

4805

COMITE PERMANENT INTER-ETATS
DE LUTTE CONTRE LA SECHERESSE
DANS LE SAHEL



PERMANENT INTERSTATE COMMITTEE
FOR DROUGHT CONTROL
IN THE SAHEL

INSTITUT DU SAHEL

RAPPORT DE RECHERCHE

**Santé de la reproduction
au Sahel
Adolescents et jeunes :
Evaluation de la situation en 2003**

Centre d'Etudes et de Recherches sur la Population et le Développement
(CERPOD)

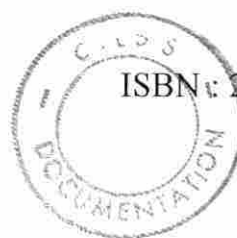


Equipe de réalisation : Holley Stewart
Sadio Traoré
Baba Traoré

Rédaction scientifique : Mahalmadane Djitèye

Saisie et mise en page : Raby Traoré

Publication : Institut du Sahel
BP. : 1530
Tél : (223) 222.80.86 / 222.30.43
Fax : (223) 222.78.31
E-mail : btraore@cerpod.insah.org



ISBN: 2-912693-41-1

Santé de la reproduction au Sahel

Adolescents et jeunes :

Evaluation de la situation en 2003

Bakary Doumbia
Badara Seye

Cette publication a été produite par le Département de l'Institut du sahel dénommé Centre d'Etudes et de Recherche en Population et Développement (CERPOD/INSAH) avec l'appui du Projet Soutien pour l'Analyse et la Recherche en Afrique (SARA). SARA est géré par l'Académie pour le Développement de l'Education (AED) et financé par l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International, Bureau de l'Afrique, Division du Développement Durable aux termes du Contrat N° AOT-C-00-99-00237-00.

Les vues exprimées dans ce document ne reflètent pas nécessairement celles de l'USAID ou de l'AED.

Sommaire

Introduction	10
Chapitre I : Méthodologie	12
1.1 Analyse quantitative.....	12
1.2 Analyse qualitative	13
Chapitre II : Résultats	14
2.1. Analyse quantitative	14
2.1.1. La sexualité avant le mariage	14
2.1.2. L'âge au premier mariage.....	17
2.1.3. Naissances avant mariage	24
2.1.4. Planification familiale chez les adolescents	26
2.1.5. Infections sexuellement transmissibles et VIH/SIDA.....	36
2.1.6. Santé de la mère adolescente et de l'enfant	43
2.2. Analyse qualitative.....	52
2.2.1. Acquis des politiques et programmes AJSR	52
2.2.2. Contraintes communes à tous les pays.....	56
2.2.3. Contraintes spécifiques	57
2.2.4. Opinions des acteurs/intervenants	58
Chapitre III : Conclusions et recommandations.....	59
Annexes	62
Bibliographie	64

Liste des tableaux

Tableau 1.1a : Pourcentage de femmes ayant eu des rapports sexuels pré-nuptiaux avant 15 ans, 18 ans, 20 ans, selon le pays, dans les capitales.	14
Tableau 1.1b : Pourcentage de femmes ayant eu des rapports sexuels pré-nuptiaux avant 15 ans, 18 ans, 20 ans, selon le pays, en zone rurale.	15
Tableau 1.2 : Pourcentage de femmes ayant eu des rapports sexuels pré-nuptiaux avant 15 ans et 20 ans, selon le pays et la scolarisation	17
Tableau 2.1a : Pourcentage de femmes mariées avant 15 ans, selon le pays, le groupe de générations; en zone rurale.	18
Tableau 2.1b : Pourcentage de femmes mariées avant 15 ans, selon le pays, le groupe de générations; dans les capitales.	19
Tableau 2.2 : Pourcentage de femmes mariées avant 15 ans, selon le pays, la scolarisation et la zone de résidence.	21
Tableau 2.3a : Pourcentage de femmes célibataires de 20 ans ou plus, selon le pays, le groupe de générations, dans les capitales.	22
Tableau 2.3b : Pourcentage de femmes célibataires de 20 ans ou plus, selon le pays, le groupe de générations, en zone rurale.	22
Tableau 2.4 : Pourcentage de femmes célibataires à 20 ans ou plus, selon le pays, la scolarisation, en fonction de la zone de résidence.	23
Tableau 3.1 : Pourcentage de femmes ayant eu une naissance pré-nuptiale à 18 ans, 20 ans, selon le pays, selon la zone de résidence.	24
Tableau 3.2 : Pourcentage de femmes ayant eu une naissance pré-nuptiale avant 18 ans, 20 ans, selon le pays et la scolarisation.	26
Tableau 4.1 : Pourcentage de femmes mariées qui approuvent la planification familiale, selon le pays et la zone de résidence: comparaison entre adolescentes et femmes adultes.	27
Tableau 4.2 : Pourcentage de femmes mariées qui approuvent la planification familiale, selon le pays et la scolarisation.	29
Tableau 4.3 : Pourcentage d'adolescentes mariées et leurs conjoints qui approuvent la planification familiale, selon le pays et la zone de résidence.	29
Tableau 4.4a : Pourcentage de couples ayant parlé de planification familiale selon le pays, le groupe de génération de femmes, dans les capitales.	31
Tableau 4.4b : Pourcentage de couples ayant parlé de planification familiale selon le pays, le groupe de génération de femmes, en zone rurale.	32

Tableau 4.5 : Pourcentage de femmes célibataires sexuellement actives ayant utilisé une méthode contraceptive moderne, selon le pays et le groupe de d'âges (15-19 ans, 20 – 24 ans, 25 – 34 ans).	33
Tableau 4.6a: Pourcentage de femmes célibataires qui utilisent actuellement une méthode contraceptive, selon le pays et le groupe d'âges (15- 19 ans, 20 – 24 ans, 25 – 34 ans).	34
Tableau 4.6b: Pourcentage de femmes en union qui utilisent actuellement une méthode contraceptive, selon le pays, la situation matrimoniale et le groupe de générations (15-19 ans, 20 – 24 ans, 25 – 34 ans).	34
Tableau 5.1 : Pourcentage de femmes qui ont entendu parler du VIH/SIDA selon le pays, le groupe d'âges.	36
Tableau 5.2 : Pourcentage d'adolescentes qui ont entendu parler du VIH/SIDA selon le pays, la zone de résidence, la scolarisation.	37
Tableau 5.3a: Pourcentage d'adolescentes qui connaissent les principales mesures de prévention du VIH/SIDA (abstinence, fidélité l'utilisation du condom), selon le pays, dans les capitales.	38
Tableau 5.3b: Pourcentage d'adolescentes qui connaissent les principales mesures de prévention du VIH/SIDA (abstinence, fidélité, l'utilisation du condom), selon le pays, en zone rurale.	38
Tableau 5.4a: Pourcentage d'adolescentes scolarisées qui connaissent les principales mesure de prévention du VIH/SIDA (abstinence, la fidélité, l'utilisation), selon le pays.	40
Tableau 5.4b: Pourcentage d'adolescentes non scolarisées qui connaissent les principales mesures de prévention du VIH/SIDA ('abstinence, la fidélité, l'utilisation), selon le pays.	40
Tableau 5.5 : Pourcentage de femmes qui ont entendu parler des infections sexuellement transmissibles, autres que le SIDA, selon le pays, le groupe d'âges.	41
Tableau 5.6 : Pourcentage d'adolescentes qui ont entendu parler des infections sexuellement transmissibles autres que le SIDA selon le pays, la zone de résidence, la scolarisation.	42
Tableau 6. 1 : Quotient de mortalité néo-natale (‰) selon le groupe d'âge de la mère à la naissance, selon le pays.	43
Tableau 6.2 : Pourcentage de femmes ayant effectué au moins une consultation prénatale, selon le groupe d'âges et le pays.	44
Tableau 6.3 : Pourcentage d'adolescentes ayant effectué au moins une consultation prénatale, selon le pays, la zone de résidence et la scolarisation.	45

Tableau 6.4a: Pourcentage de mères ayant effectué au moins une visite prénatale pendant les 6 premiers mois de la grossesse, selon le pays et le groupe d'âges, dans les capitales.	47
Tableau 6.4b: Pourcentage de mères ayant effectué au moins une visite prénatale pendant les 6 premiers mois de la grossesse, selon le pays et le groupe d'âges, en zone rurale.	46
Tableau 6.5 : Pourcentage d'enfants de 1 an et plus n'ayant reçu aucune vaccination (PEV), selon le groupe d'âges de la mère et le pays	46
Tableau 6.6 : Pourcentage d'enfants de mères adolescentes n'ayant reçu aucune vaccination (PEV) après le premier anniversaire, selon la zone de résidence.	47

Liste des graphiques

Graphique 1.1a: Évolution du pourcentage de femmes ayant eu un rapport sexuel pré-nuptial avant 20 ans; dans les capitales.....	16
Graphique 1.1b: Évolution du pourcentage de femmes ayant eu un rapport sexuel pré-nuptial avant 20 ans; en zone rurale.....	16
Graphique 2.1a: Pourcentage de femmes mariées avant 15 ans, selon le groupe d'âges; en zone rurale.....	18
Graphique 2.1b: Évolution du pourcentage de femmes mariées avant 15 ans, parmi les générations de 15 – 24 ans; en zone rurale.	19
Graphique 2.2a: Pourcentage de femmes mariées avant 15 ans, selon le groupe de générations, dans les capitales.....	20
Graphique 2.2b: Évolution du pourcentage de femmes mariées avant 15 ans, parmi les générations de 15 – 24 ans; dans les capitales.....	20
Graphique 2.3a: Pourcentage de femmes célibataires à 20 ans ou plus, selon le groupe de générations, dans les capitales.....	22
Graphique 2.3b: Pourcentage de femmes célibataires à 20 ans ou plus, selon le groupe de générations, en zone rurale	23
Graphique 3.1a: Évolution du pourcentage de femmes ayant eu une naissance pré-nuptiale avant 20 ans; dans les capitales.	25
Graphique 3.1b: Évolution du pourcentage de femmes ayant eu une naissance pré-nuptiale avant 20 ans; en zone rurale.	25
Graphique 4.1a: Évolution du pourcentage d'adolescentes mariées qui approuvent la PF; dans les capitales.	28

Graphique 4.1b: Évolution du pourcentage d'adolescentes mariées qui approuvent la PF; en zone rurale.	28
Graphique 4.2a: Pourcentage d'adolescentes mariées et de leurs maris qui approuvent la planification familiale; dans les capitales.	30
Graphique 4.2b: Pourcentage d'adolescentes mariées et de leurs maris qui approuvent la planification familiale; en zone rurale.	30
Graphique 4.3a: Pourcentage de couples ayant parlé de planification familiale, selon le groupe de générations de femmes, dans les capitales.	31
Graphique 4.3b: Pourcentage de couples ayant parlé de planification familiale, selon le groupe de générations de femmes, en zone rurale.	32
Graphique 4.4: Évolution du pourcentage d'adolescentes mariées qui utilisent actuellement une méthode contraceptive moderne.	35
Graphique 4.5: Évolution du pourcentage d'adolescentes célibataires sexuellement actives qui utilisent actuellement une méthode contraceptive moderne.	35
Graphique 5.1 : Pourcentage de femmes qui ont entendu parler du VIH/SIDA, par groupe d'âges.	36
Graphique 5.2a: Pourcentage d'adolescentes selon la connaissance des principales mesures de prévention du VIH/SIDA, par groupe d'âges, dans les capitales.	39
Graphique 5.2b: Pourcentage d'adolescentes selon la connaissance des principales mesures de prévention du VIH/SIDA, par groupe d'âges, en zone rurale.	39
Graphique 5.3 : Pourcentage de femmes qui ont entendu parler des IST autres que le SIDA, par groupe d'âges.	41
Graphique 6.1 : Taux de mortalité néo-natale (‰) selon le groupe d'âges de la mère à la naissance de l'enfant.	43
Graphique 6.2 : Évolution du taux de mortalité néo-natale (‰) des enfants issus de mères adolescentes.	44
Graphique 6.3 : Pourcentage de femmes ayant effectué au moins une consultation prénatale, selon le groupe d'âges.	45
Graphique 6.4 : Pourcentage d'adolescentes ayant effectué au moins une consultation prénatale, selon la zone de résidence.	46
Graphique 6.5 : Pourcentage d'adolescentes ayant effectué au moins une visite prénatale, selon le niveau d'instruction.	46
Graphique 6.6a : Pourcentage de femmes ayant effectué au moins une visite prénatale au cours du 1er semestre, selon le groupe d'âges; dans les capitales.	47

Graphique 6.6b: Pourcentage de femmes ayant effectué au moins une visite prénatale au cours du 1er semestre, selon le groupe d'âges; en zone rurale.	48
Graphique 6.7: Pourcentage d'enfants de mères adolescentes, de 1 an ou plus, n'ayant reçu aucune vaccination, selon la zone de résidence.	50
Graphique 6.8a: Évolution du pourcentage d'enfants de mères adolescentes, de 1 an ou plus, n'ayant reçu aucune vaccination; dans les capitales.	51
Graphique 6.8b: Évolution du pourcentage d'enfants de mères adolescentes, de 1 an ou plus, n'ayant reçu aucune vaccination; en zone rurale.	51

Liste des abréviations

ABBEF	:	Association burkinabé pour le bien-être familial
AGR	:	Activités génératrices de revenus
ANBF	:	Association nigérienne pour le bien-être familial
ASBEF	:	Association sénégalaise pour le bien-être de la famille
ASDAP	:	Association de soutien pour le développement des activités de population
BCG	:	Bacille Calmette et Guérin (Vaccin contre la tuberculose)
CERPOD	:	Centre d'études et de recherche sur la population pour le développement
CILSS	:	Comité permanent inter-Etats de lutte contre la sécheresse au Sahel
DSR	:	Division de la santé de la reproduction
DTCoq	:	Vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche
EDS	:	Enquête démographique et de santé
ENDSS	:	Ecole nationale de développement sanitaire et social
EVF	:	Education à la vie familiale
FNUAP	:	Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population
IEC	:	Information, éducation, communication
IST	:	Infestions sexuellement transmissibles
OMS	:	Organisation mondiale de la santé
PAO	:	Programme d'action de Ouagadougou
PEV	:	Programme élargi de vaccination
PF	:	Planification familiale
PMA	:	Paquet minimum d'activités
PNP	:	Programme national de population
PPJ	:	Projet promotion des jeunes
SIDA	:	Syndrome immunodéficitaire acquis
SR	:	Santé de la reproduction
SRAJ	:	Santé de la reproduction des adolescents et des jeunes
SR/SS/PF	:	Santé de la reproduction/santé sexuelle/planification familiale
SSR	:	Santé sexuelle de la reproduction
VIH/SIDA	:	Virus d'immunodéficience humaine / Syndrome immunodéficitaire acquis

Santé de la reproduction au Sahel Adolescents et Jeunes : Evaluation de la situation en 2003

Introduction

En 1995, le Centre d'Études et de Recherche sur la Population pour le Développement (CERPOD) a réalisé une étude sur la santé de la reproduction des adolescents dans la région sahélienne. La motivation principale d'une telle étude est que les problèmes de santé de la reproduction chez les adolescents présentent des spécificités qui méritent une analyse approfondie. Parmi ces spécificités, on peut citer deux éléments majeurs:

- l'immatunité physiologique des adolescents les expose à des risques plus élevés en matière de sexualité et de reproduction. Les avortements spontanés, les accouchements prématurés ou difficiles, les complications et les séquelles de grossesses trop précoces sont autant d'exemples à cet effet.
- la maternité chez les adolescentes, du fait de leur inexpérience, (méconnaissance des risques sexuels et autres) favorise souvent de nombreux problèmes: grossesse non désirée, manque de suivi prénatal, avortement clandestin dans des conditions déplorables, infanticides, interruption des études, difficulté d'être acceptée par la société dont on a transgressé les valeurs, etc.

Outre ces éléments majeurs, il y a lieu de tenir compte de la réalité actuelle du SIDA. Certes, cette pandémie est une menace pour l'humanité entière. Mais les adolescents font partie des groupes dont la plus grande vulnérabilité est aujourd'hui assez bien établie.

L'un des résultats de l'étude de 1995 a été la publication d'une brochure intitulée «Jeunes en danger» qui fait l'état des lieux en matière de santé des adolescents dans cinq pays de la région sahélienne. Des recommandations ont été formulées pour une meilleure prise en charge des problèmes de santé de la reproduction chez les adolescents.

Après la publication en 1995 de cette brochure, un événement majeur est survenu au Sahel, à savoir la rencontre des ministres et experts de la région pour élaborer le Programme d'action de Ouagadougou (PAO) sur la population et le développement en 1997. Cette réunion a adapté les nouveaux paradigmes issus de la conférence internationale sur la population et le développement de 1994 aux réalités du Sahel. La santé de la reproduction (SR) y figure en bonne place et particulièrement la santé de la reproduction des adolescents et jeunes (SRAJ). A l'issue de ces assises, les Etats membres du CILSS se sont engagés à mettre en oeuvre le programme dans son ensemble. Ainsi, de 1997 à nos jours, les pays du CILSS ont-ils pris des mesures pour prendre en charge les problèmes de santé de la reproduction auxquels les adolescents sont confrontés ?

Cinq années après, le programme majeur population/développement (CERPOD) a entrepris une évaluation à mi-parcours dénommée PAO + 5. Cette évaluation a fourni des informations relatives, entre autres, à la mise en oeuvre des programmes de santé de la reproduction des adolescents.

Le présent document porte sur la mise à jour de la brochure «Jeunes en Danger» réalisée avec le CERPOD en 1995 dans cinq pays du CILSS. L'étude a concerné la santé de la reproduction des adolescents dans le Sahel. La brochure visait à contribuer à l'élaboration de stratégies appropriées pour l'amélioration de la santé de la reproduction des adolescents dans les pays couverts par l'étude : Burkina Faso, Gambie, Mali, Niger et Sénégal.

La mise à jour consiste entre autres en l'élaboration d'un rapport d'analyse quantitative des changements survenus en matière de santé de la reproduction des adolescents dans les cinq pays déjà cités auquel s'ajoute tout pays du Sahel ayant effectué au moins une enquête démographique et de santé (EDS) après la publication des «Jeunes en Danger».

Après cette analyse quantitative, une revue des programmes de SR (analyse qualitative) fait le point sur les changements intervenus dans les pays en matière de SR durant les cinq dernières années. Elle s'intéresse surtout aux actions et aux programmes de SR orientés vers les adolescents :

- Ces actions sont-elles adressées aux jeunes du niveau central seulement ou sont-elles décentralisées ?
- Quels sont les acteurs concernés dans l'exécution de ces programmes (structures gouvernementales et organisations non-gouvernementales ...).
- Quels sont les partenaires de coopération technique et de financement ?

En somme, l'objectif de ce travail est surtout d'apprécier dans quelle mesure les engagements relatifs à la SR des adolescents/jeunes pris par les Etats membres du CILSS ont-ils été traduits en actes concrets.

I. Méthodologie

1.1 Analyse quantitative

Cette mise à jour de la brochure «Jeunes en danger» couvre les mêmes thèmes que la publication précédente, à savoir :

- la sexualité avant le mariage,
- l'âge au premier mariage,
- les naissances avant le mariage,
- la planification familiale chez les adolescentes,
- les connaissances et attitudes vis-à-vis des IST et du VIH/Sida,
- la santé de la mère adolescente et de son enfant.

Cette analyse est basée sur les données des enquêtes démographiques et de santé (EDS) réalisées dans les pays membres du CILSS. Ainsi, elle porte sur six pays: le Burkina Faso, le Tchad, le Mali, la Mauritanie, le Niger et le Sénégal. A la différence de l'édition de 1995, la publication de cette année ne prend pas en compte la Gambie, faute de données nouvelles. En revanche, l'édition de 2003 inclut deux nouveaux pays : le Tchad et la Mauritanie. Le Cap Vert et la Guinée Bissau, autres pays du CILSS, n'ont pu être pris en compte ni par la précédente édition, ni par celle-ci, en raison du manque de données.

Certains pays ont réalisé plusieurs EDS. Pour ces pays, les deux enquêtes les plus récentes ont été prises en compte ; ceci, afin d'enrichir l'analyse des évolutions dans le temps. La liste des enquêtes dont les données ont été analysées figure dans le tableau qui suit.

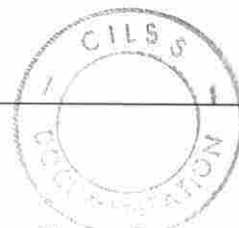
Liste des enquêtes dont les données ont été analysées

		Année de l'EDS
1	Burkina Faso	1992/1993
2	Burkina Faso	1998/1999
3	Tchad	1996/1997
4	Mali	1995/1996
5	Mali	2001
6	Mauritanie	2000/2001
7	Niger	1992
8	Niger	1998
9	Sénégal	1992/1993
10	Sénégal	1997

Le Sénégal a réalisé quatre EDS. Toutefois, la quatrième réalisée en 1999 n'a pas été examinée car elle n'a pas collecté la plupart des variables pertinentes pour cette étude.

L'analyse s'appuie sur des indicateurs qui, pour la plupart, ont été calculés en exploitant les fichiers de données des EDS. Ces fichiers ont été téléchargés à partir du site web de MACRO Inc. (organisme américain, principal responsable des EDS). Le quotient de mortalité néo-natale est le seul indicateur qui n'a pas été calculé. Néanmoins, il a également été obtenu à partir du site de MACRO, en utilisant un outil spécial qui fournit directement certains résultats.

Comme notre intérêt porte sur les évolutions dans le temps, selon les données disponibles, pour un pays donné, l'évolution de certains phénomènes a été examinée en faisant deux types de comparaisons :



- les données des enquêtes réalisées à différentes dates ;
- les renseignements sur différents groupes d'âges à travers les données d'une même enquête.

Par exemple, concernant le Mali qui a réalisé trois EDS, pour l'analyse de l'âge au premier mariage, des comparaisons ont été faites entre les générations de femmes, à partir des données d'une même enquête. De même, les résultats de différentes enquêtes concernant une génération donnée ont été comparés.

Tout comme pour l'édition de 1995, les adolescentes constituent le groupe cible privilégié. La définition retenue pour ce groupe est la fourchette d'âges de 15 à 19 ans. Les réflexions ont été concentrées sur les évolutions dans le temps parmi les adolescentes et les différences entre ce groupe et les femmes plus âgées.

Trois variables de contrôle ont été utilisées pour mieux examiner les phénomènes. Il s'agit du milieu de résidence, du statut matrimonial et de la scolarisation. Des précisions sur les modalités de ces variables de contrôle sont données ci-après.

Trois variables de contrôle ont été utilisées pour mieux examiner les phénomènes. Il s'agit du milieu de résidence, du statut matrimonial et de la scolarisation. Des précisions sur les modalités de ces variables de contrôle sont données ci-après.

L'urbain et le rural sont les deux modalités du milieu de résidence. Cependant, il a été retenu comme «zone urbaine» uniquement la capitale. Cette restriction sur la zone urbaine est motivée par le souci d'adopter une démarche similaire à celle de l'étude de 1995. Par ailleurs, la démarche permet de mieux mettre en lumière les phénomènes urbains.

S'agissant du statut matrimonial, il a été retenu les célibataires et les femmes en union. Les célibataires sont les femmes qui n'ont jamais contracté de mariage tandis que les femmes en union sont celles qui, au moment de l'enquête, étaient mariées ou vivaient en concubinage.

Concernant l'éducation, il a été défini deux catégories de femme : les scolarisées et les non-scolarisées. Les femmes scolarisées sont celles qui ont fréquenté ou qui fréquentaient l'école au moment de l'enquête. Quant aux non scolarisées, il s'agit d'individus n'ayant jamais été à l'école.

D'une manière générale, nous avons défini les modalités de nos variables de contrôle uniquement sur la base des renseignements disponibles dans les fichiers de données. Il reste entendu que les significations précises de ces caractéristiques socio-démographiques peuvent varier selon le pays.

Ainsi, par exemple, la définition du mariage et les types d'école ne sont pas forcément les mêmes d'un pays à un autre.

1.2 Analyse qualitative

L'analyse qualitative a consisté en une revue des programmes de santé de la reproduction des adolescents.

Elle s'appuie sur une étude documentaire et des entretiens avec certains acteurs clés.

Elle cible des documents cadres tels que :

- les programmes nationaux de santé de la reproduction,
- les programmes de santé de la reproduction des adolescents,
- le programme d'action de Ouagadougou (PAO),
- les rapports du PAO + 5,
- la brochure «Les Jeunes en Danger»,
- tout autre document pertinent.

La revue documentaire met l'accent sur l'évolution des problèmes identifiés dans la brochure «Jeunes en Danger». Elle fait le point sur la situation de la santé reproductive des adolescents/jeunes (SRAJ) et recense les solutions proposées par les Etats membres du CILSS en vue d'apporter des réponses adéquates aux difficultés auxquelles font face les jeunes du Sahel.

Cette étude documentaire a été complétée par des entretiens avec quelques informateurs clés, à savoir des responsables et des prestataires de programmes de santé de la reproduction.

Les guides d'entretien ont été élaborés autour de questions de politique en fonction des domaines de compétence des cibles.

II. Résultats

2.1 Analyse quantitative

2.1.1 La sexualité avant le mariage

La sexualité avant le mariage est un phénomène qui est assez mal perçu dans les sociétés sahéliennes. Il n'est pas facile pour une jeune fille non mariée de déclarer à une enquêtrice qu'elle n'est plus vierge. Aussi, il est difficile d'apprécier l'intensité du phénomène à partir des enquêtes démographiques classiques. Néanmoins, les différences entre générations ou selon les enquêtes peuvent donner une idée sur les évolutions dans le temps.

Malgré la faiblesse des données, en zone urbaine, il ressort des tableaux 1.1a et 1.1b que la sexualité avant le mariage n'est pas négligeable dans tous les pays sahéliens. Au Mali en 2001 et au Burkina Faso en 1998/1999, 38% des citadines ont reconnu avoir eu des relations sexuelles pré-nuptiales avant 20 ans. L'ampleur du phénomène semble par contre assez limitée en Mauritanie (4%).

Tableau 1.1a : Pourcentage de femmes ayant eu des rapports sexuels pré-nuptiaux avant 15 ans, 18 ans, 20 ans, selon le pays, dans les capitales

	Avant 15 ans		Avant 18 ans		Avant 20 ans	
	%	N	%	N	%	N
Burkina Faso						
1992/1993	2,9	1497	19,7	1231	27,9	1063
1998/1999	3,4	883	22,0	733	37,9	630
Tchad						
1996/1997	5,8	1352	14,6	1174	16,7	1053
Mali						
1995/1996	8,5	1250	27,3	1057	31,4	918
2001	10,2	2009	29,4	1617	38,1	1381
Mauritanie						
2000/2001	1,4	1894	2,7	1658	3,7	1494
Niger						
1992	1,6	1280	8,2	1057	11,2	952
1998	2,7	1046	11,1	866	15,1	748
Sénégal						
1992/1993	2,4	1440	9,3	1194	14,8	1068
1997	1,3	959	8,7	841	13,6	732

- = Données non disponibles

Avant 20 ans, différences entre années, $P(\div)^2$: Burkina = 0,002 Mali = 0,001
Niger = 0,125 Sénégal = 0,486

Dans les capitales du Mali et du Burkina Faso, les données suggèrent une augmentation, au cours des dernières années, de l'intensité des rapports sexuels pré-nuptiaux.

Dans le cas du Mali par exemple, le pourcentage des Bamakoises qui ont eu des rapports sexuels avant le mariage et avant l'âge de 20 ans est de 31% en 1995/1996 et 38% en 2001. Au Niger également, la tendance semble à la hausse, mais la différence n'est pas statistiquement significative. Dans le cas du Sénégal, certes les rapports sexuels avant 15 ans paraissent en recul. Mais ceci est moins évident quand on considère la limite d'âge de 20 ans.

En zone rurale, les rapports sexuels pré-nuptiaux ne sont pas non plus négligeables dans les campagnes de la région sahélienne. Tout comme en zone urbaine, l'intensité du phénomène est bien plus importante au Mali et au Burkina Faso. Dans ces deux pays, les données les plus récentes montrent que 22% à 23% des femmes ont eu des relations sexuelles avant 20 ans, sans être mariées. Dans l'ensemble des pays examinés, le phénomène reste moins important en zone rurale comparativement aux grandes villes.

Tableau 1.1b : Pourcentage de femmes ayant eu des rapports sexuels pré-nuptiaux avant 15 ans, 18 ans, 20 ans, selon le pays, en zone rurale

	Avant 15ans		Avant 18ans		Avant 20 ans	
	%	N	%	N	%	N
Burkina Faso						
1992/1993	4,2	3446	17,0	3001	18,3	2733
1998/1999	4,2	4490	19,8	3845	22,1	3490
Tchad						
1996/1997	5,1	4438	12,7	3847	14,0	3419
Mali						
1995/1996	6,0	6078	14,7	5444	15,5	5036
2001	8,5	8953	21,4	8100	22,6	7393
Mauritanie						
2000/2001	1,0	2886	1,6	2484	1,9	2259
Niger						
1992	1,6	3649	2,5	3106	2,6	2879
1998	1,4	5208	2,3	4450	2,5	4030
Sénégal						
1992/1993	1,3	3470	3,7	2998	4,4	2716
1997	2,1	5034	5,7	4341	6,9	3898

- = Données non disponibles

Avant 20 ans, différences entre années, $P (+)^2$: Burkina = 0,000 Mali = 0,000
 Niger = 0,762 Sénégal = 0,000

Globalement, au cours de ces dernières années, l'évolution de la sexualité pré-maritale chez les femmes rurales va dans le sens de la hausse. En effet, excepté le cas du Niger où le phénomène reste quasi-stationnaire, dans les trois autres pays qui ont réalisé plus d'une enquête (Burkina Faso, Mali et Sénégal), la proportion de femmes ayant eu un rapport sexuel avant le mariage est plutôt en hausse. Au Mali par exemple, la proportion de femmes ayant un rapport sexuel pré-nuptial avant 20 ans est passée de 16% en 1995/1996 à 23% en 2001.

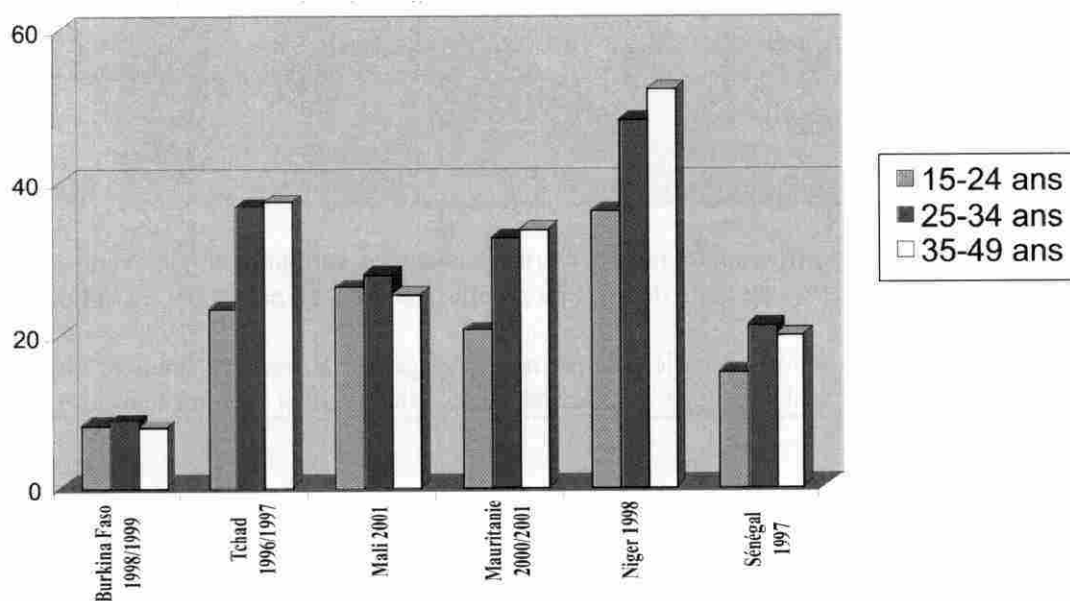
Tableau 2.1a : Pourcentage de femmes mariées avant 15 ans, selon le pays, le groupe de générations; en zone rurale

	15 – 24 ans		25 – 34 ans		35 – 49 ans	
	%	N	%	N	%	N
Burkina Faso						
1992/1993	9,7	1399	10,1	1197	8,0	1017
1998/1999	8,3	1833	8,6	1442	7,8	1519
Tchad						
1996/1997	23,4	1819	36,6	1379	37,3	1243
Mali						
1995/1996	20,4	2046	24,5	2101	21,6	2048
2001	26,2	3263	27,9	3089	25,3	2988
Mauritanie						
2000/2001	20,6	1181	32,6	940	33,7	772
Niger						
1992	44,5	1472	54,1	1334	52,3	1001
1998	36,1	2084	48,1	1608	52,0	1522
Sénégal						
1992/1993	18,8	1445	27,2	1110	24,8	1120
1997	15,1	2168	21,2	1674	19,9	1529

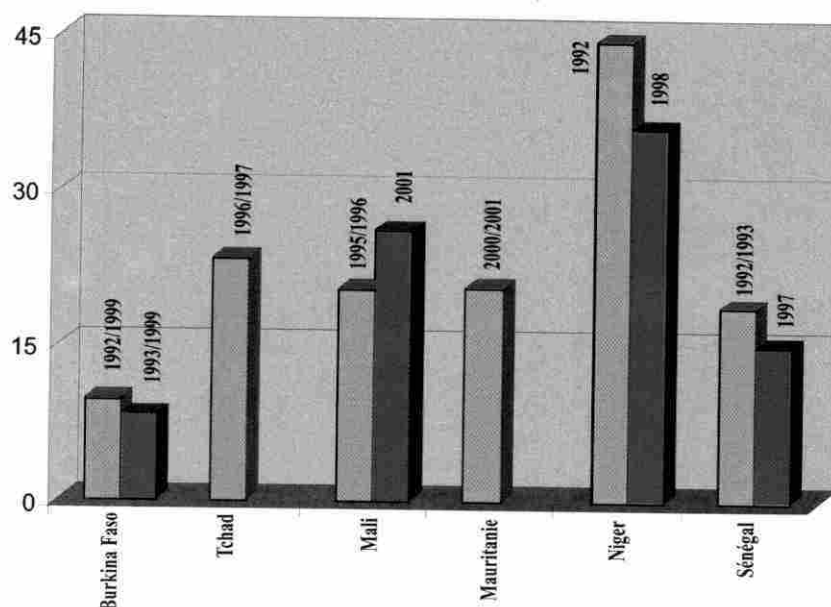
Différences selon groupe d'âges, $P(\chi^2)$: Burkina 1998/1999 = 0,697 Tchad = 0,000 Mali 2001 = 0,061
Mauritanie = 0,000 Niger 1998 = 0,000 Sénégal 1997 = 0,000

Dans l'ensemble, en milieu rural sahélien, les mariages précoces demeurent assez fréquents même si l'ampleur du phénomène est variable d'un pays à un autre. Dans certains pays comme le Tchad, le Mali, la Mauritanie et le Niger, parmi les générations les plus jeunes (15-24 ans), pratiquement une femme sur cinq a eu son premier mariage avant 15 ans. Le cas du Niger est particulièrement frappant: 36% des femmes âgées de 15-24 ans en 1998 ont été mariées avant 15 ans. La proportion pour les anciennes générations est encore plus élevée (52 %).

Au Tchad, en Mauritanie et au Niger, les données suggèrent néanmoins une tendance à la baisse des mariages précoces en milieu rural. Dans ces trois pays en effet, la proportion d'individus mariés avant 15 ans est toujours plus faible parmi les femmes les plus jeunes. Ce constat est également valable pour le Sénégal. Le phénomène est par contre quasi-stationnaire au Burkina Faso et au Mali.

Graphique 2.1a : Pourcentage de femmes mariées avant 15 ans selon le groupe d'âges ; en zone rurale.

Graphique 2.1b : Evolution du pourcentage de femmes mariées avant 15 ans parmi les génération de 15 - 24 ans ; en zone rurale.



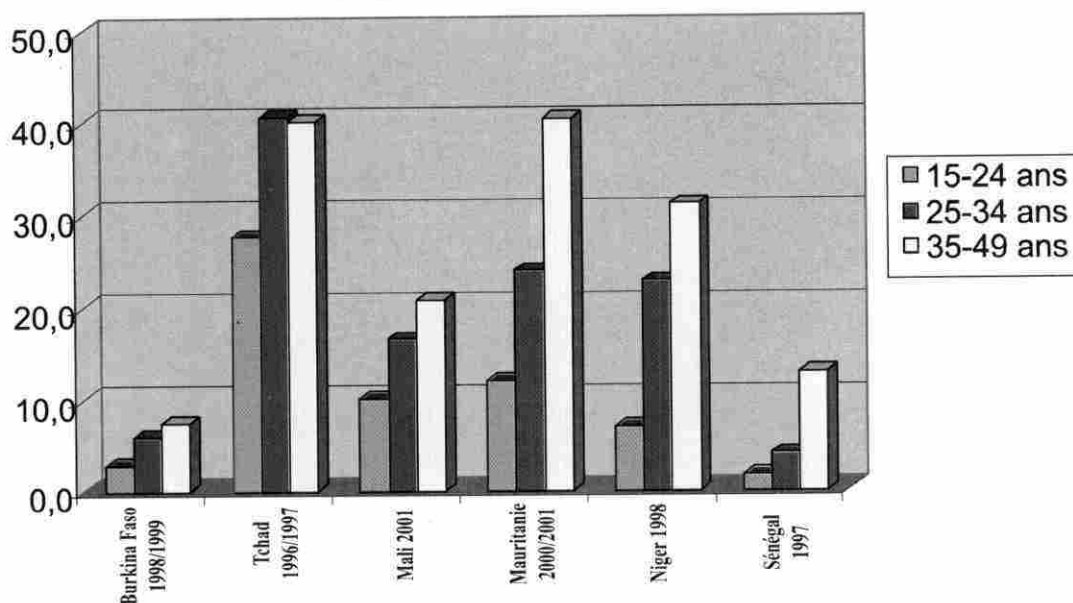
Dans les grandes villes de la région sahélienne, il se dessine une tendance à la baisse des mariages précoces. Dans les générations anciennes (35-49 ans), les femmes sont plus nombreuses à avoir eu leur premier mariage avant 15 ans. Par ailleurs, le phénomène est globalement moins fréquent chez les jeunes de 15-24 ans, comparativement à leurs aînées du groupe d'âges 25-34 ans. En outre, quand on considère les différentes enquêtes d'un même pays, parmi les générations de 15-24 ans, on constate une baisse de la proportion de femmes mariées avant 15 ans.

Tableau 2.1b : Pourcentage de femmes mariées avant 15 ans, selon le pays, le groupe de générations; dans les capitales

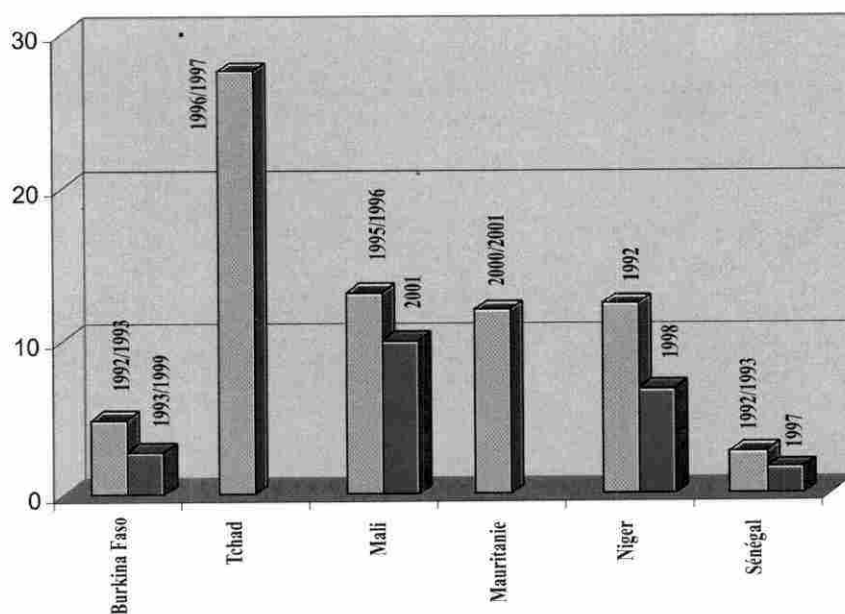
	15 - 24 ans		25 - 34 ans		35 - 49 ans	
	%	N	%	N	%	N
Burkina Faso						
1992/1993	4,9	773	3,2	497	3,7	329
1998/1999	2,8	471	5,8	277	7,4	215
Tchad						
1996/1997	27,5	578	40,5	452	40,0	325
Mali						
1995/1996	13,1	580	15,6	391	23,8	294
2001	10,0	1062	16,4	621	20,6	384
Mauritanie						
2000/2001	12,0	778	23,8	615	40,2	504
Niger						
1992	12,4	613	27,3	433	35,2	301
1998	6,9	523	22,7	286	31,0	239
Sénégal						
1992/1993	2,8	680	10,1	465	15,4	361
1997	1,7	430	4,0	316	12,8	271

Différences selon groupes d'âge, $P(\chi^2)$: Burkina 1998/1999 = 0,095 Tchad = 0,002 Mali 2001 = 0,000
Mauritanie = 0,000 Niger 1998 = 0,000 Sénégal 1997 = 0,000

Graphique 2.2a : Pourcentage de femmes mariées avant 15 ans selon le groupe de générations ; dans les capitales



Graphique 2.2b : Evolution du pourcentage de femmes mariées avant 15 ans parmi les génération de 15 - 24 ans ; dans les capitales



Les mariages précoces touchent plus les femmes non scolarisées que celles scolarisées (tableau 2.2). Ce constat est valable tant en zone urbaine qu'en zone rurale. Mais la différence selon la scolarisation est moins importante dans les campagnes comparativement aux capitales.

Tableau 2.2 : Pourcentage de femmes mariées avant 15 ans, selon le pays, la scolarisation et la zone de résidence

	Capitales				Zone rurale			
	Scolarisées		Non scolarisées		Scolarisées		Non scolarisées	
	%	N	%	N	%	N	%	N
Burkina Faso								
1992/1993	2,5	874	6,1	725	8,0	314	9,5	3299
1998/1999	2,3	565	8,0	398	3,3	306	8,5	4488
Tchad								
1996/1997	22,4	643	46,1	712	20,6	732	33,5	3709
Mali								
1995/1996	7,6	615	24,6	650	14,7	589	22,9	5606
2001	8,5	1132	19,8	935	18,7	993	27,4	8347
Mauritanie								
2000/2001	13,4	1223	40,7	674	16,7	803	32,2	2090
Niger								
1992	5,5	604	35,9	743	26,3	213	51,3	3594
1998	6,9	577	28,7	471	28,6	409	45,8	4805
Sénégal								
1992/1993	2,5	834	14,9	672	10,5	333	24,4	3342
1997	2,0	663	11,9	354	9,7	785	19,7	4586

S'il est vrai que les mariages précoces impliquent des risques pour les adolescentes, le célibat prolongé n'est pas non plus sans danger. Avec l'urbanisation, un nombre croissant de jeunes citadines ont une vie sexuelle active sans être mariées. Ceci les expose aux grossesses non désirées, aux avortements et à leurs conséquences, aux IST et de plus en plus au VIH/SIDA.

Les tableaux 2.3a et 2.3b présentent les proportions de femmes célibataires à 20 ans dans les capitales et en zone rurale.

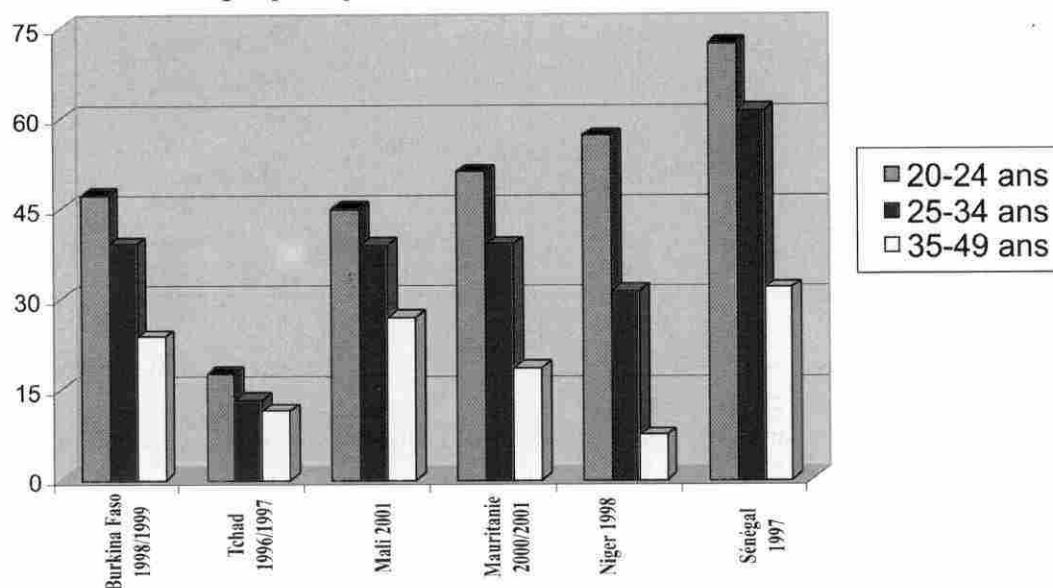
Tableau 2.3a : Pourcentage de femmes célibataires à 20 ans ou plus, selon le pays, le groupe de génération, dans les capitales

	20 – 24 ans		25 – 34 ans		35 – 49 ans	
	%	N	%	N	%	N
Burkina Faso						
1992/1993	25,3	332	24,1	497	22,2	329
1998/1999	47,2	216	39,0	277	23,7	215
Tchad						
1996/1997	17,0	277	13,3	452	11,4	325
Mali						
1995/1996	33,6	244	30,4	391	18,0	294
2001	44,8	429	38,9	621	26,9	384
Mauritanie						
2000/2001	51,0	378	39,0	615	18,6	504
Niger						
1992	37,5	280	19,6	433	11,3	301
1998	56,9	225	31,1	286	7,5	239
Sénégal						
1992/1993	60,1	306	42,6	465	26,6	361
1997	72,1	202	61,1	316	31,7	271

Différences selon groupe d'âges, $P(\div)^2$: Burkina 1998/1999 = 0,001 Tchad = 0,353 Mali 2001 = 0,000
Mauritanie = 0,000 Niger 1998 = 0,000 Sénégal 1997 = 0,000

Dans les capitales, la proportion de femmes célibataires à 20 ans ou au-delà est plus importante parmi les plus jeunes générations. Ceci suggère une recrudescence du célibat prolongé au cours de ces dernières années. Au Tchad, la différence entre les trois générations n'est pas statistiquement significative, mais l'écart entre les 20-24 ans (17%) et les 35-49 ans (11%) n'est tout de même pas négligeable. La hausse du célibat dans la tranche 20-24 ans est bien plus nette au Niger. Dans ce pays en effet, seulement 8% des citadines âgées de 35-49 ans en 1998 étaient célibataires à 20 ans ou plus. Au cours de la même année, la proportion de célibataires parmi les Nigériennes de 20-24 ans était de 57%. Le phénomène de hausse de l'intensité du célibat en zone urbaine apparaît également quand on compare les données de différentes enquêtes d'un même pays

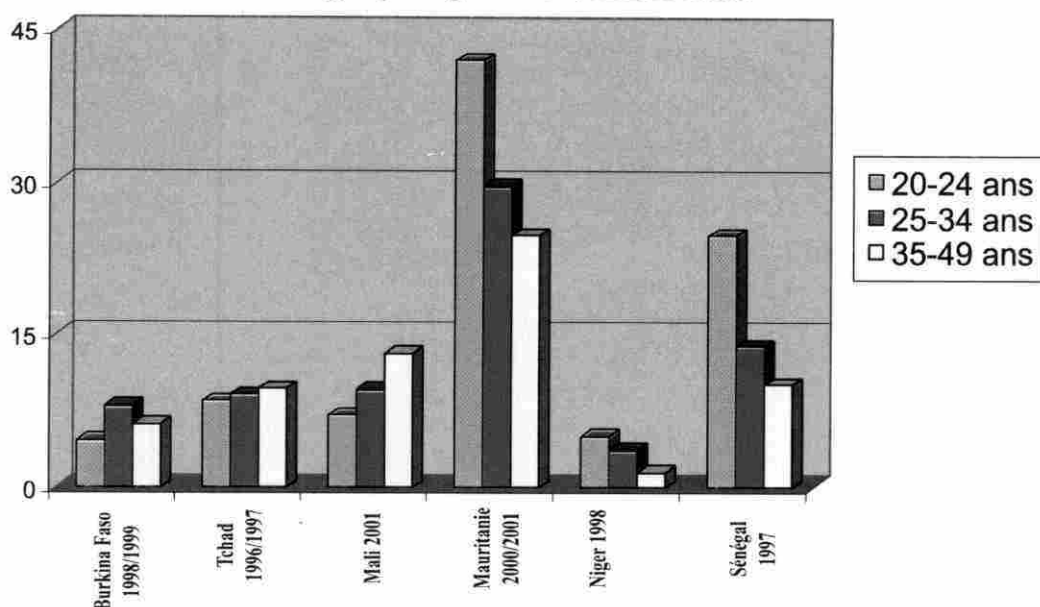
Graphique 2.3a : Pourcentage de femmes célibataires à 20 ans ou plus, selon le groupe de génération ; dans les capitales



En zone rurale (tableau 2.3b), on ne constate pas une tendance nette de l'évolution du célibat prolongé quand on compare les groupes de générations. Certes, pour certains pays comme la Mauritanie, le Niger et le Sénégal, les femmes célibataires à 20 ans ou au-delà sont plus nombreuses parmi les jeunes générations. Dans les trois autres pays (Burkina Faso, Tchad et Mali) en revanche, quand on passe des anciennes générations aux plus jeunes, on constate une quasi-stagnation, voire une baisse des pourcentages de femmes qui n'étaient pas mariées à 20 ans ou plus. Par contre, pour un groupe de génération donné, la proportion de célibataires à 20 ans ou plus augmente avec le temps.

Tableau 2.3b : Pourcentage de femmes célibataires à 20 ans ou plus, selon le pays, le groupe de génération, en zone rurale

	20 – 24 ans		25 – 34 ans		35 – 49 ans	
	%	N	%	N	%	N
Burkina Faso						
1992/1993	4,9	673	5,9	1197	5,5	1017
1998/1999	4,6	824	8,0	1442	6,3	1519
Tchad						
1996/1997	8,5	799	9,1	1379	9,7	1243
Mali						
1995/1996	6,9	990	4,8	2101	5,3	2048
2001	7,1	1671	9,6	3089	13,2	2988
Mauritanie						
2000/2001	42,0	554	29,6	940	24,8	772
Niger						
1992	3,5	682	2,1	1334	2,5	1001
1998	5,1	905	3,7	1608	1,5	1522
Sénégal						
1992/1993	19,4	672	8,6	1110	5,6	1120
1997	24,8	997	13,9	1674	10,1	1529

Graphique 2.3b : Pourcentage de femmes célibataires à 20 ans ou plus, selon le groupe de génération ; en zone rurale

D'une manière générale, les femmes célibataires à 20 ans ou plus sont beaucoup plus fréquentes dans les capitales que dans les campagnes de la région sahélienne. Une augmentation du phénomène dans le temps est plus nette dans les capitales.

Le célibat prolongé semble assez lié à la scolarisation, si l'on en juge par les données du tableau 2.4.

Tableau 2.4 : Pourcentage de femmes célibataires à 20 ans ou plus, selon le pays, la scolarisation, en fonction de la zone de résidence

	Capitales				Zone rurale			
	Scolarisées		Non scolarisées		Scolarisées		Non scolarisées	
	%	N	%	N	%	N	%	N
Burkina Faso								
1992/1993	39,2	569	9,2	589	13,9	209	4,9	2678
1998/1999	56,9	383	13,2	325	14,6	187	6,2	3598
Tchad								
1996/1997	20,9	455	8,2	599	11,5	454	8,9	2967
Mali								
1995/1996	42,6	455	12,7	474	12,5	470	4,7	4669
2001	51,9	818	20,0	616	16,6	763	9,2	6985
Mauritanie								
2000/2001	47,9	862	18,7	635	48,6	482	26,3	1784
Niger								
1992	42,8	400	8,6	614	5,5	128	2,4	2889
1998	48,1	376	14,4	374	10,0	286	2,7	3749
Sénégal								
1992/1993	60,0	577	23,8	555	38,7	207	7,7	2695
1997	65,5	497	34,5	292	33,6	500	13,0	3700

Selon ces données, les femmes qui ont fréquenté l'école, comparativement à leurs sœurs qui ne l'ont pas fréquentée, ont moins de chance de se marier avant 20 ans. Cela est vrai aussi bien dans les grandes villes que dans les campagnes. En 1997, dans les grandes villes du Sénégal, pratiquement les deux tiers (66%) des femmes scolarisées étaient célibataires à 20 ans, contre 35% pour des non scolarisées. Quand on compare les données de différentes périodes pour un même pays, il apparaît clairement une hausse du célibat prolongé, pour chacune des quatre catégories de femmes basées sur la scolarisation et la zone de résidence. Dans le cas du Mali par exemple, parmi les citadines non scolarisées, la proportion de femmes célibataires à 20 ans ou plus est passée de 13% en 1995/1996 à 20% en 2001.

2.1.3 Naissances avant mariage

Si la perte de virginité est difficilement vécue par les adolescentes et leurs familles, la naissance d'un enfant hors mariage l'est davantage. En 1995, les données disponibles avaient révélé que la procréation pré-nuptiale n'était pas négligeable dans les pays sahéliens. Prenant en compte les enquêtes récentes, le tableau 3.1 décrit la situation actuelle et permet d'apprécier les évolutions dans le temps.

Tableau 3.1 : Pourcentage de femmes ayant eu une naissance pré-nuptiale à 18 ans, 20 ans, selon le pays, selon la zone de résidence

	Capitales				Zone rurale			
	Avant 18 ans		Avant 20 ans		Avant 18 ans		Avant 20 ans	
	%	N	%	N	%	N	%	N
Burkina Faso								
1992/1993	8,3	1329	12,2	1158	4,5	3163	5,2	2887
1998/1999	7,5	812	10,7	708	7,1	4147	8,5	3785
Tchad								
1996/1997	0,8	1175	1,0	1054	1,6	3849	2,0	3421
Mali								
1995/1996	5,6	1071	7,0	929	2,2	5554	2,6	5139
2001	7,2	1672	9,5	1434	4,3	8480	5,5	7748
Mauritanie								
2000/2001	0,4	1661	0,9	1497	0,1	2491	0,2	2266
Niger								
1992	4,5	1123	6,2	1014	2,1	3250	2,2	3017
1998	5,2	868	5,2	750	0,9	4455	1,1	4035
Sénégal								
1992/1993	4,9	1259	6,5	1132	4,2	3196	4,8	2902
1997	3,3	899	7,5	789	3,2	4665	4,3	4200

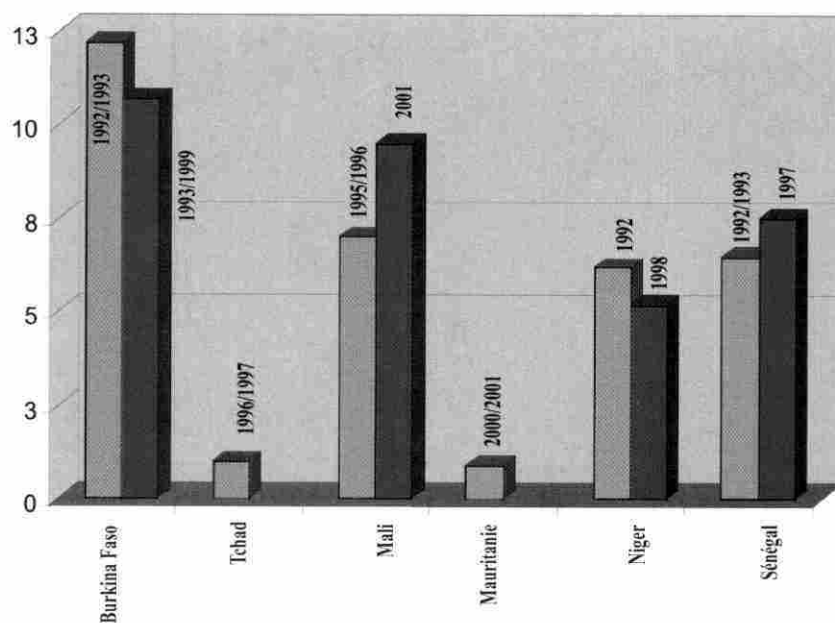
Au Tchad, la proportion de femmes ayant eu une naissance pré-nuptiale semble plus élevée en zone rurale que dans la capitale. Au Mali et au Sénégal par contre, les données suggèrent une tendance opposée, les naissances pré-nuptiales avant 20 ans étant plus fréquentes dans la capitale. Au Burkina Faso, au Niger et en Mauritanie, les femmes résidant dans la grande ville, comparativement à celles des campagnes, sont toujours plus nombreuses à avoir eu une naissance avant le mariage, que ce soit à 18 ou 20 ans.

La procréation pré-nuptiale n'a pas la même ampleur d'un pays à un autre. Elle est moins intense au Tchad et en Mauritanie, comparativement aux autres pays. Dans les capitales par exemple, 12% des femmes du Burkina Faso (en 1992/1993), contre moins de 1% de leurs sœurs mauritaniennes (en 2001) ont déclaré avoir eu une naissance pré-nuptiale.

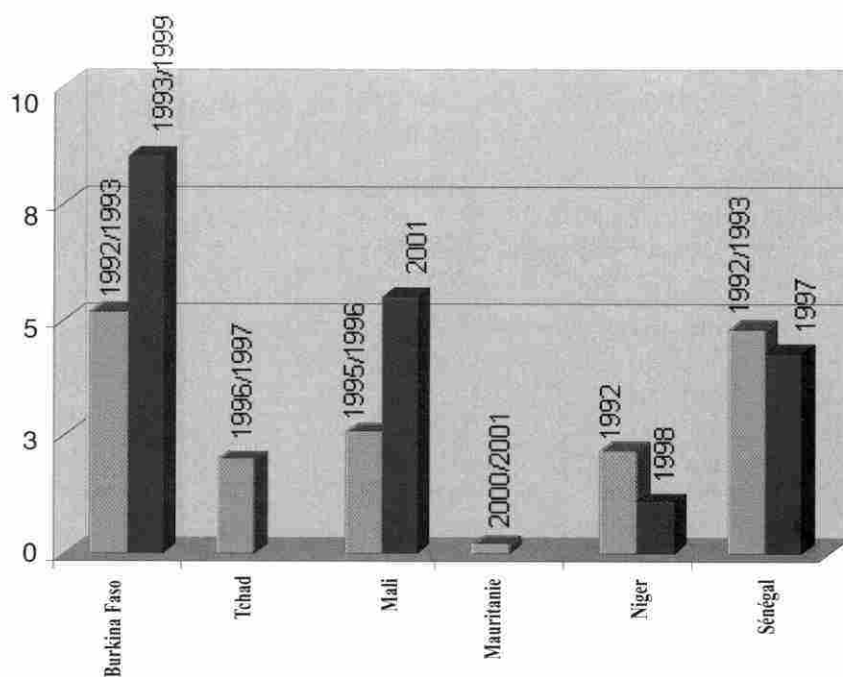
Les évolutions récentes de la procréation pré-nuptiale n'ont pas les mêmes tendances d'un pays à un autre, ou selon la zone de résidence. Dans le cas du Niger, les données du milieu rural suggèrent clairement une tendance à la baisse.

En zone rurale nigérienne, la proportion de femmes ayant eu une naissance prénuptiale avant 20 ans est passée de 2% en 1992 à 1% en 1998. Au Burkina Faso, la tendance semble à la hausse en zone rurale, contrairement à la capitale. Pour le Mali, dans les campagnes comme dans la capitale, on constate une hausse des naissances prénuptiales entre 1995/1996 et 2001.

Graphique 3.1a : Evolution du pourcentage de femmes ayant eu une naissance prénuptiale avant 20 ans ; dans les capitales



Graphique 3.1b : Evolution du pourcentage de femmes ayant eu une naissance prénuptiale avant 20 ans ; en zone rurale



Le tableau 3.2 donne une idée de la relation entre la scolarisation et les risques de procréation précoce.

Tableau 3.2 : Pourcentage de femmes ayant eu une naissance précoce avant 18 ans, 20 ans, selon le pays et la scolarisation

	SCOLARISÉES				NON-SCOLARISÉES			
	Avant 15 ans		Avant 20 ans		Avant 15 ans		Avant 20 ans	
	%	N	%	N				
Burkina Faso								
1992/1993	1,3	1686	10,6	1091	2,0	4668	5,6	3783
1998/1999	0,6	1205	9,8	774	3,0	5240	8,6	4197
Tchad								
1996/1997	0,2	2089	2,5	1409	0,5	5365	1,7	4329
Mali								
1995/1996	1,1	1931	7,7	1434	0,9	7773	2,8	6350
2001	1,6	2579	10,1	1892	1,8	10270	6,1	8415
Mauritanie								
2000/2001	0,0	3739	0,5	2448	0,1	3989	0,3	3542
Niger								
1992	0,8	1203	6,1	766	1,6	5300	2,3	4310
1998	0,4	1511	4,0	1016	0,7	6066	1,4	4779
Sénégal								
1992/1993	0,6	1702	8,2	1136	2,0	4608	4,7	3748
1997	0,6	2573	7,5	1748	1,1	6020	4,8	4887

D'une manière générale, les données du tableau 3.2 indiquent que les femmes courent plus de risque d'avoir une naissance précoce avant 15 ans lorsqu'elles ne sont pas scolarisées. Toutefois, entre 15 et 19 ans, il semble y avoir un phénomène de rattrapage chez les femmes qui ont fréquenté l'école. En effet, la probabilité d'avoir une naissance précoce avant 20 ans est plus élevée chez les femmes scolarisées. Dans le cas du Mali par exemple, en 1995/1996, les taux de procréation avant 20 ans étaient de 8% et 3%, respectivement pour les scolarisées et les non scolarisées.

2.1.4 Planification familiale chez les adolescentes

Dans les communautés sahéniennes, en raison des attentes de la société, la reproduction doit commencer dès la consommation du mariage. Dans un contexte caractérisé par la précocité des mariages, cette situation signifie également le début de la procréation à des âges jeunes. Les risques liés à la maternité précoce étant assez bien établis, dès lors un espacement adéquat des naissances s'impose. Même chez les adolescentes non mariées, la planification familiale apparaît comme une nécessité pour minimiser les conceptions précoces avec les conséquences économiques et sociales qui peuvent en découler.

a) Attitudes vis-à-vis de la planification familiale

Le tableau 4.1 fournit une évaluation de l'approbation de la planification familiale par les femmes mariées. Il permet une comparaison entre les adolescentes et les femmes plus âgées.

Tableau 4.1 : Pourcentage de femmes mariées qui approuvent la planification familiale, selon le pays et la zone de résidence : comparaison entre adolescentes et femmes adultes

	Capitales				Zone rurale			
	Adoles. 15 – 19 ans		Adultes 20 – 49 ans		Adoles. 15 – 19 ans		Adultes 20 – 49 ans	
	%	N	%	N	%	N	%	N
Burkina Faso								
1992/1993	78,5	107	84,5	965	54,4	333	64,0	2647
1998/1999	89,5	19	93,1	436	78,2	318	82,4	2922
Tchad								
1996/1997	43,3	104	53,7	641	34,4	349	40,3	2177
Mali								
1995/1996	86,2	65	90,8	696	74,2	516	66,8	4068
2001	70,4	104	80,1	951	70,4	736	66,9	6465
Mauritanie								
2000/2001	34,1	56	47,7	878	12,9	158	15,2	1388
Niger								
1992	86,2	58	88,8	774	57,2	495	60,7	2875
1998	83,3	42	89,7	464	81,3	632	80,8	3061
Sénégal								
1992/1993	84,0	25	84,0	698	50,6	275	57,5	2289
1997	81,6	25	89,4	457	65,0	358	71,5	3171

15 – 19 ans, différences entre années, $P(=)^2$:

Capitales : Burkina = 0,410 Mali = 0,015 Niger = 0,793 Sénégal = 0,796

Zone rurale: Burkina = 0,000 Mali = 0,305 Niger = 0,000 Sénégal = 0,000

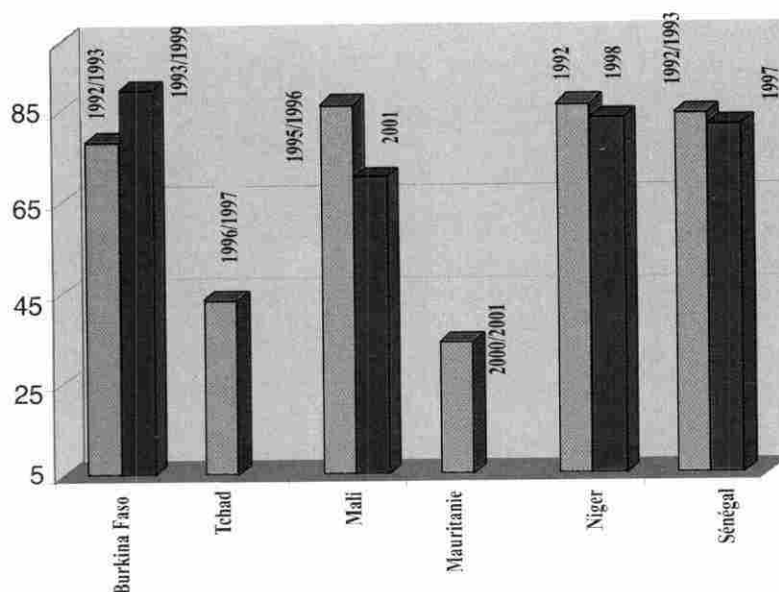
Au Burkina Faso, au Mali, au Niger et au Sénégal, les données les plus récentes montrent que dans les capitales comme dans les campagnes, la grande majorité des adolescentes mariées approuvent la planification familiale. Les niveaux d'approbation sont toutefois un peu plus élevés chez les citadines. Au Tchad et en Mauritanie en revanche, les opinions en faveur de la planification familiale sont plutôt limitées. Dans le cas de la Mauritanie, en particulier en zone rurale, seulement 13% des adolescentes approuvent la planification familiale.

D'une manière générale, l'approbation de la planification familiale par les adolescentes est globalement inférieure à celle des femmes plus âgées. Toutefois, le Mali présente une situation assez particulière. En effet, dans les campagnes maliennes, les données des deux enquêtes suggèrent que les adolescentes mariées, comparativement à leurs aînées, ont plus tendance à être favorables à la planification familiale.

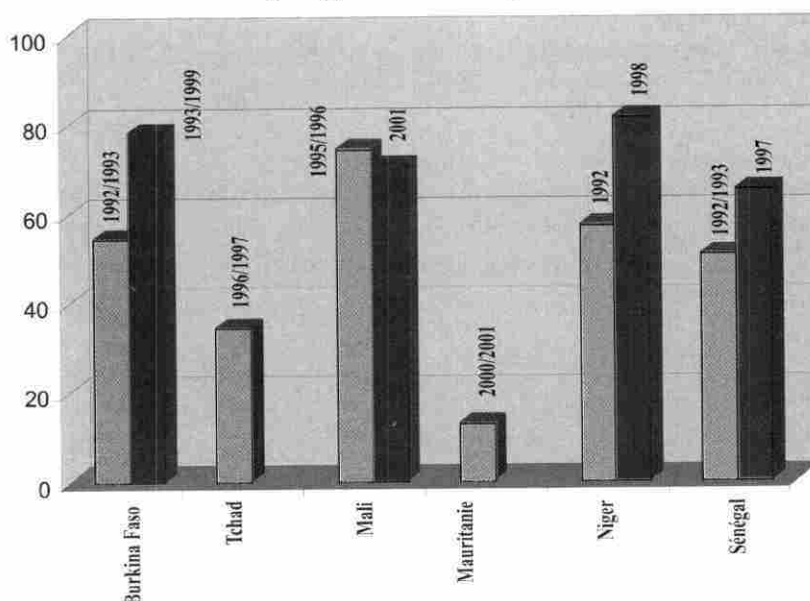
Concernant les évolutions dans le temps chez les adolescentes mariées, en zone urbaine, une tendance claire ne se dégage pas en zone urbaine.

En effet, la situation a certes progressé au Mali, mais dans les capitales du Burkina Faso, du Niger et du Sénégal, les différences ne sont pas statistiquement significatives. En zone rurale cependant, les progrès sont plus nets dans trois des quatre pays qui ont réalisé plus d'une enquête. Au Niger par exemple, dans les campagnes, la proportion d'adolescentes qui approuvent la planification familiale est passée de 57% en 1992 à 81% en 1998.

Graphique 4.1a : Evolution du pourcentage d'adolescentes mariées qui approuvent la PF ; dans les capitales.



Graphique 4.1b : Evolution du pourcentage d'adolescentes mariées qui approuvent la PF ; en zone rurale.



Les opinions des femmes mariées en faveur de la planification familiales sont assez liées à la scolarisation (tableau 4.2).

Globalement, les adolescentes mariées qui ont fréquenté l'école, comparativement à leurs sœurs qui ne l'ont pas fréquentée, ont plus tendance à approuver la planification familiale. La différence selon la scolarisation est surtout prononcée dans le cas de la Mauritanie qui a les plus faibles taux d'approbation. Pour ce pays en effet, 25% des adolescentes scolarisées contre 13% des non scolarisées ont déclaré qu'elles approuvent la planification familiale.

Dans l'ensemble, le tableau 4.2 montre que même si on tient compte de la scolarisation, les adolescentes mariées, comparativement à leur aînées, sont moins favorables à la planification familiale.

Tableau 4.2 : Pourcentage de femmes mariées qui approuvent la planification familiale, selon le pays et la scolarisation: comparaison entre adolescentes et femmes adultes

	Scolarisées				Non scolarisées			
	Adoles. 15 – 19 ans		Adultes 20 – 49 ans		Adoles. 15 – 19 ans		Adultes 20 – 49 ans	
	%	N	%	N	%	N	%	N
Burkina Faso								
1992/1993	76,5	151	84,9	870	54,3	403	64,9	3454
1998/1999	77,0	46	91,0	470	78,7	312	83,2	3235
Tchad								
1996/1997	48,6	186	61,8	895	33,5	385	38,4	2687
Mali								
1995/1996	77,5	86	82,9	1024	74,5	625	70,8	4923
2001	83,3	110	81,0	1398	70,0	836	66,9	6890
Mauritanie								
2000/2001	24,5	191	48,7	1240	13,4	124	19,3	2265
Niger								
1992	67,6	96	82,5	554	58,5	574	62,5	3989
1998	86,8	93	89,9	654	80,4	665	81,3	3614
Sénégal								
1992/1993	70,6	51	88,0	643	53,3	285	60,2	2913
1997	84,5	89	89,7	1009	65,0	349	73,7	3697

Les opinions des conjoints sur la planification familiale peuvent avoir une incidence sur l'utilisation effective des méthodes par les femmes. A ce titre, le tableau 4.3 fait une comparaison entre les adolescentes mariées et leur époux, concernant l'approbation de la planification familiale.

Tableau 4.3 : Pourcentage d'adolescentes mariées et leurs conjoints qui approuvent la planification familiale, selon le pays et la zone de résidence

	Capitales				Zone rurale			
	Adolescentes approuvent		Maris approuvent		Adolescentes approuvent		Maris approuvent	
	%	N	%	N	%	N	%	N
Burkina Faso								
1992/1993	78,5	107	59,3	81	54,4	333	47,5	141
1998/1999	89,5	19	66,7	18	78,2	318	52,0	198
Tchad								
1996/1997	43,3	104	33,3	84	34,4	349	22,6	164
Mali								
1995/1996	86,2	65	53,3	45	74,2	516	57,1	298
2001	70,4	104	40,7	80	70,4	736	42,9	439
Mauritanie								
2000/2001	34,1	56	33,0	45	12,9	158	8,0	122
Niger								
1992	86,2	58	54,8	42	57,2	495	52,3	306
1998	83,3	42	72,4	29	81,3	632	61,3	328
Sénégal								
1992/1993	84,0	25	53,3	15	50,6	275	23,7	156
1997	81,6	25	83,0	13	65,0	358	45,6	143

Tableau 4.6a : Pourcentage de femmes célibataires qui utilisent actuellement une méthode contraceptive, selon le pays, la situation matrimoniale et le groupe d'âges (15-19 ans, 20 – 24 ans, 25 – 34 ans)
(1) Aucune femme célibataire n'a déclaré avoir eu un rapport sexuel

	15 – 19 ans		20 – 24 ans		25 – 34 ans	
	%	N	%	N	%	N
Burkina Faso						
1992/1993	7,9	168	11,4	73	36,3	19
1998/1999	31,3	228	47,8	104	43,6	38
Tchad						
1996/1997	6,6	123	8,4	53	4,1	18
Mali						
1995/1996	12,2	335	25,4	172	26,8	88
2001	9,2	382	20,2	191	19,3	111
Mauritanie						
2000/2001 (1)	--	--	--	--	--	--
Niger						
1992	8,7	56	23,6	56	10,1	23
1998	5,6	793	17,6	217	25,9	60
Sénégal						
1992/1993	8,3	84	16,5	127	14,1	78
1997	11,8	133	19,6	146	24,8	101

15 – 19 ans, différences entre années, $P(\div)^2$: Burkina = 0,000 Mali = 0,202
Niger = 0,649 Sénégal = 0,425

Tableau 4.6 b : Pourcentage de femmes en union qui utilisent actuellement une méthode contraceptive, selon le pays, la situation matrimoniale et le groupe de générations (15-19 ans, 20-24 ans, 25-34 ans)

	15 – 19 ans		20 – 24 ans		25 – 34 ans	
	%	N	%	N	%	N
Burkina Faso						
1992/1993	2,2	584	3,7	1060	5,5	1965
1998/1999	3,5	458	4,6	999	5,2	1806
Tchad						
1996/1997	0,8	787	1,2	1178	1,4	2126
Mali						
1995/1996	2,4	908	3,3	1361	5,2	2982
2001	4,0	1186	6,5	2004	8,0	3928
Mauritanie						
2000/2001	3,1	359	4,2	684	6,1	1654
Niger						
1992	0,9	672	2,3	1014	2,7	2042
1998	2,0	954	5,2	1100	5,9	2108
Sénégal						
1992/1993	0,5	410	2,2	761	5,6	1651
1997	1,5	573	3,7	1034	9,7	2210

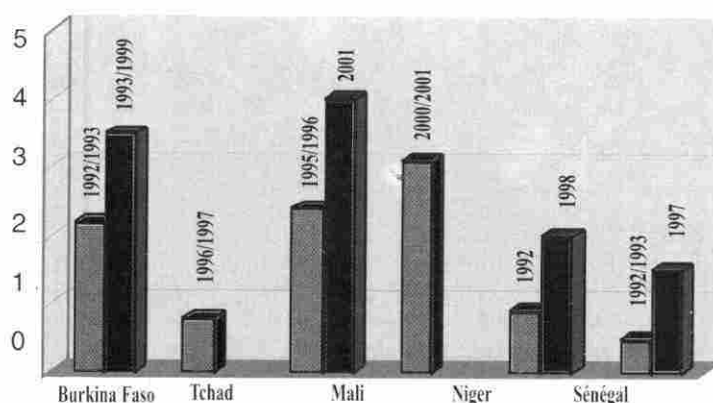
15 – 19 ans, différences entre années, $P(\div)^2$: Burkina = 0,202 Mali = 0,041
Niger = 0,042 Sénégal = 0,123

D'une manière générale, l'utilisation de la contraception moderne est toujours plus élevée chez les femmes célibataires sexuellement actives, comparativement à celles qui sont en union (mariées ou vivant en concubinage). Cette situation est valable quelle que soit la génération de femmes. Dans le cas du Burkina Faso par exemple, en 1998/1999, 4% seulement des adolescentes en union utilisaient la contraception moderne. La proportion équivalente pour les adolescentes célibataires était bien plus élevée, soit 31%.

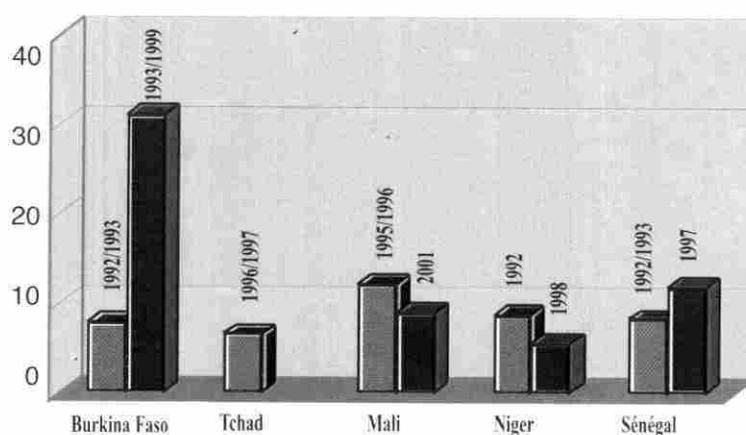
La différence selon le statut matrimonial est probablement le reflet de deux caractéristiques importantes des sociétés sahéliennes en matière de reproduction: les attitudes peu favorables à la procréation prénuptiale et les exigences contraires pour les femmes mariées. Elle peut aussi être l'effet de mutations, notamment les tendances vers des relations sexuelles avant le mariage de plus en plus importantes qui nécessitent en même temps de pallier les grossesses, les IST, etc.

Concernant les évolutions dans le temps, parmi les adolescentes mariées, les données des années les plus récentes révèlent des taux de prévalence contraceptive moderne toujours plus élevés (graphique 4.4), même si les différences ne sont pas toujours statistiquement significatives. Dans le cas du Mali par exemple, la prévalence est passée de 2,4% en 1995/1996 à 4% en 2001. S'agissant des adolescentes célibataires, des évolutions positives peuvent être notées également au Burkina Faso et au Sénégal (graphique 4.5). Tel n'est toutefois pas le cas pour les Maliennes et Nigériennes.

Graphique 4.4 : Evolution du pourcentage d'adolescentes mariées, qui utilisent actuellement un méthode contraceptive moderne.



Graphique 4.5 : Evolution du pourcentage d'adolescentes célibataires sexuellement actives, qui utilisent actuellement un méthode contraceptive moderne.



Au Sénégal, plus de la moitié des adolescentes ont entendu parler des infections sexuellement transmissibles autres que le SIDA. Au Burkina Faso, au Tchad, au Niger, c'est le cas pour près de la moitié. Concernant le Mali, en 1995/1996, 47% des adolescentes avaient entendu parler de ces infections. Pour ce dernier pays toutefois, les données de 2001 semblent indiquer un niveau de connaissance moins important, soit 28%. Sur l'ensemble des six pays examinés, la Mauritanie présente un taux de connaissance particulièrement limité. Chez les adolescentes, seulement 9% des Mauritaniennes, contre 58% des Sénégalaises, connaissent les infections sexuellement transmissibles autres que le SIDA.

Dans tous les pays, excepté le Mali en 1995/1996, le tableau 5.5 montre que les adolescentes, comparativement aux autres générations, sont moins nombreuses à avoir entendu parler des infections sexuellement transmissibles autres que le SIDA.

La connaissance des IST autres que le SIDA est assez variable selon la zone de résidence et la scolarisation (tableau 5.6).

Tableau 5.6 : Pourcentage d'adolescentes qui ont entendu parler des infections sexuellement transmissibles autres que le SIDA, selon le pays, la zone de résidence, la scolarisation

	Capitales		Zone rurale		Scolarisées		Non scolarisées	
	%	N	%	N	%	N	%	N
Burkina Faso								
1992/1993	-		-		-		-	
1998/1999	85,9	255	34,5	1009	73,8	431	35,0	1043
Tchad								
1996/1997	81,7	301	35,5	1020	65,1	680	33,0	1036
Mali								
1995/1996	76,8	336	35,1	1056	72,5	497	38,7	1422
2001	28,3	632	16,2	1592	34,7	687	16,6	1854
Mauritanie								
2000/2001	8,4	400	5,1	623	6,3	1286	6,1	446
Niger								
1992	-		-		-		-	
1998	68,5	298	36,8	1179	67,3	495	36,8	1287
Sénégal								
1992/1993	-		-		-		-	
1997	72,2	228	38,6	1171	68,2	825	38,8	1133

- = Données non disponibles

Dans chacun des six pays sahéliens considérés, les adolescentes qui résident dans les capitales, comparativement à celles des campagnes, sont beaucoup plus nombreuses à avoir entendu parler des IST autres que le SIDA. Les taux sont par exemple de 86% et 35%, respectivement pour les zones urbaine et rurale du Burkina Faso en 1998/1999. Le tableau 5.6 montre également une influence positive de la scolarisation sur cet indice de connaissance. Dans tous les pays, sauf la Mauritanie, il y a manifestement plus d'adolescentes scolarisées qui connaissent les IST autres que le SIDA.

2.1.6 Santé de la mère adolescente et de l'enfant

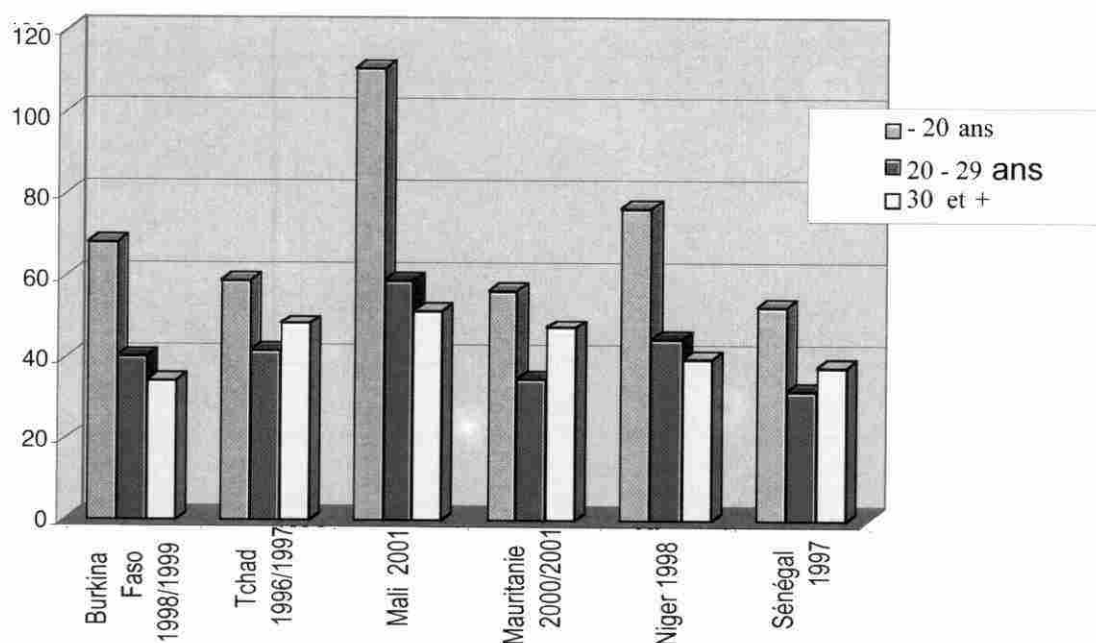
La reproduction à un âge précoce est un facteur de risque tant pour la mère que pour son enfant. La mortalité néo-natale (décès au cours du premier mois de vie) est l'un des meilleurs indicateurs qui permet d'apprécier les risques encourus par les nouveau-nés, du fait de l'immaturité physique de leur mère. Le tableau 6.1 donne une évaluation de la situation des pays sahéliens.

Dans tous les pays où les enquêtes ont été menées, la mortalité néo-natale est plus élevée chez les enfants issus de mères adolescentes (moins de 20 ans), comparativement aux enfants de mères plus âgées. Dans le cas du Niger par exemple, en 2001, le taux était de 111‰ chez les mères adolescentes, contre 52‰ chez les mères de 30 – 39 ans.

Tableau 6.1 : Quotient de mortalité néo-natale (‰) selon le groupe d'âge de la mère à la naissance, selon le pays

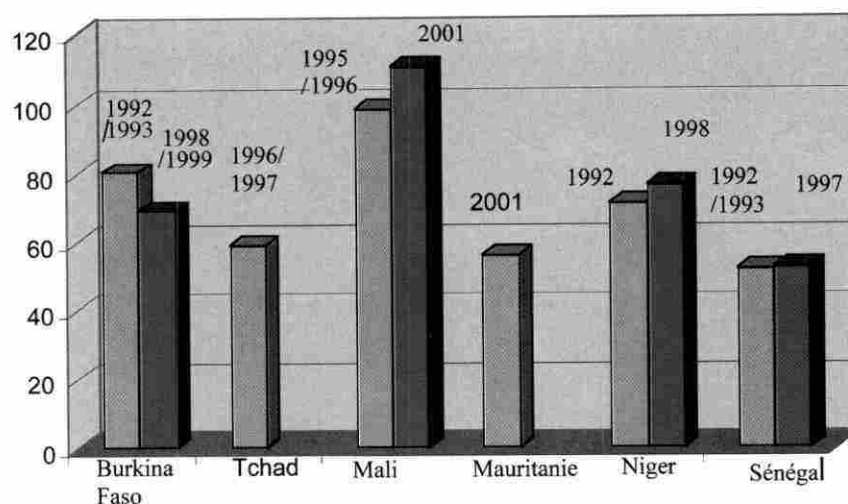
	Moins de 20 ans	20 – 29 ans	30 – 39 ans
Burkina Faso			
1992/1993	80,5	41,4	50,6
1998/1999	68,3	40,2	34,6
Tchad			
1996/1997	59,0	41,7	48,5
Mali			
1995/1996	99,0	61,1	60,6
2001	110,7	59,1	51,8
Mauritanie			
2000/2001	56,4	34,8	47,5
Niger			
1992	71,4	41,5	53,8
1998	76,8	44,8	39,8
Sénégal			
1992/1993	52,2	37,0	40,8
1997	52,6	32,1	37,8

Graphique 6.1 : Taux de mortalité néo-natale (‰) selon le groupe d'âges de la mère à la naissance de l'enfant.



L'évolution au cours de ces dernières années du risque de décès chez les enfants de mères adolescentes est relativement contrastée. En effet, si une certaine baisse est à noter dans le cas du Burkina Faso, il en va autrement pour le Mali et le Niger. Pour ces deux derniers pays, les données suggèrent plutôt une tendance à la hausse. Concernant les enfants de mères plus âgées (30-39 ans), les données pour les quatre pays indiquent toujours une tendance à la baisse.

Graphique 6.2 : Evolution du taux de mortalité néo-natale (‰) des enfants issus de mères adolescentes.

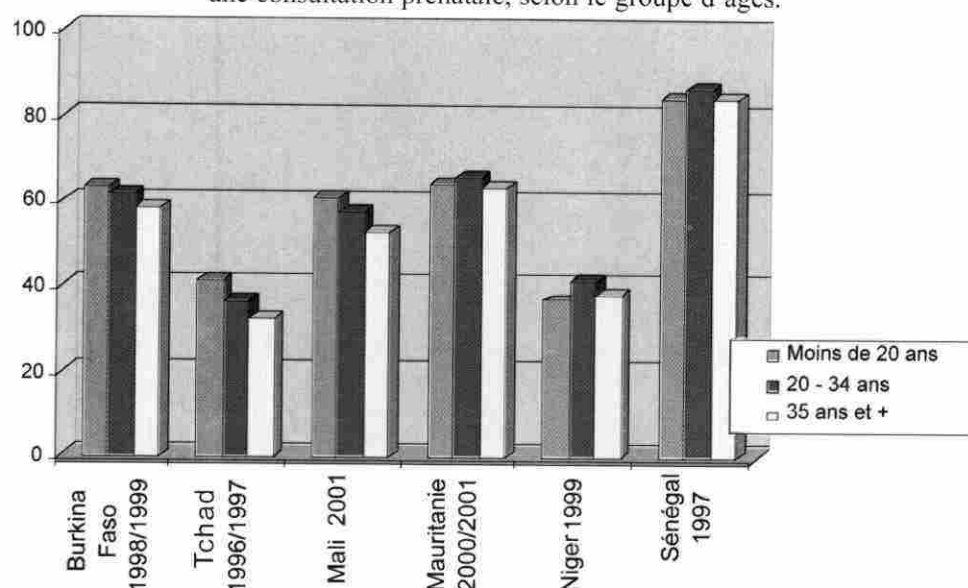


Les services de santé sont un moyen important qui doit permettre de réduire les risques pour les mères adolescentes et leurs enfants. Cela suppose toutefois que les adolescentes utilisent effectivement ces services. La proportion de femmes qui ont réalisé au moins une consultation prénatale est un premier indicateur que nous examinons à cet effet (tableau 6.2).

Tableau 6.2 : Pourcentage de femmes ayant effectué au moins une consultation prénatale, selon le groupe d'âges et le pays

	Moins de 20 ans		20 - 34 ans		35 et plus	
	%	N	%	N	%	N
Burkina Faso						
1992/1993	61,2	604	62,1	2591	58,7	682
1998/1999	63,7	567	65,1	2566	58,8	826
Tchad						
1996/1997	41,8	969	36,7	2995	32,4	586
Mali						
1995/1996	51,6	914	49,4	3402	46,3	842
2001	60,9	1439	58,0	5275	53,3	1558
Mauritanie						
2000/2001	64,3	387	66,1	2203	63,3	630
Niger						
1992	32,4	735	31,1	2718	30,1	600
1998	37,2	862	42,0	2581	38,6	637
Sénégal						
1992/1993	76,3	515	81,1	2317	76,4	698
1997	84,9	639	86,9	3128	84,6	1012

Moins de 20 ans, différences entre années, $P(\chi^2)$: Burkina = 0,366 Mali = 0,000 Niger = 0,038 Sénégal = 0,000

Graphique 6.3 : Pourcentage de femmes ayant effectué au moins une consultation prénatale, selon le groupe d'âges.

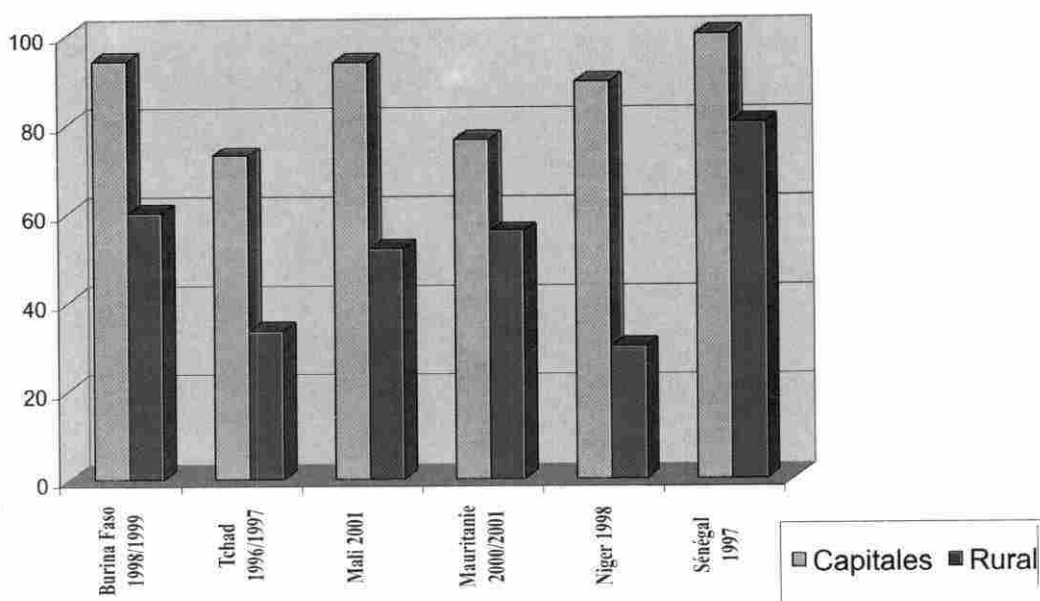
Dans l'ensemble (tableau 6.2 et graphique 6.3), les adolescentes sont aussi nombreuses que les autres femmes à effectuer des consultations prénatales. Dans certains cas (Mali et Tchad), la pratique est même plus fréquente chez les adolescentes. Au cours de ces dernières années, les adolescentes semblent avoir plus tendance à effectuer les consultations prénatales. Cette situation est observée dans chacun des quatre pays qui ont réalisé plus d'une enquête, même si la différence n'est pas statistiquement significative dans le cas du Burkina. Au Mali par exemple, le taux est passé de 52% en 1995/1996 à 61% en 2001.

Les consultations prénatales chez les adolescentes sont assez liées à la zone de résidence et de la scolarisation (tableau 6.3).

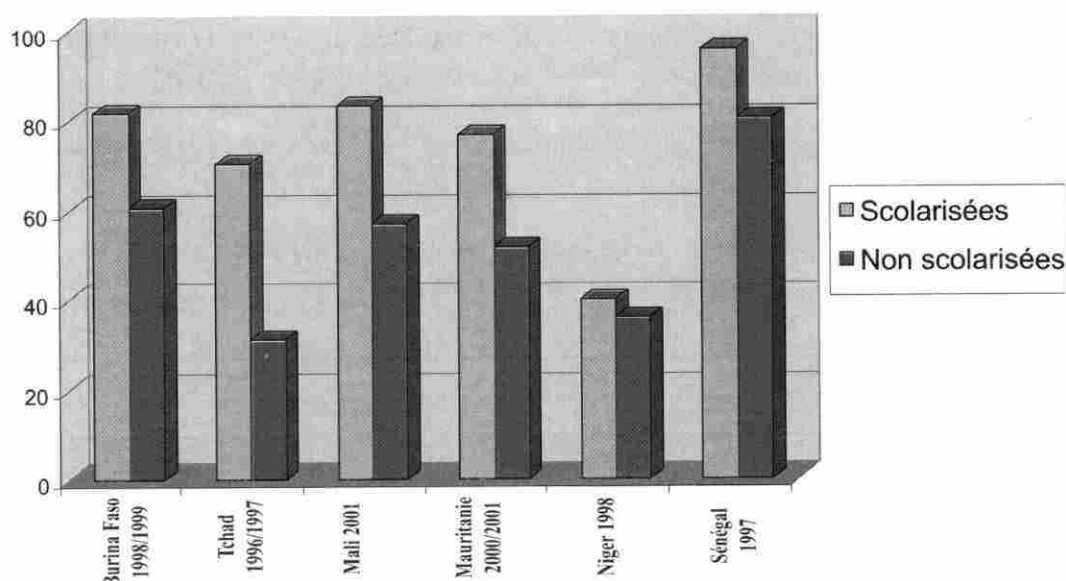
Tableau 6.3 : Pourcentage d'adolescentes ayant effectué au moins une consultation prénatale, selon le pays, la zone de résidence et la scolarisation

	Capitales		Zone rurale		Scolarisées		Non scolarisées	
	%	N	%	N	%	N	%	N
Burkina Faso								
1992/1993	97,0	133	54,0	365	88,5	144	55,9	460
1998/1999	94,4	72	59,9	451	81,8	100	60,8	467
Tchad								
1996/1997	72,8	173	33,4	566	70,5	305	31,2	664
Mali								
1995/1996	85,7	112	41,2	612	75,6	142	47,2	772
2001	93,7	193	51,9	1100	83,5	214	57,0	1225
Mauritanie								
2000/2001	76,1	84	55,7	175	76,9	217	51,9	170
Niger								
1992	89,9	99	22,9	467	63,5	135	27,8	600
1998	89,1	64	29,8	689	46,0	117	36,0	745
Sénégal								
1992/1993	96,9	65	70,2	382	98,9	93	71,3	422
1997	100,0	39	79,9	475	95,9	173	80,5	466

Graphique 6.4 : Pourcentage d'adolescentes ayant effectué au moins une consultation prénatale, selon la zone de résidence.



Graphique 6.5 : Pourcentage d'adolescentes ayant effectué au moins une visite prénatale, selon le niveau d'instruction.



Les adolescentes qui résident dans les grandes villes, comparativement à leurs sœurs des campagnes, ont une plus grande tendance à effectuer des consultations prénatales. Ce constat vaut pour toutes les périodes et tous les pays concernés par l'enquête. La différence selon la zone de résidence est particulièrement prononcée dans le cas du Niger où le taux est trois fois plus élevé chez les citadines : 89% contre 30% pour la zone rurale en 1998.

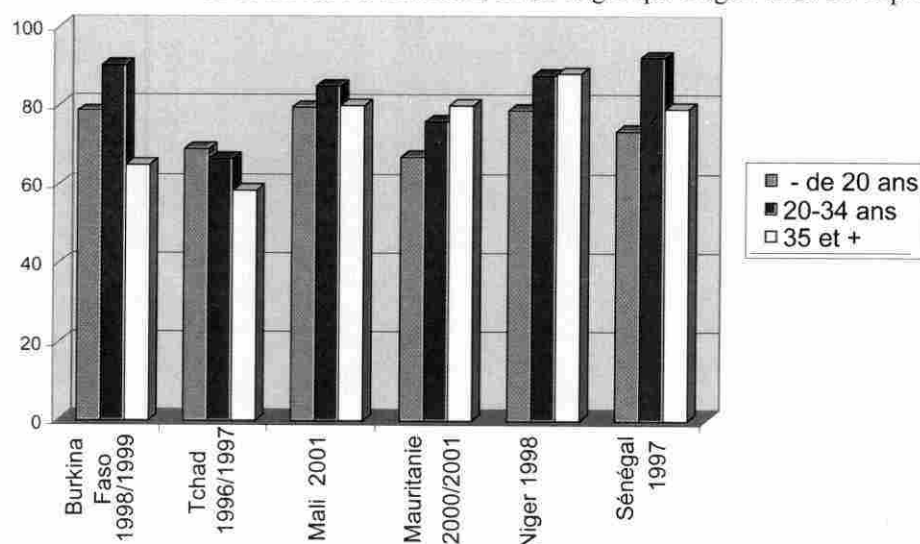
La tendance à effectuer les consultations prénatales est également liée à l'éducation. Dans tous les pays et pour toutes les périodes, les proportions de femmes qui ont effectué au moins une consultation prénatale sont plus élevées chez les adolescentes scolarisées, comparativement aux non scolarisées. Cependant, l'effet de la scolarisation est moins important que celui de la zone de résidence (tableau 6.3). La concentration des infrastructures et du personnel sanitaires est vraisemblablement un facteur important qui favorise les adolescentes des grandes villes.

Tableau 6.4a : Pourcentage de mères ayant effectué au moins une visite prénatale pendant les six premiers mois de la grossesse, selon le pays et le groupe d'âges, dans les capitales.

	Moins de 20 ans		20 - 34 ans		35 et plus	
	%	N	%	N	%	N
Burkina Faso						
1992/1993	81,5	130	89,9	514	74,6	110
1998/1999	78,6	70	90,2	295	64,9	57
Tchad						
1996/1997	69,2	172	66,7	516	58,5	82
Mali						
1995/1996	71,2	111	79,5	331	65,5	58
2001	79,8	183	84,8	607	79,9	126
Mauritanie						
2000/2001	67,0	82	75,9	555	79,4	135
Niger						
1992	72,6	95	80,9	502	77,5	111
1998	78,7	61	87,7	260	88,3	60
Sénégal						
1992/1993	90,5	63	89,6	443	86,7	128
1997	73,4	39	92,3	258	79,1	92

Moins de 20 ans, différences entre années, $P(\div)^2$: Burkina = 0,713 Mali = 0,083
Niger = 0,560 Sénégal = 0,009

Graphique 6.6a : Pourcentage de femmes ayant effectué au moins une visite prénatale, au cours du 1er semestre, selon le groupe d'âges dans les capitales.



En zone rurale (tableau 6.4b et graphique 6.6b), les données ne montrent pas non plus une différence nette entre les différentes générations de femmes concernant les visites prénatales au cours du premier semestre de la grossesse. Du reste, même si on considère individuellement chaque pays, les écarts entre les trois générations sont assez faibles.

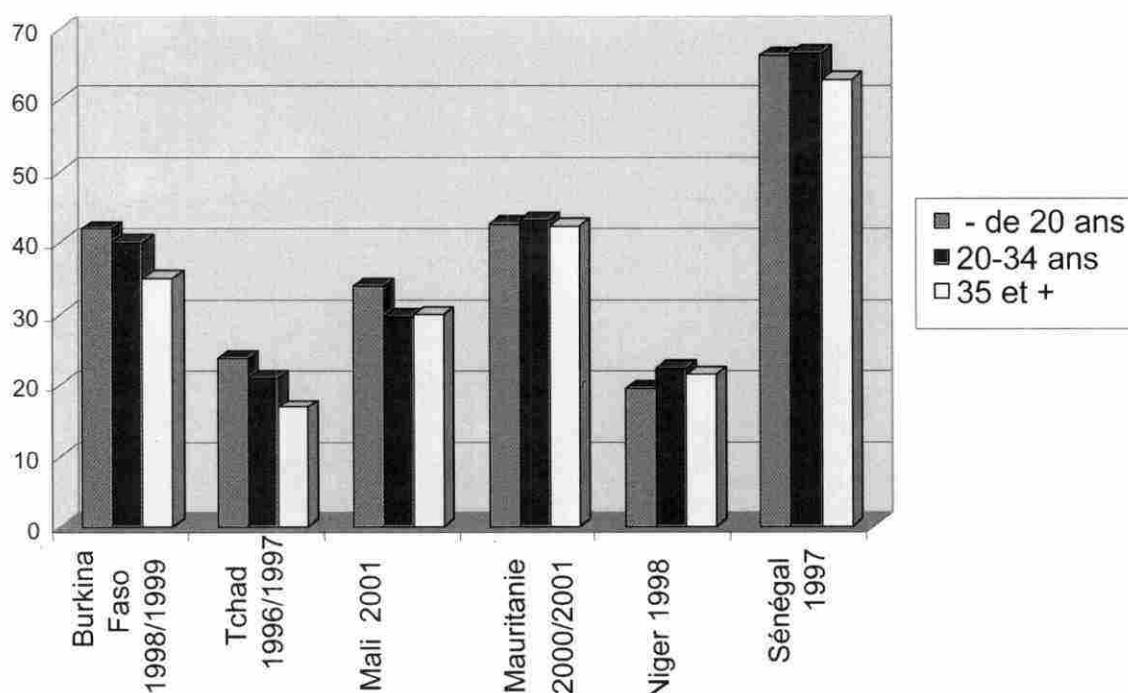
Tableau 6.4b : Pourcentage de mères ayant effectué au moins une visite prénatale pendant les six premiers mois de la grossesse, selon le pays et le groupe d'âges, en zone rurale

	Moins de 20 ans		20 - 34 ans		35 ans et plus	
	%	N	%	N	%	N
Burkina Faso						
1992/1993	34,6	353	36,6	1596	31,7	460
1998/1999	41,9	435	40,2	2001	34,9	721
Tchad						
1996/1997	23,6	564	20,8	1835	16,8	380
Mali						
1995/1996	24,8	602	22,6	2332	22,9	605
2001	34,0	1065	29,6	4005	30,0	1251
Mauritanie						
2000/2001	42,5	170	43,3	889	42,3	267
Niger						
1992	13,6	465	15,1	1660	13,7	373
1998	19,4	687	22,3	1873	21,4	490
Sénégal						
1992/1993	50,1	359	54,3	1419	47,7	451
1997	66,3	463	66,5	2138	62,9	721

- = Données non disponibles ;

Moins de 20 ans, différences entre années, $P(=)^2$: Burkina = 0,018 Mali = 0,000
Niger = 0,003 Sénégal = 0,000

Graphique 6.6b : Pourcentage de femmes ayant effectué au moins une visite prénatale, au cours du 1^{er} semestre, selon le groupe d'âges, en zone rurale.



Concernant les évolutions dans le temps (tableau 6.4a), on ne note pas une tendance nette chez les adolescentes dans les capitales. Certes, un certain progrès semble se dessiner chez les Maliennes et les Nigériennes de la capitale, mais les différences ne sont pas statistiquement significatives. Par contre, dans les autres pays qui ont réalisé plus d'une enquête (Burkina Faso et Sénégal), la tendance est même à la baisse. Dans les campagnes en revanche (tableau 6.4b), les données concernant chacun de ces pays montrent une évolution positive.

La comparaison des données des tableaux 6.4a et 6.4b montre un écart très important entre les villes et les campagnes.

En résumé, on peut retenir que les adolescentes ont un niveau de consultations prénatales au moins égal à celui des femmes plus âgées. Par ailleurs, au cours de ces dernières années, si le simple fait de réaliser les consultations semble avoir connu une évolution positive dans tous les pays, le progrès concernant la tendance à effectuer ces visites au bon moment (pendant les six premiers mois de la grossesse) n'est point généralisé.

La vaccination des enfants est un autre aspect de l'utilisation des services de santé que nous avons examiné. Selon les recommandations de l'OMS, avant son premier anniversaire, un enfant doit recevoir toutes les vaccinations prévues dans le cadre du Programme Elargi de Vaccination (PEV). Il s'agit du BCG, du vaccin contre la rougeole, des trois doses de DTCq et de la polio. Nous nous sommes intéressés à la situation la plus grave qui est l'absence totale de vaccination chez les enfants ayant atteint leur premier anniversaire. Le tableau 6.5 présente des résultats à cet effet.

Tableau 6.5 : Pourcentage d'enfants d'un an et plus n'ayant reçu aucune vaccination (PEV), selon le groupe d'âges de la mère et le pays

	Mères de moins de 20 ans		Mères de 20 ans et plus	
	%	N	%	N
Burkina Faso				
1992/1993	55,8	235	54,6	1130
1998/1999	34,4	265	32,4	1579
Tchad				
1996/1997	61,2	658	65,0	2533
Mali				
1995/1996	52,4	390	62,2	1961
2001	36,0	547	38,7	3674
Mauritanie				
2000/2001	30,8	241	26,7	1719
Niger				
1992	86,8	452	84,7	1951
1998	68,2	512	68,5	1792
Sénégal				
1992/1993	53,1	294	49,0	1424
1997	-	-	-	-

- = Données non disponibles

Moins de 20 ans, différences entre années, $P(=)$: Burkina = 0,000 Mali = 0,000 Niger = 0,000

Les données (tableau 6.5) suggèrent que dans la région sahélienne, il existe une proportion non négligeable d'enfants n'ayant reçu aucun vaccin prévu par le PEV, bien qu'ils aient atteint leur premier anniversaire. Dans le cas du Mali et de la Mauritanie qui ont réalisé les enquêtes les plus récentes (2000/2001), on peut noter qu'environ un enfant sur trois ayant au moins un an n'a reçu aucun vaccin. Le tableau 6.5 ne révèle toutefois pas une situation particulièrement défavorable aux enfants de mères adolescentes.

D'une manière générale, on peut constater une évolution positive de la couverture vaccinale, si l'on en juge par la baisse de la proportion d'enfants non vaccinés dans tous les pays qui ont réalisé plus d'une enquête. Cette situation est valable aussi bien chez les enfants de mères adolescentes que ceux de mères plus âgées. Dans le cas du Mali, chez les mères de moins de 20 ans, la proportion d'enfants non vaccinés a chuté de 52% en 1995/1996 à 36% en 2001. La situation reste toutefois assez alarmante pour certains pays comme le Niger où près de deux-tiers des enfants d'un an ou plus n'avaient reçu aucun vaccin en 1998.

Il existe une très grande disparité entre les enfants des grandes villes et ceux des campagnes en matière de couverture vaccinale (tableau 6.6).

Tableau 6.6 : Pourcentage d'enfants de mères adolescentes n'ayant reçu aucune vaccination (PEV) après le premier anniversaire, selon la zone de résidence

	Capitales		Zone rurale	
	%	N	%	N
Burkina Faso				
1992/1993	8,3	36	62,0	158
1998/1999	13,0	23	37,9	220
Tchad				
1996/1997	46,4	97	66,1	430
Mali				
1995/1996	5,4	37	60,7	284
2001	10,4	62	41,4	443
Mauritanie				
2000/2001	23,5	42	36,2	123
Niger				
1992	25,9	27	90,5	368
1998	16,7	18	69,7	466
Sénégal				
1992/1993	21,2	33	59,1	230
1997	-	-	-	-

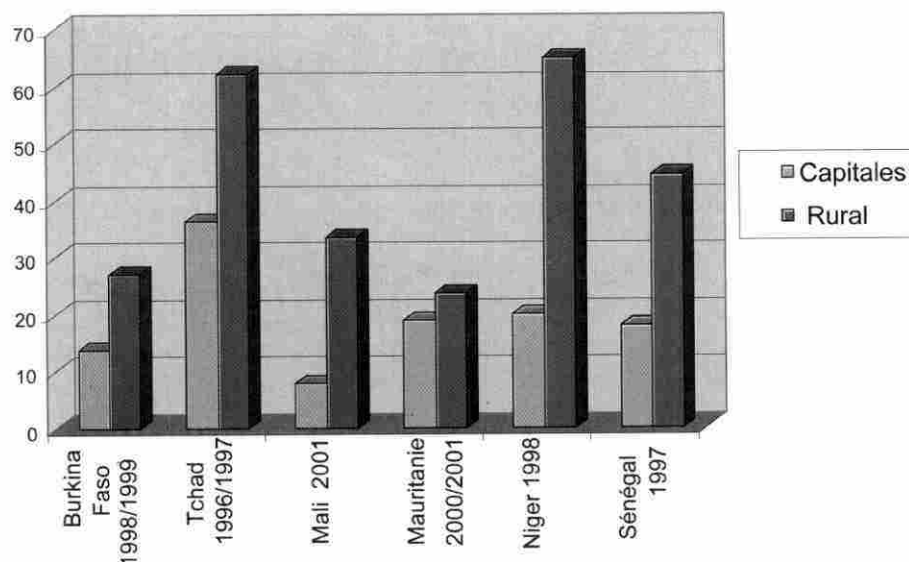
- = Données non disponibles

Différences entre années, $P (\div)^2$:

Capitales : Burkina = 0,673 Mali = 0,375 Niger = 0,614

Zone rurale: Burkina = 0,000 Mali = 0,000 Niger = 0,000

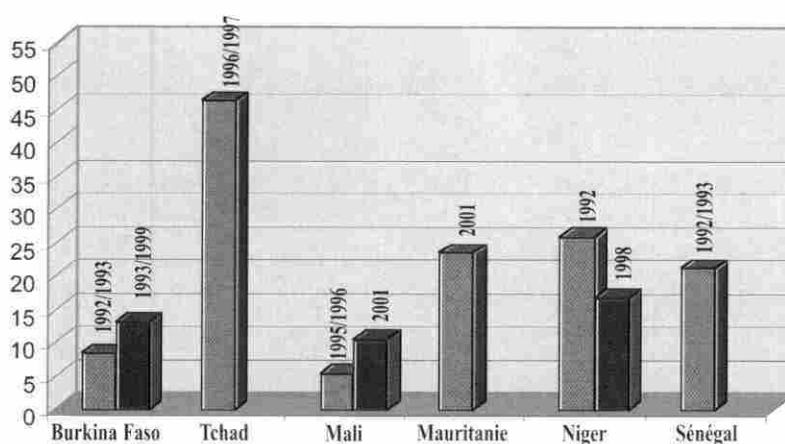
Graphique 6.7 : Pourcentage d'enfants de mères adolescentes, d'un an ou plus n'ayant reçu aucune vaccination ; selon la zone de résidence.



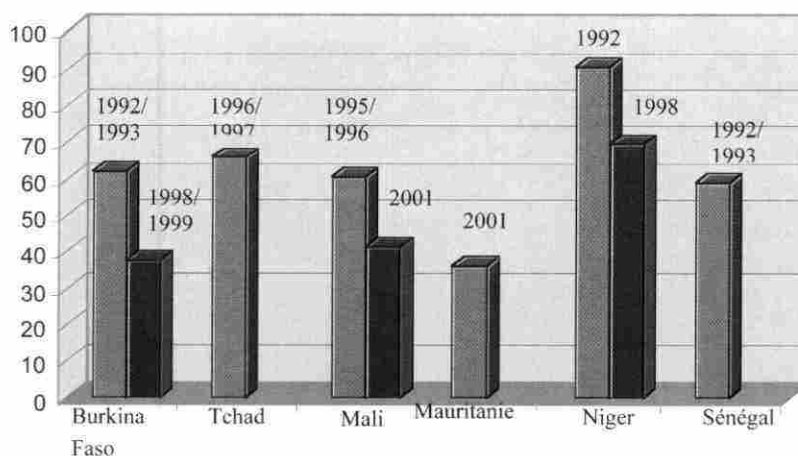
Quels que soient le pays et la période, les données montrent que la proportion d'enfants ayant atteint leur premier anniversaire sans avoir reçu aucun vaccin est toujours plus élevée dans les campagnes que dans les capitales. Dans le cas du Mali, en 1995/1996, le taux était de 61% en zone rurale contre 5% dans la capitale.

Au-delà des différences de niveaux, les évolutions dans le temps n'ont pas les mêmes tendances (graphiques 6.8a et 6.8b). Globalement, une amélioration est observée en zone rurale dans les pays qui ont réalisé plus d'une enquête. Dans les campagnes du Burkina Faso, la proportion d'enfants d'un an ou plus n'ayant reçu aucun vaccin est passée de 62% en 1992/1993 à 38% en 1998/1999. Concernant les capitales, les différences ne sont pas statistiquement significatives. Du reste, les tendances qui se dessinent dans les pays sont parfois opposées.

Graphique 6.8a : Evolution du pourcentage d'enfants de mères adolescentes, d'un an ou plus n'ayant reçu aucune vaccination ; dans les capitales.



Graphique 6.8b : Evolution du pourcentage d'enfants de mères adolescentes, d'un an ou plus n'ayant reçu aucune vaccination ; en zone rurale.



2.2 Analyse qualitative

2.2.1 Acquis des politiques et programmes AJSR

a) Burkina Faso

La politique de SR a défini les grandes orientations en matière de santé de la reproduction. Elle répond aux questions importantes comme les droits en santé de la reproduction, la nature des services qui doivent être disponibles et les règles générales de leurs prestations. Cette politique de SR sert de référence aux décideurs nationaux et aux partenaires du développement socio-sanitaire pour la planification et les interventions.

Elle est une composante de la politique sanitaire nationale et un élément de promotion de santé des groupes vulnérables : femmes, enfants, adolescents et jeunes.

Les enfants de six à neuf ans bénéficient d'une stratégie d'intervention spécifique. Une attention particulière leur est accordée, notamment dans la prévention des carences nutritionnelles, du VIH/SIDA, des maladies buccodentaires, des rhumatismes articulaires aigus, des mutilations génitales féminines.

La promotion de la santé scolaire permet la prise en charge adéquate des affections de l'enfant de cette tranche d'âge.

Les services pour les jeunes sont offerts dans les structures sanitaires y compris les services de santé scolaire et universitaire ou toute autre structure fréquentée par les jeunes. Un paquet minimum de services à l'endroit des adolescents et des jeunes a été défini à partir de politiques, normes et protocoles. Certaines structures sanitaires offrent déjà ces services. Il faut noter également l'ouverture d'autres centres pour jeunes et la formation des prestataires sur la SR des adolescents/jeunes (Association burkinabé pour le bien-être familial/ABBEF).

L'introduction dans les centres hospitaliers régionaux et dans certains centres médicaux avec antenne chirurgicale de services de soins après avortement constitue une des innovations majeures.

Il y a eu des actions en direction des parents et des communautés pour une 'acceptabilité' de la SRAJ (santé de la reproduction des adolescents/jeunes) au Burkina. Il s'agit surtout de campagnes de sensibilisation (pour l'acceptabilité de la SRAJ par les parents, les leaders religieux et coutumiers), de la disponibilité des brochures sur la SRAJ, de campagnes médiatiques à la radio et à la télé, de conférences débats, de journées portes-ouvertes, etc.

b) Gambie

Le projet santé de la reproduction des adolescents/jeunes (2002-2006) a été élaboré à partir des recommandations de la politique nationale de santé de la reproduction. Démarré en janvier 2002, ce projet de cinq ans est financé par le FNUAP et mis en oeuvre par le ministère de la Jeunesse et des Sports à travers le conseil national de la jeunesse.

Il vise à promouvoir une information et des services de SR adaptés aux besoins des jeunes et améliorer le système de suivi-évaluation du programme de SR pour les adolescents. Cinq activités majeures sont mises en oeuvre :

- introduction de l'information et des services de santé de la reproduction des jeunes dans deux centres de santé gérés par des ONG et cinq centres pour jeunes sélectionnés ;
- sensibilisation des différentes communautés et des adolescents/jeunes (parents, leaders religieux, etc.) sur l'importance des centres pour jeunes ;
- formation de prestataires et pairs éducateurs en counseling et offres de services SR/ado ;

- offre de services de SR/SS/PF aux adolescents/jeunes ;
- amélioration de la capacité de gestion du projet.

c) Mali

La direction nationale de la santé, à travers la division de la santé de la reproduction (DSR), a entamé une réorganisation des services de SR des jeunes pour une meilleure prise en charge de leurs besoins spécifiques. Pour des services de qualité, un paquet minimum d'activités (PMA) en SRAJ a été défini :

- l'information, l'éducation et la communication (IEC) ;
- les soins préventifs ;
- les soins curatifs ;
- la formation/recyclage des prestataires et des pairs éducateurs.

Toutes ces actions ont donné comme résultats :

- l'élaboration d'un plan stratégique sur la SR pour la période 2003-2007 ;
- l'organisation des journées de concertation avec les jeunes sur la SR en mai 1999 ;
- l'élaboration d'un curriculum de formation des pairs éducateurs ;
- l'élaboration d'un module de formation des prestataires sur la SR des adolescents et des jeunes (SRAJ) ;
- la création de trois centres pour jeunes pour la prise en charge des problèmes de santé des jeunes à Bamako, Sikasso et à Kayes ;
- le renforcement de la compétence des prestataires du district de Bamako ;
- l'intégration des activités de SRAJ dans les centres multifonctionnels d'écoute et de conseils pour les jeunes ;
- la création d'une section SRAJ à la division de la santé de la reproduction.

Le programme national de lutte contre le VIH/SIDA s'efforce de renforcer la lutte en milieu jeune par :

- l'amélioration de leurs connaissances, attitudes et pratiques en matière de VIH/SIDA ;
- la diffusion, l'acceptation et l'utilisation du préservatif.

L'ONG ASDAP (association de soutien pour le développement des activités de population) dispose de trois centres conseils à Bamako, Ségou et Koutiala qui offrent les services suivants :

- la prise en charge syndromique des IST ;
- la prise en charge psychologique des adolescents ;
- une salle de consultations équipée et disposant de médicaments génériques ;
- la prise de sang pour déceler les IST ;
- l'encouragement du dépistage du VIH/SIDA à travers le counseling ;
- l'implication des pairs éducateurs dans les quartiers et les centres de soins ;
- un système d'accompagnement pour les grossesses non désirées ;
- la prévention des avortements.

En matière d'excision, l'ASDAP a impliqué les hommes en mobilisant les porteurs d'uniformes, les enseignants, les communicateurs et les autorités communales.

d) Niger

La politique pour la SSR des jeunes et adolescents n'est pas encore adoptée, mais l'engagement du gouvernement pour la promotion de la SSR des jeunes et des adolescents est manifeste. Le Niger dispose d'un programme de SR basé sur les recommandations du Caire et du Programme d'Action de Ouagadougou. Pour traduire cette volonté politique en acte, le ministère de la Santé publique a créé une direction de la SR dotée d'un bureau pour la santé des jeunes et des adolescents.

Un projet «Initiative jeunes » a été créé par le gouvernement du Niger avec l'appui du FNUAP.

Il couvre trois régions sur sept (Agadez, Maradi et Dosso) et la communauté urbaine de Niamey, qui représentent 21% du territoire national et 12% de la population nigérienne.

Cependant, ce projet a un volet national couvrant le territoire national sur l'approvisionnement en contraceptifs, les activités de plaidoyer en SR, le genre, l'IEC, la formation et le développement de la capacité institutionnelle des structures intervenant dans le domaine des jeunes et des adolescents.

La stratégie consiste à aménager les «maisons des jeunes » dans les quartiers, en «sites amis des jeunes » pour offrir aux jeunes et adolescents un paquet de services d'écoute, de conseils, d'information et de prestations SSR.

L'Etat a créé quatre complexes sportifs et médico-sociaux pour les jeunes à Niamey (centre de Boukoki), Dosso (centre de Loga), Agadez- ville et Zinder (centre de Mirriah).

Ces complexes renferment trois unités :

- une unité sportive d'encadrement des jeunes dans diverses disciplines sportives : football, basket-ball, volley-ball, handball, lutte traditionnelle ;
- une unité socio-éducative d'information, de sensibilisation et d'éducation des jeunes sur la SSR ;
- une unité médicale offrant des services SSR : prise en charge des IST, suivi des grossesses chez les adolescentes, consultations PF.

Le complexe assure la formation de jeunes animateurs de quartier, des encadreurs sportifs, des leaders de jeunes en IEC sur la SR.

Selon la stratégie préconisée, les maisons de jeunes et de la culture disséminées dans le pays, aussi bien en milieu rural qu'urbain et implantées dans presque chaque quartier, seront transformées en centres d'offres de services pour jeunes.

L'association nigérienne pour le bien-être familial (ANBF) a mis en place des centres conseils et d'éducation pour jeunes à Niamey, Dosso, Maradi et Tahoua, soit quatre centres au total.

e) Sénégal

Jusqu'en septembre 1999, la santé de la reproduction des adolescents n'avait pas de programme structuré. C'est à partir de cette date qu'une politique de santé de la reproduction des adolescents a vu le jour. Ainsi, un bureau de la santé de la reproduction des adolescents a été créé au sein du service national de santé de la reproduction. Un plan d'actions annuel a été élaboré. Ses activités ont porté essentiellement sur un voyage d'études au Mexique et la préparation d'une évaluation de base de la santé de la reproduction. Le bureau s'attelle à la coordination de la politique de SR au Sénégal.

En dehors du ministère de la Santé, d'autres institutions mettent en œuvre des activités de SRAJ.

Le ministère de la Jeunesse abrite un programme de SRAJ mis en oeuvre par le projet promotion des jeunes (PPJ) avec l'appui financier du FNUAP. En plus des activités de sensibilisation de toutes les composantes de la population pour un accès des jeunes aux services de santé de la reproduction, le PPJ dispose de 13 centres conseil pour adolescents répartis de la manière suivante :

- trois centres à Dakar dans les communes des Parcelles assainies, de Pikine et de Rufisque ;
- un centre dans les communes de Bakel, Kaolack, Kédougou, Kolda, Louga, Mbacké, Mbour, Tambacounda, Vélingara et Ziguinchor.

Les services dispensés dans ces centres englobent le counseling et les activités cliniques.

Le ministère de l'Education nationale pilote un programme d'EVF (éducation à la vie familiale) aussi bien à l'élémentaire qu'au moyen/secondaire.

Les ONG s'investissent aussi dans la SR des adolescents. C'est ainsi que l'ASBEF (Association Sénégalaise pour le Bien être Familial) dispose de centres pour jeunes à Dakar et à Richard Toll. Le centre de Dakar mène des activités de sensibilisation et d'encadrement des jeunes pour la promotion de la SRAJ. Elle mène aussi des activités cliniques et offre les services ci-après :

- la médecine générale ;
- la gynécologie ;
- la planification familiale avec comme méthodes disponibles les injectables, la pilule et le condom/spermicides. Si d'autres méthodes sont demandées, le centre réfère les clients à la clinique ASBEF dont les prestataires ont été formés pour offrir des services de qualité dans un environnement convivial aux jeunes ;
- le counseling IST/VIH/SIDA avec référence aux centres pratiquant les tests et counseling volontaires.

En dehors de ces services, le centre pour jeunes de l'ASBEF travaille avec le milieu scolaire, notamment avec les professeurs de sciences naturelles pour une meilleure prise en compte des problèmes de SR des jeunes dans les cours. Il met en oeuvre aussi un projet financé par le FNUAP ciblant les filles en milieux urbain et rural défavorisés. Ce programme se compose :

- d'activités génératrices de revenus (AGR) ;
- de compétences de vie (life skills) sur la SR, le genre, la communication, le marketing, etc. ;
- d'activités d'IEC sur la SR. Il n'y a pas encore de services cliniques, mais des unités mobiles offrant de tels services sont prévues.

L'engagement politique s'est manifesté par la création d'un bureau chargé de la santé et du développement des adolescents au sein de la division de la santé de la reproduction.

Pour rendre l'environnement favorable à la SR des adolescents, des actions de sensibilisation au sein de la communauté ont permis de toucher, surtout à Saint Louis et à Louga, les parents, les élus locaux, les leaders religieux. Des discussions dans les quartiers ont impliqué les groupements féminins pour renforcer la communication parent/enfant. Le renforcement des compétences des adolescents et les activités d'animation ont occupé une bonne place dans cette stratégie.

Les coordonnatrices SR des 10 centres de référence ont été formées à la prise en charge des problèmes psychosociaux des adolescents. Les équipes cadres de Saint Louis et de Louga (11 personnes), deux enseignantes de l'ENDSS (école nationale de développement sanitaire et social) et deux personnes du niveau central ont reçu une formation de formateurs sur la SRA organisée par l'OMS/Genève. En plus, 32 prestataires de santé ont été formés en SRA.

Cette stratégie a permis de réaliser dans les zones d'intervention de Louga et de Saint Louis les acquis suivants :

- entre 2000 et 2002, le taux de connaissance des méthodes contraceptives est passé de 49 à 61%; le taux des jeunes ayant reçu des informations sur la SR à l'école de 13 à 41% et la proportion des jeunes ayant reçu ces informations en dehors de l'école de 12 à 43% ;
- les parents et les leaders d'opinion souhaiteraient jouer un rôle plus actif dans la mise en oeuvre des programmes de SR des adolescents ;
- un curriculum de renforcement des compétences des adolescents a été développé et testé ;
- les média sont disponibles gratuitement pour sensibiliser le public.

2.2.2 Contraintes communes à tous les pays

a) Contraintes institutionnelles

L'absence de politique structurée de la santé des adolescents se traduit par des problèmes d'accessibilité (infrastructures inadéquates à des services SR pour adolescents, coût élevé des services pour une cible généralement sans revenu, attitudes des prestataires, stigmatisation de la structure perçue comme un espace réservé aux femmes et aux enfants...)

Les horaires ne sont pas toujours adaptés. La plupart des formations sanitaires fonctionnent selon les horaires fixés par la fonction publique (pendant que les enfants sont censés être à l'école), ce qui ne répond pas toujours aux besoins des adolescents.

Les parents sont peu impliqués dans la communication pour le changement de comportement des adolescents.

b) Contraintes socioculturelles

Les tabous entourant la sexualité engendrent chez l'adolescent célibataire divers sentiments : la gêne, la honte et la peur des indiscretions. La société est réservée sur la sexualité de l'adolescent. Cela découle d'une perception que l'information sur la SR entraîne plus de permissivité des adolescents. Pour l'adolescent (e) marié(e), il y a l'attente d'une fécondité immédiate. Par conséquent, beaucoup de parents désapprouvent la fréquentation des structures de SR par les jeunes. Force aussi est de constater des réticences chez certains leaders religieux et coutumiers surtout quand il s'agit de la contraception. Il est très important de les impliquer dans la mise en place des programmes pour obtenir l'adhésion des communautés.

c) Contraintes humaines

Les problèmes ont pour source l'inadaptation de la formation de base des médecins, des sages femmes et des infirmiers pour l'offre de services aux jeunes adolescents. La conséquence est l'adoption d'attitudes décourageant les jeunes et les adolescents à fréquenter les structures.

Il y a aussi une sous information et une insuffisance de formation des parents et enseignants pour la prise en charge des questions de SR.

La déperdition des pairs éducateurs est une chose courante: ils ne sont généralement pas motivés et s'ils trouvent d'autres opportunités d'emploi plus intéressantes, ils s'en vont.

La confidentialité n'est pas respectée parce que les infrastructures sont souvent inadaptées et le personnel de santé est insuffisamment formé. Ce qui semble justifier la non-fréquentation des formations sanitaires

par les adolescents. Certains prestataires de services adoptent des attitudes empreintes de jugement de valeur, ce qui n'encourage pas les adolescents à fréquenter les structures sanitaires.

d) Contraintes partenariales

La multiplicité des acteurs, l'absence de coordination entre les intervenants, la faible collaboration avec les communautés, le manque de participation des jeunes à la conception et à la mise en oeuvre des programmes qui leurs sont destinés, la non implication de la jeunesse rurale dans les programmes de SR et l'insuffisance des moyens financiers consacrés aux programmes de SRA.

2.2.3 Contraintes spécifiques

a) Burkina

Les domaines d'interventions des acteurs de la santé des jeunes se répartissent entre deux axes principaux : le curatif et le préventif.

L'axe curatif est assuré par les centres médico-scolaires et les centres pour jeunes. Il se distingue par la rareté des intervenants et des prestations offertes.

La prévention regroupe la plupart des intervenants. Certains domaines comme les violences, la toxicomanie et l'alimentation demeurent très peu couverts.

La qualité des services en matière de santé des jeunes est affectée par la discontinuité dans les prestations caractérisées par l'absence d'un système de référence et de contre référence. En plus, de nombreuses approches sur le terrain sont sélectives (VIH/SIDA) ou sont conçues au départ sur des activités sélectives (centre d'écoutes, centres de soins..).

Le profil sanitaire des jeunes est difficile à préciser tant les interventions revêtent un caractère sélectif. Le système d'information sanitaire n'assure pas une bonne collecte des informations. La plupart des études se limitent aux aspects liés à la santé de la reproduction.

Les intervenants sur la santé des jeunes sont nombreux. Les contenus des interventions sont très variés. Certains domaines sont plus couverts que d'autres. La coordination entre les acteurs est très faible.

b) Gambie

Les contraintes majeures ont pour noms l'absence d'un programme d'IEC ciblant les jeunes, les parents, les leaders d'opinion et les décideurs politiques, la disponibilité, l'accessibilité des méthodes modernes de planification familiale à tous les clients potentiels. Même si ces contraintes sont communes à tous les pays considérés, ici les répondants y ont particulièrement insisté.

c) Mali

Les obstacles ont trait à l'insuffisance des moyens de l'Etat, à la difficulté de pérenniser les programmes pour adolescents, la non introduction des soins après avortement, le déficit d'informations sur les différents intervenants et les insuffisances de la loi sur la SR relatives à l'excision.

d) Niger

Non seulement les centres n'existent pas dans tous les départements et même lorsqu'ils sont créés, ils ne desservent qu'un nombre limité de quartiers. En outre, la législation sur la PF est restrictive à l'égard des jeunes et adolescents. « La PF est autorisée aux femmes mariées ou alors à la femme majeure (divorcée,

veuve...), », stipule la loi. Les jeunes et adolescents doivent être accompagnés d'un parent pour accéder aux services de PF. Cependant, cette restriction ne concerne pas les centres spécifiques d'offres de services SSR pour jeunes.

e) Sénégal

La recherche/action a mis en évidence plusieurs problèmes dont les plus saillants sont : l'inexistence de motivations pour les aides adolescents, la motivation financière demandée par les prestataires pour les activités supplémentaires, l'éloignement des points de prestations de services qui décourage certains adolescents à assister aux séances d'animation, la réserve de certains parents quant aux interventions des aides adolescents (pairs éducateurs), le refus de certains prestataires de s'impliquer dans le programme à cause de leurs convictions religieuses et la forte mobilité du personnel à Saint Louis.

2.2.4. Opinions des acteurs/intervenants

Tous les acteurs reconnaissent que la santé reproductive des jeunes est peu reluisante et de nature à s'aggraver compte tenu du comportement des jeunes. Les données de prestations des structures visitées au cours de cette étude donnent une large prédominance d'une demande des jeunes pour des soins liés aux IST et à la contraception. Les jeunes utilisateurs sollicitent des interventions axées sur des pathologies comme les IST/VIH/SIDA, les avortements clandestins, les grossesses non désirées, l'alcoolisme et la toxicomanie en milieu jeune.

a) Les leaders d'opinion et les parents

Les abus sexuels et la non-utilisation des méthodes de planification familiale représentent les problèmes majeurs des jeunes, aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural. Toutefois, la planification familiale reste un tabou dans la mesure où les mêmes répondants pensent qu'elle encourage la permissivité chez les adolescents.

b) Les prestataires de services

Les adolescents et les jeunes sexuellement actifs devraient bénéficier des services de SR. Le fait que les IST constituent l'un des trois problèmes majeurs pour lesquels les jeunes cherchent des traitements dans les structures de santé témoigne d'une faible utilisation du condom. Ils n'ont pas eu de formation en SRAJ et les structures de santé ne sont pas équipées adéquatement pour offrir ces services.

c) Les décideurs politiques

Même si beaucoup de décideurs politiques ont estimé être au courant des politiques mises en place, seul un nombre très limité connaît les objectifs de ces politiques.

Concernant l'éducation, plusieurs d'entre eux ont suggéré un cadre politique garantissant une éducation obligatoire et gratuite pour les filles, de même qu'un âge minimum pour leur mariage afin de réduire les grossesses des adolescentes.

En somme, l'étude a montré, de la part des autorités et prestataires, une faible préoccupation relative aux problèmes de SR et de planification familiale (PF) des adolescents et des jeunes. Cet état de fait, combiné à l'accès limité aux méthodes modernes de PF, expose les filles aux grossesses non désirées et à la déperdition scolaire.

III. Conclusions et recommandations

Les enseignements majeurs qui se dégagent de cette analyse peuvent être résumés comme suit :

La sexualité pré-nuptiale n'est pas un phénomène négligeable dans la région sahélienne, même si la situation est assez différente d'un pays à un autre. Au cours de ces dernières années, son intensité semble augmenter.

Les mariages précoces (avant 15 ans) demeurent une pratique relativement fréquente, surtout dans les campagnes. Dans certains pays, en zone rurale, parmi les générations récentes, une femme sur trois s'est mariée avant l'âge de 15 ans. Au cours de ces dernières années cependant, il y a eu une tendance au recul de l'âge au premier mariage, notamment en zone urbaine.

Une proportion non négligeable de femmes urbaines restent célibataires jusqu'à l'âge de 20 ans ou au-delà. Les évolutions récentes suggèrent une prolongation du célibat dans les grandes villes. En zone rurale, si dans certains pays la situation est restée stationnaire, dans d'autres, la tendance semble plutôt à la baisse.

Les naissances pré-nuptiales avant 20 ans ne sont pas négligeables. Toutefois, elles concernent plus la zone urbaine que la zone rurale et n'ont pas la même ampleur d'un pays à un autre. L'évolution du phénomène au cours de ces dernières années est plutôt contrastée. Les pays qui ont enregistré une recrudescence de la sexualité avant le mariage n'ont pas forcément connu une hausse des naissances pré-nuptiales. Cette situation est probablement en rapport avec une meilleure utilisation de la contraception.

Dans la majorité des pays, une proportion importante des adolescentes mariées approuvent la planification familiale. Cependant, leurs maris ont des niveaux d'approbation inférieurs. Au cours de ces dernières années, l'approbation de la planification familiale par les adolescentes mariées semble avoir connu une évolution positive en zone rurale.

La communication entre les jeunes femmes et leurs maris à propos de la planification familiale est assez limitée en zone rurale et des progrès en la matière ne sont pas évidents pour tous les pays.

Concernant la prévalence contraceptive moderne, elle est plus élevée chez les adolescentes célibataires sexuellement actives, comparativement à celles qui sont en union. Mais chez les adolescentes en union, la situation semble avoir progressé au cours de ces dernières années.

La connaissance des maladies sexuellement transmissibles autres que le SIDA n'est pas généralisée. Globalement, près de la moitié des adolescentes n'ont pas entendu parler de ces infections. Du reste, elles ont un niveau de connaissance inférieur à celui des femmes plus âgées. Le condom en tant que mesure de prévention du VIH/SIDA est assez peu connu par les adolescentes rurales.

S'agissant des consultations prénatales, il apparaît que les adolescentes sont enclines à les effectuer au même titre que les femmes plus âgées. Ces adolescentes ont eu tendance à faire plus de consultations au cours de ces dernières années.

Cependant, en zone urbaine, à la différence de la zone rurale, les jeunes mères n'ont pratiquement pas fait de progrès concernant les visites à un moment approprié de la grossesse (dans les six premiers mois).

Le risque de décès pendant le premier mois de vie est plus élevé chez les enfants issus de mères adolescentes, comparativement à ceux de mères plus âgées. On ne peut pas dire qu'il y a eu globalement une évolution positive (au cours de ces dernières années) du quotient de mortalité néo-natale chez les enfants de mères jeunes; alors que tel semble être le cas pour les autres enfants.

Les principales conclusions énumérées ci-dessus dégagent pratiquement les mêmes schémas que l'étude similaire réalisée en 1995. A la différence de l'édition précédente toutefois, en raison de la disponibilité de données supplémentaires, l'analyse actuelle a fourni plus d'informations sur les éventuels changements dans le temps. Certes, des évolutions positives ont été enregistrées, mais force est de reconnaître que le progrès ne concerne pas tous les aspects.

On peut dire que globalement, les problèmes de santé de la reproduction des jeunes, identifiés dans la brochure "Jeunes en Danger" depuis 1995, sont toujours d'actualité dans les cinq pays du Sahel couverts par la présente étude. Pourtant, aussitôt après les conférences du Caire en 1994 et de Ouagadougou en 1997, les Etats se sont employés à exécuter les recommandations en mettant en place des politiques et programmes basés sur le concept de la santé de la reproduction.

Relativement récentes, ces initiatives n'ont pas encore donné des résultats consistants au regard de l'ampleur des problèmes de SRAJ. La plupart des pays ne disposent pas encore de politique structurée de SRAJ. Par conséquent, plusieurs contraintes pèsent encore sur les programmes de santé des jeunes.

Le caractère partiel du progrès autorise à recommander le renforcement des actions déjà entamées. A la lumière des problèmes identifiés, il importe de mettre l'accent sur :

- les pesanteurs socioculturelles qui font que les problèmes de SR des adolescents restent toujours tabous. Certaines composantes des programmes telles que la PF ne sont pas acceptées par la communauté (parents, leaders religieux et traditionnels, etc.). Cette perception négative rend difficile le dialogue entre les différentes composantes de la société ;
- la faible couverture géographique des services de santé de la reproduction des adolescents ;
- la pérennisation des programmes à l'intention des jeunes : les services spécifiques pour adolescents sont coûteux d'une part et de l'autre, ils concourent à maintenir la stigmatisation en confortant l'idée que les adolescents ne peuvent pas fréquenter les mêmes espaces que les adultes. Pourtant, la gêne et ses conséquences sur la fréquentation des structures sont perceptibles, même entre les adultes ;
- la performance générale des programmes qui dépend des ressources pour une couverture optimale des besoins à travers tout le territoire national, de l'organisation des services, des mécanismes de coordination, de l'environnement juridique...

Toutefois, compte tenu de la complexité des problèmes les actions précises à mener nécessitent une réflexion plus approfondie mettant à contribution spécialistes et autres personnes ressources.

Pour une amélioration du système SRAJ, les recommandations suivantes peuvent être formulées :

- améliorer le système d'information sanitaire sur SRAJ ;
- intensifier les formations/ recyclages des prestataires ;
- équiper les formations sanitaires ;
- mettre en place ou réactiver la coordination pour le suivi de l'application effective de politiques, normes et protocoles en matière de SRAJ ;
- impliquer davantage les adolescents dans la formulation, l'exécution et l'évaluation des programmes SRAJ ;
- accroître les actions de plaidoyer en direction des autorités politiques, religieuses et coutumières.

En plaidoyer, il reste à opérationnaliser les programmes et politiques, augmenter le plaidoyer et les ressources pour l'opérationnalité des programmes. Pour venir à bout des contraintes identifiées, il est nécessaire de prendre les mesures suivantes :

- promouvoir « l'acceptabilité » de la santé de la reproduction des adolescents par de vastes campagnes de sensibilisation pour le changement de comportement et le plaidoyer. A cet effet, il conviendra d'informer et de former les parents, les leaders religieux, traditionnels et autres leaders d'opinion de même que les adolescents et les prestataires de services SR pour une meilleure compréhension des enjeux de la SR des jeunes en vue d'instaurer un système de prise en charge de la santé sexuelle et de la reproduction des jeunes par la communauté. Dans ce processus, il s'agira de faire jouer un rôle déterminant aux leaders d'opinion en général par le biais du plaidoyer ;
- adopter des politiques structurées de santé de la reproduction des adolescents susceptibles :
 - de rendre accessibles les services à tous les jeunes potentiellement demandeurs par le biais de la décentralisation et la réduction des coûts ;
 - d'assurer la formation et le recyclage de tout le personnel sanitaire pour une prise en charge appropriée des besoins spécifiques des adolescents ;
 - de rendre possible l'offre des services pour adolescents dans les points de prestations de services classiques. Les centres spécifiques pour adolescents permettent de faire face aux besoins urgents de SR des adolescents vu le contexte socioculturel défavorable. Mais vu leur coût, leur dépendance au financement des bailleurs de fonds et surtout leur contribution au maintien de la stigmatisation (clivage adolescent/adulte), leur viabilité peut poser problème à long terme ;
- d'assainir l'environnement juridique par l'adoption de lois garantissant le droit des jeunes à la SR et de dispositions réglementaires (décrets, PNP, directives, notes de services, etc.) susceptibles de supprimer les goulots d'étranglement dans le système de mise en oeuvre des politiques et programmes ;
- d'instaurer un système performant de coordination des interventions des différents acteurs ;
- d'accompagner les programmes en direction des jeunes d'activités génératrices de revenus pour leur permettre d'une part de pouvoir s'offrir les services de SR et d'autre part d'éviter les comportements à risque. En effet, les entretiens ont montré que l'absence de revenu constitue un facteur de vulnérabilité des jeunes face à la prostitution, à la toxicomanie, etc.
- de traduire la volonté et l'engagement politique par un accroissement conséquent des financements de l'Etat afin, à terme, de pérenniser les programmes de SR en général et de SR des adolescents en particulier ;
- réaffirmer les engagements pris relativement aux recommandations de Ouagadougou en faisant référence au PAO dans les documents de politiques et programmes de SR ;
- instaurer un partage des expériences en matière de SR des jeunes/adolescents dans la sous région.

Annexes

Annexe 1 : Ages médians au premier rapport sexuel, au premier mariage, à la première maternité, parmi les femmes âgées de 20- 49 ans au moment de l'enquête, selon le pays et la zone de résidence

	Urbain	Rural	Ensemble
Age médian au premier rapport sexuel			
Burkina Faso 1992/1993	17,6	17,3	17,3
Burkina Faso 1998/1999	18,0	17,4	17,4
Chad 1995/1996	15,7	15,6	15,6
Mali 1995/1996	16,3	15,7	15,8
Mali 2001	16,3	15,8	15,9
Mauritanie 2001	18,1	17,4	17,8
Niger 1992	15,6	15,1	15,1
Niger 1998	16,4	15,1	15,2
Sénégal 1992/1993	18,3	15,8	16,6
Sénégal 1997	19,7	16,6	17,8
Age median au premier mariage			
Burkina Faso 1992/1993	18,0	17,4	17,5
Burkina Faso 1998/1999	19,1	17,5	17,6
Chad 1995/1996	16,2	15,9	15,9
Mali 1995/1996	17,1	15,8	16,0
Mali 2001	17,8	16,2	16,5
Mauritanie 2001	18,3	17,5	17,9
Niger 1992	15,6	14,8	14,9
Niger 1998	16,4	15,1	15,2
Sénégal 1992/1993	19,0	15,8	16,6
Sénégal 1997	-	16,6	18,0
Age médian à la première maternité			
Burkina Faso 1992/1993	19,7	19,0	19,1
Burkina Faso 1998/1999	-	19,1	19,3
Chad 1995/1996	18,5	18,3	18,3
Mali 1995/1996	19,3	18,4	18,7
Mali 2001	19,5	18,5	18,8
Mauritanie 2001	-	-	-
Niger 1992	18,6	17,8	18,0
Niger 1998	19,0	17,7	17,9
Sénégal 1992/1993	-	18,7	19,4
Sénégal 1997	-	19,1	-

Annexe 2 : Principaux indicateurs socio-démographiques du Burkina Faso, du Tchad, du Mali, de la Mauritanie, du Niger et du Sénégal

	Burkina Faso	Tchad	Mali	Mauritanie	Niger	Sénégal
Population totale (milliers) mi-2003	13 517	9 533	11 855	2 970	12 499	10 886
Population féminine de 15 - 19 ans (milliers) mi-2003	704	448	593	156	508	524
Population masculine de 15 - 19 ans (milliers) mi-2003	714	491	641	166	605	599
Population totale de 15 - 19 ans (milliers) mi-2003	1 418	939	1 234	322	1 113	1 123
Taux brut de natalité (‰)	42,5	47,8	45,1	32,1	51,2	42,0
Indice synthétique de fécondité	6,4	6,6	6,8	4,7	7,2	6,7
% connaissant une méthode contraceptive moderne (femmes en union)						
Urbain	97,6	71,6	90,5	89,8	97,3	95,6
Rural	74,3	35,1	73,7	57,8	71,0	75,5
Ensemble	77,2	42,8	77,8	70,8	75,1	82,5
% utilisant une méthode contraceptive quelconque (femmes en union)						
Urbain	29,4	9,4	17,8	15,8	22,9	23,8
Rural	9,3	2,7	4,9	2,6	5,5	7,1
Ensemble	11,9	4,1	8,1	11,4	8,2	12,9
% utilisant une méthode contraceptive moderne (femmes en union)						
Urbain	20,1	4,2	14,7	11,8	18,6	19,3
Rural	2,6	0,3	2,8	0,6	2,1	2,1
Ensemble	4,8	1,2	5,7	7,1	4,6	8,1
Quotient de mortalité infantile (‰)						
Urbain	67,4	99,3	105,9	71,0	79,9	50,2
Rural	113,2	122,7	131,9	76,0	146,7	79,1
Ensemble	108,6	109,8	126,2	74,0	135,8	69,4
Quotient de mortalité infanto-juvénile (‰)						
Urbain	129,1	190,0	184,6	112,0	178,1	89,4
Rural	234,7	203,9	253,2	120,0	327,4	165,3
Ensemble	224,1	200,9	238,2	116,0	302,6	139,3

Sources: 1) Population Reference Bureau (PRB), Data sheet 2003

2) Enquête démographiques et de santé: Burkina Faso, 1998/1999; Tchad, 1996/1997; Mali 2001; Mauritanie 2000/2001; Niger 1998; Sénégal 1997

Bibliographie

1. Centre d'Études et Recherche sur la Population pour le Développement (CERPOD), Institut du Sahel et Institute for Resource Development/Westinghouse, Columbia, Maryland: Enquête Démographique et de Santé au Mali 1987.
2. Centre d'Études et de Recherche sur la Population pour le Développement (CERPOD), Institut du Sahel : Les jeunes en danger , résultats d'une étude régionale dans cinq pays d'Afrique de l'Ouest
3. Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé (CPS), Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique (DNSI) et ORC Macro 2002. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2001. Calverton, Maryland, USA: CPS/MS DNSI et ORC Macro.
4. Coulibaly Salif, Fatoumata Dicko, Seydou Moussa Traoré, Ousmane Sidibé, Michka Seroussi et Bernard Barrère 1996. Enquête Démographique et de Santé, Mali 1995-1996. Calverton, Maryland, USA: Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé, Direction Nationale de la Statistique et de l'informatique et Macro International Inc.
5. ORC Macro: Site Web
6. PRB : Population Data Sheet 2003

LES PUBLICATIONS DU CERPOD

**. Les résultats de la recherche
démographique au Sahel et en Afrique**

**. Les Actes de rencontres importantes
(colloques, séminaires,...) sur la population**

Plusieurs séries :



Etudes et Travaux



Working Papers



Rapports de Recherche



Rapports de Synthèse



Actes

Publications du CERPOD

Dernières parutions

SERIE ETUDES ET TRAVAUX

no 14

Sadio TRAORE

- Migrations et Urbanisation dans le Sahel (MUSAH) : Etat des connaissances - Synthèse régionale.

no 15

Sadio TRAORE et Philippe BOCQUIER

- Réseau Migrations et Urbanisation dans le Sahel (MUSAH). Synthèse régionale.

no 16

Sadio TRAORE

- Migrations et Insertion socio-économique dans les villes en Afrique de l'Ouest.

RAPPORTS DE RECHERCHE

Profil démographique et socio-économique du Tchad 1960-2000, INSAH juin 2003

Profil démographique et socio-économique du Burkina Faso 1960-2000, INSAH juin 2003

Demographic and et Socio-Economic Profile of the Gambia 1960-2000, INSAH juillet 2003

Profil démographique et socio-économique du Niger 1960-2000, INSAH septembre 2003

Profil démographique et socio-économique du Sénégal 1960-2000, INSAH octobre 2003

Profil démographique et socio-économique de la Guinée-Bissau 1960-2000, INSAH décembre 2003

Profil démographique et socio-économique du Mali 1960-2000, INSAH janvier 2004

POP SAHEL

no 27

- Dynamique contraceptive : Quelles réponses à l'avortement provoqué ?.

no 28

- Politiques de population au Sahel : Perspectives pour le 21^{ème} siècle.

no 29

- Contribution de la société civile dans la mise en oeuvre des Programmes d'Action du Caire et de Ouagadougou.

no 30

- Programme d'Action de Ouagadougou cinq ans après. Ensemble pour le bien-être du Sahel.

BROCHURE

Connaissance et utilisation du condom masculin en Afrique sub-saharienne.

Pour toute information, s'adresser à :
M. le Responsable du Centre d'Etude et de Recherche en Population et développement
(CERPOD)
B.P. 1530
Bamako (MALI)
Tél : (223) 222 30 43 / 222 80 86 / 222 46 07
Fax : (223) 222 78 31
E-mail : btraore@cerpod.insah.org