

Sexualité et mode de contrôle de la fécondité chez les jeunes en Afrique subsaharienne

VALÉRIE DELAUNAY et AGNÈS GUILLAUME

Lors de la Conférence du Caire en 1994 et celle de Beijing en 1995, les États ont adopté des déclarations précisant que les hommes et les femmes de tous âges avaient « le droit de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances, de disposer des informations nécessaires pour ce faire et du droit de tous à accéder à une meilleure santé en matière de sexualité et de reproduction » (Nations unies, 1994). Ces déclarations soulignaient que les programmes en matière de santé de la reproduction devaient être accessibles aux femmes et aux hommes, quel que soit leur âge et leur situation, et en particulier aux adolescents. Si ces conférences ont contribué au développement et au renforcement de ces programmes, ceci a surtout concerné les activités de planification familiale. En effet, la santé sexuelle reste encore une composante négligeable des programmes de santé de la reproduction. On le note en particulier dans les cursus de formation des médecins, personnels de santé et personnels enseignants dans les pays en développement qui n'abordent que rarement ces questions (Haslegrave et Olatunbosun, 2003). Quant à la planification familiale, elle n'est pas encore accessible à toutes les femmes, puisque la cible privilégiée de ces programmes reste souvent les femmes mariées qui recourent à la contraception pour espacer les naissances. La promotion de ces méthodes a pour objectif principal de préserver la santé de la mère et de l'enfant, excluant de fait les jeunes femmes

sans enfants, et ne considère pas assez la question de la sexualité chez les jeunes. Ces éléments sont autant de blocages à l'intégration des questions relatives à la sexualité et à la planification familiale dans des programmes de santé publique et à la satisfaction des besoins des adolescents.

Ce chapitre vise à décrire le contexte de l'entrée en vie sexuelle et féconde des jeunes hommes et femmes en Afrique. L'accent est mis sur le rôle éventuel que le mariage joue dans le début de la vie adulte. Nous analysons les modes de prévention adoptés par les jeunes au début de leur vie sexuelle en considérant le rôle de l'avortement dans la régulation de la fécondité.

L'entrée en vie sexuelle : un contexte nouveau

L'« adolescence » ou la « jeunesse » sont des concepts difficiles à définir, mais l'on reconnaît l'existence d'une période charnière du cycle de vie, passage de l'enfance à l'âge adulte, régie par des normes sociales de comportement. L'adolescent ou le jeune est souvent défini en référence à une classe d'âge¹. Pourtant, même si les risques en matière de santé de la reproduction liés à l'âge sont indéniables (Zabin et Kiragu, 1998 ; Trussell et Pebley, 1984 ; Hobcraft *et al.* 1985 ; Alam, 2000), le risque biologique consécutif aux grossesses trop précoces n'est pas aujourd'hui le plus préoccupant. On s'interroge plus aujourd'hui sur les conséquences sanitaires et sociales d'une sexualité prémaritale. En effet, la diffusion des IST, la multiplication des tentatives d'avortement, les échecs scolaires, les rejets familiaux, la prise en charge des enfants issus de grossesses non désirées sont autant de conséquences récurrentes dans la problématique actuelle de la santé reproductive des jeunes.

Les conditions d'entrée dans la vie sexuelle évoluent et les changements survenus au cours des deux dernières décennies en Afrique subsaharienne, tout comme dans d'autres parties du monde, ne correspondent pas tant à une modification de l'âge au premier rapport sexuel ou à la première naissance,

1. L'âge considéré pour l'adolescence est soit 15-19 ans, soit 10-19 ans, soit 15-24 ans ; dans ses programmes de santé, l'OMS considère comme adolescents la classe 10-19 ans.

qu'à une modification du contexte social dans lequel les jeunes générations entrent dans la vie sexuelle et féconde (Bledsoe et Cohen, 1993). Les hypothèses explicatives de l'évolution des comportements sexuels des adolescents se fondent sur deux propositions : l'une considérant la sexualité prémaritale comme une stratégie économique rationnelle² (Djamba, 1997, Silberschmidt et Rasch, 2001), l'autre comme le résultat d'une désorganisation sociale (Meekers, 1994 ; Bledsoe et Cohen, 1994 ; Calvès, 2000a).

En Afrique subsaharienne, le mariage précoce des filles permettait de contrôler la sexualité des adolescentes en limitant la période de célibat à l'âge pubère, et les rites d'initiation pour les garçons évitaient une sexualité trop précoce. Aujourd'hui, les modifications sociales, économiques et culturelles que connaît l'Afrique subsaharienne conduisent à un recul de l'âge d'entrée en union, au moins pour les femmes, et à un affaiblissement des rites traditionnels régissant l'entrée en vie sexuelle.

Avec le recul de l'âge au premier mariage, la sexualité féminine, autrefois socialement contrôlée par une entrée précoce en union, s'exerce dans bien des cas avant le mariage, échappant au contrôle des aînés (Blanc et Way, 1998). Les jeunes hommes commencent plus tôt leur vie sexuelle (Delaunay et *al.*, 2001 ; Bozon et Hertrich, 2004). Ainsi, on voit apparaître une « période de sexualité juvénile autonome » qui échappe au contrôle de la génération précédente et aboutit à une plus grande individualisation des comportements (Bozon et Hertrich, 2004). Il s'agit en fait d'une période de sexualité prémaritale, caractérisée par une plus grande instabilité, qui est reconnue comme une période de risque d'infection sexuellement transmissible (dont le VIH/sida) et de grossesses non désirées, lorsque aucune prévention n'est pratiquée.

Pour les jeunes non mariés, l'accès aux services de planification familiale et de prévention des IST reste souvent difficile et les personnels de santé ne sont pas toujours réceptifs et accueillants (Olukoya et *al.*, 2001). En effet, l'accueil qui leur est réservé est bien souvent emprunt de la faible reconnaissance des

2. C'est le cas des jeunes filles qui ont des relations sexuelles, souvent avec des hommes plus âgés, en échange d'argent ou de cadeaux.

adultes au droit des adolescents à une sexualité et l'abstinence reste souvent la recommandation première. Les besoins des adolescents sont encore ignorés ou insatisfaits et les conséquences en sont visibles à travers le nombre croissant de grossesses avant le mariage (Meekers, 1994 ; Calvès, 2000b ; Brown *et al.*, 2001 ; Nzioka, 2004 ; Mouvagha-Sow, 2002 ; Mondain et Delaunay, 2003) et la pratique clandestine de l'avortement (Gage-Brandon et Meekers, 1994 ; Guillaume et Desgrées du Loû, 2002 ; Guillaume et Molmy, 2003). Les grossesses hors mariage sont, dans beaucoup de sociétés africaines, mal acceptées. Les jeunes femmes préfèrent souvent avorter que de mener à terme une grossesse rejetée par les parents et potentiellement préjudiciable à la poursuite de leurs études et de leur projet de vie.

L'épidémie de sida a généré un grand nombre de programmes d'information et de prévention. Ces programmes ont contribué à sensibiliser la population aux risques liés à une sexualité non protégée et à rendre plus accessibles les préservatifs : leur utilisation a progressé dans certains pays, mais il est parfois difficile pour les adolescentes d'en négocier l'utilisation (Silberschmidt et Rasch, 2001).

Si de nombreuses études sur les comportements sexuels et de fécondité des adolescents et des jeunes sont aujourd'hui publiées, peu de synthèses sont établies à l'échelle du continent (Mahy et Gupta, 2002). Dans ce chapitre, nous tentons de faire le point sur les niveaux et évolutions récentes en Afrique subsaharienne en matière de sexualité, de fécondité prémaritale, d'entrée en union, de prévention des grossesses et du recours à l'avortement chez les jeunes. Il est en effet intéressant de tirer partie des possibilités offertes par la mise à disposition des résultats des enquêtes démographiques et de santé (EDS) qui présentent des indicateurs comparables sur différents aspects de la santé reproductive des adolescents et des jeunes.

Données

L'étude s'appuie, pour la question de l'avortement, essentiellement sur une revue de la littérature publiée, et pour l'entrée en vie sexuelle et maritale et la

contraception sur les données des EDS³. La qualité de l'information recueillie lors des EDS concernant les âges (âge au moment de l'enquête, âge au premier rapport sexuel, âge au premier mariage) a été évaluée par différentes études (Blanc et Rutenberg, 1990 ; Rutstein et Bicego, 1990 ; Gage, 1995). Cette qualité est meilleure pour les générations les plus jeunes et s'améliore à chaque nouvelle enquête. Nous avons donc choisi d'utiliser, pour chaque pays, l'enquête la plus récente.

Par souci de simplicité, nous emploierons dans le texte le terme d'adolescent(e)s pour qualifier le groupe des 15-19 ans et de jeunes pour celui des 20-24 ans. Le choix de ces classes d'âge est uniquement lié à la manière dont sont produits les tableaux de données que nous utilisons.

Sexualité prémaritale

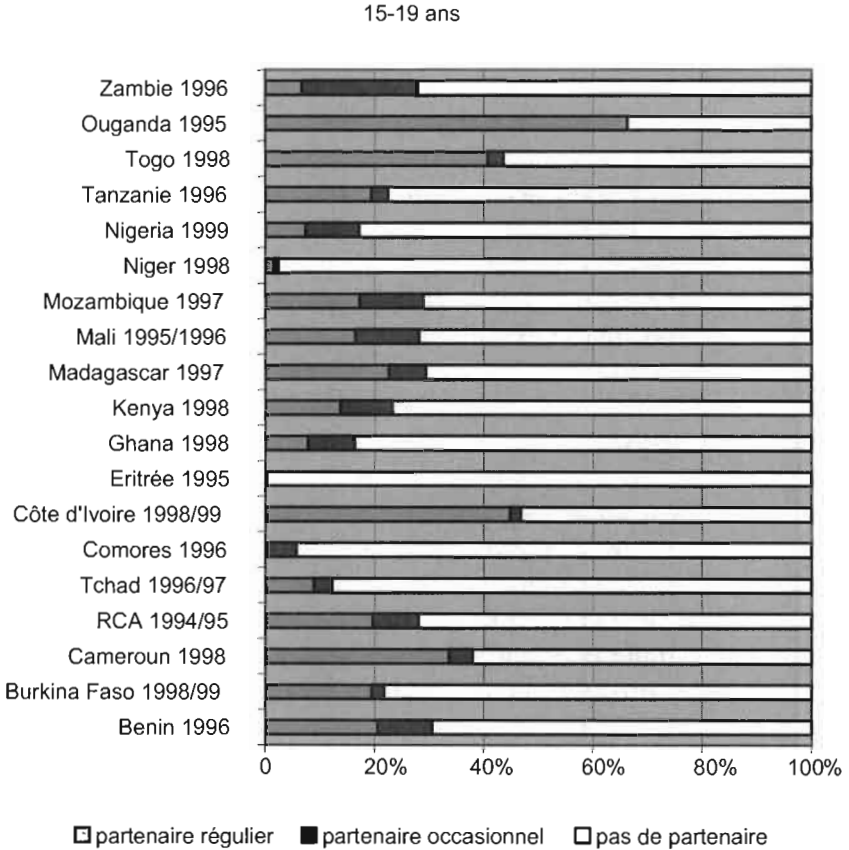
Les questionnaires EDS ne comportent pas toujours de questions sur la sexualité des célibataires. Ainsi, les indicateurs directs sur le niveau et les tendances de la sexualité prémaritale sont peu nombreux.

Mais pour certains pays, une répartition des célibataires adolescentes selon leur type de partenariat sexuel (partenaire occasionnel, régulier ou pas de partenaire) est proposée (figure 1). Aucune donnée similaire n'est disponible pour les hommes.

Les situations et conditions de l'entrée en vie sexuelle sont très diverses selon les pays. La part des adolescentes sexuellement actives varie fortement : très peu d'adolescentes sont sexuellement actives au Niger, en Érythrée et aux Comores (moins de 6 %), alors que deux tiers des jeunes Ougandaises et plus de 40 % des Togolaises et Ivoiriennes le sont. Globalement, ces jeunes femmes ont plutôt des partenaires réguliers. La sexualité avec des partenaires occasionnels est fréquente en Zambie, avec 20 % des adolescentes qui déclarent ce type de partenaire et, dans une moindre mesure, au Mali et au Mozambique (12 %).

3. Les indicateurs présentés proviennent des tableaux proposés sur le site web *Measure DHS+* (<http://www.measuredhs.com>).

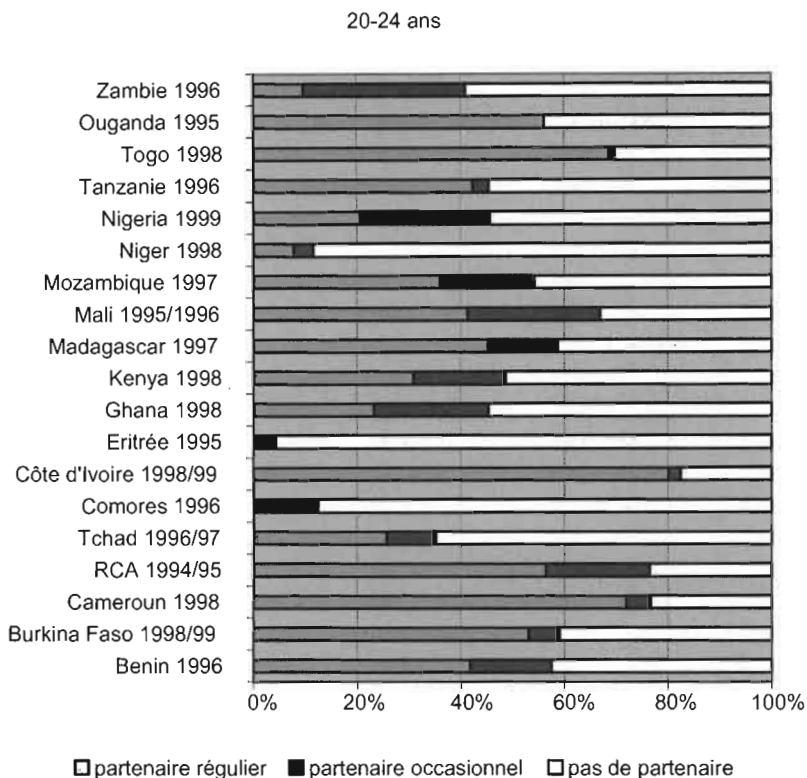
Figure 1. Répartition des femmes célibataires de 15-19 ans et 20-24 ans selon leur partenariat sexuel (partenaire régulier, occasionnel, pas de partenaire). Dernière EDS



L'intensité de la sexualité des jeunes célibataires varie fortement selon les pays et relève probablement d'une modification des normes régissant les comportements sexuels et d'un niveau de contrôle social sur les jeunes femmes très variable. Il est donc clair que la question de la santé reproductive des jeunes, et plus spécifiquement de la santé sexuelle, ne se pose pas dans les mêmes termes dans l'ensemble des pays africains.

Si la sexualité des femmes débute plus ou moins avant le mariage, selon le degré de permissivité sociale, on sait que celle des hommes est généralement

Figure 1 (suite) Répartition des femmes célibataires de 15-19 ans et 20-24 ans selon leur partenariat sexuel (partenaire régulier, occasionnel, pas de partenaire). Dernière EDS



initiée dans le célibat sous l'approbation tacite, parfois incitative, des aînés et des pairs (Singh et al., 2000).

De nombreuses études ont montré que la période de sexualité prémaritale tend à s'allonger, tant pour les hommes que pour les femmes, en raison du recul du mariage (Hertrich, 2001) et d'une puberté plus précoce (Pasquet *et al.*, 1999). Les données des EDS permettent d'observer les niveaux et tendances (selon les générations) des âges au premier rapport sexuel et au premier mariage, tant pour les hommes que pour les femmes, et des âges à la première naissance pour

les femmes, et ainsi d'avoir un panorama général de la période de sexualité et de fécondité prémaritale sur un grand nombre de pays d'Afrique subsaharienne.

Les résultats sont présentés, à l'instar de M. Bozon et V. Herrich (2004), sur un graphique ayant pour abscisse une génération jeune, et pour ordonnée, une génération plus âgée. Cette représentation permet de mettre en évidence les pays pour lesquels l'entrée en vie sexuelle, maritale et féconde est plus précoce (à droite de la diagonale) ou plus tardive (à gauche de la diagonale) au fil des générations.

Les groupes de générations ont été fixés selon les résultats disponibles. Ainsi, les hommes entrant en vie maritale plus tardivement, il est impossible de calculer l'âge médian au premier mariage pour la génération âgée de 25 à 29 ans à l'enquête dans un grand nombre de pays. Nous avons donc choisi de comparer les indicateurs des générations 30-34 ans et 50-54 ans à l'enquête pour les hommes et 25-29 ans et 45-49 ans à l'enquête pour les femmes.

Âge au premier rapport sexuel

L'âge au premier rapport sexuel est longtemps resté un indicateur contesté en raison de la suspicion à l'égard de la réponse à une telle question, jugée trop sensible aux problèmes de mémoire et de mauvaise qualité (Görge et *al.*, 1998 ; Oladepo et Brieger, 2000 ; Caraël, 1995). Force est de reconnaître aujourd'hui l'intérêt d'analyser cet indicateur qui ne semble pas relever de distorsions majeures interdisant son utilisation dans une perspective longitudinale (Bozon et Herrich, 2004 ; Blanc et Rutenberg, 1990 ; Gage, 1995).

Dans les EDS, la question sur l'âge au premier rapport sexuel (abordé par la date de consommation de l'union avec le premier partenaire) a d'abord été introduite pour les femmes au milieu des années 1980, puis pour les hommes au milieu des années 1990. Le fait d'assimiler la date de début de la vie sexuelle à celle du mariage montre bien un présupposé d'absence de sexualité hors mariage⁴.

4. Cependant, les rapports d'enquête ne présentent pas systématiquement les résultats sur l'entrée en vie sexuelle, et ce n'est que récemment que les indicateurs sur l'âge médian au

L'âge médian au premier rapport sexuel varie entre 15 ans au Niger et 20 ans au Rwanda, si l'on considère la génération la plus jeune (figure 2)⁵. La comparaison des résultats obtenus pour les deux générations montre que, dans de nombreux pays, l'âge au premier rapport sexuel des femmes est stable ou un peu plus tardif dans les générations les plus jeunes. Il marque un recul particulier en Mauritanie, au Rwanda, aux Comores, au Sénégal et en Érythrée. Il est légèrement plus précoce dans 5 pays d'Afrique de l'Ouest (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana, Guinée) et plus jeune d'une année au Botswana et en Namibie.

L'âge au premier rapport sexuel des hommes des jeunes générations varie entre 16,6 ans au Gabon et plus de 24 ans en Mauritanie. La tendance générale de l'entrée en vie sexuelle des hommes est inverse de celle des femmes. Dans la plupart des pays, l'âge au premier rapport sexuel des hommes tend à diminuer au fil des générations. Seul l'Ouganda présente un recul de l'entrée en vie sexuelle des hommes. La précocité des rapports sexuels est très importante aux Comores, au Sénégal, au Mali, en Zambie et en Guinée où l'âge médian recule de 2 à 4 années.

Une tendance lourde semble donc se dégager pour les hommes, allant vers une précocité de la sexualité dans l'ensemble des pays d'Afrique subsaharienne, tandis que les femmes présentent un retard du premier rapport sexuel.

Âge au premier mariage

Bien qu'il soit difficile de dégager une définition précise du mariage dans les enquêtes EDS, la tendance est de considérer le mariage comme une union reconnue par la religion, la coutume ou la loi. Cependant, les unions libres sont prises en considération lorsqu'elles donnent lieu à une cohabitation.

premier rapport sexuel sont disponibles sur le site web de *Measure DHS+*.

5. On trouvera, en annexe, les tableaux 1 à 3 qui contiennent les données, par pays et selon les générations, des âges médians au premier rapport sexuel, au premier mariage, à la première naissance, ainsi que les écarts de temps entre ces événements.

L'évolution de l'entrée en union peut être évaluée par l'analyse de l'âge médian au premier mariage selon les générations, pour les hommes et les femmes. Les résultats sont présentés, là aussi, pour deux groupes de générations sur un même graphique, permettant une lecture rapide des évolutions (figure 3).

Dans la plupart des pays présentés, les femmes se marient entre 15 ans (Niger) et 21 ans (Rwanda) à l'exception de la Namibie et du Botswana où les femmes entrent en union à 25 ans. La comparaison des indicateurs pour les deux groupes de générations montre que, dans l'ensemble des pays, l'âge d'entrée en union des femmes est stable ou marque un recul. Ce recul est particulièrement important au Soudan (recul de plus de 4 années), en Mauritanie, aux Comores, au Gabon et au Rwanda (recul de 2 à 3 années).

Les hommes entrent en union plus tardivement que les femmes : entre 22 ans (Mozambique, Tchad, Ouganda) et 30 ans (Sénégal). L'évolution de l'entrée en union est moins nette pour les hommes que pour les femmes. Des écarts importants sont à noter aux Comores et au Mozambique, où le mariage des hommes apparaît plus précoce de plusieurs années entre les 2 groupes de générations. En revanche, un mariage plus tardif est relevé au Sénégal, en Côte d'Ivoire et en Mauritanie. L'évolution du mariage masculin ne semble donc pas suivre de schéma général, mais plutôt être propre à chaque situation nationale.

Écart entre le premier rapport sexuel et le premier mariage

Les tendances de l'entrée en vie sexuelle et de l'entrée en vie maritale ne vont donc pas toujours dans le même sens. Pour mesurer l'ampleur de la période de sexualité prémaritale et son évolution selon les générations, nous avons calculé les écarts d'âges pour les hommes et les femmes. L'indicateur est obtenu par la différence entre l'âge médian au premier mariage et l'âge médian au premier rapport sexuel. Un indicateur positif signifie que le rapport sexuel précède le mariage. Pour en évaluer l'évolution selon les gé-

nération, nous avons présenté sur un même graphique l'indicateur obtenu pour deux groupes de génération (figure 4).

Dans l'ensemble, les indicateurs féminins sont tous positifs, ou, au moins le deviennent pour les jeunes générations, sauf pour 2 pays : Niger et Érythrée. La période de sexualité prémaritale des femmes est très faible dans les pays du Sahel (Burkina Faso, Sénégal, Mali, Mauritanie, Tchad), mais aussi en Guinée, au Burundi, en Éthiopie, aux Comores, au Nigeria, au Rwanda et au Zimbabwe. Elle est particulièrement élevée au Botswana et en Namibie où elle est de l'ordre de 6 à 7 années pour les générations les plus jeunes. On constate aussi que, dans la plupart des pays, cette période est en augmentation ; celle-ci est particulièrement rapide au Gabon, Cameroun, Libéria, Kenya et Zambie.

La période de sexualité prémaritale des hommes est beaucoup plus longue que celle des femmes, allant de 2 années au Niger et en Mauritanie, à près de 8 à 9 années au Sénégal, en Côte d'Ivoire, en Guinée, au Kenya et aux Comores. Cette période diminue au Mozambique, où la baisse de l'âge au mariage est plus intense que la baisse de l'âge au premier rapport sexuel. Quatre autres pays présentent, dans une moindre mesure, une diminution de la période d'activité sexuelle avant le mariage : l'Ouganda, les Comores, la RCA et le Ghana. Mais cette période tend à s'allonger dans de nombreux pays, s'expliquant par la précocité des rapports sexuels des hommes. Elle s'est allongée récemment et de manière intense au Sénégal et en Côte d'Ivoire, pays qui conjuguent retard au mariage et sexualité plus précoce.

Dans tous ces pays, d'importants changements se produisent avec, pour certains d'entre eux, l'émergence d'une longue période de sexualité avant le mariage. Cette période peut exposer certaines femmes aux risques de grossesses non prévues, si elles n'utilisent pas de contraception à cause du caractère occasionnel de leur sexualité, ou parce qu'elles n'ont pas la possibilité de recourir à la contraception, de par leur difficulté d'accès aux programmes ou de négociation avec leur partenaire pour l'utilisation d'une méthode.

Figure 2. Évolution de l'âge médian au premier rapport sexuel dans les différentes enquêtes entre 2 groupes de générations (source : EDS)

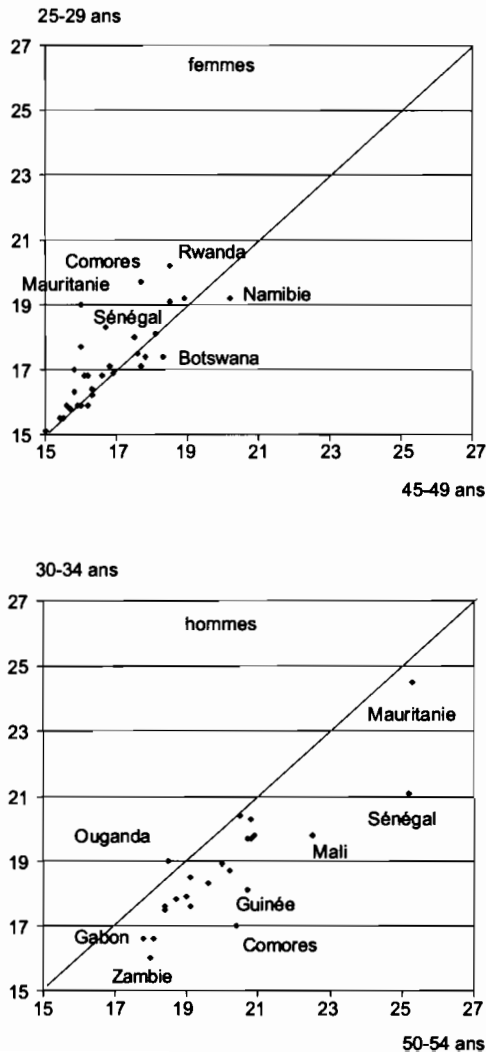


Figure 3. Évolution de l'âge médian au premier mariage dans les différentes enquêtes entre 2 groupes de générations (source : EDS)

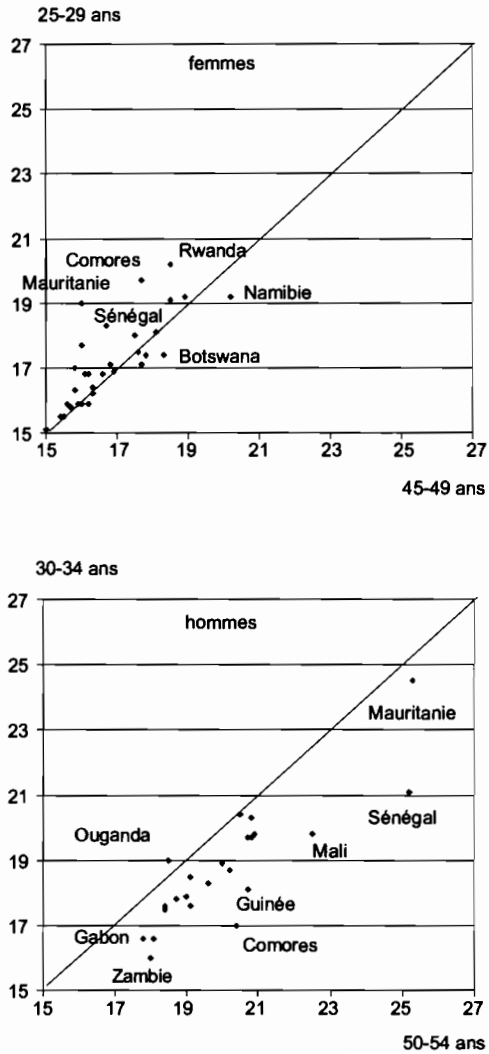
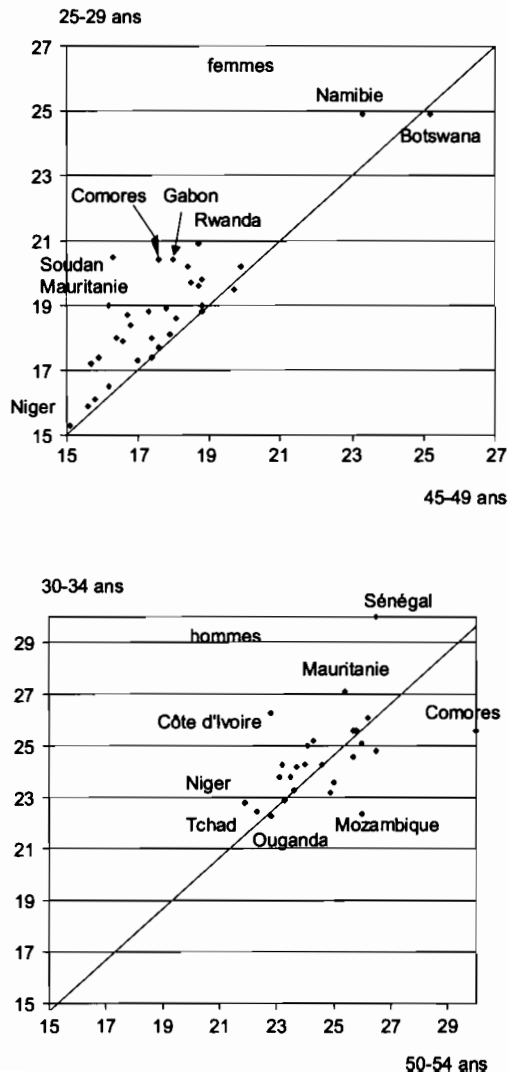


Figure 4. Évolution de l'écart d'âge entre premier rapport sexuel et premier mariage dans les différentes enquêtes entre 2 groupes de générations (source : EDS)



La fécondité prémaritale

La période de sexualité prémaritale, qui semble se développer de manière quasi générale sur le continent, a pour conséquence la multiplication des grossesses prémaritales.

Pour en évaluer l'importance, nous comparons les niveaux et les évolutions des âges à la première naissance et de leur écart à l'âge au premier mariage (figures 5 et 6). Cette analyse n'est possible que pour les femmes puisque que les données ne fournissent pas d'indicateurs sur la fécondité masculine.

L'âge médian à la première naissance varie entre 18,2 ans au Tchad et 22,4 ans aux Comores. Il est, pour la plupart des pays, plus tardif pour les jeunes générations. Ce recul à la maternité est particulièrement fort aux Comores et en Mauritanie. Il est concomitant avec le recul du premier mariage observé plus haut.

On constate cependant que dans trois pays, le Botswana, le Libéria et la Namibie, l'âge à la première naissance devient plus précoce. Cette évolution, qui ne correspond pas à une précocité du premier mariage, est le signe du développement de la fécondité prémaritale dans ces pays.

Afin de mieux illustrer ce phénomène, nous présentons l'écart d'âge enregistré entre premier mariage et première naissance. Cet écart est négatif dans 3 pays pour les générations les plus âgées (Botswana, Afrique du Sud et Namibie) et dans 6 pays pour les générations les plus jeunes (les pays déjà cités, plus le Gabon, la Côte d'Ivoire et le Kenya). Cela signifie que dans ces pays, l'âge médian à la première naissance est inférieur à l'âge médian au premier mariage. Ce phénomène semble donc s'amplifier au fil des générations puisque le nombre de pays concerné a doublé.

Dans les autres pays, on constate que l'écart entre mariage et naissance, bien que positif, est plus faible dans la génération la plus jeune, témoignant là aussi de la part grandissante des naissances avant le mariage.

Ces données ne permettent pas cependant d'aborder dans son intégralité la question de l'ensemble des grossesses prémaritales. En effet, nombre de ces

grossesses sont parfois interrompues par des avortements provoqués même si cet acte est légalement ou socialement réprimé, et elles sont également un marqueur de changement des comportements reproductifs des jeunes femmes (voir ci-dessous).

La contraception

Une bonne connaissance...

Dans les EDS, la question de la connaissance de la contraception a été abordée en demandant aux femmes et aux hommes les méthodes contraceptives connues. L'indice de connaissance est basé sur le fait que les enquêtés citent au moins une méthode d'un type donné. Nous l'analysons pour les femmes et les hommes de 15-19 et de 20-24 ans, selon s'ils sont sexuellement actifs, mariés ou non⁶. Cet indice tend à surestimer ce savoir en matière de contraception, puisqu'il suffit de déclarer au moins une méthode pour être inclus dans la catégorie des individus informés sur la contraception, et il ne reflète pas nécessairement une connaissance réelle et approfondie de la contraception, en particulier du fonctionnement des méthodes et de leurs éventuels effets secondaires, qui peuvent être préjudiciables à une bonne utilisation.

Les femmes et les hommes non mariés et sexuellement actifs ont dans l'ensemble un bon niveau de connaissance de la contraception moderne⁷ : plus de 90 % des femmes (dans 22 pays sur 32) et des hommes (dans 20 pays sur 24) connaissent au moins une méthode de contraception moderne. Le préservatif est la méthode la mieux connue, puisque c'est la principale méthode déclarée par les hommes dans 22 pays sur 24 et dans 18 pays sur

6. Dans certains pays, les questions relatives à la contraception ne s'appliquaient pas aux individus non mariés (au Soudan par exemple) et dans d'autres, les hommes n'ont pas été interrogés. Certains pays ont été exclus de l'analyse à cause de la faiblesse des effectifs dans les classes (<à 30).

7. On trouvera dans le tableau 4 en annexe, les résultats par pays, pour les hommes et pour les femmes.

Figure 5. Évolution de l'âge médian à la première naissance dans les différentes enquêtes entre 2 groupes de générations (source : EDS)

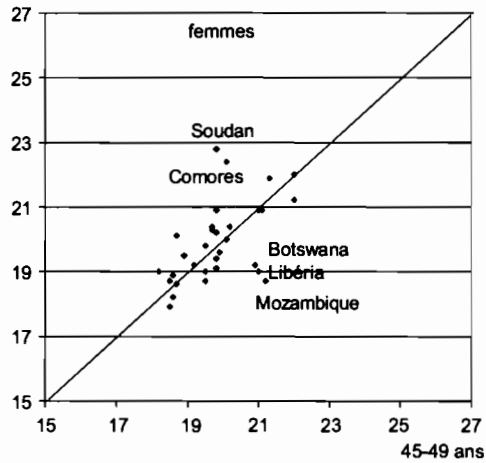
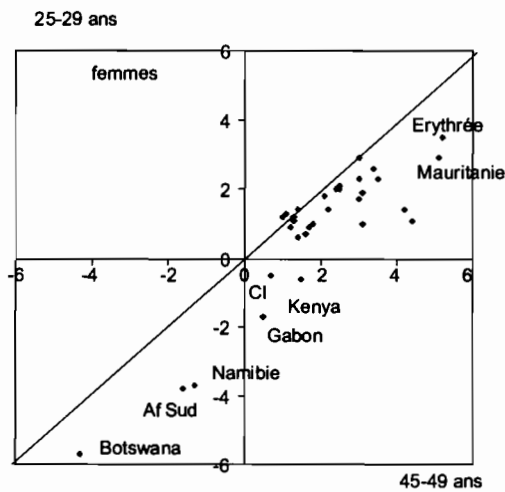


Figure 6. Évolution de l'écart d'âge entre la première naissance et le premier mariage dans les différentes enquêtes entre 2 groupes de générations (source : EDS)



31 par les femmes : en revanche, dans 9 pays, elles connaissent mieux la pilule que le préservatif.

C'est au Tchad, en Mauritanie et à Madagascar que l'on trouve la connaissance la plus faible de la contraception comprise entre 50 et 75 % chez les femmes et inférieure à 50 % chez les hommes.

Les niveaux de connaissance de la contraception sont par contre beaucoup plus faibles chez les femmes et les hommes qui n'ont pas encore débuté leur vie sexuelle. Ils dépassent 90 % pour les femmes dans deux pays seulement les Comores et le Zimbabwe et dans 4 pays pour les hommes (les Comores, le Zimbabwe, l'Ouganda et le Gabon). À l'opposé, le niveau de connaissance est inférieur à 50 % dans 5 pays (Tchad, Mozambique, Burundi, Centrafrique, Burundi) pour les femmes et 3 pour les hommes (Tchad, Mozambique et Mauritanie).

Un lien étroit apparaît donc entre l'activité sexuelle et la connaissance de la contraception moderne.

Les jeunes hommes et femmes en union ont, comparativement aux individus non mariés, une moins bonne connaissance de la contraception, qui, cependant, progresse très nettement avec l'âge. Il est possible que la connaissance de la contraception soit très variable selon le type de méthode chez les hommes et femmes mariés, mais ces données ne sont pas disponibles.

.... Mais une utilisation modérée de la contraception

Les jeunes ont des besoins de prévention très différents selon leur situation matrimoniale. Ainsi, pendant la période d'activité sexuelle prémaritale, ces besoins s'expliquent à la fois parce que les grossesses hors mariage sont mal acceptées dans la plupart des sociétés africaines, et parce que dans certains de ces pays, les infections sexuellement transmissibles (IST), en particulier de l'infection à VIH, présentent une prévalence importante.

C'est pourquoi, nous avons étudié l'utilisation actuelle de la contraception chez les femmes et les hommes non mariés mais sexuellement actifs et âgés de

moins de 25 ans (15-19 ans et 20-24 ans), et la comparons à celle des hommes et femmes mariés du même âge. Nous étudions la prévalence des méthodes médicalisées (pilule, DIU, injection), qui est un bon révélateur de l'accès aux programmes, des préservatifs, des méthodes naturelles (Ogino, retrait) et des méthodes populaires.

La pratique contraceptive des jeunes hommes comme femmes, mariés ou non, diffère selon les pays en terme de prévalence, mais aussi de méthodes utilisées ; ces différences sont également marquées entre hommes et femmes (figures 7 et 8, et tableaux 5, 6, 7 en annexe).

Chez les jeunes femmes non mariées et sexuellement actives (15-19 ans), la prévalence des méthodes médicalisées est faible, puisque inférieure à 10 % dans 22 pays sur 26 : cette prévalence est par contre de 25 et 28 % en Éthiopie et au Botswana et de 62 % en Afrique du Sud où elle repose essentiellement sur l'injection, la principale et souvent unique méthode prescrite dans le cadre des programmes de planification familiale (Dickson-Tetteh et Billings, 2002). Dans 16 pays, les femmes recourent plus aux préservatifs qu'aux méthodes médicalisées, et dans 15 pays, plus aux méthodes naturelles qu'à ces méthodes médicalisées. Cependant, la prévalence du préservatif reste faible (sauf dans 6 pays où elle dépasse 20 %) comme celle des méthodes naturelles qui varie entre 20 et 50 % dans 4 pays seulement.

Chez les femmes non mariées et sexuellement actives, âgées de 20 à 24 ans, des tendances similaires se dégagent. Leur prévalence contraceptive est globalement plus élevée que pour les femmes plus jeunes, notamment pour les méthodes médicalisées : leur prévalence reste cependant faible puisqu'elle est inférieure à 20 % dans 19 pays. Dans 13 pays, les femmes recourent plus aux préservatifs qu'aux méthodes médicalisées, et dans 11 pays, plus aux méthodes naturelles qu'à ces méthodes médicalisées.

Pour les hommes sexuellement actifs et non mariés, la pratique contraceptive diffère de celle des femmes en terme de prévalence et de méthode. Ils déclarent globalement une prévalence contraceptive supérieure à celle des femmes, mais qui repose essentiellement sur le préservatif : elle varie, pour les

hommes de 15-19 ans, de 5 % en Éthiopie à 58 % au Gabon, et, pour ceux âgés de 20-24 ans, de 10 % au Mozambique à 68 % au Zimbabwe. La prévalence des méthodes médicalisées est inférieure à 10 % dans tous les pays ; quant aux méthodes naturelles, elles sont plus fréquemment utilisées que les méthodes médicalisées, en particulier au Cameroun.

Les femmes de 15-19 ans non mariées ont une prévalence contraceptive supérieure à celles des femmes du même âge déjà en union. Ces écarts sont essentiellement dus à une plus forte utilisation du préservatif par les premières dans 14 pays et des méthodes naturelles dans 4 pays. La tendance se confirme également chez les femmes âgées de 20-24 ans, avec des écarts marqués dans la pratique des méthodes médicalisées au Botswana et en Érythrée.

Globalement les hommes de 20-24 ans mariés pratiquent moins la contraception que ceux qui ne sont pas en union, sauf dans 4 pays. La différence de comportement provient essentiellement d'une plus faible utilisation du préservatif chez les hommes mariés : à titre d'exemple, au Zimbabwe, elle est 8 fois moins élevée que chez les hommes non en union. Les hommes mariés recourent plus aux méthodes médicalisées (en particulier au Zimbabwe, où cette prévalence est multipliée par 10), mais aussi aux méthodes naturelles.

Ces résultats appellent plusieurs commentaires. Les jeunes hommes et femmes mariés n'ont pas les mêmes besoins de prévention que les jeunes non mariés : inscrits dans une relation supposée plus stable, le besoin de prévention contre les infections sexuellement transmissibles se fait moins ressentir ; ils sont surtout dans une optique de constitution de leur descendance.

La pratique contraceptive est plus importante chez les jeunes sexuellement actif(ve)s non marié(e)s, dont la pratique est basée essentiellement sur le recours au préservatif et cette utilisation du préservatif est particulièrement répandue chez les plus jeunes et les hommes : cette pratique répond certainement plus à un souci de prévention des IST que des grossesses.

Les hommes adoptent donc des comportements contraceptifs différents des femmes : ils sont peu nombreux à déclarer utiliser des méthodes médicalisées, mais il est possible qu'ils ne soient pas toujours informés, ou ne se préoccupent

pas, de l'utilisation de ce type de méthode par leur partenaire, surtout dans le cas de relations sexuelles occasionnelles. En revanche, ils déclarent plus le préservatif qui est une méthode masculine. Pour les femmes, l'utilisation du préservatif est moins facile, elles doivent la négocier avec leur partenaire, négociation délicate notamment lors des relations sexuelles avec des partenaires plus âgés (Silberschmidt et Rasch, 2001)

Pour les hommes comme pour les femmes, le préservatif occupe cependant une place importante dans le paysage contraceptif en Afrique. Cette méthode que l'on peut qualifier de « méthode à l'acte » correspond mieux aux besoins de prévention pour une sexualité épisodique. Par ailleurs, les campagnes de prévention du sida ont contribué à une large distribution des préservatifs à un coût abordable les rendant facilement accessibles pour la prévention des grossesses mais aussi pour celle des infections sexuellement transmissibles.

Dans ce contexte de faible pratique contraceptive des méthodes médicalisées et d'utilisation fréquente de la contraception naturelle, des grossesses imprévues surviennent, et ces jeunes femmes recourent parfois à l'avortement, si elles ne peuvent accepter cette grossesse, signe d'une sexualité socialement mal acceptée.

L'avortement : une pratique particulièrement à risque chez les jeunes

Dans la plupart des pays africains, l'avortement est interdit ou d'un accès très restrictif. En conséquence, les études sur ce sujet sont rares et les données sont limitées : seules existent des études ponctuelles⁸ (enquêtes auprès de consultants, d'étudiants...), et des études hospitalières qui portent sur les complications de ces avortements (morbidité et mortalité). L'avortement est fréquemment pratiqué avec des méthodes « à risque » et/ou par des personnels médicaux peu qualifiés, sans garantie d'hygiène ni de sécurité suffisantes. Les jeunes femmes recourent souvent à des méthodes peu onéreuses (indigénat,

8. Cette question de l'avortement a été étudiée dans les dernières Enquêtes démographiques et de santé au Gabon, dans les enquêtes CDC au Cap Vert.

Figure 7. Prévalence contraceptive des femmes célibataires sexuellement actives et en union de 15-19 ans et 20-24 ans (source : EDS)

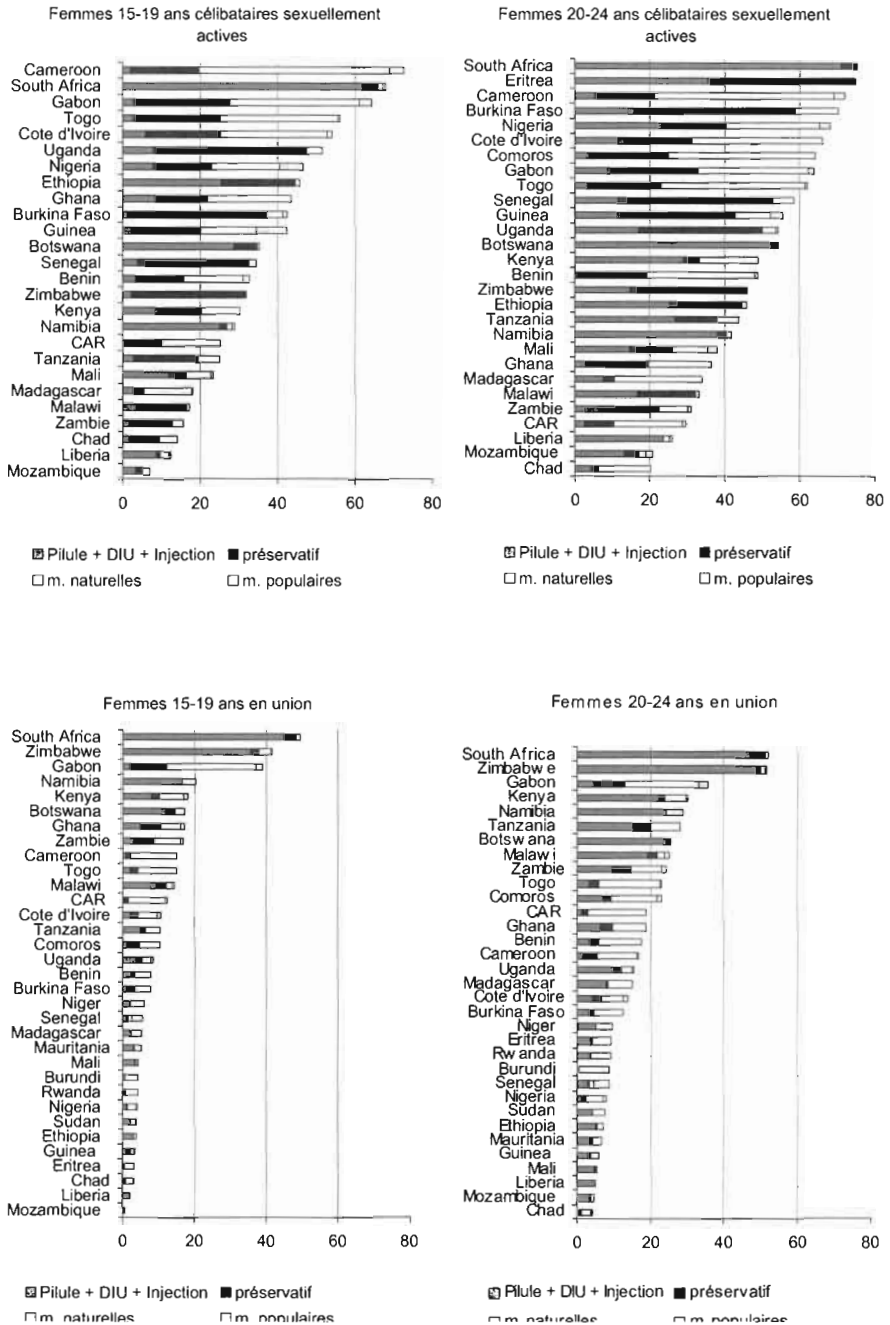
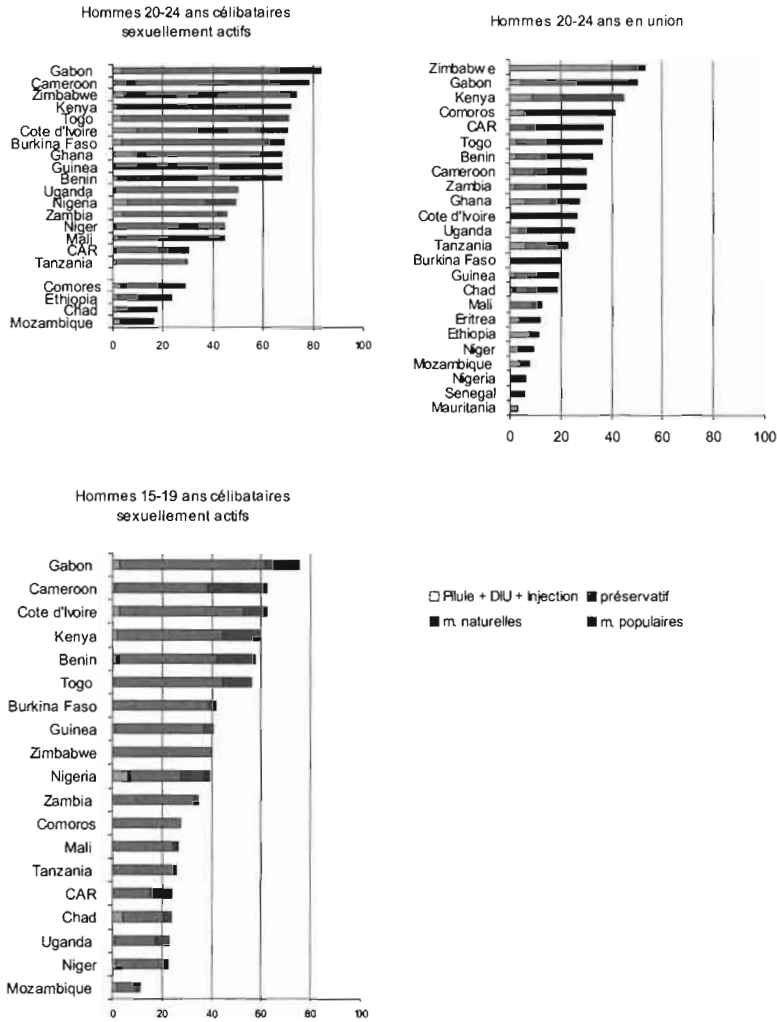


Figure 8. Prévalence contraceptive des hommes célibataires sexuellement actifs et en union de 15-19 ans et 20-24 ans (source : EDS)



produits pharmaceutiques en surdosage....) et avortent à un moment tardif de leur grossesse ce qui les expose à des procédures plus dangereuses (The Alan Guttmacher Institute, 1999) : les avortements en milieu médicalisé qui présentent moins de risque sont souvent trop onéreux pour ces femmes.

Les études en milieu hospitalier dans différentes capitales mettent en évidence une dominante de femmes jeunes parmi les femmes hospitalisées pour des complications d'avortement : 91 % ont moins de 25 ans dans un hôpital de Nairobi (Ankomah et al., 1997), 59 % au Nigeria (Ezechi et al., 1999), plus de la moitié ont moins de 20 ans à Dar es Salaam et moins de 25 ans à Addis Abeba (Justesen et al., 1992; Tadesse et al., 2001) ; 35 % ont moins de 20 ans et 53 % entre 20 et 30 ans à Abidjan (Goyaux et al., 1999), 19 % ont moins de 20 ans au Bénin, 29 % au Cameroun et 17 % au Sénégal (Goyaux et al., 2001). Les femmes sont victimes de complications généralement suite à un avortement autopratiqué ou pratiqué par un tradipraticien. L'utilisation de médicaments en surdosage (des antibiotiques comme l'ampicilline), ainsi que l'insertion de tubes, de cathéters en plastique ou de tiges métalliques sont aussi des causes fréquentes de complication.

En dehors des études hospitalières, il est très difficile d'avoir une vision globale de la situation de l'avortement, car peu de données nationales existent. Cependant les différentes études soulignent la forte prévalence de l'avortement chez les jeunes femmes et l'importance croissante de cette pratique. En Côte d'Ivoire, 20 % des femmes de moins de 20 ans dans des centres de santé de la ville d'Abidjan en 1998 déclarent avoir eu au moins un avortement. Cet avortement est une façon de retarder leur entrée en parentalité puisque 22 % de ces adolescentes ont interrompu leur unique grossesse par un avortement et 13 % ont terminé leurs deux grossesses par des avortements. Le poids de l'avortement dans la fécondité s'est accentué récemment, confirmant le constat établi par A. Desgrées du Loû et al. (1999), qui avait également mis en évidence cette évolution du recours à l'avortement, particulièrement chez les jeunes générations et les jeunes femmes en milieu urbain. Les taux d'avortement à 15-19 ans

augmentent dans les quinze dernières années (de 47 à 89 pour 1000), ainsi que la part de l'avortement dans le contrôle de la fécondité (Guillaume, 2002).

Deux études menées au Cameroun montrent que les femmes qui avortent sont fréquemment des jeunes femmes célibataires sans enfant (Leke, 1998 ; Meekers et Calvès, 1997). Au Gabon, lors de l'Enquête démographique et de santé, la prévalence de l'avortement chez les jeunes est faible (4 % des femmes de moins de 20 ans), mais si l'on analyse rétrospectivement l'âge des femmes à leur premier avortement, il apparaît que 44 % des avortements se produisent à moins de 20 ans⁹ (Barrère, 2001).

Au Togo, 53 % des femmes qui ont eu un avortement, interrogées dans une enquête en population générale avaient moins de 25 ans et un quart de ces femmes ont mentionné avoir avorté pour pouvoir poursuivre leurs études (URD, 2001). Au Nigeria, une étude auprès de 800 jeunes filles scolarisées (de 12 à 19 ans) souligne que 78 % étaient sexuellement actives et 89 % d'entre elles avaient interrompu leurs grossesses par un avortement (Okpani et Okpani 2000).

Ainsi, malgré les risques inhérents aux avortements clandestins, les jeunes femmes y recourent fréquemment. Cette pratique pose la question de la gestion du risque de grossesse : l'avortement intervient-il après l'échec d'une contraception ou parce que ces jeunes femmes n'avaient pas souhaité ou pu utiliser une méthode ?

L'avortement : un substitut à la contraception ?

Pour les adolescentes, l'avortement est parfois la réponse à une grossesse non prévue ou socialement peu acceptable. A. Olukoya *et al.* (2001) mentionnent différentes raisons au recours à l'avortement : la scolarité, les contraintes économiques, la condamnation sociale d'une grossesse pré-nuptiale, les problèmes de relation avec le partenaire ainsi que des échecs de contraception ou des

9. Nos propres calculs.

grossesses trop rapprochées. L'avortement intervient également en l'absence de contraception pour retarder la venue de la première grossesse.

L'analyse de la pratique contraceptive avant l'avortement révèle les difficultés d'accès à des méthodes efficaces de contraception. Au Cameroun, près de la moitié des femmes n'utilisaient pas de contraception au moment de cette grossesse non prévue ; environ un tiers utilisait une méthode naturelle et 9 % allaitaient encore leur précédent enfant (Leke, 1998). À Abidjan, la majorité des adolescentes (60 %) n'ont pas utilisé la contraception avant leur avortement ; 23 % de ces jeunes femmes ont avorté à cause de l'échec d'une méthode moderne de contraception et 17 % de celui d'une méthode naturelle (Guillaume, 2003). Ces deux exemples montrent que l'avortement intervient aussi bien en cas d'échec que d'absence de contraception.

Mais parfois les femmes sont réticentes à l'utilisation de la contraception et préfèrent avorter, malgré les risques inhérents à ces avortements clandestins. Ainsi, V. Otoide *et al.* (2001) au Nigeria montrent que les adolescentes perçoivent la contraception comme ayant des effets secondaires et des risques sur la fécondité à venir alors que l'avortement ne semble pas présenter ces risques. La contraception est considérée comme contraignante, car elle nécessite une utilisation sur le long terme, à la différence de l'avortement. De plus, l'avortement permet aux femmes de prouver leur fertilité, tandis que la contraception est supposée rendre les femmes stériles, bien que ces risques soient, en réalité, beaucoup plus élevés à la suite d'un avortement clandestin.

Ces réticences face à la contraception sont le signe d'une connaissance très superficielle du fonctionnement des méthodes et révèlent l'insuffisance du *counseling* fait aux femmes lors de la prescription des différents moyens contraceptifs (pilule, DIU et injectable). Les femmes ne sont notamment pas toujours informées des possibilités d'utiliser une autre méthode, dans le cas où celle qui leur a été prescrite ne leur convient pas.

L'expérience d'un avortement amène, dans certains cas, des changements de comportements puisque, comme on a pu le constater à Abidjan, la prévalence contraceptive après un avortement progresse parfois, mais ne se traduit pas

toujours par l'utilisation d'une contraception efficace : ainsi près de deux tiers (64 %) des adolescentes qui utilisaient une méthode naturelle avant l'avortement continuent ce type de méthode malgré son échec, tandis qu'elles sont aussi nombreuses (18 %) à abandonner toute contraception qu'à adopter une méthode moderne (Guillaume, 2003). Le caractère clandestin de l'avortement explique la faiblesse de la prise en charge post-abortum de ces jeunes femmes.

Ainsi l'avortement et la contraception participent à la régulation de la fécondité chez les jeunes en Afrique, mais l'articulation et le choix entre ces deux pratiques est complexe. L'avortement est utilisé à la place de la contraception par les adolescentes qui n'ont pas accès à la planification familiale, par manque de services disponibles ou difficultés pour y accéder, comme au Kenya par exemple (Ankomah *et al.*, 1997). Cette situation se retrouve également en Asie, puisqu'en Chine, la société désapprouve les relations sexuelles prémaritales et une stigmatisation sociale pèse sur ces femmes, l'accès à la contraception ne leur est pas autorisé et l'avortement est leur seule « option contraceptive » (*contraceptive option*) (Lin *et al.* 1999).

Conclusion

Si les enquêtes démographiques et de santé peuvent être largement critiquées dans les concepts qu'elles se proposent de mesurer (Locoh, 1995), elles constituent néanmoins une mine de données standardisées, sur un nombre important de pays en développement. Elles nous permettent notamment de dresser un tableau de la situation de la sexualité et de la contraception chez les jeunes en Afrique subsaharienne.

Dans la plupart de ces pays africains, les jeunes femmes entrent en vie sexuelle et maritale plus tardivement que leurs aînées, mais ce retard est dû à un recul de l'âge au mariage. Cependant, une dissociation croissante apparaît entre l'entrée en vie sexuelle et maritale. Inversement, on note pour les hommes une tendance quasi-générale à la précocité des rapports sexuels. Il en ressort un allongement de la période d'activité sexuelle avant le mariage, tant pour les hommes que

pour les femmes. Au Botswana et en Namibie, l'écart entre le premier rapport sexuel et le premier mariage des femmes est de plus de 6 années pour les jeunes générations. Ces pays se caractérisent par une importante connaissance de la contraception moderne et une plus forte utilisation de la contraception médicalisée chez les adolescentes sexuellement actives, qui reste cependant assortie d'une forte fécondité prémaritale.

La période de sexualité prémaritale des femmes est très courte dans plusieurs pays au Nord de l'Afrique subsaharienne (Burkina Faso, Mali, Mauritanie, Sénégal, Niger, Nigeria, Tchad, Éthiopie, Érythrée) mais aussi en Guinée, au Burundi, aux Comores, au Rwanda, et au Zimbabwe, ce qui témoigne d'un plus grand contrôle sur la sexualité des femmes. Ce contrôle semble aussi s'exercer sur les hommes au Niger et en Mauritanie où cette période est la plus faible.

D'importants changements de comportements sont à noter pour les hommes du Sénégal et de Côte d'Ivoire dont les générations les plus jeunes entrent beaucoup plus tôt que leurs aînés en vie sexuelle.

Cette longue période de sexualité prémaritale expose ces jeunes hommes et femmes à des risques en l'absence de prévention des infections sexuellement transmissibles et de grossesses. Les jeunes sexuellement actifs ont de manière générale une bonne connaissance de la contraception, mais leur pratique est très variable en terme de prévalence comme de méthode utilisée. Mais on peut cependant s'interroger sur la question de la signification de la connaissance de la contraception saisie à travers ces enquêtes démographiques et de santé face aux réticences à l'utilisation de la contraception et à l'échec fréquents des méthodes.

Le recours à la contraception médicalisée varie d'un pays à l'autre, ce qui peut s'expliquer par une différence dans l'accès à la contraception des adolescents : accès aux services parfois réservé aux femmes en union ou ayant déjà des enfants, coût, accueil, anonymat.... La prévalence de ces méthodes est cependant plus élevée dans certains pays d'Afrique de l'Est où l'implantation des programmes de planification familiale est ancienne.

L'utilisation de méthodes naturelles, plus forte dans les pays où la prévalence des méthodes médicalisées est la plus faible, semble constituer une alternative aux difficultés d'accès à ce type de contraception : elles sont plus accessibles et gratuites. Les échecs de ces méthodes sont fréquents car les adolescentes méconnaissent souvent leur période féconde (Guillaume, 2002). Les données des EDS pour 25 pays africains montrent qu'entre 5 % et environ 1/3 des femmes de 15 à 49 ans seulement connaissent de façon précise leur période féconde. De plus, ces jeunes femmes ont parfois une sexualité irrégulière qui rend plus difficile l'utilisation de l'abstinence périodique : on peut d'ailleurs s'interroger quand une forte prévalence de l'abstinence est déclarée, à savoir s'il ne s'agit pas d'une longue période sans sexualité plutôt que d'abstinence périodique.

Le préservatif reste la méthode masculine par excellence. Son utilisation a progressé dans certains pays dans un but parfois plus préventif des maladies sexuellement transmissibles que contraceptif. On peut y voir là l'impact des campagnes de prévention du sida et de marketing social des préservatifs qui ont amélioré leur distribution. Cette distribution à travers différents canaux et sans recours à des prestataires de santé, permettant ainsi une utilisation plus anonyme, a certainement facilité son utilisation par un plus grand nombre de jeunes hommes et femmes.

Cette utilisation n'est pas toujours facile pour les jeunes femmes confrontées au problème de négociation avec le partenaire pour ce type de prévention surtout dans le cas de relations sexuelles avec des partenaires plus âgés (Luke, 2003). Ces jeunes femmes se heurtent aussi parfois à des barrières culturelles et logistiques d'accès à la contraception (Silberschmidt et Rasch, 2001) qui expliquent qu'elle utilisent l'avortement comme une « méthode de contraception ».

Cette pratique de l'avortement, répandue dans l'ensemble des pays d'Afrique subsaharienne, touche particulièrement les jeunes femmes célibataires et devient de plus en plus fréquente dans les jeunes générations. Du fait de son caractère illégal et socialement réprouvé, il est fait dans des conditions

extrêmement risquées. Ce phénomène semble en expansion surtout dans les villes où il est largement pratiqué pour différer l'entrée en parentalité des jeunes femmes, puisque c'est souvent leur première grossesse qui est interrompue par un avortement.

Nombreux sont donc les pays où l'on constate une dissociation entre sexualité et mariage qui conduit à une période d'exposition de plus en plus longue aux risques de grossesses non voulues et d'IST/sida, dans un contexte d'accès limité à la contraception pour les jeunes. Il semble que la non reconnaissance par les adultes du droit des adolescents (et surtout des adolescentes) à la sexualité, qui prévaut dans la plupart des pays, constitue un obstacle majeur à la mise en place de programmes librement accessibles, et cela à différents niveaux : tant au niveau des utilisateurs (bonne connaissance des risques et des moyens préventifs, prise de décision, accueil et conseil dans les structures, choix des méthodes, nécessité de l'anonymat, ...) qu'au niveau institutionnel (choix politiques, application des programmes, formation du personnel, ...).

Il est clair aujourd'hui que la connaissance de la contraception est un préalable nécessaire à son utilisation, mais ne suffit pas à sa pratique : le développement des programmes et leurs conditions d'accès pour les jeunes, le *counseling* dispensé lors de la prescription, la perception de la contraception ainsi que le soutien de l'entourage sont également des facteurs qui influencent fortement à la pratique contraceptive.

Ce premier bilan montre que les connaissances évoluent en matière de contraception et de santé reproductive, mais les comportements changent lentement et les barrières sont à identifier à différents niveaux : au niveau des adolescents qui doivent accéder à une meilleure connaissance de leur physiologie et des risques liés à la sexualité (Gallant et Maticka-Tyndale, sous presse), au niveau de la famille qui peut être un lieu d'information et de soutien dans la prévention (Oyediran *et al.*, 2002), au niveau des institutions, qui doivent mieux prendre en compte les besoins des adolescents en matière de santé sexuelle et reproductive dans l'ensemble du système de prise en charge.

Les programmes, développés essentiellement par, ou avec, l'appui d'ONG, s'adressent directement aux adolescents, via les pairs (Agah, 2002) ou à travers des programmes d'éducation à la sexualité (Irvin, 2000). D'autres programmes, développés par les agences internationales¹⁰ (FNUAP, USAID), semblent surtout axés sur la sensibilisation aux problèmes relatifs à la sexualité et à la planification familiale plus qu'à un accès libre aux moyens de prévention. En effet, d'une manière générale, les supports pédagogiques utilisés dans les campagnes prônent bien souvent l'abstinence comme première recommandation donnée aux adolescents, et tendent à responsabiliser les jeunes filles plutôt que les garçons (Adjamagbo, communication personnelle). Pour que les pratiques de prévention évoluent, il faut qu'un changement s'opère dans la société pour que la sexualité des adolescentes soit reconnue et que les grossesses hors mariages soient plus facilement acceptées, mais aussi pour que les femmes puissent accéder plus librement à la prévention et mener une sexualité à moindre risque.

Certains auteurs proposent d'adapter les programmes d'enseignement du corps médical afin de mieux répondre aux besoins, entre autres, des adolescents en matière de santé reproductive (contraception, IST) (Haslegrave et Olatunbosun, 2003).

Les difficultés auxquelles font face les jeunes Africains d'aujourd'hui sont conceptualisées dans la littérature anglo-saxonne sous le terme de triple défi, ou Triple U : *Unprotected sex, Unwanted pregnancy and Unsafe abortion*, concept qui n'est pas spécifique à l'Afrique, puisque la question se pose dans des termes très proches en Amérique latine et aux États-Unis.

Il faut aussi souligner le fait que cette description un peu stéréotypée et catastrophique masque une réalité plus variée où la non utilisation de la contraception correspond aussi à la volonté d'entamer une grossesse : par envie de maternité, pour mieux négocier une union (soit avec le partenaire, soit avec la famille), ou encore pour obtenir une preuve de fertilité, quitte à solder la grossesse par un avortement.

10. Des centres destinés à l'accueil des adolescents prennent place, essentiellement dans les milieux urbains.

Il semble donc important que s'engage une réflexion plus large sur les politiques de santé de la reproduction à l'égard des adolescents et des jeunes, leurs applications et leur acceptabilité, afin de considérer notamment dans quelles mesures elles répondent aux attentes réelles et quels en sont les effets pervers.

Références bibliographiques

- AGHA S., 2002, « A quasi-experimental study to assess the impact of four adolescent sexual health interventions in Sub-Saharan Africa », *International Family Planning Perspectives*, vol. 28, n° 2, pp. 67-70 & 113-118.
- AGYEI W. K. et EPEMA E. J., 1992, « Sexual behavior and contraceptive use among 15-24 years old in Uganda », *International Family Planning Perspectives*, vol. 18, n° 1, pp. 13-17.
- ALAM N., 2000, « Teenage motherhood and infant mortality in Bangladesh : maternal age-dependent effect of parity one », *Journal of biosocial Science*, vol. 32, n° 2, pp. 229-236.
- AMEGEE L. K., 2002, « Recours à l'avortement provoqué en milieu scolaire au Togo : mesure et facteurs du phénomène », in GUILLAUME A., DESGRÉES DU LOÛ A., ZANOU B. et KOFFI N., *Santé de la reproduction en Afrique*, Abidjan, Côte d'Ivoire, ENSEA, FNUAP, IRD, pp. 297-320.
- ANATE M., AWOYEMI O. *et al.*, 1995, « Induced abortion in Illorin, Nigeria », *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 49, pp. 197-198.
- ANKOMAH A., ALOO-OBUNGA C. *et al.*, 1997, « Unsafe abortion : method used and characteristics of patients attending hospitals in Nairobi, Lima and Manila », *Health Care for Women International*, vol. 18, pp. 43-53.
- BARRÈRE M., 2001, « Avortement », *Enquête Démographique et de santé Gabon 2000*. F. DGSEE, ORC Macro. Calverton, Maryland, USA, pp. 86-98.
- BLANC A. K. et RUTENBERG N., 1990, Assessment of the quality of data on age at first sexual intercourse, age at first marriage, and age at first birth in the Demographic and Health Surveys. An assessment of DHS-I data quality. DHS Methodological Reports, n° 1, Colombia, Maryland : Institute for Resource Development/Macro Systems.
- BLANC A. K. et WAY A. A., 1998, « Sexual behavior and contraceptive knowledge and use among adolescents in developing countries », *Studies in Family Planning*, vol. 29, n° 2, pp. 106-116.

- BLEDSON C. et COHEN B. (éd.), 1993, *Social dynamics of adolescent fertility in sub-Saharan Africa*, Washington, National Academy Press, 208 p.
- BOZON M., 2003. « À quel âge les femmes et les hommes commencent-ils leur vie sexuelle ? Comparaisons mondiales et évolutions récentes », *Population & Sociétés*, vol. 391, pp. 1-4.
- BOZON M. et HERTRICH V., 2004, « Sexualité préconjugale et rapports de genre en Afrique : une comparaison avec l'Amérique Latine », in GUILLAUME A. et KHLAT M. (éd.), *Santé de la reproduction au temps du sida*, Editions du Ceped, Paris, pp. 35-53.
- BROWN A.D., JEJEEBHOY S.J., SHAH I. et TOUNT KM, 2001, *Sexual relations among young people in developing countries : evidence from WHO case studies*, Occasional Paper, 4, WHO, Geneva, 50 p + annexes.
- CALVÈS A., 2000a, « Premarital sexuality and fertility in Cameroon : relevance of the social disorganization and rational adaptation models », in TABUTIN D., GOURDIN C., MASUY-SROOBANT G. et SCHOUMAKER B. (éd.), *Théories, Paradigmes et courants explicatifs en démographie*, Actes de la Chaire Quetelet 1997, Académia-Bruylant, l'Harmattan, pp. 397-418.
- CALVÈS A., 2000b, « Premarital childbearing in urban Cameroon: Paternal recognition, child care and financial support », *Journal of Comparative Family Studies*, vol. 30, n° 1, pp. 443-452.
- CARAËL M., 1995, « Sexual Behavior », in CLELAND J. and FERRY B. (éds), *Sexual Behavior and AIDS in Developing Countries*, Genève, WHO/Taylor & Francis, pp. 75-123.
- DELAUNAY V., ENEL C., LAGARDE E., DIALLO A., SECK K. et BECKER C., 2001, *Sexualité des adolescents : tendances récentes en milieu rural sénégalais*, Les Dossiers du Ceped, vol. 65, 34 p.
- DESGRÉES DU LOÛ A., MSELLATI P. et al., 1999, « L'évolution du recours à l'avortement provoqué à Abidjan depuis 10 ans : une cause de la récente baisse de fécondité? », *Population*, vol. 54, n° 3, pp. 427-446.
- DICKSON-TETTEH K. et BILLINGS D. L., 2002, « Abortion care services provided by registered midwives in South Africa », *International Family Planning Perspectives*, vol. 28, n° 3, pp. 144-150.
- DJAMBA Y. 1997, « Financial capital and premarital sexual activity in Africa : the case of Zambia », *Journal of Biosocial Science*, vol. 16, n° 3, pp. 243-257.
- EZECHI O. C., FASUBAA O. B. et al., 1999, « Contraceptive promotion and utilization : solution to problem of illegally induced abortion in countries with restrictive abortion law », *Nig. Qt. Hosp. Med.*, vol. 9, n° 2 (avril-june 1999), pp. 167-168.

- GAGE A., 1995, *An assessment of the quality of data on age at first union, first birth and first sexual intercourse for phase II of the Demographic and Health Surveys Program*, DHS Occasional Papers, n° 4, Calverton, Maryland: Macro International Inc.
- GAGE-BRANDON A. et MEEKERS D., 1994, « Sexual activity before marriage in sub-saharan Africa », *Social Biology*, vol. 41, n° 1-2, pp. 44-60.
- GÖRGEN R., YANSANÉ M.L., MARX M. et MILLIMOUNOU D., 1998, « Sexual behavior and attitudes among unmarried urban youths in Guinea », *International Family Planning Perspective*, vol. 24, n° 2, pp. 65-71.
- GOYAUX N., E. ALIHONOU F., DIADHIOU R. LEKE et THONNEAU P., 2001, « Complications of induced abortion and miscarriage in three african countries : a hospital-base study among WHO collaborating centers », *Acta obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, vol. 80, pp. 568-573.
- GOYAUX N., YACE-SOUMAH F. et al., 1999, « Abortion complications in Abidjan (Ivory Coast) », *Contraception*, 60, n° 2, pp. 107-109.
- GRAHAM M.J., LARSEN U. and XU X., 1999, « Secular trend in age at menarche in China : a case study of two rural counties in Anhui Province », *Journal of Biosocial Science*, vol. 31, n° 257, p. 267.
- GUILLAUME A., 2002, L'avortement en Afrique : une pratique fréquente chez les adolescents ?, communication au Colloque de l'AIDELF, Dakar, 2002, 15 p.
- GUILLAUME A. et DESGRÉES DU LOÛ A., 2002, « Fertility regulation among women in Abidjan, Côte d'Ivoire: Contraception, abortion, or both ? » *International Family Planning Perspectives*, vol. 28, n° 3, pp. 159-166.
- GUILLAUME A. 2003, « Le rôle de l'avortement dans la transition de la fécondité à Abidjan au cours des années 1990 », *Population (Fr)*, 2003, vol. 58, n° 6, pp. 741-771.
- GUILLAUME A. et MOLMY W. (en collaboration), 2003, *L'avortement en Afrique : une revue de la littérature des années 1990 à nos jours*. Paris, Ceped : CDrom et site web : <http://ceped.cirad.fr/avortement/fr/index.html>
- HASLEGRAVE M. et OLATUNBOSUN O., 2003, « Incorporating sexual and reproductive health care in the medical curriculum in developing countries », *Reproductive Health Matters*, vol. 11, n° 21, pp. 49-58.
- HERTRICH V., 2001, Nuptialité et rapports de genre en Afrique. Un premier bilan des tendances de l'entrée en union au cours des 40 dernières années, communication au colloque *Genre, population et développement en Afrique*, Abidjan, 16-21 juillet 2001, 39 p.

- HOBcraft J.N., McDONALD J.W. et RUSTSTEIN S.O., 1985, « Demographic Determinants of Infant and Early Child Mortality: A Comparative Analysis », *Population Studies*, vol. 39, pp. 363-385.
- IRVIN A., 2000, La mesure de notre courage : éduquer les adolescents du Nigeria et du Cameroun sur la sexualité et le genre, International Women's Health Coalition, New York, 36 p.
- JUSTESEN A., KAPIGA S. H. et al. 1992, « Abortion in Hospital setting : hidden realities in Dar es Salaam Tanzania », *Studies in Family Planning*, vol. 23, n° 3, pp. 325-332.
- LEKE, R.J., 1998, « Les adolescents et l'avortement », in KUATE-DEFO B. (éd.), *Sexualité et santé reproductive durant l'adolescence en Afrique*, Montréal, Ediconseil Inc., pp. 297-306.
- LIN L., W. SHI-ZHONG et al., 1999, « Induced abortion among unmarried women in Sichuan Province, China : A survey », in MUNDIGO A. et INDRISO C. (éd.), *Abortion in the developing world*, New Delhi, WHO, pp. 337-345.
- LOCOH T., 1995, « Parlons des EDS : l'analyse statistique est-elle neutre ? », in VAL-LIN J. (éd.) *Clins d'oeil de démographes à l'Afrique et à Michel François*, Paris, CEPED, pp. 143-155.
- LUKE N. 2003, « Age and economic asymmetries in the sexual relationships of adolescent girls in Sub-Saharan Africa », *Studies in Family Planning*, 34, n° 2, pp. 67-86.
- MAHY M. et GUPTA N., 2002. *Trends and differentials in adolescent reproductive behavior in Sub-Saharan Africa*. DHS Analytical Studies N°3, Calverton, Maryland : ORC Macro, 40 p.
- MARYLAND, EDITOR, 1995, An assessment of the quality of data on age at first union, first birth, an first sexual intercourse for phase II of the demographic and health surveys program.
- MEEKERS D., 1994., « Sexual initiation and premarital chilbearing in Sub-Saharan Africa », *Population Studies*, vol. 48, n° 1, pp. 47-64.
- MEEKERS D. et CALVÈS A., 1997, *Gender differentials in adolsecent sexual activity and reproductive health risks in Cameroon*, Working paper n° 4. Washington, PSI Research division, 50 p.
- MONDAIN N. et DELAUNAY V., 2003, *Life before marriage. Changes in couple formation and premarital pregnancies among the sereer sin in Senegal*, Working Paper Series, Harvard Center for Population and Development Studies, vol. 13, n° 3, pp. 1-32.

- MOUVAGHA-SOW M., 2002, *Processus matrimoniaux et procréation à Libreville (Gabon)*, Université de Paris X-Nanterre (Thèse de doctorat de démographie), 587 p.
- MPANGILE G., M. LESHABARI *et al.*, 1999, « Induced Abortion in Dar es Salaam, Tanzania : The Plight of Adolescents », in MUNDIGO A. et INDRISO C. (éd.), *Abortion in the developing world*, New Delhi, World Health Organization, pp. 387-405.
- NDAMOBISSI R., MBOUP G. *et al.*, 1995, *Enquête Démographique et de santé République Centrafricaine 1994-95*. Bangui-Calverton, Direction des Statistiques Démographiques et Sociales, Division des Statistiques et des études économiques, Ministère de l'économie, du plan et de la coopération internationale, Macro International Inc.
- NZIOKA C. 2001, « Dealing with the risks of unwanted pregnancy and sexually transmitted infections among adolescents : Some experiences from Kenya », *African Journal of Reproductive Health*, vol. 5, n° 3, pp. 132-149.
- OKPANI A. et OKPANI J., 2000, « Sexual activity and contraceptive use among female adolescents-a report from Port Harcourt, Nigeria », *African Journal of Reproductive Health*, vol. 4, n° 1, pp. 40-48.
- OLADEPO O. et BRIEGER W.R., 2000, « Sexual attitudes and behaviour of male secondary school students in rural and urban areas of Oyo State, Nigeria », *African Journal of Reproductive Health*, vol. 4, n° 2, pp. 21-34.
- OLUKOYA A. A., KAYA A., FERGUSON B.J. et ABOUZAH R. C., 2001, « Unsafe abortion in adolescents », *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 75, pp. 137-147.
- OTOIDE V. O., ORONSAYE F. *et al.*, 2001, « Why Nigerian Adolescents seek abortion rather than contraception : evidence from focus-group discussion », *International Family Planning Perspectives*, vol. 27, n° 2, pp. 77-81.
- PASQUET P., MANGUELLE-DICOUM BIYONG A., RIKONG-ADIE H., BEFIDI-MENGUE R., GARBA M.T. et FROMENT A., 1999, « Age at menarche and urbanization in Cameroon : current status and secular trends », *Annals of human biology*, vol. 26, n° 89, p. 97.
- RUTSTEIN S. O. et BICEGO G. T., 1990, *Assessment of the quality of data used to ascertain eligibility and age in the Demographic and Health Surveys. An assessment of DHS-I data quality*. DHS Methodological Reports, n° 1. Colombia, Maryland : Institute for Resource Development/Macro Systems.
- RWENGE M., 2000, « Sexual risk behaviors among young people in Bamenda, Cameroon », *International Family Planning Perspectives*, vol. 26, n° 3, pp. 188-193 et 130.
- SILBERSCHMIDT M. et RASCH V., 2001, « Adolescent girls, illegal abortion and "sugar-daddies" in Dar es Salaam : vulnerable victims and active social agents », *Social Science and Medicine*, vol. 52, pp. 1815-1826.

- SINGH S., WULF D., SAMARA R. et CUCA Y.P., 2000, « Gender differences in the timing of first intercourse : data from 14 countries », *International Family Planning Perspectives*, vol. 26, n° 1, pp. 21-28.
- TADESSE E. et YOSEPH G. A. *et al.*, 2001, « Illegal abortion in Addis Ababa, Ethiopia », *East African medical journal*, vol. 78, n° 1, pp. 25-29.
- THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 1999, *Sharing responsibility women society and abortion worldwide*, New York, The Alan Guttmacher Institute, 66 p.
- TRUSSELL J. et PEBLEY A.R., 1984, « The Potential Impact of Changes in Fertility on Infant, Child, and Maternal Mortality », *Studies in Family Planning*, vol. 15, pp. 267-280.
- URD (UNITÉ DE RECHERCHE DÉMOGRAPHIQUE), 2001, « Avortement au Togo », *Famille, migration et urbanisation au Togo. Résultats de l'enquête quantitative*, Lomé, Togo, URD, DGSCN, p. 13.
- ZABIN L.S. et KIRAGU K., 1998, « The health consequences of adolescent sexual and fertility behavior in Sub-Saharan Africa », *Studies in Family Planning*, vol. 29, n° 2, pp. 210-232.

Annexe (voir pages suivantes)

- Tableau 1. Âge médian au premier rapport sexuel et au premier mariage et écart d'âge entre les deux événements : Femmes ;
- Tableau 2. Âge médian au premier rapport sexuel et au premier mariage et écart d'âge entre les deux événements : Hommes ;
- Tableau 3. Âge médian à la première naissance et au premier mariage et écart d'âge entre les deux événements : Femmes ;
- Tableau 4. Connaissance de la contraception moderne chez les hommes et les femmes non mariés sexuellement actifs chez ceux qui n'ont pas eu d'expérience sexuelle et chez les mariés (% d'individus connaissant au moins une méthode) ;
- Tableau 5. Utilisation actuelle de la contraception chez les femmes mariées, âgées de 15-19 et 20-24 ans selon les différents types de méthodes ;
- Tableau 6. Utilisation actuelle de la contraception chez les femmes non mariées sexuellement actives, âgées de 15-19 et 20-24 ans selon les différents types de méthodes ;
- Tableau 7. Utilisation actuelle de la contraception chez les hommes mariés âgés de 15-19 et 20-24 ans, selon les différents types de méthodes ;
- Tableau 8. Utilisation actuelle de la contraception chez les hommes non mariés sexuellement actifs, âgés de 15-19 et 20-24 ans, selon les différents types de méthodes.

Tableau 1. Âge médian au premier rapport sexuel et au premier mariage et écart d'âge entre les deux événements : Femmes

Pays - année d'enquête	Âge médian au 1 ^{er} rapport sexuel (RS)			Âge médian au 1 ^{er} mariage			Écart d'âge entre 1 ^{er} RS et 1 ^{er} mariage		
	45-49 ans (1)	25-29 ans (2)	Évolution (3) = (2)-(1)	45-49 ans (4)	25-29 ans (5)	Évolution (6) = (5)-(4)	45-49 ans (7) = (1)-(4)	25-29 ans (8) = (2)-(5)	Évolution (9) = (8)-(7)
Afrique du Sud 1998	18,7	18,1	-0,6	22,6	24,7	2,1	-3,9	-6,6	-2,7
Bénin 2001	17,8	17,4	-0,4	18,8	19,0	0,2	-1,0	-1,6	-0,6
Botswana 1988	18,3	17,4	-0,9	25,2	24,9	-0,3	-6,9	-7,5	-0,6
Burkina Faso 1998/99	17,6	17,5	-0,1	17,6	17,7	0,1	0,0	-0,2	-0,2
Burundi 1987	18,9	19,2	0,3	19,7	19,5	-0,2	-0,8	-0,3	0,5
Cameroun 1998	15,6	15,9	0,3	16,4	18,0	1,6	-0,8	-2,1	-1,3
Comores 1996	17,7	19,7	2,0	17,6	20,4	2,8	0,1	-0,7	-0,8
Cote d'Ivoire 1998/99	16,3	16,2	-0,1	18,5	19,7	1,2	-2,2	-3,5	-1,3
Érythrée 1995	16,0	17,7	1,7	15,9	17,4	1,5	0,1	0,3	0,2
Ethiopie 2000	15,8	17,0	1,2	15,7	17,2	1,5	0,1	-0,2	-0,3
Gabon 2000	15,8	16,3	0,5	18,0	20,4	2,4	-2,2	-4,1	-1,9
Ghana 1998	17,5	18,0	0,5	18,7	19,6	0,9	-1,2	-1,6	-0,4
Guinée 1999	16,2	15,9	-0,3	16,2	16,5	0,3	0,0	-0,6	-0,6
Kenya 1998	16,1	16,8	0,7	18,4	20,2	1,8	-2,3	-3,4	-1,1

Liberia 1986	15,5	15,5	0,0	16,6	17,9	1,3	-1,1	-2,4	-1,3
Madagascar 1997	16,8	17,1	0,3	17,8	18,9	1,1	-1,0	-1,8	-0,8
Malawi 2000	16,9	16,9	0,0	17,9	18,1	0,2	-1,0	-1,2	-0,2
Mali 2001	15,9	15,9	0,0	16,4	16,8	0,4	-0,5	-0,9	-0,4
Mauritanie 2000/01	16,0	19,0	3,0	16,2	19,0	2,8	-0,2	0	0,2
Mozambique 1997	16,0	15,9	-0,1	17,0	17,3	0,3	-1,0	-1,4	-0,4
Namibie 1992	20,2	19,2	-1,0	23,3	24,9	1,6	-3,1	-5,7	-2,6
Niger 1998	15,1	15,3	0,2	15,1	15,3	0,2	0,0	0	0,0
Nigeria 1999	18,1	18,1	0,0	18,1	18,6	0,5	0,0	-0,5	-0,5
Ouganda 2000/01	16,6	16,8	0,2	17,4	18,0	0,6	-0,8	-1,2	-0,4
RCA 1994/95	15,9	15,9	0,0	17,4	17,4	0,0	-1,5	-1,5	0,0
Rwanda 2000	19,8	20,3	0,5	20,2	21,0	0,8	-0,4	-0,7	-0,3
Sénégal 1997	16,7	18,3	1,6	16,7	18,7	2,0	0,0	-0,4	-0,4
Soudan 1990	-	-	-	16,3	20,5	4,2			
Tanzanie 1999	16,2	16,8	0,6	17,3	18,8	1,5	-1,1	-2	-0,9
Tchad 1996/97	15,4	15,5	0,1	15,6	15,9	0,3	-0,2	-0,4	-0,2
Togo 1998	17,7	17,1	-0,6	18,8	18,8	0,0	-1,1	-1,7	-0,6
Zambie 2001/02	16,5	17,0	0,5	16,8	18,4	1,6	-0,3	-1,4	-1,1
Zimbabwe 1999	18,5	19,1	0,6	18,8	19,8	1,0	-0,3	-0,7	-0,4

Source : Enquêtes démographiques et de santé la plus récente pour chaque pays <http://www.measuredhs.com/statcompiler>

Madagascar 1997	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Malawi 2000	19,6	18,3	-1,3	23,3	22,9	-0,4	-3,7	-4,6	-0,9
Mali 2001	20,8	20,0	-0,8	25,9	25,4	-0,5	-5,1	-5,4	-0,3
Mauritanie 2000/01	25,3	24,5	-0,8	25,4	27,1	1,7	-0,1	-2,6	-2,5
Mozambique 1997	18,7	17,8	-0,9	26,0	22,4	-3,6	-7,3	-4,6	2,7
Namibie 1992	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Niger 1998	20,5	20,4	-0,1	21,9	22,8	0,9	-1,4	-2,4	-1,0
Nigeria 1999	20,9	19,8	-1,1	25,8	25,6	-0,2	-4,9	-5,8	-0,9
Ouganda 2000/01	18,5	19,0	0,5	22,8	22,3	-0,5	-4,3	-3,3	1,0
RCA 1994/95	18,4	17,5	-0,9	24,9	23,2	-1,7	-6,5	-5,7	0,8
Rwanda 2000	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sénégal 1997	25,2	21,1	-4,1	26,5	30,0	3,5	-1,3	-8,9	-7,6
Soudan 1990	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tanzanie 1999	18,4	17,6	-0,8	23,1	23,8	0,7	-4,7	-6,2	-1,5
Tchad 1996/97	19,1	18,5	-0,6	22,3	22,5	0,2	-3,2	-4,0	-0,8
Togo 1998	-	-	-	25,7	24,6	-1,1	-	-	-
Zambie 2001/02	18,7	17,6	-1,1	23,5	23,0	-0,5	-4,8	-5,4	-0,6
Zimbabwe 1999	20,8	19,7	-1,1	24,6	24,3	-0,3	-3,8	-4,6	-0,8

Source : Enquêtes démographiques et de santé la plus récente pour chaque pays <http://www.measuredhs.com/statcompiler>

Tableau 3. Âge médian à la première naissance et au premier mariage et écart d'âge entre les deux événements : Femmes

Pays - année d'enquête	Âge médian à la 1ere naissance			Âge médian au 1er mariage			Écart d'âge entre 1re naissance et 1er mariage		
	45-49 ans (1)	25-29 ans (2)	Évolution (3) = (2)-(1)	45-49 ans (4)	25-29 ans (5)	Évolution (6) = 5)-(4)	45-49 ans (7) = (1)-(4)	25-29 ans (8) = (2)-(5)	Évolution (9) = (8)-(7)
Afrique du Sud 1998	21,0	20,9	-0,1	22,6	24,7	2,1	-1,6	-3,8	-2,2
Bénin 2001	19,8	20,2	0,4	18,8	19,0	0,2	1,0	1,2	0,2
Botswana 1988	20,9	19,2	-1,7	25,2	24,9	-0,3	-4,3	-5,7	-1,4
Burkina Faso 1998/99	19,8	19,1	-0,7	17,6	17,7	0,1	2,2	1,4	-0,8
Burundi 1987	21,1	20,9	-0,2	19,7	19,5	-0,2	1,4	1,4	0,0
Cameroun 1998	19,5	19,0	-0,5	16,4	18,0	1,6	3,1	1,0	-2,1
Comores 1996	20,1	22,4	2,3	17,6	20,4	2,8	2,5	2,0	-0,5
Cote d'Ivoire 1998/99	19,2	19,2	0,0	18,5	19,7	1,2	0,7	-0,5	-1,2
Érythrée 1995	21,1	20,9	-0,2	15,9	17,4	1,5	5,2	3,5	-1,7
Éthiopie 2000	18,7	20,1	1,4	15,7	17,2	1,5	3,0	2,9	-0,1
Gabon 2000	18,5	18,7	0,2	18,0	20,4	2,4	0,5	-1,7	-2,2
Ghana 1998	19,8	20,9	1,1	18,7	19,6	0,9	1,1	1,3	0,2
Guinée 1999	18,7	18,6	-0,1	16,2	16,5	0,3	2,5	2,1	-0,4
Kenya 1998	19,9	19,6	-0,3	18,4	20,2	1,8	1,5	-0,6	-2,1
Liberia 1986	21,0	19,0	-2,0	16,6	17,9	1,3	4,4	1,1	-3,3

Madagascar 1997	19,5	19,8	0,3	17,8	18,9	1,1	1,7	0,9	-0,8
Malawi 2000	19,2	19,2	0,0	17,9	18,1	0,2	1,3	1,1	-0,2
Mali 2001	19,5	18,7	-0,8	16,4	16,8	0,4	3,1	1,9	-1,2
Mauritanie 2000/01	21,3	21,9	0,6	16,2	19,0	2,8	5,1	2,9	-2,2
Mozambique 1997	21,2	18,7	-2,5	17,0	17,3	0,3	4,2	1,4	-2,8
Namibie 1992	22,0	21,2	-0,8	23,3	24,9	1,6	-1,3	-3,7	-2,4
Niger 1998	18,5	17,9	-0,6	15,1	15,3	0,2	3,4	2,6	-0,8
Nigeria 1999	20,2	20,4	0,2	18,1	18,6	0,5	2,1	1,8	-0,3
Ouganda 2000/01	18,6	18,9	0,3	17,4	18,0	0,6	1,2	0,9	-0,3
RCA 1994/95	19,8	19,4	-0,4	17,4	17,4	0,0	2,4	2,0	-0,4
Rwanda 2000	22,0	22,0	0,0	20,2	21,0	0,8	1,8	1,0	-0,8
Sénégal 1997	19,7	20,4	0,7	16,7	18,7	2,0	3,0	1,7	-1,3
Soudan 1990	19,8	22,8	3,0	16,3	20,5	4,2	3,5	2,3	-1,2
Tanzanie 1999	18,9	19,5	0,6	17,3	18,8	1,5	1,6	0,7	-0,9
Tchad 1996/97	18,6	18,2	-0,4	15,6	15,9	0,3	3,0	2,3	-0,7
Togo 1998	20,1	20,0	-0,1	18,8	18,8	0,0	1,3	1,2	-0,1
Zambie 2001/02	18,2	19,0	0,8	16,8	18,4	1,6	1,4	0,6	-0,8
Zimbabwe 1999	19,7	20,3	0,6	18,8	19,8	1,0	0,9	0,5	-0,4

Source : Enquête démographique et de santé la plus récente pour chaque pays <http://www.measuredhs.com/statcompiler>

Tableau 4. Connaissance de la contraception moderne chez les hommes et les femmes non mariés sexuellement actifs chez ceux qui n'ont pas eu d'expérience sexuelle et chez les mariés (% d'individus connaissant au moins une méthode)

Connaissance	Femmes				Hommes			
	Non mariés et sexuellement actifs	Sans expérience sexuelle	Mariées 15-19 ans	Mariées 20-24 ans	Non mariés et sexuellement actifs	Sans expérience sexuelle	Mariés 15-19 ans	Mariés 20-24 ans
>=90 %	Afrique du Sud Bénin Botswana Burkina Faso Cameroun Comores Côte d'Ivoire Éthiopie Gabon Ghana Guinée Kenya Malawi Namibie Niger Ouganda Rwanda Sénégal Tanzanie Togo Zambie Zimbabwe	Comores Zimbabwe	Afrique du Sud Botswana Comores Gabon Ghana Kenya Malawi Ouganda Rwanda Zimbabwe	Afrique du Sud Bénin Botswana Comores Côte d'Ivoire Gabon Ghana Kenya Malawi Namibie Rwanda Tanzanie Togo Zambie Zimbabwe	Bénin Burkina Faso Cameroun Centrafrique Comores Cote d'Ivoire (Érythrée) Gabon Ghana Guinée Kenya Malawi Mali Niger Nigeria Ouganda Tanzanie Togo Zambie Zimbabwe	Comores Gabon Ouganda Zimbabwe	(Bénin) (Cameroun) (Centrafrique) (Comores) (Côte d'Ivoire) (Gabon) (Ghana) (Kenya) (Malawi) (Mali) (Ouganda) (Togo) (Zambie) (Zimbabwe)	Bénin Burkina Faso Centrafrique (Comores) Côte d'Ivoire Gabon Ghana Guinée Kenya Malawi Mali Niger Ouganda Sénégal Tanzanie Togo Zambie Zimbabwe

75-89 %	(Burundi) Centrafrique Érythrée Liberia Mali Mozambique Nigeria	Afrique du Sud Bénin Botswana Côte d'Ivoire Érythrée Gabon Ghana Kenya Malawi Ouganda Rwanda Sénégal Togo Zambie	Bénin Cote d'Ivoire Éthiopie Namibie Tanzanie Togo	Burkina Faso Cameroun Centrafrique Éthiopie Mali Niger Sénégal Soudan	Éthiopie Mauritanie Mozambique Tchad	Bénin Burkina Faso Côte d'Ivoire Érythrée Ghana Kenya Malawi Niger Sénégal Zambie	(Burkina Faso) (Mozambique) (Niger) (Tchad)	Cameroun Érythrée Éthiopie
50-74 %	Tchad Madagascar Mauritanie	Burkina Faso Cameroun Éthiopie Guinée Madagascar Mali Mauritanie Namibie Nigeria Tanzanie	Burkina Faso Burundi Cameroun Centrafrique Érythrée Guinée Liberia Madagascar Mali Mauritanie Niger Sénégal Soudan Mozambique Nigeria Tchad	Burundi Érythrée Guinée Liberia Madagascar Mauritanie Mozambique Nigeria		Cameroun CAR Éthiopie Guinée Mali Nigeria Tanzanie	(Érythrée) (Éthiopie) (Guinée) (Nigeria) (Tanzanie)	Mauritanie Mozambique Nigeria Tchad
<50 %		Burundi CAR Tchad Libéria Mozambique		Tchad		Mauritanie Mozambique Tchad		

Source : Enquêtes démographiques et de santé la plus récente pour chaque pays (excepté Zambie : 1996).

<http://www.measuredhs.com/statcompiler>

() Effectif inférieur à 30

Tableau 5. Utilisation actuelle de la contraception chez les femmes mariées, âgées de 15-19 et 20-24 ans selon les différents types de méthodes

Pays	15-19 ans				20-24 ans			
	Pilule + DIU + Injection	Préservatif	M. naturelles	M. populaires	Pilule + DIU + Injection	Préservatif	M. naturelles	M. populaires
Afrique du Sud	44,9	3,4	1,2	0,0	47,2	4,1	0,8	0,1
Bénin	2,3	1,1	4,5	0,0	3,4	2,4	11,7	0,0
Botswana	11,9	2,7	2,7	0,0	24,5	0,7	0,6	0,0
Burkina Faso	1,1	2,4	4,3	0,0	3,3	1,2	8,3	0,0
Burundi	0,6	0,0	3,8	0,0	0,4	0,2	8,4	0,0
Cameroun	0,9	1,3	12,9	0,0	1,6	3,7	11,1	0,4
Comores	1,2	3,5	5,8	0,0	7,2	2,0	12,7	1,2
Cote d'Ivoire	2,1	2,2	5,4	1,0	4,0	2,9	5,6	1,3
Erythrée	0,6	0,0	2,7	-	3,7	0,4	5,3	-
Ethiopie	3,0	0,0	0,8	0,0	4,9	0,5	1,9	0,1
Gabon	1,9	10,4	24,9	1,8	4,8	8,1	20,3	2,7
Ghana	4,8	5,8	5,6	1,0	6,2	3,6	9,0	0,1
Guinée	1,0	1,3	0,9	0,2	2,8	0,9	2,4	0,0
Kenya	7,9	2,3	6,8	1,2	22,4	1,6	5,8	0,7
Liberia	2,1	0,0	0,0	0,0	4,5	0,0	0,2	0,2

Madagascar	2,4	0,0	2,9	0,1	7,8	0,7	6,6	0,2
Malawi	9,3	2,8	1,7	0,6	19,5	2,3	2,0	1,6
Mali	3,2	0,3	0,5	0,4	4,5	0,6	0,3	0,2
Mauritanie	3,0	0,2	2,1	0,0	3,4	0,8	2,7	0,0
Mozambique	0,5	0,1	0,0	0,1	3,3	0,4	0,1	0,7
Namibie	16,5	0,0	0,0	3,9	24,3	0,0	0,2	4,7
Niger	2,0	0,1	0,1	3,9	5,0	0,0	0,2	4,5
Nigeria	1,0	0,2	2,5	0,4	1,4	1,0	4,7	0,9
Ouganda	3,7	1,8	2,4	0,6	10,2	1,9	3,2	0,4
RCA	0,0	1,5	10,3	0,6	1,4	1,4	16,2	0,0
Rwanda	0,6	0,2	3,5	0,0	3,2	0,5	5,5	0,0
Sénégal	1,0	0,6	1,0	3,0	2,9	0,4	1,3	4,1
Soudan	2,2	0,0	1,4	0,3	4,2	0,0	3,3	0,2
Tanzanie	5,0	1,4	4,1	0,0	15,5	4,9	8,0	0,0
Tchad	0,7	0,2	2,1	0,2	0,4	0,7	2,8	0,4
Togo	2,0	2,2	10,8	0,0	3,5	2,2	17,2	0,4
Zambie	3,1	5,7	7,4	0,7	9,5	5,1	8,7	1,2
Zimbabwe	35,7	2,3	3,4	0,2	48,7	1,6	1,2	0,2

Source : Enquête démographique et de santé la plus récente pour chaque pays (excepté Zambie : 1996) <http://www.measuredhs.com/statcompiler>

Tableau 6. Utilisation actuelle de la contraception chez les femmes non mariées sexuellement actives, âgées de 15-19 et 20-24 ans selon les différents types de méthodes

Pays	15-19 ans				20-24 ans			
	Pilule + DIU + Injection	Préservatif	M. naturelles	M. populaires	Pilule + DIU + Injection	Préservatif	M. naturelles	M. populaires
Afrique du Sud	61,9	4,0	1,3	0,7	71,2	3,6	0,3	0,2
Bénin	4,0	11,8	15,3	1,7	0,8	18,4	28,8	0,8
Botswana	28,7	6,0	0,6	0,0	52,4	1,8	0,0	0,0
Burkina Faso	1,2	3,6	4,2	1,1	15,8	43,0	11,7	0,0
Burundi	(18,6)	(0)	(9,3)	(0)	(19,2)	(0)	(0)	(0)
Cameroun	2,1	17,6	49,2	3,7	5,4	15,9	48,0	2,9
Comores	(0)	(30,8)	(11,5)	(0)	(3,6)	(21,4)	(39,3)	(0)
Cote d'Ivoire	6,0	19,3	27,5	1,3	13,1	18,1	35,0	0,0
Erythrée	(0)	(100)	(0)	(0)	(35,6)	(39,3)	(0)	(0)
Ethiopie	(25,4)	(19,2)	(1,2)	(0)	(17,5)	(15,3)	(12,4)	(0)
Gabon	2,8	24,9	33,4	3,2	9,5	23,4	29,5	1,4
Ghana	8,4	13,5	21,6	0,0	2,9	16,8	16,8	0,0
Guinée	2,2	17,9	14,4	7,9	12,6	30,2	9,5	3,1
Kenya	9,1	11,3	9,9	0,0	29,1	4,1	15,7	0,0
Liberia	8,7	0,9	2,4	0,4	23,7	0,0	1,6	0,7

Madagascar	2,8	2,7	12,3	0,3	7,6	2,9	23,5	0,0
Malawi	3,5	13,0	0,7	0,0	16,8	15,4	0,0	1,0
Mali	12	4,4	6,4	0,6	14,7	11,4	9,4	2,5
Mauritanie	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)
Mozambique	3,3	1,7	2,0	0,0	13,3	3,8	1,8	1,9
Namibie	2,5	1,9	1,3	0,8	38,1	2,4	1,3	0,0
Niger	(1,8)	(0)	(0)	(0)	(24,3)	(12,4)	(10,5)	(4,1)
Nigeria	7,9	15,1	17,5	6,1	23,1	17,3	25,1	2,8
Ouganda	8,0	39,5	4,1	0,0	17,1	33,0	3,6	0,6
RCA	0,7	9,4	15,1	0,0	2,7	7,7	18,4	0,9
Rwanda	(0)	(25)	(2,6)	(0)	(1,5)	(13,8)	(5,7)	(0)
Sénégal	3,9	28,8	1,8	0,0	11,6	41,2	5,8	0,0
Tanzanie	2,8	16,7	5,6	0,0	26,8	11,2	5,7	0,1
Tchad	1,6	7,9	4,6	0,0	4,5	1,8	14,0	0,0
Togo	2,8	22,4	30,4	0,5	3,4	19,7	38,5	0,6
Zambie	1,6	11,2	2,9	0,0	6,3	16,2	7,7	0,8
Zimbabwe	2,3	29,6	0,0	0,0	14,7	31,3	0,0	0,0

Source : Enquêtes démographique et de santé la plus récente pour chaque pays (excepté Zambie : 1996). <http://www.measuredhs.com/statcompiler>
 () Effectif inférieur à 30

Tableau 7. Utilisation actuelle de la contraception chez les hommes mariés âgés de 15-19 et 20-24 ans, selon les différents types de méthodes

Pays	Hommes en union							
	15-19 ans				20-24 ans			
	Pilule + DIU + Injection	Préservatif	M. naturelles	M. populaires	Pilule + DIU + Injection	Préservatif	M. naturelles	M. populaires
Bénin	(0)	(0)	(22,5)	(0)	2,4	10,7	18,3	1,0
Burkina Faso	(0)	(9,2)	(27,2)	(0)	0,0	7,4	12,9	0,0
Cameroun	(0)	(16,1)	(3,2)	(0)	1,4	8,2	20,1	0,0
Comores	(0)	(25)	(25)	(0)	(5,9)	(11,8)	(23,5)	(0)
Cote d'Ivoire	(0)	(0)	(70,7)	(0)	0,0	12,9	13,2	0,0
Erythrée	(0)	20,8	(0)	(0)	3,4	3,4	5,0	0,0
Ethiopie	(0)	(1)	(0)	(0)	7,5	0,1	3,1	0,4
Gabon	(0)	(33,6)	(27,9)	(0)	4,6	23,3	22,3	0,0
Ghana	26,7	26,0	(0)	(0)	6,0	10,0	11,3	0,0
Guinée	(0)	(11,5)	(0)	(11,6)	1,9	17,0	0,0	0,0

Kenya	(7,5)	(4,6)	(12,4)	(0)	8,6	12,1	23,9	0,3
Mali	9,1	(0)	(0)	(0)	0,0	8,9	3,7	0,0
Mauritanie	(0)	(0)	(0)	(0)	(2,9)	(0)	(0)	(0)
Mozambique	(6,5)	(1,4)	(0)	(0)	4,1	0,3	3,0	0,1
Niger	(8,8)	(3,5)	(0)	(0)	3,1	2,7	2,8	0,5
Nigeria	(0)	(15,7)	(16,5)	(0)	0,0	2,0	4,3	0,0
Ouganda	7,6	2,9	18,3	0	3,5	4,3	13,6	3,6
RCA	(0)	(0)	(10,7)	(0)	0,0	6,7	27,3	2,5
Sénégal					0,0	4,6	0,0	1,1
Tanzanie	(4,4)	(3,1)	(9,1)	(0)	6,4	11,3	5,0	0,0
Tchad	(0)	2,4	(0)	(0)	1,2	5,4	11,2	0,9
Togo	(0)	(11,5)	(21,4)	(0)	2,4	15,7	18,0	0,0
Zambie	-	-	-	-	2,3	11,2	14,7	1,5
Zimbabwe	(23,2)	(16,5)	(0)	(0)	40,3	8,4	3,0	1,4

Source : Enquêtes démographique et de santé la plus récente pour chaque pays (excepté Zambie : 1996).<http://www.measuredhs.com/statcompiler>
() Effectif inférieur à 30

Tableau 8. Utilisation actuelle de la contraception chez les hommes non mariés sexuellement actifs, âgés de 15-19 et 20-24 ans, selon les différents types de méthodes

Pays	Hommes sexuellement actifs non mariés							
	15-19 ans				20-24 ans			
	Pilule + DIU + Injection	Préservatif	M. naturelles	M. populaires	Pilule + DIU + Injection	Préservatif	M. naturelles	M. populaires
Bénin	1,6	40,5	15,5	0,	1,9	53,3	11,3	0,9
Burkina Faso	0,0	38,8	2,9	0,0	3,5	57,6	7,2	0,0
Cameroun	1,1	37,3	23,9	0,0	1,3	44,2	33,1	0,0
Comores	0,0	27,8	0,0	0,0	3,2	16,1	9,7	0,0
Cote d'Ivoire	3,0	50,0	9,0	0,0	9,6	48,0	12,3	0,0
Erythrée	(0)	(45,4)	(0)	(0)	(0)	(90,2)	(9,8)	(0)
Ethiopie	(0,8)	(5,3)	(0)	(0)	2,0	19,3	1,9	0,0
Gabon	3,0	58,5	13,4	0,4	3,4	62,3	17,3	0,3
Ghana	(5,4)	(45,2)	(15,5)	(0)	8,5	52,6	6,4	0,0
Guinée	0,9	35,8	3,9	0,0	0,0	58,4	9,0	0,0

Kenya	1,9	42,6	14,8	0,0	2,0	50,7	18,3	0,0
Mali	0,0	24,3	1,2	1,0	2,2	40,3	1,0	1,2
Mauritanie	(0)	38,8	(0)	(0)	(0)	28,5	(0)	(0)
Mozambique	2,1	7,5	1,6	0,0	2,5	9,6	1,7	2,2
Niger	1,2	19,4	1,6	0,0	0,0	44,7	0,0	0,0
Nigeria	5,9	21,9	9,0	2,6	5,8	31,7	11,7	0,0
Ouganda	1,0	16,5	5,4	0,0	0,0	50,1	0,0	0,0
RCA	0,0	15,6	8,4	0,0	0,0	18,3	12,0	0,0
Sénégal								
Tanzanie	0,2	24,0	1,7	0,0	1,4	27,7	0,7	0,0
Tchad	4,4	16,2	3,3	0,0	1,7	10,4	5,6	0,0
Togo	0,3	44,1	11,8	0,0	3,7	50,6	16,1	0,0
Zambie	0,0	32,5	1,9	0,0	4,0	37,7	3,8	0,0
Zimbabwe	0,0	39,5	0,0	0,0	4,7	67,5	1,3	0,0

Source : Enquêtes démographiques et de santé la plus récente pour chaque pays (excepté Zambie : 1996).

<http://www.measuredhs.com/statcompiler>

() Effectif inférieur à 30

Delaunay Valérie, Guillaume Agnès.

Sexualité et mode de contrôle de la fécondité chez les jeunes en Afrique subsaharienne.

In : Adjamagbo Agnès (dir.), Msellati Philippe (dir.), Vimard Patrice (dir.). Santé de la reproduction et fécondité dans les pays du Sud : nouveaux contextes et nouveaux comportements. Louvain-la-Neuve (BEL), Marseille : Academia Bruylant, LPED, 2007, p. 211-263.

ISBN 978-2-87209-832-3