adolescents sexuellement actifs de se protéger contre les MST et le VIH ?**

 **Vu les dangers auxquels les adolescents sexuellement actifs sont exposés aujourd'hui, quelles stratégies peut-on mettre en place pour les protéger ?**

LES OBSTACLES À L'ACCÈS AUX SERVICES DE PF ET TRAITEMENT DES MST

- ▶ La honte, la timidité ont été citées comme obstacles à l'accès aux services de planification familiale et de prévention et de traitement aux MST.
- ▶ L'attitude de certains prestataires de services a été dénoncée par un nombre important d'adolescents.
- ▶ Le coût des prestations de services de planification familiale et de prévention et traitement des MST a été cité comme obstacle.
- ▶ Les parents discutent très rarement de sexualité et planification familiale avec leurs enfants.

 **Comment lever les obstacles à l'accès aux services de PF et de MST ?**

SANTÉ DE LA MÈRE ADOLESCENTE ET DE L'ENFANT

- ▶ Très peu de différences sont apparues quant à l'utilisation des services de santé maternelle et infantile entre adolescentes et femmes âgées; toutefois, l'importance des mères adolescentes et leurs enfants n'ayant pas accès aux services de santé en milieu rural est plus que préoccupante.

- ▶ Dans les zones urbaines les adolescentes ont tendance à effectuer tardivement (après le sixième mois de grossesse) la première consultation prénatale.

 **Quelles stratégies faut-il mettre en place pour augmenter la couverture et l'utilisation des services de santé maternelle et infantile pour toutes les femmes, particulièrement en milieu rural ?**

 **Comment cibler les mères adolescentes plus vulnérables, qu'elles soient mariées ou non-mariées ?**

RECOMMANDATIONS

Les discussions avec les adolescentes et adolescents, les parents et les informateurs-clés ont permis de connaître leur point de vue sur les différents problèmes soulevés. Par ailleurs un séminaire qui s'est tenu avec les responsables de planification familiale et les représentants de certains bailleurs de fonds à Bamako du 9 au 13 octobre 1995 a permis de recueillir des recommandations.

Toutes ces recommandations sont présentées ci-dessous non pas pour imposer des solutions à l'ensemble des problèmes soulevés par ces recherches mais plutôt pour nourrir la réflexion.

LES SOLUTIONS DES ADOLESCENTS

Des discussions de groupes, il apparaît principalement trois recommandations :

- ▶ **L'ouverture de services de santé uniquement réservés aux adolescents.** Ils expliquent qu'«...un enfant peut regarder droit dans les yeux d'un autre enfant, mais pas dans ceux d'un adulte; un enfant qui est bien expérimenté peut bien répondre à un autre enfant sans qu'il ait honte».
- ▶ **la gratuité des soins ou des soins à coût réduit :** «Nous ne pouvons réclamer que la gratuité des soins ou alors une contribution modeste au coût des médicaments».
- ▶ **une information spécifique en direction des adolescents.** Cependant les adolescents estiment que l'information et l'éducation sexuelle adaptées devraient s'adresser davantage aux filles: «C'est vraiment un grand problème. Il faut

- ▶ arriver à sensibiliser tout le monde, même dans les établissements, ce ne sont pas toutes les filles qui ont ces informations". «Les filles doivent être sensibilisées dans le sens de l'abstinence ou de l'utilisation des capotes».

POINT DE VUE DES INFORMATEURS-CLÉS

Suggestions pour l'amélioration des services aux adolescents

Les suggestions retenues sont complémentaires de celles qui ont été évoquées par les adolescents. Elles sont comme des réponses aux barrières identifiées. Elles se résument ainsi :

- ▶ **la vulgarisation des méthodes de contraception/prévention** pour lever l'entrave de la gêne qu'éprouvent les adolescents à demander les services : «Que la vente des préservatifs soit vulgarisée...comme si on vendait des arachides...comme ça personne ne s'occupera de toi en te voyant acheter une capote».
- ▶ **l'éducation sexuelle devrait toucher aussi bien les adolescents que les parents et surtout, mettre l'accent sur l'ensemble de la sexualité et non pas se limiter aux relations sexuelles :** «Il faut un fondement humain parce que l'homme n'est pas seulement sexuel. Il y a aussi l'autre dimension humaine, morale, spirituelle. Si cela manque, il y a un vide». «Si on devait introduire l'éducation sexuelle dans les programmes, je pense que le contenu devrait tendre à renseigner les enfants sur les rapports hommes-femmes. Les renseigner sur la base des valeurs de notre société».

- ▶ **une approche différente de l'offre de service :**
«Maintenant, il faut aller vers les jeunes, dans les 'grins', dans les familles. Au lieu de vouloir les rassembler par les voies d'antenne...il faut aller à eux». «Si on pouvait créer au niveau des jeunes des associations qui peuvent les informer sur ces problèmes-là [la sexualité], je crois que ce serait mieux».
- ▶ enfin une approche intégrée, qui de par sa dynamique, semble plus indiquée pour obtenir des résultats dans le moyen terme. Elle semble être la plus innovatrice. «Nous pouvons réunir nos forces en travaillant avec les éducateurs, avec les religieux, avec les parents. Que chacun fasse son travail...après 5 ans ou 10 ans, vous verrez le résultat du changement dans la société».

POINT DE VUE DES PARENTS

Certaines des recommandations suivantes, formulées par des parents n'ont pas toujours fait l'unanimité. Leur mise en oeuvre nécessite de la prudence et l'implication de différentes composantes de la société :

- ▶ Créer des centres de santé où les adolescents peuvent bénéficier d'informations sûres.
- ▶ Créer des centres où les adolescents pourraient être pris en charge en cas de grossesse non désirées.
- ▶ Introduire dans les programmes scolaires des cours de planification familiale.
- ▶ Faciliter l'accès des services de planification familiale aux adolescents, c'est à dire créer des structures leur permettant de s'approvisionner sans crainte ni honte et à tout moment.

- ▶ Instituer une visite médicale périodique dans les établissements scolaires pour déceler les MST et les grossesses.
- ▶ Créer des centres de santé en milieu rural.

RECOMMANDATIONS DU SÉMINAIRE DE BAMAKO

Qualité des services

- ▶ Favoriser le changement de mentalité et de comportement des prestataires de services.
- ▶ S'inspirer de l'expérience burkinabè en matière d'accessibilité des méthodes contraceptives.
- ▶ Assurer le marketing social des préservatifs.
- ▶ Assurer la gratuité ou la réduction importante des coûts de prestation des services de planification familiale et de prévention et traitement des MST à l'intention des adolescents.
- ▶ Instaurer des visites polyvalentes pour les jeunes.

Communication

- ▶ Mettre en oeuvre une politique de communication tous azimuts (bandes dessinées, communication inter-personnelle).
- ▶ Privilégier l'âge qui précède l'adolescence.
- ▶ Former des éducateurs formels et non-formels, des professionnels de la santé, des prostituées, etc.

- ▶ Privilégier le dialogue entre les adolescents et le reste de la société sur les sujets dits tabous.
- ▶ Revaloriser la fonction enseignante (comportement, responsabilité, moralité).
- ▶ Sensibiliser les autorités chargées de l'éducation à la vie familiale (EVF).

Adolescents

- ▶ Veiller à impliquer dans les différents programmes les jeunes eux mêmes dans la recherche de solutions aux problèmes les concernant.
- ▶ Faire prendre conscience aux adolescents l'importance de leur rôle dans la prise en charge de la sexualité.
- ▶ Développer le concept de la parenté responsable aussi bien au niveau des adolescents qu'au niveau de leurs parents.

Recherche

- ▶ Approfondir les recherches sur la santé de la reproduction des adolescents, en particulier la situation des adolescents de Dakar.
- ▶ Mener des études approfondies pour mieux appréhender le point de vue des hommes mariés envers la planification familiale.
- ▶ Elaborer des indicateurs plus performants pour mesurer la connaissance des méthodes de planification familiale et des maladies sexuellement transmissibles.
- ▶ Compléter les analyses des données du Mali dès que les données de l'EDS II Mali seront disponibles.



Photo CERPOD/Sié Offi SOME

LE MOT DE LA FIN

Nos sociétés peuvent-elle se payer le luxe d'ignorer les problèmes de santé de la reproduction auxquels nos adolescents sont confrontés ? En fait l'enjeu, n'est pas moins que l'avenir de nos sociétés qui dépendent de ces acteurs du développement de demain. Ces résultats et ces pistes de réflexion vont vous amener à discuter des solutions possibles aux problèmes identifiés en matière de la santé de la reproduction des adolescents dans le Sahel. Afin de s'assurer que l'on peut aller plus loin, il faudrait que l'on se pose un certain nombre de questions :

- Est-ce-que je suis un acteur potentiel dans le domaine de la santé de la reproduction et que puis-je faire à mon niveau ?
- Qui sont les autres acteurs sociaux dans ce processus ?
- Quelles sont les personnes-clés pour la mise en oeuvre des recommandations qui seront les résultats de nos réflexions ?
- Quels sont les partenariats cruciaux à développer pour assurer la mise en oeuvre de nos recommandations ?
- Quelles sont les ressources humaines et matérielles disponibles ?
- Quels sont les adolescentes et adolescents qui peuvent être impliqués de façon active dans cette recherche de solutions ? Comment les impliquer ? Comment les préparer pour leur rôle en tant que participants et leaders ?

PRINCIPAUX INDICATEURS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DU BURKINA FASO, DE LA GAMBIE, DU MALI, DU NIGER ET DU SENEGAL

INDICATEURS	BURKINA FASO	GAMBIE	MALI	NIGER	SENEGAL
POP. TOTALE (milliers) mi-1995	10 819	1 089	9 013	9 235	8 296
POP. SEXE MASC. 15-19 ANS (milliers) mi-1995	533	47	410	377	398
POP. SEXE FEM. 15-19 ANS (milliers) mi-1995	518	53	421	449	452
POP. 15-19 ANS (milliers) mi-1995	1051	100	831	826	850
TAUX BRUT DE NATALITE (pour mille)	45,3	50,5	46,6	52	48
TAUX BRUT MORTALITE (pour mille)	16,4	21,2	19,5	20	19
INDICE SYNTHETIQUE DE FECONDITE	6,9	6,0	6,7	7,4	6,0
% CONNAISSANT UNE METHODE MODERNE (FEMME EN UNION)					
URBAIN	93,3	88,7	56,7	88,6	88,4
RURAL	57,1	69,6	19,1	53,0	61,6
ENSEMBLE	63,3	73,3	28,6	58,0	70,3
% UTILISANT DES METHODES CONTRACEPTIVES QUELCONQUES (FEMME EN UNION)					
URBAIN	26,0	26,2	11,4	14,1	16,1
RURAL	4,2	8,4	2,3	2,5	3,3
ENSEMBLE	7,9	11,8	4,7	4,4	7,4
% UTILISANT DES METHODES CONTRACEPTIVES MODERNES (FEMME EN UNION)					
MILIEU URBAIN	17,1	16,5	4,7	8,6	11,8
MILIEU RURAL	1,5	4,3	0,1	0,7	1,4
ENSEMBLE	4,2	6,7	1,3	2,3	4,8
QUOTIENT DE MORTALITE INFANTILE					
URBAIN	76,4	84,0	72	89,0	54,5
RURAL	113,0	102,0	119	142,6	86,7
ENSEMBLE	107,6	97,9	108	134,5	76,0
QUOTIENT DE MORTALITE INFANTO-JUVENILE					
MILIEU URBAIN	148,4	114,0	182	210,3	101,8
MILIEU RURAL	214,4	198,0	271	346,8	184,2
ENSEMBLE	204,5	181,0	249	326,1	156,7

SOURCES :

1. CERPOD, 1996 : INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES ET SOCIO-ECONOMIQUES DES PAYS MEMBRES DU CILSS
2. ENQUETES DEMOGRAPHIQUES ET DE SANTE (EDS) : BURKINA FASO, 1993; MALI, 1987; NIGER, 1992; SENEGAL, 1992-93;
3. GAMBIAN CONTRACEPTIVE PREVALENCE AND FERTILITY DETERMINANTS SURVEY GCPFDS-1990, REPUBLIC OF GAMBIA

QUELQUES LIVRES UTILES

Baudet J. H., Y. Aubard, M. H. Grandjean, M. Gasq et L. Cobin, 1993, **La contraception des adolescentes.** *Gazette Médicale de France.* Jan 21; 100 (2).

CERPOD, 1990, **Fécondité de l'adolescente, drames d'une maternité précoce.** *Pop Sahel* N° 13.

CIE, 1991, **Sexualité des adolescents : Stratégie d'éducation pour la santé.** Synthèse de l'atelier CIE, 8-11 Juillet 1991, Paris.

Diop N. J., 1993, **La fécondité des adolescentes au Sénégal.** *Collection de thèses et Mémoires sur le Sahel*, N° 34, Université de Montréal.

Diop N.J., 1993, **La fécondité des adolescentes au Sénégal : un décalage croissant entre deux systèmes socio-économique.** Communication présentée au Congrès International de la Population, Montréal, Canada, 24 Août - 1 Septembre, IUSSP.

Dozon J. P. et L. Vidal, 1995, **Les sciences sociales face au SIDA : cas africains autour de l'exemple ivoirien.** *Colloques et Séminaires*, ORSTOM, Paris.

Etchepare M. et C. Etchepare, 1993, **SIDA en Afrique : Bilan d'une décennie, analyse par pays.** - Enda-Editions, Dakar

Fédération Internationale pour la Planification Familiale, 1989, **Le SIDA, parlons-en : guide pour le Travail Communautaire.** Londres, Macorillan Publishers.

Garenne M., M. Madison, D. Tarantola, B. Zanou, J. Aka et R. Dogoré, 1995, **Conséquences démographiques du SIDA en Abidjan 1986-1992.** - *Les Etudes du CEPED* N° 10.

Institute for Resource Development / Macro International, 1992. : **Adolescents in Sub-Saharan Africa. Graphics on marriage and reproduction.** Demographic and Health Surveys [DHS]; Population Reference Bureau [PRB]. International Programs; Columbia, Maryland, DHS, 1992 Mar. [2], 24, [1] p.

Lalou R., et V. Piché, 1994, **Migration et SIDA en Afrique de l'Ouest : un état des connaissances.** *Les Dossiers du CEPED*, N° 28

Legrand T. et Mbacké C., 1993, **Teenage Pregnancy and Child Health in the Urban Sahel.** *Studies in Family Planning*, Volume 24 Number 3 May/June.

Locoh T., 1990 : **Evolution de la Famille et transition démographique en Afrique.** *Revue internationale des sciences sociales*, pp. 527-543.

Locoh T., 1994, **La fécondité précoce en Afrique sub-saharienne.** *Chronique du CEPED* (14) : 1-3.

Ministère de la santé du Burkina, 1995, **Revue documentaire de la recherche menée sur les connaissances et pratiques de planification familiale et MST/SIDA au Burkina Faso depuis 1985 : synthèses de documents de politiques et stratégies de prise en charge des jeunes,** Ouagadougou.

République du Niger, 1995, **Résultats de l'enquête sur les Aspirations des Jeunes au Niger.** 156p.

OMS, 1990, **Guide à l'usage des responsables de programmes de santé maternelle et infantile, planification familiale.** I, 100 pages, Genève.

OMS, 1990, **Guide à l'usage des responsables de programmes de santé maternelle et infantile, planification familiale: le SIDA et la santé maternelle et infantile,** I, 100 pages, Genève.

OMS, 1994, **Maternité sans risques,** N° 10

Population Reference Bureau, 1994, **Inquiétudes féminines : Textes sur la santé de la reproduction.**

Pouye A., 1994, **La sexualité des adolescents : aspects psycho-sociaux.** *Bien-Etre* (6) : 4-7.

Sackho I., 1994, **Gonorrhoea: a sexually transmitted disease.** *Bien-Etre.* 1994 Jan-Mar; (5):18.

Sane K., 1994, **Comportement sexuel des adolescents en milieu diola.** *Bien-Etre* (6) : 6-8.

Sicard J. M., S. Kanon, L. A. Ouédraogo et J. P. Chiron, 1992, **Evaluation du comportement sexuel et des connaissances sur le SIDA en milieu scolaire au Burkina Faso. Enquête Connaissances, Attitudes, Croyances et Pratiques (CACP) à Banfora sur 474 adolescents de 14 à 25 ans.** *Annales de la société Belge de Médecine Tropicale* 72 (1).

Sow P. G., 1994, **Let us act now. World AIDS Day 1993. Journée mondiale du SIDA 1993.]** *Bien-Etre.*

UNICEF, 1996, **La situation des enfants dans le monde 1996 : 50è anniversaire.** New York.

United Nations, 1989 : **Adolescent reproductive behavior: Evidence from Developing Countries** *Population Studies* Vol II N° 109/Add1.

Université des Réseaux d'Expression Française, 1989, **SIDA, Infection à VIH : aspects en zone tropicale.** Ellipses

Advocates for Youth, 1994, **Matériel d'information, d'éducation et de communication pour les agents de jeunes en Afrique.** Advocates for Youth-Département des Programmes internationaux, Washington D.C.

QUELQUES ADRESSES UTILES DANS LES 5 PAYS

BURKINA FASO

✍ Association Burkinabè
pour le Bien-Etre Familial (ABBEF)
01 B.P. 535 Ouagadougou 01
Tél. (226) 31 05 98

✍ Association des Sages-Femmes du Burkina
01 B.P. 4686 Ouagadougou 01
Tél. (226) 30 72 59 et 30 75 96

✍ Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS)
03 B.P. 7009 Ouagadougou 03
Tél. (226) 31 32 18
Fax (226) 31 40 01

✍ Direction de la Santé de la Famille (DSF)
03 B.P. 7013 Ouagadougou 03
Tél. (226) 30 68 64
Fax (226) 31 08 65

GAMBIE

✍ Gambian Family Planning Association (GFPA)
P.O. Box 325 Banjul
Tel. (220) 39 24 63
Fax (220) 39 14 73

MALI

✍ Association Malienne pour la Protection et la
Promotion de la Famille (AMPPF)
B.P. 105 Bamako
Tél. (223) 22 44 94
Fax (223) 22 26 18

✍ Division Santé Familiale et Communautaire (DSFC)
B.P. 1149 Bamako
Tél. (223) 22 45 26

✍ Programme National
de Lutte Contre le SIDA (PNLS)
B.P. 192 Bamako
Tél. (223) 22 68 83

NIGER

✍ Association Nigérienne
pour le Bien-Etre Familial (ANBEF)
B.P. 13174 Niamey
Tél. (227) 73 42 51 et 72 26 00
Fax (227) 73 56 46

✍ Centre National de Santé Familiale (CNSF)
B.P. 623 Niamey
Tél. (227) 72 36 00
Fax (227) 72 24 24

✍ Division Planification Familiale,
Ministère de la Santé
B.P. 10057 Niamey
Tél. (227) 72 26 31

✍ Programme National de Lutte contre le SIDA
Ministère de la Santé publique
B.P. 10077 Niamey
Tél. (227) 73 54 60 / 75 20 41 2

SENEGAL

✍ Association Sénégalaise
pour le Bien-Etre de la Famille (ASBEF)
B.P. 6084 Dakar
Tél. (221) 24 52 61 et 24 52 62
Fax (221) 24 52 72

✍ Programme National
de Planification Familiale (PNPF)
Tél. (221) 21 19 58 et 21 71 55

✍ Programme National
de Lutte contre le SIDA (PNLS)
Ministère de la Santé publique
Tél. (221) 22 90 45 et 21 02 83
Fax (221) 21 15 07

EQUIPE DE REALISATION

RÉDACTION

CERPOD

Mamadou DJIRE
Mouhamadou GUEYE
Mamadou Kani KONATE
Sié Offi SOME

ACI

Gary ENGELBERG

MAQUETTE ET MONTAGE PAO

Sié Offi SOME /CERPOD

PHOTOS

CERPOD, ENDA, Stanley STANISKI, S.O.S, UNICEF

DESSINS

Phillipe BOCQUIER, Sidi Lamine DRAME, Samba FALL

IMPRESSION

Graphique Industrie S.A., Bamako

© **CERPOD - AOUT 1996**



CERPOD
B.P. 1530
Bamako - Mali
Téléphone :
(223) 22 30 43
(223) 22 80 86
Télécopie :
(223) 22 78 31

Le Centre d'Etudes et de Recherche sur la Population pour le Développement (CERPOD) a été créé en 1988 par le CILSS (Comité permanent Inter-Etats de lutte contre la sécheresse dans le Sahel) qui compte neuf Etats membres : Burkina Faso, Cap-Vert, Gambie, Guinée-Bissau, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal, Tchad.

Le Centre intervient également dans d'autres pays d'Afrique de l'Ouest et du continent.

Le CERPOD est placé sous la tutelle de l'Institut du Sahel (INSAH) dont le siège est à Bamako (Mali).