

**XXV^e CONGRES DE LA POPULATION
TOURS (FRANCE), 18-23 JUILLET 2005**

**Sexualité, fécondité et pratique contraceptive chez
les jeunes en Côte d'Ivoire au cameroun, au Togo et
au Burkina Faso**

Djangone-Mian Anne Marie Rachelle
Fonds des Nations Unies pour la Population/Côte d'Ivoire

Auteurs des rapports pays¹ :

- Akoto Eliwo Mandjale
- Amouzou Agbessi John
- Djangone Rachelle
- Kassegne Sethson
- Ngondo A Pitshandenge
- Ntsame O. N.
- Tambashe Oleko Basile
- Tameko D. T.

SEANCE 1401 : SEANCE POSTER 1

¹ Cette communication est une synthèse des rapports pays produits dans le cadre des analyses secondaires des Enquête Démographique et de Santé (EDS) de la Côte d'Ivoire (1998), du Burkina Faso (1998-1998) et du Togo (1999) dans le cadre des activités du volet Recherche Opérationnelle du Projet Régional Santé Familiale et Prévention du Sida (SFPS) de l'USAID.

INTRODUCTION

L'importance de plus en plus grande accordée à la santé sexuelle et reproductive des adolescents vient de la caractéristique même de ce groupe. D'une part, l'adolescence constitue une transition entre l'enfance, période d'exclusive dépendance vis-à-vis des adultes, et l'âge adulte, période d'indépendance. Cette transition est caractérisée par une grande vulnérabilité face aux risques de MST/Sida et de grossesses précoces et non-désirées. Cette importance accordée aux jeunes tient également au fait que l'on admet leur ignorance des conséquences graves découlant de leurs comportements sexuels à risque et leur immaturité physiologique à les supporter.

Les observations faites des comportements des jeunes dans un monde en pleine évolution ont permis de focaliser l'attention sur les adolescents. Dans les pays en développement, l'accroissement rapide de la population, avec ses conséquences en termes de d'urbanisation galopante, de forte croissance de la population juvénile et d'accroissement du chômage et de la pauvreté, et le développement spectaculaire des moyens de communication ont brisé les barrières culturelles et favorisé l'émergence de nouveaux schémas de comportements sexuels dans la société en général et parmi les jeunes en particulier. De même, le recul de l'âge aux premières règles, l'effondrement de l'autorité familiale, la baisse du pouvoir économique des parents favorisent l'adoption par les jeunes des rapports sexuels précoces et non protégés, le multipartenariat et d'autres comportements sexuels à risque. Ainsi, une des recommandations de la Conférence du Caire en 1994 enjoint aux gouvernements et autres éducateurs « d'essayer de résoudre les problèmes de santé en matière de sexualité et de reproduction des adolescents, notamment les grossesses non désirées, les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité, et d'encourager un comportement procréateur et sexuel responsable et sain, y compris l'abstinence, et en fournissant les services adaptés ».

Dans la plupart des pays en Afrique au sud du Sahara, le niveau et les tendances des indicateurs d'activité sexuelle et de comportements reproductifs des jeunes montrent que des actions continues et renforcées doivent être poursuivies. Les dernières enquêtes démographiques et de santé réalisées dans la plupart de ces pays dans les années 1990 indiquent que plus du tiers des filles de 15-19 ans sont déjà mères ou enceinte d'un premier enfant. Ainsi, les filles de ce groupe d'âge contribuent à la fécondité dans des proportions de 14% au Cameroun (EDS, 1998-1999), 11% au Burkina-faso (EDS, 1998-1999) et 9% en Côte d'Ivoire (EDS, 1994). Ce niveau relativement élevé de la fécondité des adolescentes est dû en partie à une intense activité sexuelle précoce et non protégée, et à l'entrée précoce dans la vie matrimoniale. Au Cameroun, par exemple, les données de l'EDS 1998 indiquent qu'une fille de 15-24 ans sur 4 a eu des rapports sexuels avant 15 ans, contre 18% et 16% chez les garçons de 15-24 ans et 20-24 ans respectivement. Ceci témoigne de la forte proportion des adolescents exposés aux risques des MST/SIDA. Des études ont montré que plus tôt commencent les rapports sexuels, plus élevé est le risque de recours au multipartenariat et aux activités sexuelles débridées (Aral, Fullilove et al., 1991). Malgré les risques élevés de MST/SIDA ou de grossesses non désirées, le recours au condom lors des rapports sexuels et l'utilisation des méthodes contraceptives sont loin d'être systématiques chez les jeunes.

Cette communication vient en appoint aux résultats présentés dans les rapports EDS et a été écrite dans le cadre des analyses secondaires des données de ces enquêtes commanditées par le Projet Régional Santé Familiale et Prévention du SIDA (SFPS). Elle a pour objectif d'examiner l'activité sexuelle et les comportements reproductifs des adolescents en Côte d'Ivoire, au Burkina-faso, au Togo et au Cameroun.

I./ DEFINITION DU CONCEPT « ADOLESCENCE »

L'adolescence est un concept difficile à cerner. Sa définition met en rapport plusieurs dimensions qui peuvent être situées à deux niveaux : le niveau individuel et le niveau collectif. Au niveau individuel, l'adolescence traduit une phase transitoire qui marque le passage de l'enfance à l'âge adulte. Sur ce plan les critères souvent évoqués pour caractériser cette phase tiennent compte des dimensions biologiques ou physiologiques et démographiques. On met essentiellement l'accent sur les transformations physiques que subit l'individu avec l'apparition des caractères secondaires (OMS, 1977 ; Evina, 1998) et son âge.

Ainsi, pour Akoa², l'adolescence est marquée par la puberté et va de 12 à 18 ans. La tranche d'âge varie d'un auteur à un autre. Pour certains auteurs, les adolescents sont les individus appartenant aux groupes d'âge 10 à 19 ans, 15 à 19 ans ou 15 à 24 ans selon les contextes des études. Cette différenciation amène d'autres encore à employer indifféremment les termes «enfant», «adolescent» ou «jeune». Selon la Convention des Droits des Enfants, tout être humain de moins de 18 ans est un enfant à moins que la majorité soit atteinte plus tôt en vertu de la législation. Au sens de l'OMS les adolescents désignent le groupe d'âge 10 à 19 ans et les jeunes celui de 15 à 24 ans (UNICEF, 1997).

Au niveau collectif, la dimension sociologique ou sociale met en exergue le changement de statut de l'individu suite aux modifications biologiques (Evina, 1998 ; Keats cité par Kouton, 1992). L'adolescent est considéré par la société comme un adulte en devenir et mérite ainsi un autre type d'égard. C'est en cette période que s'effectuent les premiers rites initiatiques marquant l'entrée de l'individu dans une phase au terme de laquelle il sera consacré adulte. Pour les garçons, il s'agit de prouver leur bravoure tandis que pour les femmes, on leur enseigne les fonctions relatives à leur féminité.

Par ailleurs, c'est également pendant cette période que l'autorité parentale et de toute la société s'exercent plus sur l'individu afin de mieux contrôler ses comportements et ses habitudes. L'existence des sujets tabous comme la sexualité apparaît comme une mesure de protection de la société contre la perversion. Aujourd'hui avec la modernisation et le développement des moyens de communication, ce contrôle n'existe pratiquement plus. Ce qui explique les nombreux problèmes auxquels sont confrontés les adolescents : précocité des rapports sexuels, de la maternité, multipartenariat sexuel, etc.

Bref, ces dimensions traduisent la difficulté d'une définition claire et admise de tous. Pour McCauley et al. (1997 : 3), les tranches d'âge indiquées ci-dessus ne représentent aucunement «un début et une fin qui soient universellement reconnus sur le plan social et biologique. La puberté indique le début biologique de l'adolescence, mais les signes qui marquent son achèvement sont divers et mal définis. Ainsi pour reprendre les termes de Population Reports (série J N41, 1997) « la seule définition universelle de l'adolescence semble être que, bien qu'il ne soit plus considéré comme un enfant, le jeune n'est pas encore un adulte». Ainsi la définition légale de la majorité constitue entre autres un élément contextuel important pour caractériser la période d'adolescence. En Côte d'Ivoire, l'âge légal au mariage est de 18 ans pour les filles et de 21 ans pour les garçons. Toute personne qui a un âge inférieur à cet âge n'est pas considérée comme suffisamment mûre et responsable.

² Cité par Kouton (1992)

Au regard de toutes les définitions, nous considérons comme «personne adolescente », toute personne physiquement mature et indépendante économiquement. Dans la plupart des pays en voie de développement, les personnes de moins de 25 ans ne remplissent pas toutes ces conditions. Ce qui permet de retenir pour la présente étude le groupe d'âge 15 à 24 ans comme celui des adolescents.

II./ OBJECTIFS ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE

II.1/ OBJECTIFS

Cette communication est une synthèse comparative de résultats des analyses secondaires opérées dans quatre pays (le Burkina Faso, le Cameroun, la Côte d'Ivoire et le Togo) à partir des statistiques EDS (1998-1999) et donne les grands traits caractérisant les comportements des jeunes de ces pays en matière de santé reproductive. Les objectifs des analyses secondaires étaient de :

- ◆ Evaluer les niveaux de l'activité sexuelle chez les adolescents ;
- ◆ Examiner les niveaux de fécondité des adolescents ;
- ◆ Décrire la connaissance et l'utilisation de la contraception moderne chez les adolescents;

II.2/ SOURCE DES DONNEES

La source principale des données utilisées est constituée des statistiques des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) réalisées en 1998-1999 et qui ont porté sur 5501 femmes et 2562 hommes au Cameroun, 6445 femmes et 2641 au Burkina Faso, 3040 femmes et 886 hommes en Côte d'Ivoire et enfin, 8569 femmes et 3819 hommes au Togo. Les enquêtes ont porté sur les femmes de 15-49 ans et les hommes de 15-59 ans. Les enquêtes EDS définissent l'adolescent comme toute personne, homme ou femme, âgée de 15 - 24 ans révolus. C'est cette définition qui est utilisée dans le cadre de cette communication.

II.3/ METHODE D'ANALYSE

Pour atteindre les objectifs spécifiques évoqués précédemment, une analyse descriptive est réalisée. Elle porte sur les variables issues des EDS 1998-1999 des quatre pays en rapport avec les comportements sexuels, la connaissance et l'utilisation de la contraception et la fécondité. Ces variables sont essentiellement l'âge au premier rapport sexuel, le nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois ayant précédé l'enquête, la connaissance des méthodes contraceptives, l'utilisation de la contraception au moment de l'enquête, l'âge à la première maternité ou à la première grossesse et le désir du dernier enfant. Elles sont obtenues à partir des déclarations des enquêtés. Les variables de contrôle sont l'âge du répondant au moment de l'enquête, son niveau d'instruction, sa situation matrimoniale et son milieu de résidence.

III./ SEXUALITE DES ADOLESCENTS

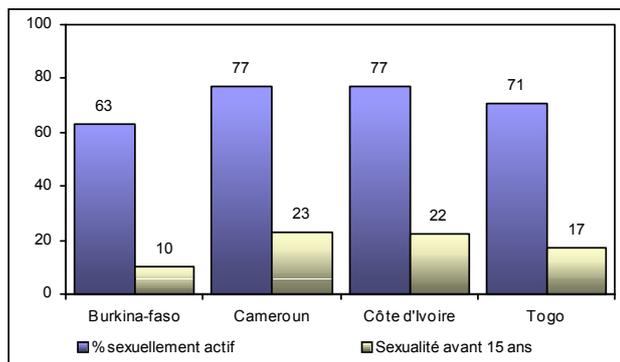
Depuis quelques années, la sexualité des adolescents s'inscrit au cœur des activités de recherche et des politiques gouvernementales. Elle fait aussi l'objet d'une attention particulière de la part de la communauté internationale. Ce regain d'intérêt provient du fait que les jalons d'une vie meilleure et de bonne qualité se posent à l'âge adolescent. La précocité de la sexualité et les comportements à risque des adolescents comme le multipartenariat et la non-protection des rapports sexuels les exposent aux MST/SIDA et aux grossesses précoces et souvent non désirées. Les avortements, la déperdition scolaire et la forte prévalence des MST/SIDA chez les adolescents dans la plupart des pays d'Afrique Subsaharien sont entre autre des conséquences de ce comportement à risque.

Les mesures tendant à prévenir ces conséquences graves de la sexualité des adolescents sur la qualité de leur vie supposent d'une part une connaissance préalable du calendrier de l'activité sexuelle, de son intensité et de sa fréquence parmi les jeunes et d'autre part, une identification des comportements sexuels à risque susceptible d'entraîner ces conséquences. C'est le but que s'assigne cette partie, elle est composée de trois sections. La première section analyse les caractéristiques mêmes de la sexualité des adolescents. Elle fait plus précisément cas de l'entrée en vie sexuelle et l'intensité de l'activité chez les jeunes. La seconde section examine les comportements sexuels à partir de deux principaux pôles : le type de partenaire sexuel et le multipartenariat sexuel. La dernière porte sur la protection des rapports sexuels.

III.1/ ENTREE EN VIE SEXUELLE

Le début de l'activité sexuelle est la porte d'entrée idéale pour l'infection au VIH/SIDA dans les pays d'Afrique au Sud du Sahara où les rapports sexuels, généralement non protégés, constituent le principal mode de transmission. Dans la présente étude, l'entrée en vie sexuelle est mesurée à travers la proportion d'adolescents sexuellement actifs entre 15 et 24 ans et celle de ceux qui ont entamé leur vie sexuelle avant 15 ans. Ces deux derniers indicateurs permettent de cerner la précocité de l'entrée en activité sexuelle.

Graphique 1 : Proportion (%) d'adolescents sexuellement actif avant 15 ans et entre 15 et 24 ans selon les pays soumis à l'étude, EDS 1998-1999



Mis en forme

Dans les quatre pays, les proportions d'adolescents sexuellement actifs varient entre 63% au Burkina-faso, 71% au Togo et 77% en Côte d'Ivoire et au Cameroun (Graphique 1). Autrement dit, environ 7 adolescents sur 10 ont déjà entamé une vie sexuelle. L'analyse de la proportion des adolescents sexuellement actifs avant 15 ans montre que non seulement la sexualité est très intense dans ces pays mais aussi, elle est précoce. En effet, en dehors du Burkina-faso, quasiment un adolescent sur cinq a entamé sa vie sexuelle avant 15 ans. Ces chiffres varient entre 10% au Burkina-faso, 17% au Togo, 22% en Côte d'Ivoire et 23% au Cameroun (Graphique 1).

S'il faut catégoriser les pays, on retiendra que le Cameroun et la Côte d'Ivoire sont les deux pays où l'on enregistre les niveaux d'entrée en activité sexuelle les plus élevés et les plus précoces. Le Togo se positionne comme un pays central et le Burkina-faso, comme le pays où l'on accuse une activité sexuelle plus modérée.

L'analyse de l'âge d'entrée en activité sexuelle donne des résultats variables selon le milieu de résidence et le sexe. Les filles entrent en activité sexuelle beaucoup plus tôt que les garçons quel que soit le pays considéré. Les pourcentages de filles sexuellement actives varient de 70% au Burkina Faso à 80% au Cameroun. Chez les garçons, ces pourcentages varient entre 44% au Burkina Faso et 71% en Côte d'Ivoire. En outre, les filles sont près de 1,5 fois plus nombreuses à avoir connu leur premier partenaire sexuel avant 15 ans que les garçons. La différence d'âge d'entrée en vie sexuelle entre filles et garçons est beaucoup plus perceptible en milieu rural. Dans ce milieu, quel que soit le pays considéré, on enregistre environ 2 fois plus de filles ayant vécu la première expérience sexuelle avant 15 ans que de garçons.

Par ailleurs, quel que soit le pays considéré, les garçons en milieu urbain sont plus nombreux à avoir entamé une vie sexuelle entre 15 et 24 ans et avant 15 ans que ceux qui sont en milieu rural. C'est le contraire qui se dégage de l'analyse des résultats obtenus chez les filles quel que soit le pays. Autrement dit, les filles qui résident en campagne entrent plus tôt en activité sexuelle que les urbaines.

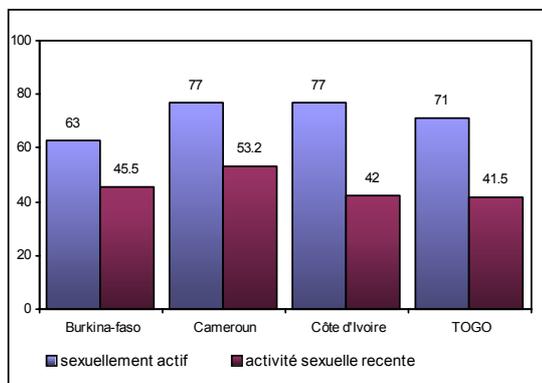
III.2/ INTENSITE DE L'ACTIVITE SEXUELLE DES JEUNES

Le nombre de fois qu'un individu entretient des rapports sexuels sur une période donnée est le meilleur indicateur de mesure de l'intensité de l'activité sexuelle. Mais, la mesure de cet indicateur pose problème à cause du fait qu'elle touche plus intimement la vie des individus et soulève non seulement des questions d'éthique mais aussi et surtout des déclarations erronées de la part des enquêtés. Ainsi, la mesure de l'intensité des rapports sexuels dans la population adolescente se fait à travers la proportion des individus ayant entretenu au moins un rapport sexuel au cours du mois précédant l'enquête.

En cette période où l'on parle du SIDA et des maladies sexuellement transmissibles, on s'attendrait à ce que les adolescents tempèrent partout leur comportement en matière de sexualité. Les données indiquent, au contraire, que la crainte du SIDA et d'autres maladies sexuellement transmissibles n'est pas encore suffisamment enracinée dans les mentalités des jeunes au point de les détourner d'une activité sexuelle intense et à caractère répétitif et qui, de surcroît, multiplie les occasions de contracter des maladies sexuellement transmissibles ou d'attraper des grossesses non désirées.

Graphique 2 : Proportion (%) des adolescents sexuellement actif et de ceux ayant eu le dernier rapport sexuel au cours du mois précédant l'enquête selon le pays, EDS 1998-1999

Mis en forme



Les statistiques sur ce sujet (graphique 2) montrent que quel que soit le pays considéré, plus de 2 adolescents sur 5 ont eu au moins une relation sexuelle au cours du mois qui a précédé l'enquête. Le Cameroun enregistre le niveau le plus élevé (52%). Cette activité sexuelle est d'autant plus intense que près de ¾ des jeunes sexuellement actifs ont entretenu une activité sexuelle récente (graphique 2).

Ainsi, l'activité sexuelle des jeunes demeure une réalité vivante et actuelle. Elle connaît des variations selon le sexe et le milieu de résidence. Dans l'ensemble, les adolescents ont une activité sexuelle plus intense en campagne que dans les villes. En outre, alors que les filles sont plus nombreuses à entretenir des rapports sexuels récents que les garçons en ville, c'est le contraire que l'on observe en milieu rural.

III.3/ UTILISATION DU PRESERVATIF ET RECOURS AU MULTIPARTENARIAT SEXUEL

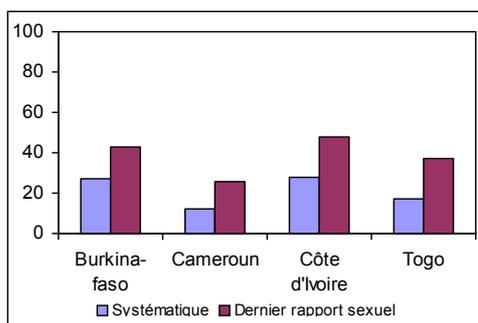
L'activité sexuelle des jeunes augmente leurs risques de contracter les infections sexuellement transmissibles ou de subir des grossesses non désirées en raison de la non utilisation du préservatif lors du dernier rapport, de la non utilisation systématique du préservatif à chaque rapport sexuel, du recours à des partenaires occasionnels et de la multiplicité des partenaires sexuels.

III.3.1/ Protection des rapports sexuels

Dans le contexte actuel de forte propagation du VIH/SIDA et de non existence de remède efficace, la protection des rapports sexuels restent la méthode de prévention la plus adaptée. Dans ce cas, l'utilisation systématique du condom qui exige un changement radical de comportement sexuel est la meilleure méthode de prévention chez beaucoup de personnes (célibataire, relation extra-conjugales). Mais, l'adoption d'un changement aussi radical exige une progression sur plusieurs paliers (Finger, 1998). L'utilisation du condom lors du dernier rapport sexuel est déjà en soit une acceptation du préservatif et un élément positif de cette progression.

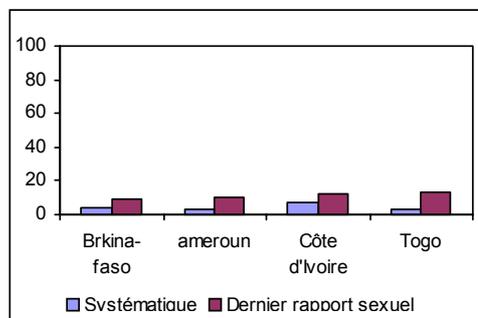
Dans les quatre pays, le niveau d'utilisation du condom lors du dernier rapport sexuel est faible. Chez les garçons, ces proportions vont de 26% au Cameroun à 48% en Côte d'Ivoire. Dans la population des filles, elles varient entre 9% au Burkina-faso et 13% au Togo. Quand à l'utilisation systématique du condom, les niveaux n'avoisinent guère 10% chez les filles et 30% chez les garçons quel que soit le pays considéré dans cette population adolescente sexuellement active (graphique 3.1 et 3.2). En effet, le pourcentage de filles n'ayant pas

Graphique 3.1 : Niveau d'utilisation du condom lors du dernier rapport sexuel et de façon systématique chez les garçons selon le pays, EDS 1998-1999



Mis en forme

Graphique 3.2 : Niveau d'utilisation du condom lors du dernier rapport sexuel et de façon systématique chez les filles selon le pays, EDS 1998-1999



Mis en forme

utilisé le condom lors du dernier rapport oscille entre 91% (Burkina Faso) et 87% (Togo). Par contre, ce pourcentage varie entre 88% au Cameroun et 72 % en Côte chez les garçons.

Comme on peut le constater, la situation est plus dramatique chez les filles que chez les garçons. Que ce soit le recours au condom lors du dernier rapport sexuel ou le recours de façon systématique au condom, les garçons protègent mieux leurs relations sexuelles que les filles (graphique 3.1 et 3.2). Le fait que le condom soit un objet masculin et donc sous le contrôle de ces derniers pourrait expliquer le faible recours à cette méthode par les femmes. C'est l'argument qui a prévalu à la mise sur le marché du condom féminin qui donne plus de marge de manœuvre à la femme. Mais, certains auteurs soutiennent que le pouvoir de négociation des méthodes contraceptives au sein du couple et les rapports de Genre dans nos sociétés sont à la base de ce faible recours au préservatif chez la fille (Djangone, 1999). Cette dernière n'a souvent pas droit à la parole et les questions liées à la sexualité sont considérées comme du domaine masculin. Ainsi, dans la plupart des projets tendant à promouvoir l'utilisation du condom, les messages sont adaptés aux préoccupations des deux sexes. Pour les filles, on insiste le plus souvent sur l'abstinence et l'apprentissage de la négociation du port du condom tandis que chez les garçons, on s'appesantit sur les comportements à moindre risque, l'abstinence et les avantages de la protection des rapports sexuels (Finger, 2000).

Quelque soit le sexe considéré, la protection des rapports sexuels (dernier rapport et systématique) est plus importante chez les jeunes ivoiriens tandis que les niveaux les plus bas s'observent au Cameroun. On compte aussi plus d'utilisateurs chez les jeunes citadins que chez les ruraux. La disponibilité des préservatifs, sans doute plus fréquente en milieu urbain qu'en milieu rural, peut expliquer cette différence de comportement entre les deux milieux. L'une des raisons et non des moindres pouvant expliquer aussi cette différence d'utilisation selon le milieu de résidence est l'instruction. Les analyses révèlent à ce propos que pour les garçons comme pour les filles, le pourcentage de ceux qui n'ont pas utilisé le préservatif lors du dernier rapport sexuel diminue à mesure que le niveau d'instruction augmente. Les écarts de comportements entre adolescents sans instruction et ceux de niveau secondaire concernant l'utilisation (ou la non-utilisation) du condom lors du dernier rapport sexuel sont cependant variables selon le pays. Chez les garçons, les écarts sur cette variable sont de 30 points au Togo, de 19 points au Cameroun, de 36 points en Côte d'Ivoire et de 51 points au Burkina Faso.

L'éducation formelle apparaît dans ce cas, avec l'urbanisation, comme un des facteurs de modernisation de nature à influencer sur les comportements en matière de sexualité et pouvant inciter notamment à une meilleure protection des rapports sexuels.

III.3.2/ Multipartenariat sexuel

L'activité sexuelle comporte deux autres sources de dangers lorsqu'on analyse sur base du caractère occasionnel du partenaire lors du dernier rapport sexuel et du nombre de partenaires avec lesquels l'adolescent a eu récemment les relations sexuelles. Dans ces conditions, la multiplication du nombre de partenaires augmente les risques d'exposition aux IST/VIH/SIDA.

Dans les quatre pays étudiés, l'activité sexuelle chez les adolescents apparaît risqué si l'on considère le nombre important de partenaires au cours du dernier mois. En effet, plus de 30% des adolescents, quel que soit le milieu de résidence ont déclaré avoir eu des rapports sexuels

avec au moins 2 partenaires au cours du mois précédant l'enquête. Le Cameroun enregistre la proportion la plus élevée d'adolescents ayant entretenu des relations sexuelles avec au moins 2 partenaires sexuels dans le mois précédant l'enquête. Il est suivi de la Côte d'Ivoire, du Burkina-faso et du Togo. Comme on peut le constater, le Cameroun qui enregistre le niveau le plus faible d'adolescent protégeant systématiquement les rapports sexuels est le pays où les relations à haut risque de contamination par le VIH/SIDA sont pratiquées.

En plus du nombre de partenaires sexuels, le fait d'avoir des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels comporte encore plus de risque. Les statistiques en présence indiquent à ce propos que les rapports sexuels avec les partenaires occasionnels ont été déclarés par plus d'un garçon sur 5/ contre moins une fille sur 10 quel que soit le pays. Ainsi, bien que la majorité des adolescents, surtout les filles, aient privilégié le partenaire régulier lors de leur dernière activité sexuelle, la proportion de ceux qui ont recouru à un partenaire occasionnel n'est pas négligeable. De manière générale, les garçons ont donc une vie sexuelle plus mouvementée que les filles et courent, de ce fait, plus de risques d'attraper une infection sexuellement transmissible ou le VIH/SIDA ; les partenaires sexuels occasionnels se recrutent le plus souvent parmi les travailleuses du sexe et, partant, parmi les personnes à risque.

IV./ FECONDITE DES ADOLESCENTES

Les statistiques donnant le nombre relatif d'adolescentes qui ont déjà procréé ou sont enceintes pour la première fois permettent de tirer certaines conclusions sur la fréquence ou intensité de la fécondité, sur l'âge d'entrée en vie féconde ainsi que sur la désirabilité de la dernière naissance.

IV.1/ PRECOCITE ET INTENSITE DE LA FECONDITE DES ADOLESCENTES

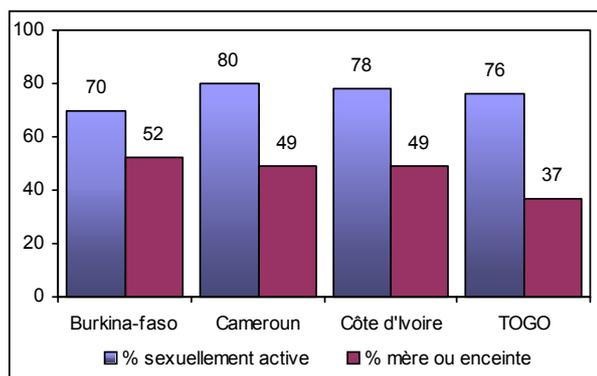
IV.1.1/ Intensité de la fécondité des adolescentes

La fécondité des adolescentes est intense en ce qu'elle concerne pratiquement une adolescente sur deux dans toute la sous-région. En effet, la proportion d'adolescentes déjà mère ou enceinte d'un premier enfant varie de 37% au Togo à 49% en Côte d'Ivoire et au Cameroun pour se situer à 52% au Burkina-faso (graphique 4).

Le classement des pays par ordre croissant de leur fécondité ne correspond pas à celui de ces pays selon le même ordre croissant d'intensité de l'activité sexuelle. Ainsi, le Cameroun, premier pays quant à la fréquence d'adolescents sexuellement actifs (91%) enregistre moins de

Graphique 4 : Proportions (en %) de filles sexuellement active et proportions (en %) d'adolescentes déjà fécondes par pays, EDS 1998-1999

Mis en forme



naissances chez les adolescentes que le Burkina Faso qui, lui avec une intensité de la sexualité de 83% enregistre beaucoup plus de naissances que le Togo (36% d'adolescentes fécondes) malgré une sexualité touchant 76% des filles (Graphique 4)).

Par ailleurs, dans tous les pays considérés, les adolescentes ayant déjà eu à porter une grossesse sont 1.5 fois plus nombreuses en milieu rural qu'en milieu urbain. La supériorité de la fécondité des adolescentes en milieu rural par rapport au milieu urbain peut tenir à une plus faible utilisation des méthodes contraceptives et à une entrée en vie sexuelle (un âge au mariage) plus précoce dans ce milieu. Par ailleurs, une meilleure maîtrise de la fécondité en milieu urbain grâce à une prévalence contraceptive moderne plus poussée et à un recours plus fréquent à l'avortement peut affranchir la femme et l'inciter davantage à une activité sexuelle intense.

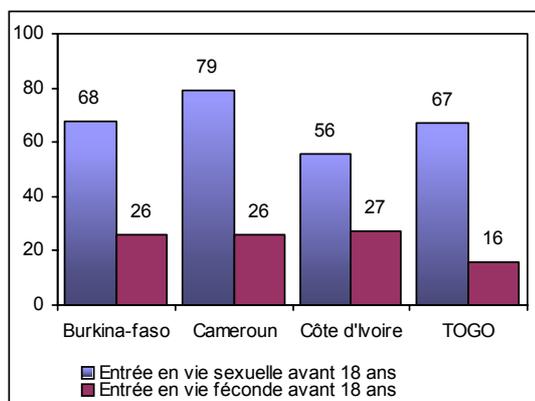
La fécondité des adolescentes s'avère aussi plus importante chez les filles sans instruction que chez celles qui ont suivi quelques années d'études. Les données révèlent que le pourcentage de filles ayant conçu ou enceinte d'un premier enfant diminue au fur et à mesure que le niveau d'instruction augmente quel que soit le pays considéré. Les filles sans instruction sont environ 2 fois plus nombreuses à se retrouver dans ce cas que celles de niveau secondaire ou plus au Burkina-faso, en Côte d'Ivoire et au Cameroun. Cette différence est 5 fois plus importante au Togo.

IV.1.2/ Précocité de la fécondité

Pour apprécier le caractère précoce ou tardif de l'entrée des adolescentes en vie féconde, nous nous fondons sur la part relative des adolescentes devenues mères ou enceintes de leur premier enfant avant l'âge de 18 ans³. Plus cette part est élevée, plus précoce est l'âge d'entrée en vie féconde.

Sur base de ce critère, les statistiques en présence (Graphique 5) font ressortir une fécondité des adolescentes généralement précoce dans la sous-région. En dehors du Togo (16%), plus du quart des filles a eu sa première grossesse avant l'âge de 18 ans au Burkina Faso, au Cameroun et en Côte d'Ivoire. Contrairement à ce à quoi l'on s'attendait, il ne ressort pas de lien entre l'entrée précoce en activité sexuelle et la précocité de la fécondité. Autrement dit, les pays dans lesquels on observe les plus grandes proportions de filles entrant précocement en vie sexuelle ne sont pas forcément ceux qui enregistrent les niveaux les plus élevés de fécondité précoce (graphique 5).

Graphique 5 : Niveau de sexualité avant 18 ans et fécondité avant 18 ans chez les filles selon le pays, EDS 1998-1999.



Mis en forme

³ L'appréciation sur la précocité et sur le retard de l'âge d'entrée en vie féconde est normalement portée à partir de la proportion d'adolescentes devenues mères ou enceintes de leur premier enfant avant l'âge de 15 ans. Dans le cas présent, cette appréciation est basée sur la proportion d'adolescentes mères ou enceintes avant 18 ans compte tenu de proportions trop faibles de ces adolescentes mères ou enceintes avant 15 ans

La précocité de la fécondité varie aussi en fonction du milieu de résidence et de l'instruction des filles. Les statistiques indiquent qu'on enregistre plus d'adolescentes ayant déjà conçu avant 18 ans en milieu rural qu'en milieu urbain. Par ailleurs, la scolarisation retarde l'entrée en vie féconde. Mieux que le milieu de résidence, la scolarisation est le facteur qui différencie le plus les adolescentes sur le plan de l'âge précoce ou tardif de l'entrée en vie féconde. L'entrée précoce en vie féconde est surtout le fait des adolescentes illettrées alors que les adolescentes instruites tendent à retarder leur entrée en vie féconde. En effet, 28 % des filles sans instruction ont eu leur première grossesse ou leur premier enfant avant l'âge de 18 ans contre 10 % de celles des adolescents ayant le niveau secondaire ou supérieur au Burkina Faso. En Côte d'Ivoire, quatre filles sur dix n'ayant pas été à l'école étaient devenues mères ou enceintes pour la première fois avant l'âge de 18 ans contre seulement 1 fille sur 10 parmi celles du niveau secondaire ou supérieur.

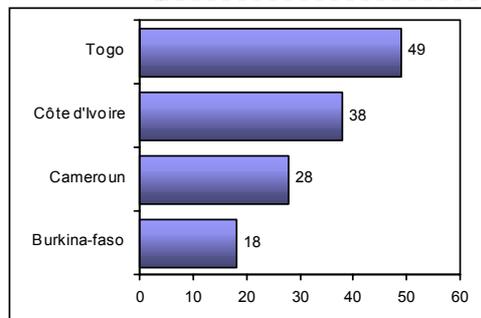
L'amélioration du niveau d'instruction des adolescentes dans les pays étudiés, en ce qu'elle conduit au retard d'entrée en vie féconde, est une solution permettant d'éviter à moindre coût des nombreux risques de santé maternelle et infantile liés aux maternités précoces.

IV.2/ DESIR DE LA DERNIERE NAISSANCE

Une grossesse non désirée et non planifiée peut se révéler lourde de conséquences pour l'adolescente : cette dernière risque d'être abandonnée par son partenaire, d'être expulsée de l'école si elle est scolarisée, de perdre son emploi, de souiller l'honneur de la famille si elle est célibataire, de tomber malade, voir de mourir (Barnett, 2000). Dans les récentes EDS, on a demandé aux femmes si elles ont souhaité avoir le dernier enfant ou la dernière grossesse au moment où elles l'ont eu. Les déclarations sur le désir du dernier enfant (au moment de sa conception) ou de la dernière grossesse traduisent, chez les adolescentes, la survenance des grossesses inopportunes et non désirées. Elle permettent aussi de cerner le niveau de besoins récents à satisfaire en matière de PF.

De manière générale, les statistiques en présence montrent qu'il existe chez les adolescentes, en particulier au Togo et en Côte d'Ivoire, des situations où elles auraient voulu se passer de la grossesse, mais où certaines circonstances les auraient empêché de concrétiser leur désir. C'est dire que la désidérabilité de la dernière conception varie selon le pays. Bien qu'enregistrant moins de naissance, le Togo est le pays dans lequel les grossesses ne sont pas désirées chez les filles (49%), il est suivi par la Côte d'Ivoire (38%), du Cameroun (28%) et du Burkina-faso (18%) (graphique 6).

Graphique 6 : Proportion (%) de naissances non désirées par pays, EDS 1998-1999



Mis en forme

La proportion des dernières naissances non voulues est plus importante chez les filles les plus jeunes (15-19 ans), qui résident en campagne, les moins instruites et celles qui ne vivent pas en union.

Si autrefois, la fécondité des adolescentes était valorisée, souhaitée par la femme et prise en charge par le groupe, il en va de moins en moins aujourd'hui et ce, pour plusieurs raisons :

retard du premier mariage du fait de l'urbanisation, de l'augmentation de la demande de l'emploi féminin et de la scolarisation. De ce fait, la fécondité des jeunes peut ne plus être désirée surtout chez les adolescentes et les jeunes femmes scolarisées car elle signifie l'arrêt des études, de sérieuses difficultés financières et la recherche de petits métiers de survie. Par ailleurs, avec la montée de l'individualisme, les réseaux de solidarité familiale ne sont plus aussi structurés et puissants qu'autrefois. De la sorte, une naissance chez une adolescente sans soutien exige de plus en plus que la mère dispose d'un revenu indépendant pour subvenir seule à ses besoins et à ceux de l'enfant.

V./ CONNAISSANCE ET UTILISATION DE LA CONTRACEPTION

V.1/ CONNAISSANCE DES METHODES CONTRACEPTIVES MODERNES

La connaissance des méthodes contraceptives moderne est très appréciable. C'est la conclusion que l'on peut tirer de l'examen des proportions suffisamment élevées des adolescents des quatre pays qui ont déclaré connaître au moins une méthode contraceptive moderne . Les pourcentages, qui, dans l'ensemble, connaissent au moins une méthode moderne de contraception⁴ oscillent entre 67% (Burkina Faso) et 99% (Togo). Cette connaissance s'améliore partout avec l'âge. Elle partage les quatre pays en deux catégories : les adolescents du Burkina Faso et ceux du Cameroun qui semblent un peu moins sensibilisés que leurs collègues du Togo et de la Cote d'Ivoire.

Bien que les écarts de niveaux de connaissance ne soient pas très importants, les garçons sont, dans chacun de pays, un peu plus nombreux à connaître au moins une méthode contraceptive moderne que les filles. A 15 – 19 ans, la différence de niveaux de connaissance des méthodes contraceptives entre garçons et filles est de 5 points d'écart en Côte d'Ivoire (où l'écart n'est le plus faible) et de 16 points d'écart au Burkina Faso, qui tient l'autre extrémité.

Les citadins, garçons comme filles, sont un peu plus nombreux à déclarer connaître au moins une méthode contraceptive moderne que les ruraux. En milieu urbain, les proportions d'adolescents connaissant au moins une méthode contraceptive moderne vont de 94% (Cameroun) à 100%(Burkina Faso) chez les garçons. Elles varient de 67% (Burkina Faso) à 93% (Cote d'Ivoire et Togo) chez les filles. Il y a lieu de faire remarquer que les écarts entre garçons et filles, dans les niveaux de connaissance des méthodes contraceptives modernes sont plus faibles en milieu urbain qu'en milieu rural. Dans les villes, les comportements des filles en matière de connaissances de méthodes contraceptives se rapprochent davantage de ceux des garçons qu'il n'en est le cas en campagne.

Les pays où la connaissance d'au moins une méthode contraceptive moderne est élevée en milieu urbain tendent à avoir aussi le niveau élevé de connaissance en cette matière en milieu rural. Ce constat peut tenir à l'efficacité différentielle des campagnes de sensibilisation et d'information éventuellement mises en place dans les différents pays.

Par ailleurs, la connaissance des méthodes contraceptives modernes est un peu plus poussée chez les adolescents instruits. De manière générale, chez les garçons comme chez les filles, il existe une relation positive entre le niveau de connaissance des méthodes contraceptives

⁴ Les proportions aussi élevées d'adolescents ayant entendu parler d'au moins une méthode contraceptive moderne semblent s'expliquer par la connaissance fort généralisée du condom.

moderne et le niveau d'instruction. Au Cameroun, par exemple, le niveau de connaissance d'au moins une méthode contraceptive moderne est de 45 % chez les garçons sans instruction, de 84% chez ceux qui ont une éducation primaire et de 99% chez les adolescents ayant atteint au moins le niveau secondaire. Pour les filles, ces pourcentages varient entre 33% et 99% pour les deux catégories extrêmes d'instruction. Mais il convient de noter que l'absence d'instruction ne constitue pas une entrave absolue à la connaissance d'une méthode contraceptive moderne. En Côte d'Ivoire, au Togo et dans une moindre mesure au Burkina Faso, les adolescents sans instruction, de deux sexes, enregistrent les mêmes performances que les autres. Parmi les individus sans instruction, les hommes semblent mieux éduqués que les femmes.

C'est dire que d'autres facteurs que l'instruction peuvent façonner la connaissance sur les méthodes contraceptives. Nous pensons notamment aux types de médias utilisés dans les différents pays et dont certains peuvent atteindre un large public indépendamment du niveau d'instruction⁵.

V.2/ RECOURS AUX METHODES MODERNES DE CONTRACEPTION

Les données sur l'utilisation des méthodes contraceptives marquent un contraste profond par rapport au nombre très élevé d'adolescents de deux sexes qui connaissent au moins une méthode contraceptive moderne observé dans tous les pays. Dans l'ensemble, les statistiques dégagent moins de 40% d'utilisateurs parmi les garçons et un chiffre de l'ordre de 10% à 13% seulement chez les filles.

Le niveau d'utilisation d'une méthode contraceptive moderne au cours de la période d'enquête augmente quelque peu avec l'âge chez les garçons alors qu'il ne varie point chez les filles.

Par ailleurs, quel que soit le pays considéré, le niveau d'utilisation de la contraception augmente avec le niveau d'instruction. Autrement dit, les adolescents de niveau secondaire ou plus utilisent plus les méthodes contraceptives que ceux de niveau primaire et les non instruits. Ainsi, l'instruction joue ici un rôle positif de modification des comportements chez les jeunes. Outre l'instruction, les citadins de deux sexes comptent plus d'utilisateurs d'une méthode contraceptive que les adolescents des milieux ruraux .

CONCLUSION

La présente étude sur "Sexualité, fécondité et contraception chez les adolescents en Afrique de l'Ouest et du Centre" a montré que la sexualité des adolescents est précoce et intense dans les pays soumis à l'étude. La proportion d'adolescents sexuellement actifs varie entre 63% au Burkina Faso et 77% en Côte d'Ivoire et au Cameroun. Autrement dit, entre 15 et 25 ans, plus de 3 adolescents sur 5 ont eu une expérience sexuelle. Quand on sait que la voie hétérosexuelle est le principal mode de contamination au VIH/SIDA en Afrique au Sud du Sahara, on comprend qu'une frange importante des jeunes est à risque.

⁵ Les statistiques sur l'exposition aux médias montrent, en ce qui concerne la lecture des journaux, qu'au Burkina Faso, au Cameroun et au Togo, les individus sans instruction qui lisent un journal sont proportionnellement aussi nombreux que ceux qui ont un niveau d'instruction primaire (SFPS, Résultats d'analyse des données de ces trois pays, 2000)

Dans les pays étudiés, environ 1/5ième des adolescents en Côte d'Ivoire et au Cameroun, plus 1/6ième au Togo et 1/10ième au Burkina Faso ont eu une expérience sexuelle avant 15 ans. Cette sexualité est non seulement précoce mais elle est aussi intense car près de 3/4 des jeunes ayant entamé une vie sexuelle ont entretenu une des relations sexuelles pendant le mois précédant l'enquête dans quasiment tous les pays.

Ainsi, la sexualité des jeunes comporte beaucoup de risque pour leur santé et leur vie futur dans les différents pays. Bien que le schéma de la sexualité soit quasiment le même dans tous les pays, le Cameroun et la Côte d'Ivoire se positionnent comme ceux enregistrant une proportion élevée d'adolescents sexuellement actifs et ayant une sexualité précoce. Le Togo se positionne comme un pays central et le Burkina Faso, celui où l'on note une sexualité plus modérée.

Le schéma de la sexualité selon le milieu de résidence et le sexe est très contrasté. Quel que soit le pays considéré et le milieu de résidence, les filles ont leur premier rapport sexuel beaucoup plus tôt que les garçons. Dans les campagnes, ces derniers sont plus sexuellement actifs au cours du dernier mois précédent l'enquête que les filles. Aussi, pendant que les garçons en milieu urbain sont plus nombreux à avoir eu leur premier rapport sexuel avant 15 ans et entre 15-24 ans que ceux qui sont en milieu rural, chez les, celles qui résident en campagne entrent plus tôt en activité sexuelle que les urbaines.

Plus que la précocité et l'intensité des rapports sexuels, le type et le nombre de partenaires sexuels sont des comportements sexuels beaucoup plus à risque. Les données des différentes EDS montrent que plus de 30% des adolescents, quel que soit le milieu de résidence ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avec au moins 2 partenaires au cours du mois précédant l'enquête. Les proportions les plus élevées d'adolescents entretenant des rapports sexuels avec au moins 2 partenaires sexuels s'observent au Cameroun et en Côte d'Ivoire. Le Burkina Faso et le Togo enregistrant les niveaux les plus faibles. Par ailleurs, les garçons sont plus nombreux à être infidèles et à entretenir des relations sexuelles avec des partenaires occasionnelles. A ce propos, il ressort des données que plus d'1/5ième des garçons contre moins d'1/10ième des filles ont déclaré avoir eu des relations sexuelles avec un partenaire occasionnel quel que soit le pays considéré.

Ainsi, en Afrique de l'Ouest et du Centre, les adolescents entrent très tôt en activité sexuelle et ont des rapports sexuels à risque. Le Cameroun et la Côte d'Ivoire se positionnent comme des pays beaucoup plus à risque en comparaison au Togo et au Burkina Faso.

Bien que les adolescents entrent tôt en activité sexuelle, et ont des rapports sexuels intense avec de multiples partenaires, les grossesses multiples et les risques d'infection au IST/VIH/SIDA diminuent si les rapports sont protégés. Mais, les niveaux d'utilisation du condom lors du dernier rapport sexuel et de façon systématique demeurent faible dans la population adolescente, surtout celle des filles. Chez les garçons, le niveau de protection du dernier rapport sexuel va de 26 % au Cameroun à 48 % en Côte d'Ivoire. Dans la population des filles, il varie entre 9% au Burkina Faso et 13 % au Togo. Quand à l'utilisation systématique du Condom, les niveaux n'avoisinent guère 10 % chez les filles et 30 % chez les garçons quelle que soit le pays considéré dans la population adolescente sexuellement active.

Une des conséquences d'une telle activité sexuelle intense et non protégée se mesure par l'importance d'adolescente déjà mères ou en voie de l'être dans chacun des pays. La fécondité des adolescents est non seulement intense, mais également précoce et comporte bien de naissance non désirées. En effet, la fécondité des adolescents est intense en ce qu'elle

concerne pratiquement une adolescente sur deux dans toute la sous région : 37 % au Togo à 49 % en Côte d'Ivoire et au Cameroun pour se situer à 52 % au Burkina Faso. En outre, en dehors du Togo (16%), plus du quart des filles a eu sa première grossesse avant l'âge de 18 ans au Burkina Faso, au Cameroun et en Côte d'Ivoire. Par ailleurs, bien qu'enregistrant moins de naissance, le Togo est le pays dans lequel les grossesses ne sont pas désirées chez les filles (49%), il est suivi par la Côte d'Ivoire (38%), du Cameroun, (28%) et du Burkina Faso (18%). En dehors des risques de santé génésique, un enfantement trop précoce expose les jeunes à des risques d'exclusion sociale et économique. Il peut conduire à une interruption dans le processus d'éducation et de formation de l'adolescente et plus tard l'exposer à une faible dotation en capital humain dont l'une des conséquences est la marginalisation ou l'exclusion du marché du travail.

Cette plus grande exposition des filles non seulement aux grossesses précoces et non voulues mais aussi aux IST/VIH/SIDA que les garçons, pourrait découler du niveau différentiel de connaissance des IST/VIH/SIDA. Les statistiques indiquent à ce propos qu'entre 15 et 19 ans, la différence de niveaux de connaissance des méthodes contraceptives entre garçons et filles est de 5 points d'écart en Côte d'Ivoire (où l'écart est le plus faible) et de 16 points d'écart au Burkina Faso.

Au regard de cette analyse et des discussions qui en découlent, on peut dire que les jeunes surtout les filles doivent faire l'objet d'attention plus particulier de la part des intervenants dans le domaine de la santé génésique. Si l'on considère que les jeunes d'aujourd'hui sont ceux qui seront les adultes de demain, la meilleure façon de lutter contre le SIDA et d'espérer une vie de meilleure qualité et partant un développement harmonieux de nos sociétés est d'accorder une place de choix à la jeunesse.

BIBLIOGRAPHIE

- Akoto E. M., Tambashe B. O., Amouzou J. A., Tameko D. T., (2000). Sexualité, Contraception et Fécondité des adolescents au Burkina-faso. Projet Régional Santé Familiale et Prévention du Sida (SFPS), Septembre 2000
- Akoto E. M., Tambashe B. O., Amouzou J. A., Tameko D. T., (2000). Sexualité, Contraception et Fécondité des adolescents au Cameroun. Projet Régional Santé Familiale et Prévention du Sida (SFPS), Septembre 2000
- Akoto E. M., Tambashe B. O., Amouzou J. A., Ntsame O. N., (2000). Sexualité, Contraception et Fécondité des adolescents au Togo. Projet Régional Santé Familiale et Prévention du Sida (SFPS), Septembre 2000
- Bledsoe C. H., Cohen B., (1993), Social dynamics of adolescent fertility in Sub-saharan Africa, National research council, Washington D.C, 208 pages.
- Calvers, E.A., (1996). Youth and fertility in Cameroon : Changing patterns of family formation. Thesis in Rural Sociology and Demography. The Pennsylvania State University, August 1996, 254 p.
- Delaunay V. (1994). « L'entrée en vie féconde : Expression démographique des mutations socio-démographiques d'un milieu rural sénégalais ». Les études du CEPED No 7, 326 pages
- Evina A. et Alam-Beleck A., (1998). « Vie féconde des adolescentes en milieu urbain camerounais ». Les cahiers de l'IFORD, numéro 16, 117 pages.
- Family Health International (FHI)

- Comportements masculins à risque, souvent tolérés. Network en français, volume 20, numéro 3. Available <http://reservoir.fhi.org/fr/networkf/fv20-3/nf2034.html>
- Family Health International (FHI)
L'utilisation systématique est influencée par le comportement. Network en français, volume 20, numéro 3. Available <http://reservoir.fhi.org/fr/networkf/fv18-3/nf1836a.html>
- Kuate-Defo B. (1998). Sexualité et santé reproductive durant l'adolescence en Afrique, avec une attention particulière sur le Cameroun. Ediconseil Inc., 394 pages.
- McCauley A. P., Salter C., Kiragu K. et Senderowitz J. (1997). « Répondre aux besoins des jeunes adultes ». Population Reports, Population, Séries J, , Numéro 3. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program,
- NGondo a Pitshandenge, (1998). Amitiés, Sexualité et Issues des grossesses des adolescentes en milieux scolaires. Quelques évidences tirées d'une étude à Kikwit (RDC). Communication préparée pour les Troisièmes Journées scientifiques de l'UREF sur les Transitions démographiques en Afrique au Sud du Sahara. RABAT, Maroc, 1998.
- Tambashe B. O., Amouzou J. A., Djangone A. M. R., Kassegne S., (2000). *Sexualité, Contraception et Fécondité des adolescents en Côte d'Ivoire*. Projet Régional Santé Familiale et Prévention du Sida (SFPS), Septembre 2000