

ORGANISME
INTERGOUVERNEMENTAL

UNIVERSITE DE YAOUNDE II



IFORD

INSTITUT DE FORMATION ET DE RECHERCHE DEMOGRAPHIQUES

LAUREAT DU PRIX DES NATIONS UNIES POUR LA POPULATION 2011

Année académique 2011-2012- 32^{ème} promotion

FACTEURS EXPLICATIFS DE LA FECONDITE DES ADOLESCENTES AU GABON

Mémoire présenté et soutenu par

Monsieur ISAAC-PATERNE NDEMEZOGHE ONDO

En vue de l'obtention du Diplôme de

MASTER PROFESSIONNEL EN DEMOGRAPHIE

Comité d'encadrement

Dr. DIDIER NGANAWARA, Directeur

Dr. YOUNOUSSI ZOUKALEINI, Lecteur

Yaoundé, Novembre 2012

IFORD ♦ ☒ BP 1556 – Yaoundé (CAMEROUN) ♦ Email : iford@iford-cm.org ♦ Web : www.iford-cm.org

Tél. : (+237) 22 22 24 71 / 22 23 29 47 / 22 03 44 12 / 22 22 35 79 ♦ Fax : (+237) 22 22 67 93

ENGAGEMENT

**Les opinions émises dans ce document sont propres à son auteur et n'engagent
aucunement l'Institut de Formation et de Recherches Démographiques**

(IFORD)

DEDICACE

A mes parents,
A mon frère, Pascal Nguema Ndong,
Que ce travail soit l'expression de ma gratitude à
votre égard.
Et à mon fils,
Junior Jordy Biyoghe,
Que ce modeste travail t'aide à aller plus loin.

REMERCIEMENTS

Nos remerciements vont en premier lieu à l'endroit du Gouvernement Gabonais, grâce au financement duquel notre formation a été possible.

Nous exprimons en second lieu notre gratitude aux membres de notre comité d'encadrement :

Dr Didier NGANAWARA, directeur de mémoire, pour avoir dirigé ce travail, pour l'avoir amélioré et enrichi par ses remarques et observations constructives ;

Dr Younoussi ZOUKALEINI, lecteur, pour ses critiques et suggestions enrichissantes.

Nous sommes reconnaissants au personnel administratif et à tout le corps enseignant de l'Institut, pour les enseignements dispensés, les conseils prodigués et la documentation mise à notre disposition. Qu'ils trouvent en ce travail le résultat de leurs efforts et le reflet de la qualité du savoir transmis.

Le soutien moral de nos frères, sœurs, oncles et amis nous a considérablement aidé, Olga OKOME ONDO, Lionel OBIANG AYEMFEGHE, Jean Pierre NDONG OWONO, Alexis BIBANG BI OWONO et Pamphile NNANGNDONG, Prudence OSSEINE MEYE, Chancyne NDONG OVONO, Regina OBONO ONDO, Wivine OVANDANG et Patrice MBA ONDO. Merci pour votre soutien indéfectible, vos encouragements incessants, et vos précieux conseils.

Notre gratitude à l'endroit de nos camarades des 31ème, 32ème et 33ème promotions, pour l'amitié, la fraternité et la convivialité qui ont caractérisé nos relations. C'est entre autres MBIDA Luc Emile, Danièla ZONG MBA, Lionnel BOUASSA, Pascale NLANG, ISSAROU Pierre, GARANSOU YOUNA, DOSSO Abdul, MATO Monique, JOAO DE JESUS HEBO et MBOM Ignace.

Enfin, nous disons merci à toutes les personnes qui ont été d'un quelconque apport dans la réalisation de ce travail.

SIGLES ET ABBREVIATIONS

AUC :	Area Under Curve
BM :	Banque Mondiale
CFA :	Coopération Financière Africaine
CHL :	Centre Hospitalier de Libreville
CHU:	Centre Hospitalier Universitaire
CIRMF:	Centre International de Recherche Médicale de Franceville
CNRS:	Centre National de Recherche Scientifique
CNAMGS:	Caisse nationale d'assurance maladie et de garantie sociale
CNSS :	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CRDI :	Centre de Recherche pour le Développement International
DGSEE:	Direction Générale de la Statistique et des Etudes Economiques
DSCR:	Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté
DSRP :	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
EDS:	Enquête Démographique et de Santé
EDSG :	Enquête Démographique et de Santé du Gabon
EGEP:	Enquête Gabonaise sur le Suivi et l’Evaluation de la Pauvreté
FMI:	Fonds Monétaire International
HCR:	Haut Commissariat aux Réfugiés
IDH:	Indice de Développement Humain
IFORD:	Institut de Formation et de Recherche Démographiques
IST:	Infection Sexuellement Transmissible
LBV/POG:	Libreville/Port-Gentil
OMD:	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS:	Organisation Mondiale de la Santé

ONG:	Organisation Non Gouvernementale
PAS:	Programme d'Ajustement Structurel
PIB:	Produit Intérieur Brut
PMI:	Protection Maternelle et Infantile
PNAS:	Programme National d'Action Sanitaire
PNB:	Produit National Brut
PNUD:	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPTE:	Pays Pauvres Très Endettés
ROC:	Receiver Operating Characteristic
SIDA:	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SMI:	Santé Maternelle et Infantile
SNI:	Société Nationale Immobilière
SPAD:	Segmentation par Arbre de décision binaire Discrimination et Régression
SR:	Santé de la Reproduction/Santé Reproductive
SRA:	Santé Reproductive des Adolescent(e)s
SSE:	Statut Socio-économique
SSR:	Santé Sexuelle et Reproductive
TBS:	Tableau de Bord Social
TNS:	Taux Net de Scolarisation
TPI:	Traitement Préventif Intermittent
UNFPA:	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH:	Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZD:	Zone de Dénombrement

TABLE DES MATIÈRES

ENGAGEMENT	I
DEDICACE	II
REMERCIEMENTS	III
SIGLES ET ABREVIATIONS	IV
TABLE DES MATIÈRES	VI
LISTE DES TABLEAUX	IX
LISTE DES GRAPHIQUES ET DES FIGURES	X
RESUME	XI
ABSTRACT	XII
INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
CHAPITRE I : CONTEXTE DE L'ÉTUDE	5
1.1. CONTEXTE SOCIODEMOGRAPHIQUE	5
1.2. CONTEXTE GEOGRAPHIQUE	8
1.2.1. <i>Le cadre physique</i>	8
1.2.2. <i>La densité et urbanisation</i>	9
1.3. ENVIRONNEMENT SOCIO-ECONOMIQUE.....	10
1.3.1. <i>Brève histoire économique du Gabon</i>	10
1.3.2. <i>Les effets de la crise économique</i>	13
1.3.3. <i>La situation sociale</i>	14
1.4. ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE	16
1.4.1. <i>Le secteur public civil</i>	17
1.4.2. <i>Les secteurs publics, parapublic militaire</i>	17
1.4.3. <i>Le secteur privé et traditionnel</i>	18
1.4.4. <i>Le personnel de santé</i>	18
1.4.5. <i>Les difficultés du système sanitaire</i>	20
1.4.6. <i>Le budget de santé</i>	20
1.4.7. <i>Cadre juridique de la politique sanitaire au Gabon</i>	21
1.5. CONTEXTE SOCIOCULTUREL	21
CHAPITRE II: CADRE THEORIQUE	26
2.1. REVUE DE LA LITTERATURE	26
2.1.1. <i>Adolescence</i>	27
2.1.2. <i>Approches explicatives</i>	28
2.2. DEFINITION DES CONCEPTS PRINCIPAUX DE L'ÉTUDE	52
2.2.1. <i>Contexte de résidence</i>	52
2.2.2. <i>Contexte socioculturel</i>	53
2.2.3. <i>Caractéristiques socio-économiques du ménage</i>	53
2.2.4. <i>Caractéristiques sociodémographiques du ménage</i>	53
2.2.5. <i>Caractéristiques individuelles de l'adolescente</i>	53
2.2.6. <i>Fécondité des adolescentes</i>	54
2.3. CADRE CONCEPTUEL	54
2.3.1. <i>Hypothèse générale de l'étude</i>	54

2.3.2. Description du schéma Conceptuel.....	55
CHAPITRE III : ASPECTS METHODOLOGIQUES DE L'ETUDE.....	57
3.1. SOURCE DE DONNEES.....	57
3.1.1. Objectifs de l'enquête.....	57
3.1.2. Echantillonnage.....	58
3.1.3. Présentation des questionnaires.....	59
3.1.4. Questionnaire ménage.....	59
3.1.5. Questionnaire femme.....	60
3.1.6. Population cible de l'étude et taille de l'échantillon.....	60
3.2. EVALUATION DE LA QUALITE DES DONNEES.....	61
3.2.1. Taux de non réponse.....	61
3.2.2. Les variables opérationnelles.....	62
3.3. CADRE D'ANALYSE.....	66
3.3.1. Hypothèses spécifiques.....	66
3.3.2. Méthodes statistiques d'analyse.....	68
CHAPITRE IV : DESCRIPTION DE LA FECONDITE DES ADOLESCENTES AU GABON	73
4.1. ANALYSES BIVARIEES.....	73
4.1.1. Variation du pourcentage d'adolescentes mère selon le milieu de résidence.....	73
4.1.2. Variation du pourcentage d'adolescentes mères selon le milieu de résidence et la région.....	74
4.1.3. Variation du pourcentage d'adolescentes mères selon le milieu de résidence et de socialisation.....	75
4.1.4. Variation du pourcentage d'adolescentes mères selon le milieu de résidence et l'ethnie.....	76
4.1.5. Variation du pourcentage d'adolescentes mères selon le milieu de résidence et la religion.....	77
4.1.6. Variation du pourcentage d'adolescentes mères selon le milieu de résidence et la taille du ménage.....	78
4.1.7. Variation du pourcentage d'adolescentes mères selon le milieu de résidence et le niveau de vie du ménage.....	79
4.1.8. Variation du pourcentage des adolescentes mères selon le milieu de résidence et le sexe du chef de ménage.....	80
4.1.9. Variation du pourcentage des adolescentes mères selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction.....	80
4.1.10. Variation du pourcentage des adolescentes mères selon le milieu de résidence et le type d'union.....	81
4.1.11. Variation du pourcentage des adolescentes mères selon le milieu de résidence et la connaissance du cycle ovulatoire.....	82
4.1.12. Variation des pourcentages des adolescentes mères selon le milieu de résidence et la connaissance d'une méthode contraceptive.....	83
4.1.13. Variation du pourcentage des adolescentes mères selon le milieu de résidence et selon l'utilisation d'une méthode contraceptive.....	84
4.2. ANALYSE DESCRIPTIVE MULTIVARIEE.....	85
4.2.1. Détermination des axes factoriels.....	85
4.2.2. En milieu rural.....	86
4.2.3. En milieu urbain.....	93
CHAPITRE V : ESSAI D'EXPLICATION DE LA FECONDITE DES ADOLESCENTS AU GABON	100
5.1. DESCRIPTION DES MODELES D'ANALYSE.....	100
5.2. FACTEURS EXPLICATIFS DE LA FECONDITE DES ADOLESCENTES ET LEURS MECANISMES D'ACTION.....	103
5.2.1. Milieu de résidence.....	103
5.2.2. Région de résidence.....	104
5.2.3. L'ethnie.....	106
5.2.4. La religion.....	107

5.2.5. <i>Le milieu de socialisation</i>	107
5.2.6. <i>La taille du ménage</i>	108
5.2.7. <i>Le niveau de vie du ménage</i>	108
5.2.8. <i>Le niveau d’instruction de l’adolescente</i>	108
5.2.9. <i>Utilisation d’une méthode contraceptive</i>	109
5.3. HIERARCHISATION DES FACTEURS EXPLICATIFS DE LA FECONDITE DES ADOLESCENTES.....	119
CONCLUSION GENERALE ET RECOMMANDATIONS	122
BIBLIOGRAPHIE	127
ANNEXES	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.1.: Evolution de la population du Gabon.....	7
Tableau 3.1 Taux de non réponse des variables d'étude.....	62
Tableau 4.2 Contributions des modalités et positionnement au premier axe factoriel	89
Tableau 4.2 Contributions des modalités et positionnement au deuxième axe factoriel	90
Tableau 4.2 Contributions des modalités et positionnement au premier axe factoriel	96
Tableau 4.2 Contributions des modalités et positionnement au deuxième axe factoriel	97
Tableau 5.1 : Effets bruts et nets des variables indépendantes sur les adolescentes d'être mères au niveau national.....	112
Tableau 5.2 : Effets bruts et nets des variables indépendantes sur les adolescentes d'être mères en milieu rural.	114
Tableau 5.3 : Effets bruts et nets des variables indépendantes sur les adolescentes d'être mères en milieu urbain.....	116
Tableau 5.4 :Hiérarchisation des facteurs explicatifs du statut de fécondité des adolescentes mères au niveau national	119
Tableau 5.5 : Hiérarchisation des facteurs explicatifs du statut de fécondité des adolescentes mères au niveau rural	120
Tableau 5.6 : Hiérarchisation des facteurs explicatifs du statut de fécondité des adolescentes mères au niveau urbain.....	120

LISTE DES GRAPHIQUES ET DES FIGURES

GRAPHIQUE 4.1. POURCENTAGE DES ADOLESCENTES MERES SELON LE MILIEU DE RESIDENCE.....	73
GRAPHIQUE 4.2 : POURCENTAGE DES ADOLESCENTES MERES SELON LE MILIEU DE RESIDENCE ET LA REGION DE RESIDENCE	75
GRAPHIQUE 4.3 POURCENTAGE DES ADOLESCENTES MERES SELON LE MILIEU DE RESIDENCE ET DE SOCIALISATION	76
GRAPHIQUE 4.4 POURCENTAGE DES ADOLESCENTES MERES SELON LE MILIEU DE RESIDENCE ET L'ETHNIE	77
GRAPHIQUE 4.5 POURCENTAGE DES ADOLESCENTES MERES SELON LE MILIEU DE RESIDENCE ET LA RELIGION	78
GRAPHIQUE 4.6 POURCENTAGE DES ADOLESCENTES MERES SELON LE MILIEU DE RESIDENCE ET LA TAILLE DU MENAGE	79
GRAPHIQUE 4.7 POURCENTAGE DES ADOLESCENTES MERES SELON LE NIVEAU DE VIE DU MENAGE ET LE MILIEU DE RESIDENCE	79
GRAPHIQUE 4.8 : POURCENTAGE DES ADOLESCENTES MERES SELON LE SEXE DU CHEF DE MENAGE ET SELON LE MILIEU DE RESIDENCE.....	80
GRAPHIQUE 4.9 POURCENTAGE DES ADOLESCENTES MERES SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION ET SELON LE MILIEU DE RESIDENCE	81
GRAPHIQUE 4.10 POURCENTAGE DES ADOLESCENTES MERES SELON LE MILIEU DE RESIDENCE ET SELON LA CONNAISSANCE DU CYCLE OVULATOIRE	82
GRAPHIQUE 4.11 POURCENTAGE DES ADOLESCENTES MERES SELON LE MILIEU DE RESIDENCE ET LA CONNAISSANCE D'UNE METHODE CONTRACEPTIVE.....	84
CARACTERISATION DES ADOLESCENTES MERES EN MILIEU URBAIN ET REPRESENTATION GRAPHIQUE	97
GRAPHIQUE 5.1 : EVALUATION DU POUVOIR DISCRIMINANT DU MODELE SATURE (M12 AU NIVEAU NATIONAL	101
GRAPHIQUE 5.2 : EVALUATION DU POUVOIR DISCRIMINANT DU MODELE SATURE (M11) EN MILIEU RURAL	102
GRAPHIQUE 5.3 : EVALUATION DU POUVOIR DISCRIMINANT DU MODELE SATURE(M11) EN MILIEU URBAIN	102

RESUME

Le premier rapport d'Enquête Démographique et de Santé du Gabon (EDSG, 2000) publié en juin 2001, révèle que, la fécondité des adolescentes est un phénomène important en raisons de la précocité des rapports sexuels, de la part importante des adolescentes de 15-19 ans qui constituent 26% de l'ensemble des femmes en âge de procréer et de leur contribution qui s'élèvent à 17% de la fécondité totale des femmes. De même, il révèle par ailleurs, que les adolescentes résidentes dans les zones rurales ont une fécondité plus précoce que celles résidentes dans les zones urbaines. Fort de ce constat, il est donc judicieux de rechercher les facteurs susceptibles d'influencer la fécondité des adolescentes en tenant compte du milieu de résidence au Gabon ; ce qui pourrait contribuer à l'amélioration de l'état des connaissances sur les facteurs explicatifs de la fécondité des adolescentes indispensables aux décideurs dans la mise en oeuvre des politiques et programmes de développement visant la réduction des grossesses précoces et de risque de mortalité maternelle.

Cette étude est réalisée à partir des données de la dite enquête (EDSG, 2000). Des analyses, il ressort que la fécondité des adolescentes est influencée directement par le contexte de résidence. Toutefois, cette influence passe aussi par les caractéristiques sociodémographiques du ménage, par le contexte socioculturel et par les caractéristiques socioéconomiques ainsi que, par les caractéristiques individuelles de l'adolescente. En revanche, l'utilisation d'une méthode contraceptive est un déterminante clé au statut de fécondité de la jeune fille âgée de 15-19 ans mariée ou pas au Gabon. Les résultats d'analyses montrent que, le poids important des adolescentes mères dans la contribution de la fécondité totale des femmes au Gabon, Peut être due non pas à la non utilisation des méthodes contraceptives, mais plutôt, par la dépendance, ou par un désir volontaire d'être mère. Nous suggérons ainsi, aux décideurs publics de Promouvoir l'autonomisation des adolescentes, par la mise en place des microcrédits et des centres de formation spécifiques aux métiers de la femme.

ABSTRACT

The first report of Demographic investigation and Health of Gabon (EDSG, 2000) published in June 2001, reveal that, the fertility of the teenage is an important phenomenon in reasons of the sexual intercourse forwardness, of the part important of the teenage of 15-19 years that constitutes 26% of the set of women in age to procreate and of their contribution that rises to 17% of the total fertility of women. In the same way, it reveals otherwise, that the teenage résidentes in the farming zones have a more precocious fertility that those résidentes in the urban zones. Strong of this report he/it is therefore discriminating to search for factors susceptible to influence the fertility of the teenage while taking account of the residence middle in Gabon; what could contribute to the improvement of the knowledge state on the explanatory factors of the fertility of the teenage indispensable to decision-makers in the stake opens some of policies and programs of development aiming the reduction of the precocious pregnancies and risk of maternal mortality.

This survey is achieved from data of the so-called investigation (EDSG, 2000). Of analyses, it comes out again that the fertility of the teenage is influenced directly by the context of residence. However, this influence also passes by the characteristic sociodémographiques of the household, by the sociocultural context and by the characteristic socioéconomiques as well as, by the individual features of the teenage. on the other hand, the use of a contraceptive method is a determining key to the statute of fertility of the girl aged of 15-19 years bride or not to Gabon. Results of analyses show that, the weight important of the teenage mothers in the contribution of the total fertility of women to Gabon can be not to the contraceptive method use, but rather, by the dependence, or by a desire voluntary to be mother. We suggest thus, to the public decision-makers to promote the autonomisation of the teenage, by the setting up of microcrédits and centers of formation specific to the woman's professions.

I

NTRODUCTION GÉNÉRALE

Au Gabon comme dans la plupart des pays de l'Afrique subsaharienne, la fécondité des adolescentes est à la fois une norme ancestrale de beaucoup de sociétés et une nouveauté des secteurs les plus « modernisés » de la population : celle des villes et des jeunes scolarisés Delaunay V. (1994). Valorisée le plus souvent dans les sociétés anciennes, elle devient un problème social dans sa version moderne car elle traduit une diminution du contrôle social sur le comportement des jeunes (Locoh, 1985). La fécondité des jeunes femmes de moins de 20 ans représente en Afrique environ 12% de la fécondité totale d'après l'enquête mondiale de fécondité (BM 2000), 9% au Lesotho, 16% au Cameroun. Au Gabon, les adolescentes constituent 26% de l'ensemble des femmes en âge de procréer et contribuent pour 17% à la fécondité totale des femmes ; en outre, plus de la moitié des femmes ont leur première naissance avant 19 ans (EDSG, 2000).

En effet, les enfants nés de jeune mère (moins de 20 ans) courent généralement un risque plus important de décéder que ceux issus de mère plus âgée (35ans et plus). De même, les accouchements précoces augmentent le risque de décès chez les adolescentes. La sexualité à l'adolescence représente une réalité sociale qui engendre intérêt et inquiétude en raison de ses lourdes répercussions sur l'individu, sa famille et l'ensemble de la communauté. Depuis plusieurs années, alarmés par les statistiques décrivant un niveau croissant, de grossesses non désirées, d'avortements, de complications à l'accouchement, de mortalité infantile, et d'infection par des maladies sexuellement transmissibles, les parents, les intervenants et l'ensemble de la population s'interrogent et s'inquiètent. La santé sexuelle des adolescents est d'autant plus menacée que l'impact des interventions préventives et éducatives demeure faible et limité.

Les proportions d'adolescentes qui ont déjà eu un ou plusieurs enfants et de celles qui sont pour la première fois, augmentent avec l'âge. En considérant que la somme de ces deux pourcentages fournit la proportion de femmes ayant commencé leur vie féconde, on remarque que 33% des femmes de 15-19 ans ont déjà commencé leur vie féconde : 27% ont déjà, au moins, un enfant et 6%, sont pour la première fois. Ainsi, à 15 ans, 10% d'adolescentes ont

un enfant, à 16 ans cette proportion est de 19%, à 17 ans 41% sont mères, à 18 ans elles sont à 44% et à 19 ans elles sont à 52%. (EDSG, 2000).

La santé reproductive des adolescents suscite une inquiétude grandissante dans les pays de l'Afrique subsaharienne. La Conférence africaine sur la population de 1992 à Dakar, puis la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) de 1994 au Caire, ont prioritairement exprimé la nécessité de mettre en place des programmes pertinents tenant compte des besoins spécifiques des jeunes et des adolescents particulièrement dans les pays africains, Pour mieux identifier les besoins de cette importante frange de la population ont attiré l'attention du monde sur les droits et la santé en matière de sexualité et de reproduction, ainsi que sur les questions concernant la condition et la place des adolescentes dans le développement socioéconomique des nations. Les adolescentes constituent un groupe vulnérable et « ... devraient pouvoir accéder à une information et à des services qui les aident à comprendre leur sexualité et à se protéger contre les grossesses non désirées, les maladies sexuellement transmissibles et les risques de stérilité en résultant »¹. Et, bien que les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) ne comportent pas expressément d'objectif général en matière de santé génésique des jeunes/adolescents, il est évident qu'un grand nombre d'objectifs de développement ne pourront pas être atteints, dans les pays en voie de développement, si l'on n'investit pas dans la jeunesse, particulièrement dans la sexualité et la santé reproductive ; car celle-ci est une composante essentielle de la capacité des jeunes/adolescentes à devenir des membres bien adaptés, responsables et productifs de la société.

Toutefois, le Gabon s'est doté d'un nouveau programme de santé en 2008, qui donne accès aux soins à l'ensemble de la population et de moderniser son système de santé« la solidarité a un sens » est la devise de la Caisse nationale d'assurance maladie et de garantie sociale (CNAMGS) qui accorde une place de choix à la Santé de la Reproduction et mis en place, un certain nombre de mesures visant à faciliter l'accès aux services de santé pour les populations vulnérables ; mais aussi, elle prend en compte les prestations familiales qui sont passées de 3000 f.cfa à 17000 f.cfa par mois et par enfant.

1 Programme d'action de la CIPD, paragraphe 7.41

Face à tous ces maux qui entravent la santé sexuelle et reproductive des jeunes/adolescents en Afrique, qui pourtant sont appelés à être les adultes de demain, leur bien-être social et économique peut être compromis. Cette étude se propose donc de contribuer à l'identification des facteurs explicatifs de la fécondité des adolescentes en tenant compte du milieu de résidence au Gabon.

Cette étude se démarque des travaux antérieurs du fait qu'elle adopte une approche plus objective, prenant en compte, les implications sanitaires et sociales de la maternité précoce ; et du fait que, la fécondité adolescente se réalise dans un contexte de forte urbanisation et de scolarisation élevée, où l'on note une dissociation entre le mariage et la sexualité (Antoine et Nanitélamio, 1990) ; par contre, la prévalence contraceptive parmi les adolescentes non mariées est très mitigée.

Sur le plan culturel, on relève une hétérogénéité culturelle : prédominance des sociétés matrilineaires dans le Sud, contrairement du Nord où l'on trouve beaucoup plus de sociétés patrilineaires. Or, la tolérance des naissances hors union et la prise en charge différentielle des enfants selon la légitimité de leur naissance (facteurs culturels qui influent sur la fécondité des adolescentes) sont fonction, entre autres, de ces deux éléments (Romaniuk, 1967). La question centrale dans cette étude est de savoir « *Quels sont les facteurs susceptibles d'influencer la fécondité des adolescentes au Gabon ?* » « *Varient-ils ou non d'un milieu de résidence à un autre ?* »

En essayant de répondre à ces questions, cette étude contribue *à l'amélioration de l'état des connaissances sur les facteurs explicatifs de la fécondité des adolescentes indispensables aux décideurs dans la mise en œuvre des politiques et programmes de développement visant la réduction des grossesses précoces et de risque de mortalité maternelle*. Plus spécifiquement, cette étude a pour objectifs de :

- ✚ Décrire les variations de la fécondité des adolescentes ;
- ✚ Etablir le profil des adolescentes mères au Gabon ;
- ✚ Identifier les facteurs explicatifs de la fécondité des adolescentes.

L'étude est structurée en cinq chapitres. Le chapitre 1 « Contexte de l'étude » décrit le paysage politique, démographique, socioéconomique et sanitaire de l'étude. Le chapitre 2

expose les approches théoriques et empiriques. Le chapitre 3 présente les données (notamment leur source et qualité) et les méthodes d'analyses utilisées pour tester les hypothèses. Le chapitre 4 examine les variations dans la fécondité des adolescentes au Gabon en tenant compte de divers aspects (socioculturel, Socioéconomique, familial, individuel, etc.). Enfin, le chapitre 5 traite des différents facteurs explicatifs de la fécondité des adolescentes au Gabon.

C

HAPITRE I : CONTEXTE DE L'ÉTUDE

Une recherche qui se propose de déterminer les facteurs explicatifs de la fécondité des adolescentes au Gabon se doit avant tout, de décrire le contexte dans lequel cette étude s'inscrit. Dans ce chapitre, afin de comprendre la portée de nos analyses ultérieures, nous présenterons successivement le contexte sociodémographique, géographique, socio-économique et organisationnel du système de santé et socioculturel susceptible d'empêcher ou de favoriser la survenance d'une naissance précoce chez l'le risque pour une adolescente d'être mère au Gabon.

1.1. Contexte sociodémographique

Avec une population de 1.520.911 habitants (RGPH 2003, Arrêté de la Cour Constitutionnelle), la population gabonaise est répartie de façon quasi égalitaire (50,7% de femmes et 49,3% d'hommes) dont 41 % de jeune. Son taux d'urbanisation élevé, 73% (avec une forte concentration à Libreville et sa périphérie, 48% du total) justifie une forte concentration de la population en milieu urbain, notamment dans les deux principales villes que sont Libreville et Port gentil. Cet état montre que la population gabonaise est relativement jeune car 52% ont moins de 20 ans. Avec les niveaux actuels de fécondité, chaque femme aura en fin de sa vie féconde 4,3 enfants. L'une des caractéristiques de cette fécondité est sa précocité. C'est donc dire que la fécondité des adolescents dans ce pays est un phénomène important en raison de la précocité des rapports sexuels. Ces adolescents qui constituent 26% de l'ensemble des femmes en âge de procréer contribuent pour 17% à la fécondité totale des femmes. Ainsi, au Gabon la moitié des femmes ont eu leur première naissance avant 19 ans. En effet, une femme sur deux donne naissance à un enfant à 18,5 ans. Ce niveau de fécondité varie selon le milieu de résidence ; les adolescents résidant dans les zones rurales ont une fécondité plus précoce que celles résidant à Libreville/Port-Gentil et dans les autres villes. En effet, en zone rurale, 40% des adolescents ont déjà commencé leur vie féconde, dont 34% sont déjà mère et 6% pour la première fois. (EDSG 2000) Ainsi les femmes du milieu rural donne naissance, en moyenne, à 2 enfants de plus (5,7 enfants par femme) que celles de

Libreville/Port-Gentil (3,6 enfants par femme) et a 1 enfant de plus que celles des autres villes. De même, la fécondité varie selon le niveau d'instruction. ainsi selon le niveau d'instruction, on constate que les adolescentes qui ont un niveau d'instruction primaire et celles qui n'ont pas fréquenté l'école ont une fécondité nettement plus précoce (respectivement, 38% et 35% ont commencé leur vie féconde) que celle qui ont un niveau d'instruction secondaire ou plus 30% selon les régions, on constate que ce sont les adolescents du Nord et du Sud qui ont une fécondité la plus précoce, respectivement 42% et 39% ayant déjà commencé leur vie féconde. Dans les régions Est et Ouest, respectivement 36% et 35% des adolescentes ont déjà commencé leur vie féconde.

La densité de la population est de 5,7 habitants/km² et l'accroissement démographique de 2,5% par an. 41% de la population à moins de 15 ans. La moyenne de la taille des ménages (EDSG 2000) est de 5 personnes, 26% des ménages ont des femmes pour chefs de famille. 94% des enfants de 6 à 15 ans sont scolarisés. La structure par âge laisse apparaître une forte proportion de 0-14 ans située à 41% caractéristique d'un pays jeune, à l'instar de la plupart des pays en développement. Cette proportion n'était que de 30% en 1960, ce qui traduit l'ampleur de la mutation démographique qu'a connue le Gabon en quelques décennies.

Evolution de la population gabonaise

A son indépendance en 1960, le Gabon comptait 448 000 habitants dont 4,7% d'étrangers. En 1960 la population urbaine représentait 20 % de la population totale, en 1980 48 % de la population gabonaise vivait en milieu urbain. Le RGPH de 1993 estimait la population gabonaise à 1 014 976 habitants dont 73 % vivant en milieu urbain. Les adolescentes de 15-19ans représentaient 51 959 de cette population soit un taux de 534% alors que le taux de fécondité de cette tranche d'âge était de 131,4%.

Dans un souci de développement économique les autorités gabonaises se sont fixées comme objectif de stimuler la croissance démographique. L'amélioration du système sanitaire, liée au développement et à l'urbanisation, y contribua énormément en favorisant un bon niveau de fécondité et la baisse du taux de mortalité.

La création, en 1979, du Centre International de Recherches Médicales de Franceville (CIRMF) entraînant une meilleure compréhension des causes de la stérilité masculine et

féminine a permis une réduction significative de ce phénomène. La proportion de femmes de 45-54 ans n'ayant pas d'enfant est passée de 32% en 1960 à 17% en 1993. Depuis, la situation continue de s'améliorer. Aujourd'hui, les principaux indicateurs se rapprochent des moyennes d'Afrique subsaharienne : un taux de natalité de 40 pour mille (contre 42 pour mille en Afrique subsaharienne), un indice synthétique de fécondité de 4,3 enfants par femme (contre 5,8 pour l'Afrique) et un taux de croissance annuel moyen d'environ 2,5% (contre 2,8% pour l'Afrique).

Le Gabon a adopté une politique nataliste, sanctionnée par une ordonnance-loi le 4 Octobre 1969 qui interdit l'usage des contraceptifs, en encourageant les naissances d'une part, et en octroyant une allocation familiale à chaque enfant jusqu'à l'âge de 15 ans, âge limite de la scolarisation obligatoire au Gabon. En Août 2000, l'exécutif gabonais a fini par céder aux pratiques de la contraception. La promulgation, en Août 2000, d'une loi autorisant la contraception au Gabon est considérée par les femmes comme une révolution mais de gros efforts restent à faire puisque quatre ans après aucun texte d'application n'est disponible, alors que les contraceptifs autres que les préservatifs masculins sont toujours difficilement accessibles dans le pays. Cependant cette politique s'est révélée moins efficace puisque le taux d'accroissement de la population est resté presque stationnaire avec un taux de 2,5% (RGPH 1993).

Parmi les facteurs ayant contribué à l'augmentation de la population gabonaise, il faut mentionner l'amélioration des conditions de vie, liée au développement économique ; au rôle non négligeable des adolescentes dans la dynamique démographique depuis les années 1970. L'immigration occupe aussi une part importante : les étrangers représentent en effet entre 15 à 20% de la population résidant au Gabon.

Tableau 1.1.: Evolution de la population du Gabon

Années	1960	1970	1980	1993	2003
Population	448 000	546 000	800 000	1 014 976	1 520 911

Sources : RGPH 1993, Cour Constitutionnelle 2005

Au Gabon, il n'existe pas encore de politique de population institutionnalisée avec des objectifs bien déterminés et susceptibles d'être évalués. Cependant, au titre des recommandations issues de ces conférences, depuis le 24 novembre 1998, le Gabon a signé avec l'UNFPA le document de projet de mise en place d'une politique nationale de population.

1.2. Contexte géographique

1.2.1. Le cadre physique

Pays de l'Afrique centrale, le Gabon situé dans le golf de Guinée, à cheval sur l'équateur, est limité au nord par le Cameroun, au nord-ouest par la Guinée Equatoriale, à l'est et au sud par la République Populaire du Congo, et à l'ouest par l'Océan Atlantique sur 800 km de côte, et s'étend sur une superficie de 267 667 km², et couvert au ¾ par la forêt dense. Le climat est de type équatorial, chaud et humide, avec deux saisons de pluies et deux saisons sèches. Les précipitations moyennes annuelles oscillent entre 1400 et 3800 mm, alors que les températures varient entre 21° et 28° (Atlas du Gabon, 2004).

Bien que le Gabon ne soit pas un pays de montagnes, la topographie d'ensemble est rarement plate. Pour l'essentiel, le relief se présente sous la forme d'un ensemble de plateaux et de collines dont les hauteurs varient entre 500 et 1000 m environ. Le réseau hydrographique extrêmement dense est alimenté par deux fleuves. L'Ogooué, avec plus de 1000 km, et un bassin versant qui couvre 215 000 km² (dont 22 000 km² situés au Congo et au Cameroun) est de loin le plus grand. L'autre bassin versant est celui de la Nyanga, le plus méridional de tous, avec un bassin de 22000 km², dont 80% au Gabon et 20% au Congo (Atlas du Gabon, 2004).

Le Gabon dispose d'un potentiel considérable en matière de ressources en eau estimé à 170 milliards m³ par an et détient l'un des plus hauts niveaux de ressources annuelles en eau par habitant. Le réseau hydrographique du pays draine 72% du territoire. A cet ensemble hydrographique s'ajoutent les autres étendues aquatiques : fleuves, lacs, et lagunes côtières. De nombreuses données confirment que les ressources en eau de surface subissent d'importantes altérations physico-chimiques et bactériologiques d'origine anthropique, et sont

généralement impropres à l'alimentation humaine et même à d'autres usages à caractère économique.

1.2.2. La densité et urbanisation

La densité urbaine frise celle que l'on rencontre dans les pays les plus peuplés du monde, avec 250 à 300 habitants au Km², et la densité rurale de 1.1 habitants au Km². Cette forte disparité dans l'occupation des sols pose des problèmes de planification et d'aménagement du Territoire. Par ailleurs, ce resserrement spatial des activités économiques et des populations dans quelques pôles urbains accroît la promiscuité et favorise d'importance transformation. Les changements apportés par la modernisation avec son corollaire de « désorganisation sociale » ont érodé l'autorité des aînés et accru l'autonomie des jeunes laissant place à ces derniers de modifier les conditions qui pendant des siècles ont déterminé le sort des femmes (Talnan et *al*, 2002).

Les principaux éléments dans ce processus de changement ont été l'urbanisation et l'élargissent des possibilités d'accès à l'instruction et à la formation. Les nouvelles générations sont davantage touchées par ces évolutions et ont acquis surtout grâce à la vie en milieu urbain et à la scolarisation des prétentions nouvelles. L'influence de ces phénomènes (scolarisation et urbanisation) a été décisive. En se greffant sur le système traditionnel, ils ont réduit le rôle de la mère et des parents en général. La plupart des mères gabonaises se réfèrent aux principes coutumiers qui ont inspiré leur propre éducation, et désirent élever leurs filles de la même manière qu'elles-mêmes l'ont été. Cependant, les conditions sociales ayant changé, elles doivent désormais concilier tradition et modernité.

De plus, au Gabon, les femmes se marient relativement tard. Ainsi, seulement une femme de 25-49 ans sur deux était en union à 19,7 ans. Cet âge médian, de 18 ans pour les générations âgées de 20,4 ans pour celles âgées de 20-25 ans à l'enquête (EDSG 2000). Ainsi, des générations récentes, cet âge médian à la première union a subi des modifications dans le sens du vieillissement. Les femmes du milieu rural entrent en union un peu plus tôt (18,2 ans) que celle du milieu urbain (20 ans). Le niveau d'instruction influe aussi sur l'âge à la première union. Les femmes de niveau secondaire ou plus entrent en union plus tardivement (21 ans) que celle de niveau primaire et de 23,7 ans pour le niveau secondaire ou plus.

L'urbanisation est caractérisée par son hétérogénéité. A côté des grands centres urbains que sont Libreville et Port-Gentil, les autres villes ont essentiellement l'aspect de grands centres ruraux, en considérant la nature et le type d'activités prédominantes. Les grandes entreprises industrielles y sont rares voire inexistantes et, en dehors du secteur agricole, la vie économique reste dominée par l'activité des quelques fonctionnaires en poste, de petits commerçants et de quelques artisans qui détiennent l'essentiel du pouvoir d'achat.

Le Gabon est divisé en neuf (9) provinces qui sont : l'Estuaire, le Haut-Ogooué, le Moyenne Ogooué, l'Ngounié, la Nyanga, l'Ogooué-Lolo, l'Ogooué-Ivindo l'Ogooué-Maritime et le Woleu-Ntem. Mais, pour les besoins de l'étude, nous utilisons le découpage des précédentes études réalisées dans le pays : enquêtes et recensements qui subdivise le Gabon en 5 grandes régions : Nord (Woleu-Ntem et l'Ogooué Ivindo), Sud (la Ngounié et la Nyanga), l'Est (Ogooué Lolo et le Haut-Ogooué), l'Ouest (l'Estuaire, le Moyen Ogooué et l'Ogooué Maritime) et la région de Libreville/Port-Gentil. Cela nous permet de mieux utiliser la base de données à notre disposition.

1.3. Environnement socio-économique

La connaissance de la situation économique du pays peut aider à mieux cerner les facteurs explicatifs de la fécondité des adolescentes selon le milieu de résidence au Gabon. Cette section décrit l'évolution de l'économie ainsi que l'état de pauvreté de la population. Le choix d'une politique nataliste ne saurait être fortuit. Il doit dépendre en effet des capacités économiques d'un pays à satisfaire les besoins de sa population pour leur assurer le plein épanouissement.

L'étroite relation entre l'économie et la fécondité en générale et celle de la fécondité des adolescentes en particulier ne fait l'objet d'aucun doute, d'où la nécessité de bien comprendre la situation économique du Gabon.

1.3.1. Brève histoire économique du Gabon

Le Gabon est un pays dont le sous-sol et le sol sont doté de ressources abondantes : la forêt, le pétrole, des minerais divers. Classé parmi les pays à revenu intermédiaire pour son niveau du produit national brut par habitant qui tourne autour de 3400 dollars, l'économie du

pays repose essentiellement sur trois produits d'exportation : le pétrole, le manganèse et le bois. Demeuré pendant longtemps « *Eldorado* », le pays est entré dans une sorte de zone de turbulence économique dans le milieu des années 1980 eu égard à la baisse tendancielle de la production pétrolière, en raison principalement de l'absence de grandes découvertes pouvant compenser l'épuisement progressif des champs pétroliers arrivés à maturité.

En 1983, au plan économique, les recettes de l'État gabonais continuent de dépendre du pétrole, qui a représenté en 1983 83% des recettes d'exportation, le reste provenant du bois (8%), du manganèse (5,1%) et de l'uranium (3,2%). Avec la découverte de nouveaux gisements au large de Port-Gentil, la production pétrolière a augmenté en 1984 (+16,5%) et les exportations pétrolières ont représenté 83,6% du total des exportations. Le budget 1985 a été arrêté à 679 milliards de francs CFA ; Pour la première fois depuis 1980, les recettes pétrolières du Gabon ont connu une baisse en 1985. Celle-ci est due à la chute du pétrole et à celle du dollar, mais aussi au ralentissement de la production (8 millions de tonnes en 1985 au lieu des 9 millions prévues). Le gouvernement a dû amputer de 100 milliards de francs CFA le budget de 1986, réduisant les dépenses de fonctionnement et surtout les investissements publics.

Au Gabon, 1986 a été l'année d'un réveil assez brutal, après treize années d'euphorie pétrolière, qui avaient fait de ce pays le plus riche de la région. Avec un PNB de 3 480 dollars par habitant en 1984, le Gabon était au deuxième rang en Afrique, derrière la Libye. Le 8 février, le président Omar Bongo a annoncé que le budget 1986, qui avait été évalué à 720 milliards de francs CFA, devrait être réduit de 100 milliards, à cause de la baisse des cours du pétrole. Mais la chute allait être bien plus nette : le budget 1987 a été arrêté à 360 milliards de francs CFA, pratiquement la moitié du précédent. Les dépenses effectives ont été de 670 milliards, dont près de 160 milliards pour le seul service de la dette. Les recettes pétrolières de l'État ne devaient être que de 60 milliards de francs CFA en 1987, contre 400 milliards en 1985... Comme en 1977 (alors que la crise n'était que financière, et non économique), le Gabon a dû faire appel au FMI et adopter un programme de « *redressement structurel* ». Le Gabon a poursuivi sa politique d'assainissement économique. Un nouveau budget d'austérité (358 milliards de francs CFA) a été adopté pour 1989, en très légère progression par rapport à 1988. Depuis le contre-choc pétrolier de 1986, le Gabon a vu se tarir ses recettes pétrolières.

Les problèmes économiques ont fait place à une tension politique grandissante. Mais la fragile reprise économique, notamment liée à la hausse des revenus pétroliers (40% des recettes budgétaires du pays en 1992) l'uranium et le manganèse connaissent un repli -, n'a pas endigué le mécontentement social, lequel s'est amplifié à partir de janvier 1992. Grèves des magistrats, des enseignants, fermeture de l'Université en février.

En raison des « *rigidités structurelles* » de l'économie nationale et de l'accroissement de la dette, la dévaluation du franc CFA, intervenue le 12 janvier 1994, n'a pas amené toutes les améliorations attendues. La compression des dépenses publiques et les projets de privatisation n'ont que lentement progressé dans une ambiance peu propice à l'investissement privé dans les secteurs autres que le pétrole. Des tensions sociales ont accompagné cette lente dégradation de l'« *exception gabonaise* ». L'agitation étudiante, puis la fermeture de l'Université, ainsi que l'expulsion d'environ 40 000 immigrants clandestins, en février 1995, en ont été les signes les plus marquants. L'économie du pays a subi, en 1995, les contrechocs de la dévaluation du franc CFA, mais la maîtrise de l'inflation a été satisfaisante (estimée à 10,9% pour 1995).

En janvier 1995, le pays s'est engagé progressivement dans la mise en œuvre des privatisations avec celle, en mars 1997, de la Société nationale d'eau et d'électricité du Gabon. L'économie gabonaise demeure fortement dépendante du pétrole. Sur la période 1996-1999, l'or noir a compté pour plus de 34% du PIB total et pour plus de 38% du PIB marchand, 60% des recettes de l'Etat et pour plus de 73% des recettes d'exportation (DGSEE, 2002).

En définitive, l'économie gabonaise est fondamentalement dépendante du pétrole. En plus de son manque de diversification, elle souffre d'un manque de compétitivité, à cause notamment du coût élevé des facteurs de production et de l'étroitesse du marché intérieur. Bien que le Gabon dispose d'un revenu par habitant des plus élevés d'Afrique, les conditions de vie des gabonais ne sont pas favorables. Cet état de fait peut en partie s'expliquer par la structure même de l'économie basée sur l'extraction des mines et des hydrocarbures utilisant des technologies de pointe qui revalorisent plus le facteur capital que le facteur humain. Cela résulte aussi de la faiblesse du secteur agricole, secteur pourvoyeur d'emploi, mais laissé pour

compte. Enfin, cette situation est la conséquence de l'inégale répartition des revenus (TBS, 1998).

1.3.2. Les effets de la crise économique

La crise économique traversée par l'économie gabonaise n'est pas sans conséquences, d'autant qu'elle a entraîné la réduction du niveau de vie des populations et surtout des couches sociales plus vulnérables. Les tendances montrent que les proportions des personnes vivant en dessous du salaire minimum est passé de 87% en 1960 à 83% en 1994. Cette situation touche particulièrement les grandes villes, Libreville et Port-Gentil qui regorgent les 70% de la population urbaine totale du pays (RGPH 1993). Car, près de 20% de la population de ces villes vivent en dessous du seuil de pauvreté absolue (estimé à environ 29000 f.cfa par mois et par personne) et 25% vivent en dessous du seuil de pauvreté relative (fixé au quart du revenu moyen, soit à peu près 65000 f cfa (banque mondiale 1999). La population rurale n'y échappe pas, elle se trouve dans le dénuement, du fait de son isolement, de son accès limité à l'eau potable la santé et aux services d'éducation et santé. L'emploi salarié total à connu entre 1986 et 1993 une diminution de 25% avec réduction des effectifs dans le secteur privé où près de 3000 postes ont été supprimés et 20% de la population active est sans emploi (office nationale de l'emploi ONE, 2008) alors que le marché de l'emploi n'absorbe que moins de 4000 demandes. Ceci montre que le chômage est très élevé au Gabon.

Toutefois, cette situation peut masquer une réalité différente au Gabon. En effet, le Gabon compte 33% d'individus pauvres, soit près de 430 000 personnes. L'incidence de la pauvreté, le pourcentage de personnes pauvres dans la population est de 30% en milieu urbain et de 45% en milieu rural. Ainsi, le milieu urbain qui abrite 80% de la population compte près de 75% de pauvres ; alors que le milieu rural avec 20% de la population compte un peu plus de 25% des pauvres BACKINY-YETNA et WODON (2009).

En 1990, le pourcentage de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté était de 27%. Il est descendu à 25% en 2000, traduisant un léger recul de l'incidence de pauvreté. Sur la base des seuils de pauvreté établis dans l'étude de la Banque mondiale en 1996, à savoir le niveau de salaire minimum et le seuil des deux tiers de consommation moyenne, il

apparaît que l'incidence de pauvreté estimée respectivement à 83% et 62% contre 87% et 68% en 1960 a très peu évolué depuis.

Par ailleurs, il apparaît que les conditions de la femme en générale et de la jeune fille mère en particulier à l'accessibilité aux soins de santé sont très limités par la paupérisation qui caractérisent ces dernières et du manque de structure pouvant recevoir à des faibles coups. D'une manière générale, la pauvreté des jeunes mamans croissante entraîne le non recours aux services de santé maternelle et infantile (SMI). De plus, la protection sociale est faible. Les mécanismes traditionnels d'entraide sociale ayant tendance à s'effriter.

1.3.3. La situation sociale

En dépit de ses potentialités, la croissance du PIB réel par habitant du Gabon a été négative sur la période 1990-2003. Aussi, les indicateurs sociaux du Gabon se situent-ils en deçà de ceux des pays ayant un niveau de revenu comparable (BM, 2006). Le taux brut de scolarisation au primaire qui était déjà de 162.9% en 1990 a baissé jusqu'à 151.5% en 2000 et continue de baisser pour atteindre le niveau de 130% en 2007. Quant au taux d'alphabétisation des adultes, il est estimé à 29% en 2000 contre 59% en 1986. Or, le faible niveau d'éducation des populations en matière de santé, la pauvreté et les préjugés diminuent l'impact des activités d'éducation pour la santé et entravent l'acquisition des attitudes favorables à celle-ci.

Le chômage constitue l'une des premières causes de pauvreté dans les zones urbaines. Ce phénomène apparaît véritablement après la crise de 1986. En 1994 le taux de chômage était estimé à 17,10 %, alors qu'en 1996 il atteignait 17,90 %. De 1985 à 1992 le chômage a connu une baisse de près de 4 %. De 1997 à 2000 ce chômage s'est considérablement accru du fait des privatisations et du gel de l'intégration dans la fonction publique, et fini par atteindre 21 %.

A partir de 2005 le chômage, qui était estimé à 15% de la population active (âgée de 15 ans et plus), frappait surtout les jeunes (30% parmi les moins de 25 ans) et la population urbaine 17% contre 6% en milieu rural (Ministère de la Planification/ Union Européenne 2007). Or ceux qui disposent d'un emploi « *sont susceptibles de disposer d'un réseau et de moyens financiers leur permettant d'entreprendre des activités propices à l'amélioration de*

la santé des enfants » (KUATE DEFO, 1997). La persistance du chômage conduit inexorablement à une marginalisation d'une partie importante de la population, la rendant ainsi vulnérable.

En matière d'habitat, la lutte contre la pauvreté vise à améliorer les conditions de vie des populations par la promotion de l'habitat social notamment. Entre 1980 et 1993 la Société Nationale Immobilière (SNI) avait construit 948 logements sociaux, cela avait donc été jugé insuffisant. En effet, dans le cadre des établissements humains, le Ministère de l'Habitat, de l'Urbanisme et du Cadastre estime le besoin annuel à 150 000 unités (logements et parcelles).

Ainsi, l'EGEP illustre cette carence puisque 55,6% des répondants, soit plus de la majorité des enquêtés, ne sont pas propriétaires de leur habitation, la qualité de celle-ci laissant de plus à désirer, car à peine un tiers du panel (29,5%) juge être bien logé. Plus de la moitié des répondants, soit 67,6%, estiment mauvaises leurs conditions de logement. Or l'amélioration des conditions de logement influe sur la santé, en particulier celle des enfants. En effet, les caractéristiques de l'habitat impactent la mortalité d'origine infectieuse parce qu'elles sont liées de près au risque d'exposition aux agents infectieux et au degré de protection des occupants contre la pollution et la dégradation du milieu (BAfD/OCDE 2007).

Par ailleurs dans les centres urbains les plus importants, l'offre des logements sociaux croît moins vite que la demande des ménages en raison de la forte concentration de population notamment à Libreville et Port-Gentil. Le manque de terrains viabilisés a pour conséquence : une installation anarchique des ménages dans les conditions insalubres. Les logements insalubres constituent le lot le plus important dans les zones urbaines (TBS, 1998).

Concernant l'assainissement, et s'agissant de l'évacuation des déchets solides, les modes d'évacuation les plus utilisés en milieu urbain sont les poubelles publiques (32 %), l'air libre (29 %) et le fumier (20 %). Par contre en milieu rural les modes d'évacuation sont essentiellement l'air libre (60 %) et le fumier (24 %). En matière d'évacuation des eaux usées, des eaux de pluie, 1,56 % seulement de la population était en 1995 desservie par un assainissement ou reliée au réseau d'égouts publics.

Globalement, en 1995 40 % de la population urbaine n'utilisait aucun système d'assainissement. En effet, l'explosion démographique notamment en milieu urbain, a entraîné un dépassement de la capacité des ouvrages sanitaire, une implantation anarchique d'ouvrages utilisés aggravant ainsi l'insalubrité (TBS 1998).

1.4. Organisation du système de santé

L'organisation administrative du système de santé est calquée sur celle de l'administration territoriale que sont les provinces et les départements, exception faite pour la province de l'Estuaire qui est subdivisée en deux régions sanitaires (Libreville et Ouest). Elle est subdivisée en 10 régions et 52 départements sanitaires. Le système de santé présente une organisation pyramidale à trois niveaux : périphérique, intermédiaire et central. Le niveau périphérique ou opérationnel, est composé des centres médicaux qui servent de structures de référence, des centres de santé de district ou urbains, des dispensaires et des cases de santé. Le niveau intermédiaire ou niveau d'appui technique est essentiellement composé des directions régionales de santé et des centres hospitaliers régionaux ou hôpitaux régionaux, des bases d'épidémiologie implantés dans les chefs-lieux de région. Ces structures servent de référence pour le niveau périphérique. Le niveau central ou niveau stratégique comprend l'ensemble des directions centrales y compris les programmes de santé, les instituts et les structures de soins et de diagnostic de référence. Le système de santé repose sur trois secteurs qui cohabitent sans relation formelle de complémentarité.

Le secteur public civil qui est représenté par les structures étatiques aux 3 niveaux de la pyramide sanitaire, et par les services de santé de l'armée. La santé militaire dépend directement du Ministère de la Défense et comporte un Hôpital des Instructions des Armées moderne, avec un plateau technique performant, et un réseau d'infirmes de garnison. Le secteur parapublic qui est représenté par la Caisse nationale d'Assurance Maladie (CNAM) et la Caisse nationale de Sécurité sociale (CNSS) qui dispose de 3 grands hôpitaux : deux hôpitaux généraux (la Fondation Jeanne EBORI, à Libreville et l'Hôpital Paul IGAMBA, à Port-Gentil) et un Hôpital spécialisé (l'Hôpital Pédiatrique d'Owendo) et de neuf (9) centres médico-sociaux répartis sur l'ensemble du territoire. Le secteur privé qui comprend 3 entités : lucratif, non lucratif et traditionnel. Le secteur privé lucratif, comprend les polycliniques, les

cliniques, les cabinets médicaux, les laboratoires d'analyses biologiques, les structures d'imagerie médicale, les pharmacies Le secteur privé non lucratif, est représenté essentiellement, par l'Hôpital Albert Schweitzer de Lambaréné, dans le Moyen Ogooué, l'Hôpital Evangélique de Bongolo, dans la Ngounié, les dispensaires des missions catholiques et protestantes et les infirmeries des sociétés privées. Le secteur traditionnel dont le cadre juridique est en cours d'élaboration.

1.4.1. Le secteur public civil

Au niveau primaire, il est constitué de trois types de structures, à savoir : la case de santé communautaire, le dispensaire et le centre de santé de district. On compte 80 cases de santé, réparties dans les 9 provinces et 385 dispensaires dont chacun dessert plusieurs villages. Par ailleurs, il existe 3 centres de santé de district qui constituent une structure intermédiaire entre le dispensaire et le centre médical.

En ce qui concerne les centres de santé urbains, ils sont localisés dans les chefs-lieux de province ou de département. On en compte une douzaine à Libreville et à Port-Gentil. Quant aux centres médicaux, ils sont situés dans les chefs-lieux de département et sont au nombre de 47, soient autant que de départements.

Au niveau secondaire, il existe 9 hôpitaux, soit un hôpital dans chaque capital de province.

Au niveau tertiaire, il s'agit d'hôpitaux nationaux qui fournissent des soins de références spécialisés ne pouvant être assurés par le niveau précédent (le Centre Hospitalier de Libreville (CHL) et l'hôpital de Nkembo (Libreville), qui est spécialisé dans trois maladies transmissibles (la lèpre, la tuberculose et la trypanosomiase). Les équipements varient en fonction des besoins mais ils sont parfois inadaptés ou inexistants et dans d'autres cas sous utilisés.

1.4.2. Les secteurs publics, parapublic militaire

La CNSS, en dehors de son rôle de protection sociale (prestations familiales, risques professionnels et pensions), assure des soins aux employeurs, employés et à leurs familles, à

travers des formations sanitaires en zone urbaine. Elle dispose de trois (3) hôpitaux dont un hôpital pédiatrique, situés à Libreville et Port-Gentil. A cet effet, le manque d'infrastructures et du personnel médical spécialisés en santé reproductive dans les localités autres que Libreville, Port-Gentil est un véritable handicap à l'aboutissement des objectifs et programmes que nous présenterons un peu plus loin. Le secteur militaire dispose essentiellement des dispensaires à Libreville et à l'intérieur des casernements. Cependant, depuis 2005, il s'est doté d'un hôpital moderne à Libreville.

1.4.3. Le secteur privé et traditionnel

Il comprend le volet non lucratif (il s'agit essentiellement de deux établissements confessionnels, l'hôpital Albert Schweitzer de Lambaréné et l'hôpital de Bongolo dans la Ngounié. Il existe aussi quelques dispensaires des missions catholique et protestante) et le volet lucratif comprenant quant à lui des polycliniques, cliniques, cabinets de consultation, laboratoires d'analyses médicales et plusieurs officines pharmaceutiques privées, etc. il est en voie de structuration. Aucune donnée chiffrée n'est disponible, bien que 80% de la population y ait recourt (Atlas du Gabon, 2004).

1.4.4. Le personnel de santé

Les effectifs du personnel médical, tous secteurs confondus, sont loin de satisfaire les besoins nationaux et sont majoritairement concentrés à Libreville. Ce fait est illustré par les chiffres suivants : 368 médecins, dont 229 médecins généralistes et 139 spécialistes ; 41 pharmaciens ; 8 chirurgiens-dentistes ; 385 sages-femmes ; 322 techniciens supérieurs de santé ; 1 554 infirmiers, dont 544 diplômés d'Etat, 827 infirmiers assistants et 183 infirmiers élémentaires (Atlas du Gabon, 2004). En fait, 76% de médecins de santé publique exercent à Libreville et Port-Gentil. Dans les autres provinces, on ne compte que 68 médecins pour l'ensemble de leurs unités sanitaires centrales

Ainsi conçu, nous comprenons donc que la structure du système de santé gabonais répond à un modèle de pyramide sanitaire où les grandes villes se trouvent nanties en structures et en personnel plus spécialisés que les zones reculées ou rurales. Rappelons que la répartition de ces infrastructures est très inégale et n'obéit pas à la concentration des

populations. Cette situation peut présenter un impact sur la qualité des soins à octroyer à un patient selon sa région de résidence et peut de ce fait se ressentir sur l'utilisation ou non de ces structures, car on pourrait se demander si elles sont accessibles à toute la population.

De 2000 à 2005, divers programmes d'équipements, notamment la construction et l'équipement de nombreuses formations sanitaires ont été réalisés. A côté de la mise en service à partir des années 2000 de cinq Centres Hospitaliers Régionaux (Oyem, Mouila, Port-Gentil, Franceville et Koula-Moutou) disposant de plateaux techniques de haut niveau, subsistent des structures sanitaires périphériques de base. Le recadrage de la politique de santé est basé sur la correction des nombreux dysfonctionnements identifiés dans les programmes nationaux de santé actuels, appuyé par les approches OMS (stratégie de la santé pour 2010) et NEPAD (stratégie sanitaire ; programme initial). Ce recadrage devrait permettre l'amélioration des performances sanitaires au Gabon, avec la mise en application de la décision d'Abuja de consacrer au moins 15% des revenus nationaux à la santé et à la mise en œuvre d'un programme national de réduction de la pauvreté (Atlas du Gabon 2004).

En matière de politique de santé, il convient de préciser que la santé de la reproduction des jeunes/adolescentes est un domaine spécifique. Ainsi depuis des années, le Gabon y consacre une attention particulière en plaçant la santé reproductive parmi ses domaines d'actions prioritaires. Pour ce, le Gabon s'est fixé plusieurs objectifs tels que promouvoir la santé scolaire, et universitaire, lutter contre les grossesses non désirées, les avortements provoqués et les maternités précoces, prise en charge de la santé des jeunes y compris des comportements à risque (alcoolisme, toxicomanie ; délinquance et prostitution) et les consultations prénuptiale/préconceptionnelle (République Gabonaise : V^e plan Quinquennal Economique et Social. Ministère de la planification et l'aménagement du territoire, 1984-1988). Pour y parvenir, de nombreux programmes d'action sanitaire avaient été élaborés. A travers les programmes de protection maternelle et infantile de maternité sans risque, il se dégage une prise en charge de la grossesse, de l'accouchement... dans les structures de santé publique. En conséquence, les soins prénatals et postnatals sont administrés aux femmes 15 ans et plus et aux nouveau-nés respectivement durant la grossesse et après l'accouchement, les centres de formation des jeunes filles mères sont ouverts sur l'étendue du territoire (CMF), enfin, par la mise en place d'un symposium de la jeunesse.

1.4.5. Les difficultés du système sanitaire

Dans les années 1980, le Gabon avait l'un des meilleurs systèmes de protection sociale d'Afrique. La situation économique caractérisée de précaire ces dernières années a engendré un effondrement de ce système et les difficultés se sont accrues pour tous mais toujours plus importantes pour les plus pauvres. Le système de protection actuelle n'offre de garantie que pour un peu plus de 17% de la population. Pire encore c'est une couverture théorique car la Caisse Nationale de Garantie Sociale, qui prenait en charge les prestations de santé des familles les plus pauvres a accumulé des impayés envers les hôpitaux de l'ordre de 6 milliards jusqu'en 1999. La CNSS a vu ses hôpitaux tombés en ruine et n'offre plus de prestations que pour 25% de sa capacité.

Le nombre d'infrastructures sanitaires par habitant est très élevé au Gabon mais elles sont généralement mal entretenues et sous-équipées en personnel qualifié, en médicaments et en petit matériel (boîtes d'accouchement, stéthoscopes, tensiomètres, etc.). Les hôpitaux publics et parapublics de Libreville sont dans un état préoccupant. Sur le plan de la médecine curative, l'insuffisance des médicaments dans les centres de soins, la vétusté des équipements ainsi que le manque de formation continue et de motivation des agents de santé constituent des problèmes réels. Cela fera dire à LAWSON (1999) que « *la faible performance des agents de santé et la mauvaise gestion des ressources financières et humaines disponibles, sont responsables des maux qui minent le système sanitaire gabonais* ». A dire donc que l'offre ne pose pas véritablement problème en terme quantitatif, mais plutôt en terme qualitatif.

1.4.6. Le budget de santé

Les choix politiques des premiers plans de développement n'ont pas favorisés les secteurs sociaux, considérés à l'époque comme improductifs. Cela s'est traduit par une faible part des dépenses sociales notamment de santé. En effet, de 1966 à 1988, la part des dépenses de santé a baissé de 33,8 % dans le budget total de l'Etat. Entre 1986 et 1998, en dépit de la volonté de l'Etat d'œuvrer pour un meilleur accès des populations à des soins de qualité, le budget de la santé n'a jamais été conforme à la norme OMS (au moins 10 % du budget national) car le budget de la santé a évolué en moyenne de 5,9 % (TBS 1998). En fait, la part du budget de la santé dans celui de l'Etat demeure en dessous de la norme de l'OMS (10 %).

Cette tendance pourrait expliquer la dégradation des structures existantes malgré l'aide extérieure des bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux (la France, l'OMS, l'UNICEF...).

Globalement, depuis les années 1980, le financement total de la santé au Gabon (Banque des Etats de l'Afrique Centrale, 2005) représente en moyenne 6% du budget national (4,3% du PIB). Ainsi, l'évolution de l'ensemble des ressources budgétaires allouées à la santé révèle un véritable décalage par rapport à la volonté affirmée par le gouvernement d'en faire un secteur prioritaire (DGS 2010).

1.4.7. Cadre juridique de la politique sanitaire au Gabon

La Constitution gabonaise, régie par la loi n° 3/91 du 26 mars 1991 dans son article 1er, alinéa 8, garantit à tous, la protection de la santé et la sécurité sociale. Cette disposition de la constitution, inspirée de la Déclaration universelle des droits de l'homme, n'était que le prolongement juridique de la politique de gratuité des soins de santé instaurée depuis les indépendances par les autorités Gabonaises. Elle s'appuyait sur un système de santé public gratuit financé par le budget de l'Etat (impôts).

En 1995, devant la persistance des difficultés économiques et sous la pression des bailleurs de fonds, le pays adopte l'Ordonnance 001/95 du 14 janvier 1995 portant orientation de la politique de santé au Gabon qui venait préciser et nuancer l'orientation de la constitution. En effet dans l'article 3 de cette ordonnance il était dit : « *L'Etat selon ses possibilités garantit à tous, notamment à l'enfant, la mère, aux handicapés, aux vieux travailleurs et aux personnes âgées, la protection de la santé* » et dans son article 5 : « *La nation proclame la solidarité et l'égalité de tous devant les charges publiques en matière de santé. Chacun doit participer, dans la mesure de ses ressources, au financement de ces charges...* ». Cette ordonnance introduisait donc une limite à la participation de l'Etat et officialisait la participation des usagers au financement de leur santé (MUSANGO et INOUA 2010).

1.5. Contexte socioculturel

Dans les sociétés négro-africaines, la fécondité des adolescentes peut être qualifiée de « fait social total » ; car au-delà de l'individu (ou du couple), les aspects culturels sont comme

des impératifs qui conditionnent toute tentative de compréhension de ce phénomène. La fécondité est en effet, à l'image des valeurs, croyances et représentations liées aux cultures traditionnelles auxquelles les individus s'identifient. Parmi les cinquantaines ethnies du Gabon, une grande partie des travaux se focalisent sur le Fang, le Punu, le Myene, le Gisir, le Isangu. Ceci s'explique par le fait que se sont les plus grands groupes ethniques du Gabon (les Fangs constituent par exemple 32% de la population). Ils ont donc attiré en premier les missionnaires (IDIATA, 2006). Le régime matrimonial se différencie selon l'appartenance à une région de résidence. Il existe en principe deux grands régimes matrimoniaux : le régime matrilinéaire plus répandu dans le Sud chez le punu-shira et le régime patrilinéaire très répandu au Nord chez les fangs. Plusieurs aspects socioculturels se retrouvent dans ces deux régimes, notamment l'échange des femmes qui s'effectue de la même façon à travers la dot, c'est-à-dire d'une compensation matrimoniale que la famille du prétendant verse à la famille de la future épouse.

Dans la plupart des traditions africaines comme chez le fang du Gabon par exemple, l'enfant est très valorisé et représente moins une charge pour ses propres géniteurs que pour toute la grande famille. Ainsi, le souci majeur de la jeune fille n'est pas tant la célébration d'une union, mais plutôt, léguée un héritier à ses parents et de confirmer sa fertilité (TSIRA, 2000) et avoir une grossesse et donner naissance à un enfant lui confère toute sa plénitude physique et sociale dans son futur foyer. Contrairement à d'autres traditions, l'enfant ne peut que se concevoir que dans le cadre du mariage (YOUSSEF, 2009).

Dans le domaine de l'éducation, le Gabon a un double objectif : d'une part, assurer « la scolarisation obligatoire des enfants », d'autre part, couvrir les besoins en « alphabétisation fonctionnelle ». Ainsi, selon les résultats du RGPH de 1993, près de 72% des résidents sont alphabétisés (79% des hommes et 66% des femmes). Il n'en demeure pas moins que 34% des femmes sont analphabètes. Quand nous savons que le niveau d'instruction détermine considérablement l'état de santé d'une population, on pourrait à priori, comprendre pourquoi la disparité régionale de la fécondité se caractérise de façon inégalement répartie sur l'ensemble du territoire et que, ces facteurs sont beaucoup plus déterminant dans le niveau de considérable de la fécondité des femmes et des Adolescentes mère en particulier au Gabon. Cette place déterminante qu'occupent les facteurs socioculturels dans la tentative

d'explication de la fécondité des adolescentes dans la société traditionnelle gabonaise, n'est pas en marge de la logique qui sous-tend la procréation de la société négro-africaine de façon générale. En effet, l'enfant constitue la vraie richesse, un don de Dieu que personne n'a le droit de refuser et encore moins d'ôter la vie. C'est pourquoi, lorsque les femmes répondent à la question relative au nombre d'enfants désirer, elles répondent « autant d'enfants que Dieu voudra », dans la société gabonaise traditionnelle, « la vraie richesse, ce sont les hommes et l'homme n'est homme que lorsqu'il a un enfant ».²

La fécondité des adolescentes est donc de ce point de vue la logique d'honneur qui correspond à la réussite sociale. « Si la société occidentale vise avant tout l'accumulation des biens, la société africaine en générale s'intéresse plutôt à l'accumulation des hommes ».³ Faire les enfants le plutôt, garanti non seulement la fertilité de la jeune fille mais aussi, le rassure. Par ailleurs, EVINA A.⁴ estime que « *le milieu socioculturel dans lequel vivent les individus détermine, à travers les modèles culturels qui en découlent, les comportements qui influencent la diffusion des maladies stérilisantes et abortives et les infections abortives et puerpérales par le choix d'accouchement ou d'avortement, qui vont entraîner l'infécondité* ». Cette disparité régionale inégalement répartie de la fécondité au Gabon peut donc trouver semble-t-il une tentative d'explication dans cette assertion du Professeur EVINA A.

La fécondité des adolescentes de 15-19 ans peut également être influencée par le contexte résidentiel vu les disparités qui s'y dégagent dans le pays. Le milieu rural et certaines régions du pays sont souvent très peu nanties de structures de santé par rapport au milieu urbain et des régions telles que Libreville, Port-Gentil et quelques autres chefs-lieux de provinces qui lorsqu'elles existent sont rarement fréquentées et équipées de personnel de santé performants ou ne sont pas disponibles à la population à cause de l'éloignement voire de l'inaccessibilité aux services de santé comme nous l'avons déjà mentionné plus haut due à l'impraticabilité du réseau routier à certaines périodes de l'année. Une femme habitant le milieu rural ne serait donc pas prompte à utiliser ces services même lorsqu'elle

2 Sagesse négro-africaine.

3 J. Wakam dans la pertinence des théories éconômistes de fécondité en Afrique, thèse de doct, n°14, UCL, 2004, p137.

4 EVINA AKAM, infécondité et sous fécondité : évolution et recherche des facteurs cas du Cameroun, cahier de l'IFORD, n°1, 181p

en éprouve réellement le besoin. En effet, la population ayant accès aux services de santé est de 90% au Gabon contre 57% en Afrique subsaharienne. Mais ce chiffre présente des disparités à l'intérieur du pays : en zone rurale, 9% de femmes disposent d'un hôpital, centre de santé, centre médical à moins de 5 kilomètres de chez elles contre 71% en zone urbaine. Il en va de même pour les pharmacies : 89% des femmes en milieu urbain ont une pharmacie dans un rayon de moins de 5 kilomètres contre 30% des femmes rurales qui doivent parcourir entre 15 et 30 kilomètres voire plus pour atteindre la pharmacie la plus proche (EDSG 2000). On constate que ce soit en terme de distance ou de temps de trajets, l'accès aux différents services de santé est nettement meilleur en milieu urbain et, en particulier, à Libreville /Port-Gentil qu'en milieu rural. Cela freinerait certainement la fréquentation de ces services par certaines femmes pour cause d'éloignement et d'inaccessibilité. L'existence ou non de ces infrastructures et de ces services ainsi que leur distance par rapport au lieu de résidence ont une répercussion immédiate sur leur utilisation par les populations et sur les niveaux de fécondité et voire de la mortalité infantiles dont le taux est de 101 pour mille naissances.

En dehors de l'instruction et du contexte de résidence qui influencent significativement la fécondité à travers le suivi médical, rappelons que l'ethnie, la religion déterminent également le niveau de fécondité dans un pays comme le Gabon.

Le Gabon, comme beaucoup d'autres pays Africains au sud du Sahara, est caractérisé par une multiplicité ethnique avec les Fang(32%), Punu-Shira (24%), Nzabi-Duma (11,3%), Mbédé-Téké (8,2%), Kota-Kélé(7,1%), Myéné(4,8%) et Okanda-Tsogho(3,2%)(RGPH 2003), diversité ethnique qui entraîne bien entendu une multiplicité d'habitudes alimentaires et pratiques culturelles susceptibles d'influer sur le comportement de l'le risque pour une adolescente d'être mère ou . Ainsi, les adolescentes dans certaines ethnies sont privées de certains produits alimentaires pendant leur état de gestation, produits parfois très riches en vitamines, causant des carences dans l'organisme de la mère et même dans celui de l'enfant. La nutrition est un élément très important pour préserver les maladies et les décès chez les enfants dans les pays en développement. Celle-ci contribue pour plus d'un tiers à la diminution des naissances dans de nombreux pays africains (Banque Mondiale 1994) et pour 20 à 80% à la fécondité.

Avec 83,5%, les chrétiens catholiques, protestants et autres religions chrétiennes sont le plus important groupe religieux. Cependant, les religions musulmanes (0,6%) et animistes(15,4) sont également pratiquées ; Les athées ne représentent que 0,5% de la population. Comme l'a souligné AKOTO (1985), « *la religion véhicule un certain nombre de valeurs et de normes qui régissent la vie des fidèles sur le plan comportemental, physiologique et psychique* ». Ces divers supports culturels sous-tendent une diversité culturelle, des habitudes et des attitudes différentes susceptibles d'influer sur le comportement de l'adolescente.

Au regard de ce qui précède, il était utile de connaître et de comprendre le contexte général de l'étude. En effet celui-ci nous a permis de comprendre que les facteurs influençant la fécondité des adolescentes pouvaient se résumer en cinq (5) dimensions contextuelles : le milieu géographique dans lequel évolue la jeune fille mère au Gabon. L'accès géographique et économique inadéquat aux soins de santé, sont les principaux problèmes de santé immédiats auxquels les populations sont confrontées. S'ajoutent à cela, le contexte socioculturel. Nous pouvons particulièrement mettre l'accent sur l'instruction, qui constitue encore un problème majeur en Afrique et particulièrement au Gabon, la région et le milieu de résidence. Eu égard à cela, plusieurs programmes et politiques sont mis en œuvre dans le but d'améliorer la santé de la population gabonaise et particulièrement celle de la jeune fille mère. Même si la situation sanitaire reste précaire, nous noterons une nette amélioration par rapport aux années précédentes. Il importe de faire l'état des lieux de la question dans le chapitre qui va suivre.

CHAPITRE II: CADRE THEORIQUE

Ce chapitre aborde les aspects théoriques et empiriques de l'étude. Il commence par une revue de la littérature qui résume les différentes approches théoriques ainsi que les résultats empiriques de travaux sur la fécondité précoce selon le milieu de résidence. Et cela suscité un intérêt particulier, parce qu'elle constitue l'élément déterminant de l'évolution à long terme d'une population, et qu'il s'agit d'un phénomène qui relève en partie des comportements individuels. Cette revue de la littérature permet donc, de constater que plusieurs facteurs peuvent intervenir, à différents niveaux, pour expliquer les comportements procréateurs des adolescentes. Ceux-ci intègrent aussi bien le contexte général dans lequel évolue l'adolescente (tradition, religion, législation, degré de modernité, etc.), les caractéristiques des parents et des familles (catégorie socioprofessionnelle, statut économique, le cadre ou niveau de vie, etc.) et les caractéristiques propres à l'adolescente (âge à la puberté, âge aux premiers rapports sexuels, âge à la première union, instruction, etc.). Plusieurs auteurs ont tenté de montrer de manière empirique comment certains de ces facteurs agissent sur la fécondité des adolescentes.

2.1. Revue de la littérature

La préoccupation des scientifiques autour de la fécondité des adolescentes est universelle, plusieurs séminaires et conférences internationaux sur l'état de la question sont à l'ordre des débats. Des études pionnières sur ce sujet ont été réalisées à partir des années 1960, dans les pays occidentaux, particulièrement aux Etats-Unis où le phénomène prenait une ampleur inhabituelle avec l'arrivée à l'âge d'adolescence des générations issues du « baby boom », surtout dans les populations hispanique et afro-américaine : augmentation des divorces, paupérisation des femmes, augmentation des grossesses d'adolescentes, des grossesses hors mariage et des avortements (CHILMAN, 1986 ; Moore et al. 1981 in Delaunay, 1994). Le phénomène de la fécondité adolescente qualifiée de « fléau social » fut d'abord analysée, très largement, sous l'angle d'un « problème » en raison des conséquences sur la santé et le bien-être de la mère et de l'enfant (GERONIMUS, 1986 in DIOP, 1995 ; M.

Gauthier et J. Charbonneau, 2002). Ensuite par sa prépondérance dans la minorité afro-américaine, le problème a pris une dimension politique d'une revendication de l'égalité sociale (DAVIS, 1987-1988). Mais comme le problème est en augmentation chez les adolescentes blanches certains auteurs mirent en avant le coût économique de la grossesse précoce (Moore, 1987, DIOP, 1995).

Vu son ampleur et les nombreuses incidences qu'il pourrait entraîner dans la société, particulièrement en Afrique, il est important d'explorer davantage ce phénomène de fécondité des adolescentes très répandu, mais un peu moins exploré dans certains contextes comme celui du Gabon. Plusieurs pistes sont donc envisageables pour améliorer l'état de connaissance du phénomène et entraîner les politiques à la prise en compte dans les politiques nationales de développement de l'importante problématique de la santé sexuelle et reproductive des adolescentes. Avant de présenter ces différentes approches il est judicieux de fixer notre entendement sur le concept d'adolescente retenu dans cette étude.

2.1.1. Adolescence

Période qui sépare l'enfance de l'âge adulte. Cette caractérisation soulève plusieurs problèmes, car si le début de l'adolescence est, dans la plupart des sociétés, directement associé au début de la puberté, la fin de l'adolescence est rarement définie clairement. Au XVIII^e siècle (l'Emile de Rousseau), on assimilait l'adolescence à la crise pubertaire, laquelle était plus tardive qu'aujourd'hui. Ce n'est que vers la fin du XIX^e siècle, en particulier sous l'effet de l'allongement des études qui maintient les élèves dans une sorte d'enfance prolongée, qu'a vraiment émergé l'adolescence comme classe d'âge et comme creuset d'une culture spécifique. Ce prolongement de la période d'adolescence est lié aujourd'hui à ce que les événements qui pourraient tenir lieu de « rites de passage », de rites d'entrée dans l'âge adulte, ont subi dans nos sociétés une double altération. Ce sont de moins en moins des épreuves, risquées et probantes. D'autre part s'est effacé, peu ou prou, leur caractère cérémonies publiques (le mariage, par exemple, est de moins en moins un établissement solennel). Ainsi, la plupart des individus passent insensiblement de l'adolescence à une apparente maturité en traversant un âge mal défini que certains dénomment « post adolescence » (et qui peut durer jusqu'à 35 ans, parfois plus). Aussi, la définition de

l'adolescence peut varier d'une culture à l'autre (ou d'un auteur à un autre) en fonction des objectifs et de la manifestation de certains critères reconnus comme ceux d'un adulte (Senderowitz et Paxman 1985, Diop 1995). Selon le dictionnaire Larousse (2006), l'adolescence correspond à une « *période de la vie entre l'enfance et l'âge adulte, pendant laquelle se produit la puberté et se forme la pensée abstraite* ». De cette définition découlent deux dimensions de l'adolescence : la dimension biologique ou physiologique et la dimension psychologique ; car si la puberté est définie comme l' « *ensemble des transformations de l'adolescence aboutissant à l'acquisition des caractères sexuels – secondaires – et de la fonction de reproduction* » (Larousse, 2006), la formation d'une pensée abstraite sous-entend « *l'évolution de l'identification de l'adolescent ou de l'adolescente en tant qu'individu autonome, indépendant, pouvant prendre des décisions propres et se fier à son jugement personnel* » (EVINA, 1998). La dimension sociologique (ou sociale) de l'adolescence s'intéresse plus aux nouvelles attentes qu'aurait la communauté à l'égard de l'adolescente, car les transformations physiologiques qu'elle subit entraînent un changement de statut et de rôle au sein de la collectivité. La dimension juridique, quant à elle, implique à l'enfant l'acquisition d'un certain nombre de droits (et des devoirs) dans la société et lui confère, à la fin de l'adolescence, une responsabilité pénale. La dimension démographique s'appuie essentiellement sur l'âge. Dans ce sens, l'adolescence concernera par exemple les individus âgés de 10 à 15 ans, 15 à 19 ans ou 15 à 24 ans etc. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini l'adolescence comme : La progression entre l'apparition de caractéristiques sexuelles secondaires (puberté) et la maturité sexuelle et génésique ; Le développement de mécanismes mentaux adultes et d'une identité d'adulte ; La transition entre une entière dépendance socio-économique et une relative indépendance. Cette définition constitue une référence essentielle car elle renferme, d'une manière plus ou moins implicite, chacune des dimensions susmentionnées. Mais pour cette étude, nous retenons la dimension démographique qui s'appuie essentiellement sur l'âge et (15-19 ans) retient notre attention non seulement parce qu'elles constituent 26% de l'ensemble des femmes en âge de procréer mais aussi de la contribution importante de ces dernières à l'évolution de la population gabonaise ; soit 17% à la fécondité totale des femmes (EDSG, 2000).

2.1.2. Approches explicatives

« L'approche est à considérer comme une démarche intellectuelle qui n'implique ni étapes, ni cheminement systématique, ni rigueur particulière. C'est à peu près un état d'esprit, une sorte de disposition générale qui situe l'arrière-fond philosophique ou métathéorique du chercheur ou de la recherche. »⁵. Cette section présente, en effet, un ensemble de démarches intellectuelles mises en œuvres par certains auteurs, dans différents contextes, pour appréhender le problème de la fécondité des Adolescentes. Dans ce sens, on parle d'approche socioéconomique, socioculturelle, institutionnelle, psychologique, familiale et individualiste.

2.1.2.1. Approche socioéconomique

L'approche socioéconomique est tirée de la théorie du choix rationnel⁶, héritée de Hume et des Lumières, qui repose sur le postulat suivant : « *les agents agissent de la manière qui leur semble appropriée, pour des raisons que le théoricien peut chercher à comprendre et à reconstituer* ». Ces modèles de la rationalité pratique trouvent des applications dans les sciences sociales lorsqu'on retient une approche individualiste de l'explication des phénomènes sociaux. Ainsi les agents sociaux, les adolescentes sont assimilés à des décideurs rationnels dont on cherche à reconstituer les préférences ou les raisons d'agir. C'est, par exemple chez Pareto, le critère qui sépare les « actions logiques » (adaptées au but visé) des « actions non logiques ». Selon les approches de ce type, les buts visés par les individus rationnels peuvent être quelconques, pourvu que le choix des actions soit judicieux relativement à ces buts. C'est pourquoi Nativel et Daguerre, dans une étude initiée par la caisse nationale des allocations familiales en France (Cnaf) ; se sont plus intéressés au cout« humain » de la maternité précoce en se posant les questions suivantes : qui sont les jeunes filles les plus exposées ? Quelles raisons motivent le choix « personnel » d'avoir un enfant ? Cependant, face à l'interdiction de réaliser des enquêtes sur des données ethnoculturelles qui empêche de déterminer les populations à risque en France, ces auteurs, en se fiant à la géographie des maternités précoces dans des pays tels que l'Italie ou le Canada,

⁵Aktouf Omar, 1987, *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations : une introduction à la démarche classique et une critique*, Montréal, Canada, p.20.

⁶Cette théorie reflète en effet la conception « utilitariste » héritée de Hume et des Lumières, suivant laquelle l'action (humaine) vise à procurer la plus grande satisfaction à un sujet conscient, ce qui revient à identifier le choix rationnel à un comportement « maximisateur ». cf. Hume David, 1739, *Traité de la nature humaine*, tr. Fr. d'André Leroy, Paris, Aubier, 1973.

avancent l'hypothèse qu'en France le phénomène épouse les zones d'exclusion et de chômage, notamment de la ruralité et des banlieues défavorisées. Pour les adolescentes de 16-17 ans, la maternité correspondrait à un désir de stabilisation de la relation amoureuse et à l'espoir d'accéder à une reconnaissance sociale ; l'absence d'un père biologique durant la petite enfance augmenterait les comportements sexuels à risque chez les adolescentes et donc leur propension à tomber (Grosjean, 2001).

Cette approche encore appelée « *théorie de l'adaptation rationnelle* » a été initiée, en démographie, par Cherlin et Riley (Calvès, 1996). Essentiellement basée sur les effets de la pauvreté des populations, elle postule que les comportements sexuels à risque des adolescentes ainsi que leur fécondité précoce seraient dirigés par des motivations d'ordre économique ou social. D'une part, dans un contexte de précarité financière ou matérielle, les adolescentes s'engageraient délibérément dans des relations sexuelles multiples ou avec un partenaire économiquement plus aisé pour améliorer leurs conditions de vie (nourriture, habillement, frais de scolarité, logement, articles de luxe, etc.). D'autre part, pour une jeune adolescente située en bas de la hiérarchie sociale, les relations sexuelles avec un partenaire mieux placé sont un moyen d'agrandir son capital social et, de grimper à un échelon supérieur (obtention d'un emploi par exemple).(calves, 1996).

Cette monétarisation des rapports amoureux s'effectue parfois avec l'accord tacite (ou la pression) des parents lorsque les filles sont considérées comme un fardeau pour la famille ou, au pire, comme un investissement non rentable, ou encore lorsqu'il y a un intérêt économique, telle que la dot, à en tirer. Mais elle peut aussi être suscitée par les partenaires eux-mêmes pour diverses raisons, parmi lesquelles celles d'échapper à une polygamie formelle et d'adopter le phénomène de « deuxième bureau » quand bien même, celles-ci se solderaient par une naissance. Enfin pour une jeune fille, faire un enfant à un homme constitue un moyen, un peu plus sûr, de créer une relation durable voire d'aboutir au mariage avec ce dernier. Les facteurs économiques à prendre en compte sont, pour l'essentiel : la dépendance économique des filles mères et l'insuffisance des moyens des parents pour subvenir aux besoins de leurs enfants adolescents (calves, 1994).En dépit de cette conceptualisation théorique des apports de ces différents auteurs sur l'approche socio-

économique, il convient par ailleurs, d'apprécier les facteurs qui expliqueraient de façon empiriques le phénomène de la fécondité des adolescentes de telles sortes que nous parvenions à le mesurer dans l'espace.

a. Les facteurs socioéconomiques

Ces facteurs mettent l'accent sur les motivations financières qui modulent les comportements sexuels des adolescentes. De ce fait, le comportement sexuel des adolescentes et leur fécondité seraient influencés, d'une part, par un souci rationnel de satisfaire des besoins existentiels ou d'élargir son capital social et, d'autre part, par l'incapacité économique des parents à subvenir à ces besoins. Les facteurs socioéconomiques souvent mis en exergue sont le milieu de résidence et le niveau de vie du ménage dans lequel évolue l'adolescente ; mais, vu que l'influence de ce dernier sur la sexualité et la fécondité à l'adolescence est plus perceptible en tant qu'élément de l'environnement familial. Seuls, le milieu de résidence et le niveau de vie des ménages dans lequel évolue l'adolescente seront considérés dans notre étude comme élément des caractéristiques socioéconomique du ménage.

b. Le milieu de résidence

De nombreux auteurs ont identifié le milieu de résidence en tant que facteur socioculturel ou socioéconomique (ou les deux à la fois). D'une part le milieu de résidence constitue (comme le milieu de socialisation) un élément important d'identification sociale et, d'autre part, il affecte les opportunités économiques. Vivre en ville ou à la campagne ne donne pas le même accès à l'infrastructure (sanitaire, scolaire, économique, etc.) et à la superstructure (médias, télévision, radio, loisirs, sports, etc.). Ces différences entre milieux urbain et rural affectent le statut des filles, leur socialisation économique et leur entrée dans la vie sexuelle et maternité.

Il apparaît clairement dans plusieurs études que dans les pays d'Afrique subsaharienne, la baisse de la fécondité a d'abord commencé dans les couches sociales les plus favorisées, résidant en milieu urbain (UNFPA, 2005b). Dans le cadre du rapport de l'EDSG 2000 publié par la direction générale de la statistique et des études économiques constate que les adolescentes résidant dans les zones rurales ont une fécondité plus précoce

que celle résidant à Libreville/Port-Gentil et dans les autres villes. En effet, en zone rurale, 40% des adolescentes ont déjà commencé leur vie féconde, dont 37% sont déjà mère et 6% pour la première fois et, Akoto et al. (2005) aboutissent au résultat suivant : « *Dans tous les pays considérés, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire et Togo –, les adolescentes ayant déjà eu à porter une grossesse sont 1,5 fois plus nombreuses en milieu rural qu'en milieu urbain.* » Aussi, dans l'étude comparative de l'UNFPA (2005b) il apparaît qu'en dehors du Burundi, de la Namibie et dans une moindre mesure du Rwanda, des Comores et du Tchad, c'est en milieu rural que l'on retrouve les plus fortes proportions d'adolescentes ayant déjà débuté leur vie reproductive. Et, les auteurs attribuent le cas «atypique» observé dans les pays suscités, par exemple au Burundi où la proportion d'adolescentes déjà fécondes est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (respectivement 24% et 5%), au relâchement du contrôle social tendant à prévenir la sexualité (grossesse) précoce et/ou hors mariage et à l'éducation, plus prononcé en milieu urbain qu'en milieu rural.

c. Le niveau de vie du ménage

Les conditions de vie matérielles ont une certaine influence sur les comportements dans la mesure où elles permettent ou non de résoudre les problèmes quotidiens. Les attitudes de l'adolescente à l'égard du mariage et de la maternité précoce sont en grande partie façonnées par les moyens dont elle dispose pour satisfaire ses besoins essentiels

Des études empiriques ont montré qu'au sein d'un même pays, les adolescentes issues des familles les plus riches sont celles qui ont la fécondité la plus faible (Kouton, 1992; Delaunay, 1994; Calvès, 1996; Evina, 1998). Ce lien s'opère notamment à travers l'accroissement des moyens financiers et matériels dont elle bénéficie ; l'amélioration de la qualité d'éducation qu'elle peut recevoir, l'utilisation des méthodes contraceptives ainsi qu'une certaine évolution des mentalités. On peut penser ici que le fait pour les adolescentes de vivre dans un ménage où la richesse permet à ces facteurs de jouer séparément ou ensemble peut les aider à mieux contrôler leur fécondité.

Dans une étude sur le Cameroun, Calvès (1996) montre que pour les adolescentes célibataires, les filles pauvres utilisent la grossesse comme un moyen de bénéficier du soutien financier et matériel d'un partenaire plus riche. Toujours dans le contexte camerounais,

Nouetagni (2005) a souligné l'influence du niveau de vie des ménages sur la survenance des « premiers événements » de la vie génésique de la femme. De ses analyses, il conclut que les femmes pauvres connaissent leur première union un an plus tôt que les femmes non pauvres (respectivement 19 et 20 ans) ; et concernant la première naissance, il observe une forte différenciation entre ces couches sociales avec un écart d'environ deux ans de plus en faveur des femmes non pauvres. D'après cet auteur, il existe au moins un an d'écart entre l'âge à la première union et l'âge à la première naissance chez les femmes pauvres, tandis que cet écart atteint deux ans chez les non pauvres. Ainsi, l'on peut penser que les adolescentes des ménages riches ont plus tendance à reporter leur maternité que celles des ménages pauvres. Et, pour les adolescentes venant de familles pauvres, il peut être difficile de résister à certaines incitations. En effet, Delaunay (1994) montre que la grossesse prémaritale est, chez les jeunes filles « Serer » du Sénégal, une stratégie d'instaurer une relation durable et pouvant conduire au mariage avec un homme. Après que nous ayons soulevé la pauvreté des ménages dans lesquels vivent les adolescentes qui constitue de fait un mobile pour les comportements sexuels à risque et des grossesses/naissances non désirées et/ou précoces ; il convient par ailleurs de montrer l'approche socioculturelles et ces déterminants.

2.1.2.2. Approche socioculturelle

L'approche socioculturelle se fonde sur le fait qu'on ne peut pas "désocialiser" l'activité sexuelle. Elle accorde un rôle central à la construction sociale et culturelle, sans laquelle aucun désir ne peut apparaître et s'exprimer (Foucault, 1984). Elle se présente comme un essai d'explication des comportements sexuels à partir des normes, des valeurs et des exigences du fonctionnement de la société en matière de sexualité. Cette approche est fondée sur l'idée selon laquelle les relations sexuelles entre adolescents seraient spontanées et ne répondraient pas à un objectif particulier (Diop, 1995 ; Calvès, 1999). Il ressort de certaines études que l'approche socioculturelle est la plus indiquée pour l'explication des comportements sexuels des adolescentes (Sawadogo, 2001).

Les cultures sont transmises par l'éducation, sans qu'il ait besoin d'en prendre conscience, il peut les transgresser mais non l'ignorer. Elles composent des morales pratiques, variables dans le temps et suivant les époques. Dans ce sens, les valeurs et pratiques du

groupe social dans lequel évoluent les adolescentes leur dictent un ensemble de valeurs et de conduites qui se reproduisent dans les choix, les attitudes et les comportements individuels de ces adolescentes. Ainsi en Afrique, la fécondité précoce fait l'objet d'un nombre croissant d'études, recherches et de programmes d'intervention. L'intérêt fut porté sur les grossesses précoces hors mariage ou hors union, perçues comme transgression d'une norme sociale. Aujourd'hui, on passe progressivement à une approche plus objective prenant en compte les implications sanitaires et sociales de la maternité précoce (Locoh, 1994). En effet, depuis 1986 les EDS ont apporté une assise statistique nationale renouvelée, aussi bien pour analyser la fécondité selon l'âge que pour les données d'ordre sanitaire et sur les conditions d'accouchement et la santé des enfants.

Les normes et valeurs sociales en matière de sexualité, de nuptialité, de famille et de procréation régissent donc les comportements sexuels et reproductifs des adolescentes. Deux modèles théoriques se dégagent de cette approche : le modèle de l'héritage culturel et le modèle de la désorganisation sociale.

a. Le modèle de l'héritage culturel

Ce modèle théorique fait de la tradition le socle de l'ordre social, par conséquent des conduites individuelles. Les individus ne sont pleinement eux-mêmes, c'est-à-dire des êtres sociaux, que grâce à la société qui leur est antérieure, supérieure et qui les élève à la dignité d'êtres humains, c'est-à-dire sociaux. Pour Maurice Blondel(1919)⁷, « *la tradition véhicule plus que des idées susceptibles de forme logique : elle incarne une vie qui comprend à la fois sentiments, pensées, croyances, aspirations et comportements* ». Le caractère normatif de la tradition est la force qui fait exister une société à travers le temps. C'est en effet, la valeur accordée par les générations présentes à ce qui est transmis par les générations du passé qui constitue la tradition. Mais, loin de considérer avec suffisance l'acquis des siècles passés comme un dépôt intangible, elle donne lieu à toute une série de réinterprétations possibles, qui en retour, la maintiennent, la consolident, l'actualisent ou la renouvellent. Dès lors, « *elle livre par une sorte de contact fécondant ce dont les générations suivantes ont également à se*

⁷Maurice Blondel : Communication à la Société française de philosophie, séance du 3 avril 1919

pénétrer et ce qu'elles ont à léguer comme une condition permanente de vivification, de participation à une réalité où l'effort individuel et successif peut indéfiniment puiser sans l'épuiser ». Ainsi, les comportements procréateurs des adolescentes seraient donc une résultante directe ou indirecte de la transmission intergénérationnelle des valeurs traditionnelles et normatives de la procréation, essentiellement véhiculées par l'ethnie et la religion (calves, 1999).

De ce fait, l'héritage culturel peut constituer soit un facteur favorisant ou un facteur défavorisant pour la fécondité des adolescentes selon que, les normes et les valeurs culturelles traditionnelles tolèrent ou réprimandent la procréation et les rapports sexuels avant ou hors mariage. Ainsi, mis en exergue par les facteurs relatifs à des représentations (religieuses symboliques) aux normes (en matière de sexualité et d'éducation sexuelles) et aux valeurs sociales mesurées par l'ethnie, la religion, et par le milieu de socialisation quand il s'agit du modèle de l'héritage culturel

b. L'ethnie

De nombreux auteurs considèrent l'ethnie comme un élément crucial d'identification sociale. L'ethnie en tant que lieu de production et de manifestation par excellence des modèles culturels spécifiques apparaît ainsi comme un élément important dans l'étude des sociétés africaines dont la population est généralement composée de plusieurs groupes culturels (Wakam, 1994). Son caractère prépondérant dans la manifestation des phénomènes démographiques vient du fait que des populations vivent différemment ces phénomènes, soit à cause de leur localisation géographique ou soit à cause d'autres caractéristiques qui leur sont propres (SaLa-Diakanda, 1980).

En Afrique, plusieurs travaux (Romaniuk, 1967 ; Rwengé, 2002) révèlent une hétérogénéité culturelle en matière de sexualité, de nuptialité ou de procréation, qui permet de regrouper les groupes ethniques en deux classes : d'une part les ethnies dont la sexualité et la procréation avant le mariage sont tolérées (Mongo et Tetela en RDC, Beti-Fang au Cameroun) et, d'autre part, celles dont ces pratiques sont strictement interdites (Luba en RDC, Bamiléké au Cameroun). Dans les ethnies où les relations sexuelles et la procréation prémaritales sont tolérées voire encouragées, la virginité de la femme n'a aucune importance.

Souvent, une maternité avant union représente la preuve de la fertilité et la garantie d'un mariage potentiel. Dans un tel contexte, l'ethnie apparaît comme un facteur important dans l'occurrence de la maternité précoce des adolescentes. Par contre, dans le cas des ethnies où les relations sexuelles et la procréation prémaritales sont strictement interdites, la jeune femme est tenue de préserver sa virginité jusqu'à son mariage. Cette valorisation de la virginité féminine implique l'interdiction complète de la fécondité prémaritale (ou simplement hors union). Dans ce contexte, la fécondité avant ou hors union constitue une violation des règles de la communauté donc susceptible de sanctions voire de bannissement social.

c. La religion

Selon Durkheim (1912)⁸, « *une religion est un système de croyances et de pratiques, relatives à des choses sacrées, c'est-à-dire séparées, interdites, croyances et pratiques qui unissent en une communauté morale, appelée Eglise, tous ceux qui y adhèrent* ». Dans ce sens, la spécificité d'une société religieuse vient du fait qu'elle constitue un système (intellectuellement très élaboré) de représentations et de croyances relatives au divin. Cette organisation symbolique à haute capacité de mobilisation affective unit étroitement doctrine du salut, règles de l'existence privée, normes de la vie domestique, droits et devoirs de l'individu en société, principes de l'organisation sociale légitime. Au niveau le plus élémentaire de l'analyse, une religion est d'abord un groupe d'appartenance⁹, c'est-à-dire celui auquel l'individu dit ou est censé appartenir.

Certaines études ont montré que les adolescentes chrétiennes ont relativement plus de risque d'être sexuellement actives avant le mariage que les adolescentes musulmanes ou celles des autres religions (Delaunay, 1994 ; Calvès, 1996 ; Kuate Defo, 1998) ; en effet Kuate- Defo, dans une étude sur les adolescentes camerounaises, révèle que comparées aux

⁸Durkheim (Emile), 1912, *Les formes élémentaires de la vie religieuse*, Paris, Presses Universitaires de France, 1990

⁹Le groupe d'appartenance se distingue du groupe de référence dans le sens que ce dernier désigne le groupe dont les attitudes, les comportements, les croyances ou les valeurs sont adoptés comme critères par un individu lorsque celui-ci définit une situation, l'évalue ou décide d'agir. Ils existent des groupes d'appartenance qui peuvent être en même temps des groupes de référence, tels que la famille, les amis, etc. Mais le groupe de référence est parfois différent du groupe d'appartenance, comme le cas du bourgeois qui adopte le mode de vie de l'aristocratie

musulmanes et à celles des religions traditionnelles, les adolescentes chrétiennes sont d'au moins 40% plus susceptibles d'avoir leurs premiers rapports sexuels hors mariage avant 20 ans et elles ont aussi, parmi les femmes mariées avant cet âge, 22% plus de chances d'avoir un premier enfant après le mariage, et ces résultats s'avèrent robustes après contrôle pour les différences tant socio-économiques que mesurées et non mesurées entre les femmes (respectivement $p < ,01$ et $p < ,05$). Ce qui pourrait traduire un contrôle relativement faible sur la sexualité et la maternité des adolescentes dans la religion chrétienne que dans les autres religions.

Au-delà du modèle de l'héritage culturel, il convient par ailleurs de voir le modèle de la désorganisation sociale.

d. Le modèle de la désorganisation sociale

La notion de désorganisation sociale a été popularisée par l'étude de Thomas et Znaniecki sur le paysan polonais en Europe et aux Etats-Unis (Thomas et Znaniecki, 1958)¹⁰. Elle est définie de manière générale comme la perte d'influence des règles sociales de conduite existantes sur les membres du groupe. Ce modèle fait partie de la théorie générale de la modernisation, qui stipule l'affaiblissement des structures traditionnelles et le relâchement du contrôle des aînés sur les cadets. Dans ce cadre les relations sexuelles seraient spontanées et ne répondraient à aucun objectif particulier (Diop, 1995 ; Rwenge, 1999). En effet, dans une telle situation, les comportements individuels s'expliquent, le plus souvent, par une désorganisation personnelle c'est-à-dire, par l'incapacité pour l'individu de se construire un projet de vie : en l'absence de règles stables et intériorisées, l'individu est désorienté et « démoralisé ». La désorganisation sociale est mise en évidence par les mutations sociales que subit la société traditionnelle africaine ; elle a sa source dans le développement d'attitudes individualistes et hédonistes résultant des contacts avec l'extérieur, notamment par l'urbanisation, la scolarisation et les médias. Ceci implique la perte du contrôle social des anciens sur les jeunes générations engendrant un libertinage sexuel. La modernisation, à travers ses composantes que sont l'urbanisation, la scolarisation et les médias, apparaît ainsi

¹⁰Thomas (William I.) et Znaniecki (Florian), *The Polish Peasant in Europe and America*, New York, Dover Publications, 1958.

comme une cause de la déstructuration du système familial traditionnel, assortie d'une baisse de l'influence familiale, au profit des paires, lesquelles semblent souvent être source d'informations sur la sexualité et la contraception (Délaunay, 1994).

En ville plusieurs facteurs sont à l'origine des changements constatés chez les adolescentes en particulier. Le phénomène urbain illustre bien, l'élargissement du cadre de vie et la perte des contraintes familiales traditionnelles, qui autrefois assuraient un meilleur contrôle social de la vie sexuelle et conjugale, du fait qu'ils permettent de nos jours à la jeune fille de connaître une véritable période d'adolescence sont de nature à favoriser chez cette dernière l'adoption de comportements sexuels à risque. Le milieu urbain offre d'autres types de modèles, tant à travers les comportements nouveaux qui y ont cours que par l'influence des médias (télévision, radio, presse écrite, Internet, etc.) auxquels ont accès, ou sont « exposées » les adolescentes citadines. Enfin, la ville crée également de nouveaux besoins et des modes de consommation monétaires qui provoquent une modification profonde de certaines valeurs sociales fondamentales.

Par ailleurs, la scolarisation est le fait pour un enfant d'âges scolaire d'être régulièrement inscrit dans un établissement scolaire. Elle concerne tous les individus en âge d'aller à l'école et généralement, elle est opérationnalisée par la fréquentation actuelle des enfants de 6-15 ans au Gabon. Ainsi, le système d'éducation formelle, en tant que force de changement, pousse les adolescentes à surmonter les préjugés sociaux ou à transgresser les normes et les règles établies par la tradition. Par les changements de mentalité et de référence sociale qu'elle provoque, la scolarisation incite l'adolescente à prendre le contrôle de sa propre vie et à assumer un statut et une identité en soi, au-delà de son rôle traditionnel au sein de la communauté. Au niveau du système éducatif, la mixité des établissements source de promiscuité entre filles et garçons est un facteur susceptible de favoriser le libertinage sexuel des jeunes générations. De ce fait, le système éducatif tiré de l'occident est perçu comme une source d'acculturation, de déviance sociale et de conflit de générations.

Contrairement au postulat de ce modèle, certaines études en Afrique subsaharienne infirment l'hypothèse de la modernisation et des médias comme facteurs d'activité sexuelle des jeunes. Comme pour le modernisme et les médias, l'instruction et l'urbanisation sont des

portes d'ouverture culturelle. Elles sont un facteur de prévention des IST/VIH/SIDA et des grossesses non désirées par l'utilisation correcte des préservatifs et contraceptifs (Antoine et Nanitelamio, 1990 ; Evina, 2005 ; Ainsworth, 1994 ; Talnan et al. 2003). Une étude de l'OMS(2005), Rwenge (1995), a montré que « *les cours d'éducation sexuelle à l'école ont souvent réduit l'activité sexuelle des adolescents et accru l'emploi des préservatifs* ». La solarisation, au lieu d'être un facteur favorisant la liberté sexuelle, règle la vie sexuelle en dissuadant par exemple les filles de la prostitution et au multipartenariat.

La théorie de la désorganisation sociale peut bien s'adapter aux sociétés où les jeunes respectent encore les interdits sexuels et où l'autorité traditionnelle des parents et du lignage en matière de contrôle de l'activité sexuelle s'exerce encore. Elle peut bien s'appliquer chez les bamiléké du Cameroun et les haoussas du Gabon, où la virginité est encore, dans une certaine mesure, une condition pour le mariage ; elle peut aussi l'être chez les Dii de la province de l'Adamaoua (du Nord Cameroun) où la virginité de la fille est vérifiée (Kouinche et Tagne, 1998). Par contre, cette théorie semble inadaptée dans les sociétés ou cultures qui sont favorables à l'activité sexuelle prémaritale des jeunes : chez les Fang et Mponu du Gabon, les Beti du Cameroun. Chez les Bandjoun (Ouest du Cameroun) par exemple l'on n'utilise aucun moyen pour vérifier la virginité (Kouinche et Tagne, 1998) ; tandis que chez les Fang, « *la virginité de la jeune fille n'est pas un critère de surenchère, qu'il s'agisse du mariage entre jeunes ou du mariage entre adultes ...* » D'après Romaniuk (1967), chez les Tetela, dans le cadre des fiançailles, dès que le futur fiancé se présente dans la famille de la jeune fille comme candidat au mariage et que la famille de celle-ci l'accepte, les deux peuvent déjà vivre comme des mariés (mariage à l'essai). Ces différentes limites entraînent donc à relativiser les interprétations issues du modèle de désorganisation sociale.

Au-delà de cette approche théorique du modèle de la désorganisation sociale, il convient par conséquent de voir, les travaux empiriques qui illustrent bien ces conceptions.

e. Le milieu de socialisation

La socialisation en tant que processus de transformation de l'individu d'un être asocial en un être social (en lui inculquant des modes de penser, de sentir et d'agir), et d'intériorisation des normes, valeurs et représentations collectives, ne s'exerce pas avec la

même intensité selon que l'individu grandit dans un milieu comme dans un autre. En Afrique, cette distinction s'établit souvent entre le milieu urbain et le milieu rural ; mais pour cette étude, nous considérons toutes les valeurs qui pourraient influencer l'adolescente dans son milieu ambiant.

Les médias, la prolifération des discours sur la sexualité et les images érotiques ou pornographiques diffusées par les mass media incitent aux comportements sexuels à risque. L'influence grandissante des médias internationaux, tant en ville qu'en campagne, bouleverse les valeurs traditionnelles, principalement chez les jeunes; elle est à l'origine de l'apparition de modes de vie nouveaux : libertinage sexuel, conduites excentriques, exaltation de la richesse matérielle, etc. En définitive, pour le modèle de désorganisation sociale, ce sont ces différents éléments de la modernisation qui favorisent la diffusion de nouvelles mentalités en matière de sexualité, susceptibles d'entraîner chez l'adolescente l'incidence de grossesses et maternités précoces et non planifiées. Une étude faite au Bénin sur *«les déterminants des comportements sexuels à risques des IST/SIDA chez les adolescentes»* par Daga (2007), cet auteur montre que, la fréquence d'exposition à la télévision ou à la radio réduit ou aggrave le comportement à risque des adolescentes selon le temps d'exposition aux médias (Daga 2007).

En somme, l'influence du milieu de socialisation dépend énormément de la période d'exposition et de la durée effectuée dans ce milieu. Bien que le milieu de résidence constitue aussi un facteur socioculturel, beaucoup d'auteurs l'identifient souvent en tant que facteur socioéconomique. Toutefois, on ne saurait se limiter à cette approche socioculturelle sans que nous aillions visité les approches institutionnelles qui confère, droits, devoir et obligation à l'adolescente.

2.1.2.3. Approche institutionnelle

Bien que moins représentée dans la littérature, l'approche institutionnelle demeure assez importante pour la compréhension des comportements sexuels et procréateurs des individus et, en particulier des adolescentes. Potter (1983) remarque que, dans les études des déterminants de la fécondité, l'attention a été traditionnellement fixée sur les caractéristiques des individus, des ménages et des familles, aux dépens de celles de leur environnement.

L'approche institutionnelle de la fécondité des adolescentes s'intéresse essentiellement aux incidences survenues dans les institutions (politiques, législatives et juridiques, sociales, économiques.) sur les comportements procréateurs des adolescentes. Les institutions étant définies, en général, comme un ensemble de règles organisant la société ou certaines de ses instances (Maiga, 2003). Ainsi, elle met l'accent sur les structures intermédiaires ou les différents contextes dans lesquels se situent les phénomènes (Oppong, 1995 ; McNicoll, 1978). Suivant cette approche, les institutions influencent les opportunités et les contraintes qui déterminent les choix et les actions des adolescentes en matière de sexualité et de procréation. En effet, les institutions donnent le ton aux jeux de pouvoir qui existent au sein de la famille, dans la société et dans les activités économiques. Dès leur jeune âge, les filles apprennent à vivre en accord avec les attentes de la société et, tout au long de leur vie, les structures institutionnelles renforcent les comportements qu'on attend d'eux en tant que femmes (Banque Mondiale, 2003). Ainsi, l'attitude des adolescentes à l'égard de la procréation dépendra de l'importance que les décideurs accordent aux questions spécifiques à la sexualité et à la maternité relatives à ce groupe social.

Les facteurs institutionnels

Ces facteurs constituent les éléments de l'environnement institutionnel dans lequel vit l'adolescente ; ils incluent la législation, les politiques et programmes nationaux en matière d'union (ou de désunion), de formation des familles, de procréation, d'éducation sexuelle des jeunes, de communication, d'approvisionnement et de diffusion des méthodes contraceptives modernes. Ils ont pour la plupart été identifiés suite à l'apport des théoriciens de l'approche institutionnelle. Ici, l'argument principal stipule que l'adoption d'un comportement sexuel responsable dépend, dans une large mesure, de la disponibilité de l'information et de l'accès des adolescentes aux services adaptés de santé de la reproduction (comme les centres d'écoute) et aux méthodes contraceptives modernes. L'absence de questions relatives à l'environnement institutionnel, généralement observée dans les EDS, empêche de mesurer l'effet des facteurs institutionnels sur la fécondité précoce en Afrique ; ceci est aussi valable pour ce qui est de notre étude. Toutefois, la prise en compte de la législation gabonaise en matière d'union dans la définition de l'union précoce ou encore de la sexualité précoce permet, dans une certaine mesure, de tester des éléments institutionnels.

L'approche institutionnelle ne peut cependant pas faire le contour de l'état de la question des facteurs explicatifs de la fécondité des adolescentes. L'approche psychologique doit en sus, être analysée pour apporter davantage d'explication au phénomène.

2.1.2.4. Approche psychologique

Cette approche propose trois modèles d'interprétation de la sexualité et de la fécondité des adolescentes (Marcelli, 2000). Le premier modèle considère la fécondité à l'âge d'adolescence comme la manifestation du besoin de vérifier l'intégrité corporelle et des organes de la reproduction.

Le deuxième indique que la grossesse à l'adolescence, et plus encore le désir d'enfant, est une recherche d'un « objet » de satisfaction complète des carences de l'enfance. En effet les violences physiques, la carence et la négligence éducative pendant la petite enfance ainsi qu'une mauvaise estime de soi apparaissent fortement corrélés avec la maternité précoce (Herrenkohl et al. 1998).

Enfin le troisième modèle considère la grossesse, par conséquent la maternité, comme faisant partie des prises de risques de l'adolescence dont l'objectif serait de mettre le corps en danger. Ce corps, par lequel naît le sentiment de frustration avec l'éveil de la sexualité, est vécu comme un objet de persécution ; l'adolescent attaque son corps car il est source de souffrance. Alors que les garçons « choisissent » la déviance sociale, les filles se tournent vers l'attaque directe du corps : tentatives de suicide, troubles du comportement alimentaire, grossesse, MST (Marcelli, 2000).

Bien que cette approche soit moins développée en Afrique subsaharienne, sûrement en raison de l'absence des données cliniques, elle peut s'avérer pertinente pour l'Afrique centrale en général et pour le Gabon en particulier, principalement dans sa première assertion (qui suppose la vérification de l'intégrité corporelle), si l'on considère l'infécondité pathologique ayant sévit dans cette sous-région durant la période post-coloniale, et la stigmatisation socioculturelle qu'entraîne la stérilité féminine. Ainsi comme l'écrit Jean wakam« *l'enfant est traditionnellement considéré comme un bien de valeur infinie. [...] Il assure à ses parents la considération dans la société ; il leur doit de l'aide pendant leur vie,*

surtout pendant la vieillesse, et des sacrifices après la mort » (wakam, 2004). Ceci montre en fait, la perception de l'enfant dans la société africaine d'une part et d'autre part, que le Gabon fait partie de la zone de l'Afrique centrale où l'infécondité joue son plein (Evina, 1990). Nous mentionnons ici, C quelques motivations empiriques de qui pourraient expliquer les facteurs déterminants de la fécondité des adolescentes.

Facteurs psychologiques de la fécondité des adolescentes

Des études qualitatives ont montré que les comportements sexuels des adolescents ne sont pas toujours directement guidés par les intérêts financiers ou matériels. Dans une étude menée à Burkina Faso en 2004 par The Alan Guttmacher, il ressort que : « chez 39% des filles de 15–19 ans, c'est le mariage qui explique la survenue du premier rapport sexuel. Par contre pour 50% de ces filles, le premier rapport sexuel est « arrivé comme ça » tandis que pour 5% des filles la raison principale est que le partenaire a insisté ». Ces résultats confortent la thèse selon laquelle les premiers rapports sexuels chez les adolescentes seraient spontanés.

Les raisons les plus souvent évoquées dans les discours des adolescentes pour justifier l'activité sexuelle précoce sont : curiosité, « l'amour », le désir, la peur de perdre son partenaire, l'influence des pairs, l'insistance du copain. (Rwengé, 1999 ; Calvès, 1999 ; Dembélé, 2004 ; Bozon et al. 2006 ; Guèye et al. 2001). Certaines études qualitatives ont montré que la recherche de plaisir, la preuve de sa virilité, la recherche de plusieurs copines la prévention d'une déception, la facilité d'avoir un copain sont autant de raisons évoquées pour justifier le multipartenariat (Rwengé, 1999 ; Songué, 1999; Savage, 1999).

Le condom est sujet à des nombreuses considérations négatives à la maladie qui compromettent son utilisation. En effet, l'utilisation du condom est fortement associée au partenaire occasionnel, à l'infidélité ou à l'infection par une IST, et à la dépravation (Hulton et al. 2000; Afenyadu et Goparaju, 2003; Hollander, 2005; Macphail et Campbell, 2001, Delaunay, 2005). A cet effet, toute négociation de l'utilisation du condom comme prévention des IST/SIDA, revient à suspecter le partenaire d'être infecté et remet en cause la relation, dans laquelle la partenaire a été choisie en raison de la confiance accordée (Abdool et Morar, 1995 ; Goldstein, 1995; Vasconcelos et al., 1995, Rwengé, 2002). Par ailleurs, la peur de

perdre son partenaire et la réduction de plaisir sexuel sont les principales raisons de la fécondité des adolescentes.

Après avoir montré que plusieurs mobiles pouvaient influencer le comportement des adolescentes non seulement par le choix raisonné d'une action planifié (Fishbein et ajzen, 1975) mais aussi, par la satisfaction complète des carences de l'enfance et par le besoin de vérifier l'intégrité corporelle et des organes de la reproduction. Il convient par la suite de voir ce que vaut l'approche familiale de la fécondité des adolescentes.

2.1.2.5. Approches familiales

Dans la littérature, quatre approches permettent d'appréhender l'influence du type d'environnement familial sur la sexualité et la fécondité des adolescentes : la théorie du capital social de la famille (Coleman, 1998), l'approche de la socialisation, l'approche du contrôle parental et l'approche de l'instabilité conjugale ou familiale (Haurin et Mott, 1990; Albrecht et Teachman, 2003 ; M. Yode et T. LeGrand, 2007). Selon la première approche, le capital social de la famille intervient dans le développement des enfants et se réalise dans les relations entre les parents ainsi que les autres membres de la famille et les enfants. Les membres adultes de la famille disposent de connaissances et d'expériences qui participent à la formation des aptitudes des enfants à l'action.

La deuxième approche, quant à elle, considère que la socialisation sexuelle et reproductive débute dès la naissance de l'enfant ; elle est facilitée par la proximité entre les enfants et les parents. Ce sont les adultes qui orientent les enfants vers les valeurs sexuelles socialement acceptables et saines. Selon l'approche de la socialisation, le comportement de l'adolescente dépendra de la relation et de la communication entre parents et enfants. Une bonne relation entre parents et enfants crée une atmosphère favorable à l'acceptation des valeurs parentales de la sexualité et de la procréation. Ces parents représentent également une meilleure source d'informations sur la sexualité et la reproduction qu'ils peuvent transmettre aux adolescentes par le biais d'une communication (Sieving et al. 2002, Swain et al. 2006 ; Amuyunzu-Nyamongo, Sieving et al. 2002, Yode et LeGrand, 2007).

En Afrique, les parents biologiques ne sont pas les seuls acteurs de la socialisation sexuelle de l'adolescente ; la famille étant le plus souvent élargie, son capital social est plus étendu et englobe aussi bien la fratrie que les autres adultes apparentés ou non. Les modèles de contrôle parental sont fondés sur une relation hiérarchique entre les parents et les adolescentes dans laquelle les parents jouent le rôle de responsable (Dishion et McMahon, 1998 cités par Yode et LeGrand, 2007). Ce contrôle s'effectue au moyen des opportunités ou des restrictions offertes à l'adolescente et, par le suivi de ses activités et de ses lieux de fréquentation. Il permet aux parents d'être des facilitateurs ou des inhibiteurs du comportement sexuel de l'adolescente. La supervision parentale réduit les risques d'une entrée précoce en sexualité des adolescentes et permet d'éviter les contacts entre l'adolescente et ses pairs aux comportements à risque ; ceci dépend également de l'héritage culturel des parents.

Les auteurs de la dernière approche se sont orientés vers l'instabilité et le changement pour étudier les comportements sexuels des adolescents dont les parents ont connu la rupture d'union ou le remariage. Pour eux ces situations d'instabilité sont sources de perturbations et de contraintes sociale, émotive et psychologique pour les adolescentes qui augmentent la susceptibilité d'entrée précocement en sexualité et en maternité.

Généralement, les processus familiaux sont mesurés par le « contrôle social » et l'évocation des sujets relatifs à la sexualité et à la procréation avec les membres de la famille ; chacun de ces éléments étant rattachés à (au moins) l'une des approches théoriques susmentionnées. Un élément se rapporte à l'approche de la socialisation (discussion sur la planification familiale avec les parents), un autre rend compte de l'approche du contrôle social (exposition à la télévision), le sexe du chef de ménage se rapporte à l'instabilité conjugale ou familiale et, le niveau de vie du ménage relève à la fois de l'approche du capital social de la famille, de la socialisation et du contrôle social (Haurin et Mott, 1990; Albrecht et Teachman, 2003 ; M. Yode et T. LeGrand, 2007). La discussion sur la contraception dans le cadre familial peut de ce fait freiner les comportements sexuels à risque, l'exposition aux grossesses non désirées et la maternité précoce. Si l'on paraphrasait Gupta *« la sexualité d'un individu est définie par différents aspects : avec qui la personne a une relation sexuelle, de quelle manière, pour quelles raisons, dans quelles circonstances et avec quelles*

conséquences » (Gupta, 2000). On comprendrait de ce fait que « la femme (adolescente) n'a aucun pouvoir juridique, elle fait partie des biens de l'homme et de son héritage »¹¹. Au regard du droit coutumier, la femme n'a pratiquement aucun droit, elle est toujours sous l'autorité d'un père, d'un mari, d'un frère ou d'un fils, ainsi la femme doit pratiquement soumission et obéissance absolue à son mari sous peine de sanctions, allant des violences physiques et psychologiques de tous genres jusqu'à la rupture unilatérale du lien de mariage. De ces approches théoriques, découlent les facteurs suivants.

a. Les facteurs familiaux

Dans cette approche, la famille est le premier et le principal groupe de socialisation des individus. Elle constitue le lieu par excellence d'apprentissage, de socialisation, d'éducation et de transmission des normes et des valeurs. Les parents servent de modèles pour les enfants ici, nous tiendrons compte uniquement de deux facteurs : la discussion sur la planification familiale avec les parents et l'instabilité conjugale des parents étant donnée que, l'exposition aux médias et le niveau de vie avaient déjà été énuméré dans les précédents approches.

b. Discussion sur la Planification Familiale avec les Parents

La communication avec les parents conditionne la façon dont les enfants communiquent avec autrui. Aussi, le fait de pouvoir déjà évoquer les questions sur la sexualité et la contraception avec leurs parents peut faciliter ces mêmes conversations avec des partenaires. Dans de nombreuses régions du monde, particulièrement en Afrique subsaharienne, l'exposition aux risques de santé que comporte une grossesse précoce se trouverait accrue par le manque de communication des adolescentes avec leurs parents en matière de sexualité et de contraception (UNFPA, 1997)

Rwengé (2002 ; 2004), l'aborde en terme de " *pouvoir de prise de décision*". Il a utilisé six (6) indicateurs qui évaluent la capacité de négociation sur l'engagement de la relation sexuelle et l'utilisation du condom, ici nous retiendrons seulement trois (3) :

11 Coutume dahomey dans son point 127

- ✓ discussion au sein du couple (via de la famille) sur la manière d'avoir les rapports sexuels ;
- ✓ décision sur la manière de faire les rapports sexuels au sein du couple ;
- ✓ refus d'avoir les rapports sexuels avec son mari ;

De façon générale, il ressort que les adolescentes ont face aux partenaires « à risques » moins de pouvoir que les hommes de s'abstenir des rapports sexuels ; mais les parents ont cette capacité d'orienter leurs enfants à participation à la prise de décisions ainsi qu'à l'utilisation du condom. Dans le même temps, il s'est aussi avéré que les femmes qui discutent avec leurs partenaires sur la manière d'avoir les rapports sexuels sont plus susceptibles à éviter prématurément à tomber tout en utilisant les condoms que les autres. (Daga, 2007)

c. Le sexe du chef de ménage

Les familles, par les normes et les valeurs qu'elles transmettent, par les rôles qu'elles assignent à leurs membres, par les modes de vie résidentiels qu'elles favorisent, par les solidarités qu'elles mettent en œuvre, parfois même par les cultes religieux dont elles sont les gardiennes, contribuent amplement à la régulation de la vie en société. Le changement social (scolarisation, baisse relative de la mortalité, urbanisation, migrations et plus récemment, crises économiques) exige des adaptations, des innovations qui remettent en cause, plus vite et plus radicalement qu'auparavant, les valeurs et les normes qui régissaient les comportements des individus dans la collectivité.

Des études ont montré que pour les adolescentes qui ont les sœurs plus âgées sont le plus souvent consultées au sujet de la santé sexuelle et reproductive. Les résultats d'une étude du CEFFEVA¹² au Sénégal montrent que les femmes communiquent plus avec leurs filles que les hommes de la SSR (respectivement 80% et 53%). Mais concernant la structure familiale, Evina (1998) a abouti aux résultats selon lesquels : « *La séparation des parents par rupture d'union semble augmenter la propension des adolescentes aux premiers rapports*

¹²Comité d'Etudes sur les Femmes, *la Famille et l'Environnement en Afrique, La communication Parents-enfants sur la Santé de la Reproduction : éducation sexuelle et santé de la reproduction des jeunes. Résultats de recherches* ; in Pacific Institute for Women's Health (2002).

sexuels et par la suite leurs risques de grossesses adolescentes » et « la vie sous le toit familial de l'adolescente avec ses parents réduit considérablement ses risques de grossesses précoces. Si l'on considère les parents non mariés, la proportion d'adolescentes ayant déjà débuté leur vie féconde et qui ne vivent pas avec leurs parents est de 2,5 fois supérieure à celle des adolescentes qui vivent avec leurs parents ». De ce fait, les adolescentes des familles monoparentales ou des familles recomposées en une structure acéphale et sans lien de parenté sont plus exposées aux risques de grossesses adolescentes. Et enfin, voyons ce que l'approche individualiste nous propose.

2.1.2.6. Approche individualiste.

Contrairement aux précédentes approches qui sont des démarches théoriques, cette dernière approche constitue plutôt un schéma d'analyse pour la fécondité des adolescentes. Il propose, en effet, de distinguer deux types de variables : (1) les variables indépendantes (ou explicatives) qui sont d'ordre socioculturel, politique, socioéconomique, environnemental, (2) les variables immédiates (encore appelées variables intermédiaires ou proches) (Davis et Blake, 1956) au travers desquelles s'exerce nécessairement toute influence sur la fécondité précoce. Les facteurs ainsi identifiés dans cette approche sont les suivants : les rapports sexuels qui marquent biologiquement le début d'exposition au risque de grossesse ; le mariage qui marque socialement le début d'exposition au risque de grossesse ; la contraception dont l'utilisation empêche la grossesse ; et l'avortement provoqué qui met fin à une grossesse non désirée ; le niveau d'instruction ; la pratique contraceptive ; la connaissance des méthodes contraceptives et la connaissance du cycle ovulatoire. Mais pour cette étude nous retenons que les quatre derniers variables (le niveau d'instruction ; la pratique contraceptive ; la connaissance des méthodes contraceptives et la connaissance du cycle ovulatoire).

a. Age aux premiers rapports sexuels

Dans une étude comparative de l'UNFPA (2005b), il s'est avéré qu'en Afrique centrale l'importante activité sexuelle au sein des adolescentes va de pair avec une contribution élevée à l'ISF ; et c'est au Gabon où sept adolescentes sur dix ont déjà des rapports sexuels qu'on note la contribution la plus élevée. Le calendrier d'activité sexuelle est donc susceptible d'influencer sur celui de la maternité. Selon Kuate-Defo (1998) les jeunes

filles précocement sexuelles ont un risque plus élevé de connaître leur première naissance avant la fin de leur adolescence ; le calendrier des rapports sexuels est considéré dans la plupart des études sur la fécondité des adolescentes comme le second facteur explicatif de ce phénomène.

b. Age au premier mariage ou à la première union

Pour Kuate-Defo (1998), « *dans les sociétés où le coït est encore rare hors mariage, l'âge à la formation des unions constitue un important déterminant de la fécondité adolescente* ». Mais pour Antoine et Nanitélamio (1990), « *le comportement matrimonial est fortement touché par les mutations en cours. Dans de nombreux pays africains le mariage reste en général précoce pour les jeunes filles, mais on assiste cependant à un recul de l'âge au premier mariage dans les grandes agglomérations, et la période du célibat tend donc à se prolonger.* » Ainsi, Delaunay (1994 et 2001) dans l'analyse de la fécondité à Niakhar(Sénégal) conclut de la manière suivante : « *On observe, en effet, un recul de l'âge d'entrée en premier mariage et un allongement du premier intervalle entre les naissances qui d'ores et déjà se traduisent par un recul de calendrier de la fécondité dans les générations récentes* ». Enfin, même si diverses situations peuvent être observées quant à l'entrée en union et à la prévalence du mariage dans un pays, la plupart des femmes (y compris les adolescentes) font leurs enfants lorsqu'elles sont union ; il est ainsi évident que l'âge au premier mariage peut expliquer les variations de la fécondité au sein d'un pays. Pour les adolescentes, ce constat est vrai qu'elles utilisent moins couramment la contraception que les autres femmes.

c. Age à la puberté

Selon Kuate-Deffo (1998), « *l'âge à la puberté agit sur les autres éléments de la vie reproductive à l'adolescence par plusieurs voies, dont la durée de la période de reproduction (surtout en influençant l'âge au mariage et à la première maternité), la sous-fertilité et les avortements spontanés. [Et] les travaux anthropologiques suggèrent que les femmes précocement pubères affichent des intervalles entre naissances plus courtes et une fécondité totale plus élevée* ». Aussi, dans une étude sur la maternité à l'adolescence au Cameroun, cet auteur conclut que « *l'âge à la puberté est un prédictif robuste des événements reproductifs* »

majeurs subséquents et les effets de l'âge à la puberté paraissent varier significativement entre les pubères précoces (avant 14 ans) et les tardives. En particulier, les pubères précoces qui ont eu leurs premiers rapports sexuels ou contracté leur premier mariage à l'adolescence sont d'au moins 20,0% moins susceptibles de vivre leur première maternité prémaritale ou postmaritale avant 20 ans, respectivement ». L'âge à la puberté dans cette étude est l'année où la fille passe de l'enfance à l'adolescente marquée par des développements psychiques et physiques.

d. Le niveau d'instruction

De nombreuses études ont déjà montré le rôle du niveau d'instruction de la femme comme facteur explicatif des comportements reproductifs, notamment la relation négative entre éducation et fécondité des femmes ; les femmes les plus instruites ont moins d'enfants que celles qui ont peu ou pas du tout d'instruction (Evina, 1998 ; Rwenge, 1999, UNFPA, 2005b). Pour les femmes les plus instruites, ce lien s'opère notamment à travers une moindre exposition au risque de grossesse dû à un mariage tardif, une plus grande disposition à utiliser les méthodes contraceptives modernes et à une propension à avoir des activités économiques modernes (difficilement conciliables avec une descendance nombreuse). Cependant, l'étude de l'UNFPA (2005b) sur différents pays africains au sud du Sahara montre qu'au Burundi la proportion d'adolescentes déjà entrées en vie féconde augmente avec le niveau d'instruction ; tandis qu'au Ghana et au Gabon, l'effet du niveau d'instruction sur la fécondité des adolescentes n'est pas continu. Cela semble indiquer que la fécondité des adolescentes ne baisse pas toujours avec l'amélioration du niveau d'éducation.

e. Pratique contraceptive

Dans une étude effectuée à Dakar, BA et al. (1999) montrent qu' « *il existait un écart important entre la connaissance des méthodes et la pratique contraceptive. Dans l'ensemble, 17 % des adolescentes connaissaient une méthode contraceptive. Seulement, 2,1 % des adolescentes avaient pratiqué une méthode contraceptive avant la grossesse et l'oubli de la contraception avait été responsable de la grossesse dans 1,4 % des cas.* ».

f. Connaissance de la contraception

Dans la mesure où l'information conditionne les comportements, la connaissance des méthodes contraceptives est un pré requis pour leur utilisation. De nombreuses études montrent que souvent les adolescentes africaines manquent d'informations correctes sur la fécondité et contraception. De même que les adolescentes ont des attitudes négatives à l'égard de la contraception suite à certains préjugés d'ordre culturel ou en rapport avec des renseignements erronés qu'elles reçoivent (UNFPA, 1997).

g. Connaissance du cycle ovulatoire

Le cycle ovulatoire (ou cycle menstruel) peut être défini comme l'ensemble de phénomènes périodiques rythmés par les règles c'est-à-dire par l'écoulement sanguin qui se produit chaque mois, lors de la menstruation chez la femme ; il comporte chacune des périodes entre le début des règles et les règles suivantes. La longueur normale du cycle est de 25 à 35 jours et l'ovulation qui détermine la période de fertilité de la femme a lieu, en général, entre le 12ème et le 16ème jour ; cette longueur varie d'une femme à une autre voire chez la même femme, ce qui rend son observation assez caduque. Mais, l'observation du cycle ovulatoire constitue le moyen le plus naturel de se prévenir contre les grossesses non désirées.

La maîtrise du cycle permet, en effet, à l'adolescente de négocier le moment le plus indiqué pour elle d'avoir des rapports sexuels et de s'abstenir pendant la période d'ovulation. En France, par exemple, dès le milieu du 18ème siècle les couples ont su contrôler le nombre des naissances et l'intervalle entre chaque naissance par des moyens comme le coït interrompu, l'abstinence ou l'allaitement prolongé et cela avait entraîné une baisse de la descendance finale variant de 13 à 26% selon les régions : ceci a été qualifié de « première révolution contraceptive » (Rollet, 2003).

Selon les EDS effectuées dans certains pays d'Afrique et d'Amérique latine, entre 20% et 60% environ des femmes de moins de 20 ans qui étaient déclaraient que leur grossesse avait été mal programmée ou n'était pas souhaitée. Cependant, bien que la connaissance du cycle ovulatoire soit saisie dans les EDS, cet indicateur n'est pas souvent pris en compte dans la plupart d'études portant sur les facteurs de la maternité précoce en Afrique. Or dans un contexte de forte scolarisation comme pour le Gabon, la connaissance ou la

maîtrise du cycle menstruel devrait constituer l'une des caractéristiques essentielles des adolescentes du fait qu'elle traduit, d'une part, la manière dont une adolescente contrôle sa sexualité et sa fécondité et, d'autre part, le degré de considération que les programmes scolaires portent sur les questions relatives à la santé sexuelle et reproductive des jeunes/adolescents. Nous introduisons ainsi dans cette étude cet indicateur que nous estimons important et moins empreint de valeurs culturelles. Mais qui peut permettre, par ailleurs, de mesurer l'influence de l'environnement institutionnel sur les caractéristiques de l'adolescente par conséquent sur son comportement sexuel et sa fécondité, ceci afin d'estimer en quelque sorte la contribution de l'éducation formelle à la fécondité précoce.

h. Situation matrimoniale

Le mariage (et les unions en général) constitue le cadre privilégié de la reproduction, parce que l'essentiel des relations sexuelles et donc de la procréation y ont lieu. Cependant, les normes qui le régissent varient dans toute société, d'une population à une autre. Son intensité, de même que le calendrier de la nuptialité, autrement dit la précocité ou non du mariage, dépendent tout aussi bien des différences culturelles, économiques que structurelles entre les sociétés.

Rappelons que dans le cadre de cette étude, sont considérés comme étant mariés ou plus exactement en union, toutes les jeunes filles âgées de 15-19 ans cohabitant régulièrement avec un homme, qu'elles soient en union légale ou non, formelle ou non. Entrent dans cette catégorie, aussi bien les mariages civils, religieux et coutumiers que les unions de fait. Ainsi, dans cette étude, le terme union désigne l'ensemble des jeunes filles âgées de 15-19 ans qui se sont déclarées mariées ou vivant avec un partenaire.

2.2. Définition des concepts principaux de l'étude

2.2.1. Contexte de résidence.

Le contexte de résidence traduit l'ensemble des conditions extérieures dans lesquelles vivent les adolescentes. Dans ce travail, le contexte de résidence renvoie au milieu de résidence et à la région de résidence de l'Adolescente.

2.2.2. Contexte socioculturel

Contexte socioculturelles se définit ici comme l'ensemble des caractéristiques et des conditions qui déterminent et modulent à divers degrés les normes, les valeurs et les représentations propres au groupe socioculturel auquel l'adolescente est censée appartenir. Le contexte socioculturel sera appréhendé dans cette étude par l'ethnie, la religion et le milieu de socialisation.

2.2.3. Caractéristiques socio-économiques du ménage

Les caractéristiques socio-économiques du ménage renvoient globalement aux conditions économiques qui caractérisent le milieu dans lequel vit l'Adolescente. Dans cette étude les caractéristiques socio- économique seront appréhendé par le milieu de résidence et le niveau de du ménage.

2.2.4. Caractéristiques sociodémographiques du ménage

Ce sont des traits collectifs et spécifiques à un ménage d'une part, Il sera appréhendé par la taille du ménage, et d'autres part, on aura recourt à l'aspect qui fait référence à la personnalité d'un individu reconnu comme chef d'un ménage donné : le sexe du chef de ménage. En ce sens que, nous estimons que le statut de fécondité peut être influencé par le fait que, la jeune fille résidente dans un ménage ayant des caractéristiques spécifiques dont le chef serait un homme ou femme le motiverait ou non à épouser (embrasser) ce fléaux.

2.2.5. Caractéristiques individuelles de l'adolescente

Les caractéristiques individuelles désignent à la fois ce qui est propre à l'individu et ce qui le singularise, c'est-à-dire chacune des particularités culturelles, sociales, physiques ou biologiques qui distinguent un individu des autres. Pour l'adolescente, il s'agit d'un ensemble d'éléments constitutifs de sa propre personnalité qui lui permettent de s'identifier ou de se différencier socialement, de communiquer avec ses semblables, de se conformer à certaines règles sociales ou d'en rejeter d'autres. C'est par des caractéristiques individuelles que chacun mobilise les ressources dont il dispose au sein d'environnements familiaux, culturels ou institutionnels afin de se constituer et de faire reconnaître sa conformité ou sa singularité auprès des autres. De ce fait, il sera appréhendé par le niveau d'instruction, ses connaissances

du cycle ovulatoire et ses connaissances des méthodes contraceptives situation matrimoniale, âge aux premiers rapports sexuels qui influent sur son comportement sexuel et qui détermine sa susceptibilité d'être mère.

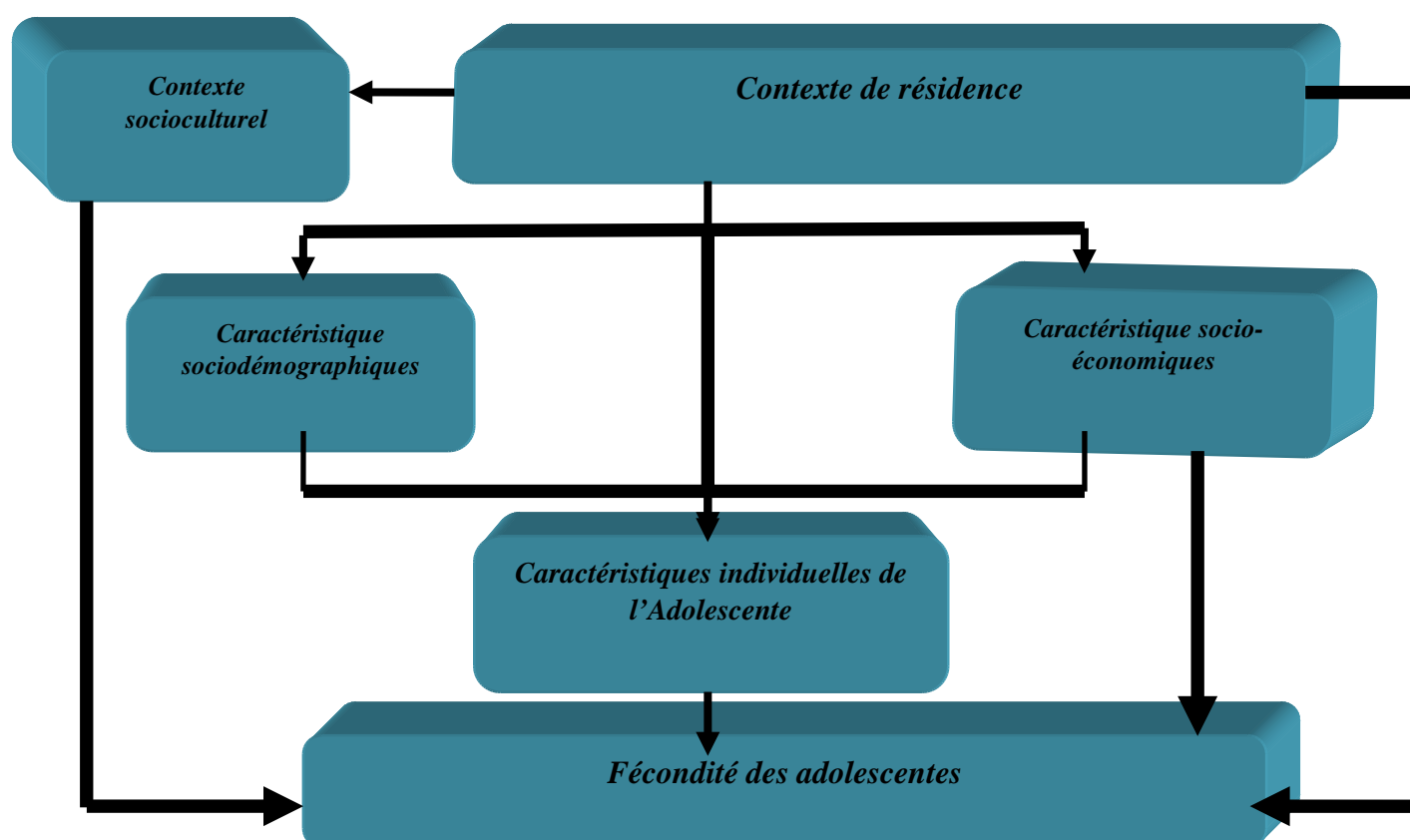
2.2.6. Fécondité des adolescentes

Nous nous sommes référés à la terminologie utilisée dans les rapports des EDS. A travers la dimension démographique qui s'appuie essentiellement sur l'âge. Il s'agit en effet des adolescentes ayant déjà eu au moins un enfant et qui sont en union ou pas donc l'âge varie entre 15-19 ans au moment de l'enquête, étaient déjà mères. Ce concept sera appréhendé dans notre étude par le risque pour une adolescente d'être mère.

2.3. Cadre conceptuel

2.3.1. Hypothèse générale de l'étude

Nous supposons que le contexte résidentiel influence directement la fécondité des adolescentes. Toutefois, cette influence passe aussi par les caractéristiques sociodémographiques du ménage, par le contexte socioculturel et par les caractéristiques socio-économiques ainsi que par les caractéristiques individuelles de l'adolescente. Cette hypothèse est transcrite dans le schéma conceptuel

Schéma : Schéma conceptuel de la fécondité des adolescentes

2.3.2. Description du schéma Conceptuel

Ce schéma conceptuel présente un ensemble de concepts en interrelation qui expliquent les facteurs explicatifs de la fécondité des adolescentes au Gabon. En effet, le contexte de résidence au regard des panoplies de choix qu'il offre à chaque adolescente influence soit directement la fécondité des adolescentes, soit par l'intermédiaire du contexte socioculturel, caractéristiques sociodémographiques, socioéconomiques et individuelles. Les caractéristiques socioéconomiques et contexte socioculturel agissent directement sur la fécondité des adolescentes ou indirectement en passant par les caractéristiques individuelles

Dans ce deuxième chapitre, nous avons présenté le cadre théorique de notre étude en examinant tour à tour les différentes approches explicatives et facteurs empiriques de la fécondité des adolescentes. Les résultats issus de cette revue de la littérature, nous ont permis de mettre en évidence la pertinence de ces approches pour expliquer le comportement

procréateur des adolescentes. Ceci nous a également permis non seulement d'énoncer une hypothèse générale représentée par un schéma conceptuel, mais aussi, de définir les concepts et de relever le sens qui leur ait accordé dans cette étude. Toutefois, l'absence de certaines informations jugées pertinentes dans notre revue de littérature (comme l'âge à la puberté ou la discussion du PF avec les parents, l'exposition aux médias), donne quelques limites à notre revue de la littérature.

C **HAPITRE III : ASPECTS METHODOLOGIQUES DE** **L'ETUDE**

Dans ce chapitre, il s'agit de présenter les données, d'évaluer la qualité de celles-ci, de présenter le cadre d'analyse, tout en présentant les variables et les méthodes statistiques d'analyse utilisées.

3.1. Source de données

Les données que nous utilisons proviennent de l'Enquête Démographique et de Santé du Gabon 2000 (EDSG, 2000). En effet, dans le cadre du programme de coopération avec le FNUAP pour les années 1997 à 2001, le Gabon s'est engagé à réaliser sa première Enquête Démographique et de Santé. L'EDSG (2000), instituée par décret n° 000053/PR/MPET du 12 janvier 1999, a été organisée par la Direction Générale de la Statistique et des Etudes Economiques (DGSEE), du Ministère de la Planification, de la Programmation du Développement et de l'Aménagement du Territoire.

3.1.1. Objectifs de l'enquête

Au-delà de renforcer les capacités de la DGSEE à réaliser de façon ponctuelle des EDS et de fournir au pays une base de données fiables et actualisées, l'EDSG avait pour objectifs de

- Fournir des données fiables concernant les facteurs démographiques, sanitaires et socio-économiques susceptibles d'influencer la situation sanitaire et démographique du pays ;
- Recueillir des données à l'échelle nationale permettant de calculer les taux de fécondité et de mortalité infanto-juvénile ;
- Analyser les facteurs directs et indirects qui déterminent le niveau et les tendances de la fécondité et de la mortalité ;
- Mesurer les taux de connaissance et de pratique contraceptive des femmes et des hommes par méthode et par milieu de résidence ;

- Recueillir des données de qualité sur la santé familiale : vaccination, prévalence et traitement de la diarrhée et d'autres maladies chez les enfants de moins de cinq ans, visites prénatales, assistance à l'accouchement, allaitement au sein et pratiques nutritionnelles des enfants ; mesurer la teneur en iode du sel consommé dans les ménages ;
- Mesurer l'état nutritionnel des mères et des enfants de moins de cinq ans par la prise de mesures anthropométriques ;
- Recueillir des données sur la pratique de l'avortement ;
- Mesurer le niveau de la mortalité maternelle.

3.1.2. Echantillonnage

L'EDSG 2000 a couvert un échantillon cible de 6 500 femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) et de 2500 hommes âgés de 15 à 59 ans. Pour répondre aux besoins de l'enquête, l'échantillon a été conçu de façon à fournir des résultats représentatifs au niveau de l'ensemble des villes de Libreville et de Port-Gentil, des autres villes et du milieu rural. Du point de vue régional, la taille de l'échantillon cible ne permettant pas de fournir des résultats significatifs pour chacune des neuf provinces prises individuellement, les groupes de provinces suivants ont été constitués :

Ogooué-Ivindo et Woleu-Ntem (région Nord), Ogooué-Lolo et Haut-Ogooué (région Est), Estuaire, Moyen-Ogooué et Ogooué-Maritime (région Ouest, Libreville et Port-Gentil exclues), et Ngounié et Nyanga (région Sud). Pour pouvoir disposer suffisamment de cas dans chaque domaine d'études, les Autres villes et le milieu rural ont été sur-échantillonnés alors que Libreville et Port-Gentil ont été sous-échantillonnées. Il s'agit donc d'un échantillon pondéré, par grappe à deux degrés de tirage.

Au premier degré, un échantillon de 249 grappes a été tiré à partir de la liste des secteurs de dénombrement du RGPH de 1993, de façon indépendante à l'intérieur de chaque strate et proportionnelle à leur taille en terme de ménages.

Au second degré, les ménages ont été sélectionnés à partir de la liste établie lors de l'opération d'énumération des ménages dans chacune des 249 grappes sélectionnées. Le

nombre de ménages sélectionnés dans chaque grappe variait de 10 à 40 selon la taille des grappes.

Au total, 6761 ménages ont été sélectionnés et, parmi eux, 6353 ménages ont été identifiés au moment de l'enquête. Parmi ces 6353 ménages, 6203 ont pu être enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 97,6 %. Dans les 6203 ménages enquêtés, 6604 femmes âgées de 15 à 49 ans ont été identifiées et 6183 ont été enquêtées avec succès, soit un taux de réponse de 88 % (EDSG 2000).

3.1.3. Présentation des questionnaires

Afin d'atteindre les objectifs de l'enquête, quatre types de questionnaires ont été utilisés : le questionnaire ménage, questionnaire femme, questionnaire homme et enfin, le questionnaire communautaire. Ces quatre supports de collecte ont été élaborés et adopter aux spécificités et aux besoins du pays ; et chacun d'eux s'adressant à une population spécifique (chef du ménage, les femmes âgées de 15-49 ans, le questionnaire homme et le questionnaire communautaire). Nous ne présenterons ici que les deux premiers (questionnaire ménage et le questionnaire femme) en raison de leur liaison avec notre étude.

3.1.4. Questionnaire ménage

Le questionnaire ménage a permis, entre autres, de recueillir les informations sur tous les membres du ménage et visiteurs, telles que le nom, le lien de parenté avec le chef de ménage, le sexe, l'âge, le niveau d'instruction (pour les personnes âgées de 6-24 ans), la survie des parents dans le ménage des enfants de moins de 15 ans ; ainsi que des informations sur les caractéristiques des logements des ménages (d'où provient principalement l'eau que boivent les membres du ménage, le genre de toilette, etc...) afin d'évaluer les conditions socio-économiques et environnementales dans lesquelles vivent les personnes enquêtées. Pour les besoins de notre étude, ces informations permettent de saisir le sexe du chef de ménage et les conditions de vie des ménages dans lesquels vivent les adolescentes mères.

3.1.5. Questionnaire femme

Ce questionnaire destiné aux femmes en âge de procréer répertoriées dans les ménages comporte dix sections parmi lesquelles les sections suivantes :

- **Les caractéristiques sociodémographiques des enquêtées :** consacrée aux informations sur le lieu de résidence, l'âge et la date de naissance, la scolarisation, l'alphabétisation, l'accès aux médias, la religion et l'ethnie.
- **Reproduction :** permettant de recueillir des informations sur (i) les naissances vivantes que la femme a eues au cours de sa vie ainsi que sur leur état de survie au moment de l'enquête, (ii) l'état de grossesse au moment de l'enquête et (iii) la connaissance de la période féconde au cours du cycle mensuel.
- **Contraception :** cette section permet de recueillir des informations sur les différentes méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse et surtout la connaissance antérieure d'une quelconque méthode. Elle porte également sur le lieu et la date de la stérilisation féminine, ainsi que sur les raisons du non utilisation de la contraception.
- La section 4 se subdivise en deux sous sections : **Grossesse, soins postnatals et allaitement** d'une part ; elle recueille les informations sur la santé de tous les enfants nés dans les 5 derniers années et d'autre part, la **Vaccination et santé des enfants**
- **Mariage et activité sexuelle :** ce module permet de recueillir des informations sur l'état matrimonial, le régime de mariage (monogamie ou polygamie), l'âge aux premiers rapports sexuels ainsi que sur l'activité sexuelle.
- **Mortalité maternelle :** cette rubrique permet, pour l'ensemble des femmes en âge fécond décédées entre les douze derniers mois précédant l'enquête, de déceler si ce décès est en relation avec une grossesse, un accouchement ou les suites d'un accouchement, afin d'évaluer le niveau de la mortalité maternelle.

3.1.6. Population cible de l'étude et taille de l'échantillon

La population cible de cette étude est constituée des jeunes filles mariées ou pas âgées de 15 à 19 ans au moment de l'enquête. Elles sont au nombre de 1613.

3.2. Evaluation de la qualité des données

Quel que soit le soin apporté à la réalisation de l'observation (conception de l'opération, formation du personnel, mise en œuvre des contrôles), il arrive souvent que les résultats soient entachés d'erreurs. Il est important dès lors d'évaluer la qualité de ces résultats pour permettre aux utilisateurs de se faire une idée sur les biais éventuels, la précision, et donc des limites d'utilisation (GENDREAU, 1993). L'évaluation de la qualité des données apparaît donc comme une étape importante dans le processus de recherche en sciences sociales. Elle l'est encore plus dans les pays en voie de développement où le système d'état civil fonctionne de façon défailante, ce qui laisse libre cours aux déclarations fallacieuses des âges et aux problèmes de mémoires lorsque les événements datent d'une période assez lointaine. A ceci, s'ajoutent les tabous de tous genres liés essentiellement aux pesanteurs socioculturelles. Cette évaluation permettra d'apprécier la cohérence interne voire externe des données, ce qui est déterminant pour apprécier le degré de fiabilité des résultats d'analyse. L'évaluation des données comporte deux étapes à savoir : l'évaluation interne et l'évaluation externe. A défaut de données appropriées, on va que faire une évaluation interne. Dans le cadre de ce travail, l'évaluation de la qualité des données porte sur l'examen des taux de non-réponses. Les non réponses proviennent soit de l'enquêté(e) qui refuse de répondre à une question, soit de l'enquêteur par omission ou par erreur de remplissage. Le taux de non réponse indique le niveau de fiabilité des indicateurs relatifs à la variable. Une variable avec un taux de réponse faible indique des biais possibles dans le niveau des indicateurs calculés. Dans la pratique, un taux de non-réponse au-delà de 10 % est considéré comme étant de nature à compromettre la qualité ou la fiabilité des estimations (Nations Unies, 2010).

3.2.1. Taux de non réponse

Il est calculé à l'aide de la formule suivante :

$$\text{Taux de non-réponse} = \frac{\text{Nombre d'informations manquantes pour une variable}}{\text{Nombre total d'enregistrements attendu}}$$

Tableau 3.1 Taux de non réponse des variables d'étude

Variables	cas valide	cas manquants	Taux de non réponse(%)
Région de résidence	1613	0	0
milieu de résidence	1613	0	0
milieu de socialisation	1607	6	0,31
Religion	1611	2	0,12
Ethnie	1612	1	0,06
taille du ménage	1613	0	0
sexe du chef de ménage	1613	0	0
Niveau de vie du ménage ¹³	1613	0	0
connaissance du cycle ovulatoire	1604	9	0,56
Type d'union	1613	0	0
connaissance d'une méthode	1613	0	0
utilisation d'une méthode	1613	0	0
le risque pour une adolescente d'être mère ou	1613	0	0

Source : exploitation des données de l'EDSG 2000

Les résultats du tableau montrent que les taux de non réponses enregistrés pour chaque variable de notre étude sont inférieurs à 10 %. Par conséquent, les données sont de qualité acceptable.

3.2.2. Les variables opérationnelles

Dans cette section, nous définissons les différentes variables qui seront utilisées dans le cadre de cette étude.

3.2.2.1. Variable dépendante

La variable dépendante de cette étude est **le statut de fécondité des jeunes filles âgées de 15 à 19 ans en 2000 au Gabon**. Elle prend la valeur 1 lorsque les filles ont aux moins une naissance ou sont au moment de l'enquête et 0 sinon.

3.2.2.2. Variables indépendantes

¹³Cf. Annexe A Taux de non réponse des variables entrant dans la construction de la variable niveau de vieAnnexe page I

Dans cette étude, les variables indépendantes sont regroupées en 3 catégories :

- Les variables relatives au contexte de résidence
- les variables qui permettent d'appréhender les caractéristiques sociodémographiques du ménage
- les variables qui permettent d'appréhender les caractéristiques individuelles de l'adolescente.

a. Le milieu de résidence

Le milieu de résidence joue un rôle important dans la variation des comportements sexuels des adolescentes. Nous considérons dans cette étude le milieu urbain et le milieu rural.

b. Région de résidence

Selon Ngwé (2006), une région est une entité géographique ayant une certaine homogénéité. Dans le cadre de cette étude, cinq (5) grandes régions sont distinguées:

- Nord (Nord (Ogooué-Ivindo, Woleu-Ntem)
- Ouest (Estuaire, Moyen-Ogooué, Ogooué-Maritime)
- Sud (Ngounié, Nyanga).
- Est (Haut-Ogooué, Ogooué-lolo)
- Libreville/Port-Gentil

c. Le milieu de socialisation

Nous entendons par milieu de socialisation le lieu où l'adolescente a passé les douze premières années de sa vie. Il a deux modalités : Libreville/Port-Gentil, Autres villes, Campagne/Etranger.

d. Ethnie

L'ethnie est le lieu de production des modèles socioculturels auxquels l'individu s'identifie. Wakam (1994), souligne que « *l'ethnie en tant que lieu de production et de manifestation par excellence des modèles culturels spécifiques, apparaît ainsi comme un élément important*

dans l'étude des sociétés africaines dont la population est généralement composée de plusieurs groupes culturels ». Quatre grands groupes ethniques sont retenus pour cette étude :

- Fang
- Kota-Kélé
- Ndzabi-Duma et autres
- Shira-Punu

e. Religion

Selon Durkheim (1912) « *une religion est un système de croyances et de pratiques, relatives à des choses sacrées, c'est-à-dire séparées, interdites, croyances et pratiques qui unissent en une communauté morale, appelée Eglise, tous ceux qui y adhèrent* ». Quatre grands groupes religieux (modalités) sont retenus pour cette étude :

- Catholiques
- Protestants
- Autres chrétiens
- Musulmans/Athéistes/autres.

f. Niveau de vie du ménage

La variable niveau de vie du ménage étant une variable difficile à saisir sur le terrain ; cet indicateur composite résume les conditions dans lesquelles vit l'adolescente dans son ménage, son utilisation dans l'analyse se fait soit en utilisant des variables opérationnelles ou en la construisant à l'aide de certaines variables qui informent sur les caractéristiques du ménage. La constitution de cette variable a été rendue possible grâce aux variables suivantes :

- l'approvisionnement en eau potable
- le type de toilette
- les matériels du sol

- les matériels du toit
- les matériels du mur
- la possession de l'électricité
- la possession d'un réfrigérateur
- la possession d'une télévision
- la possession d'un téléphone
- La possession d'une automobile.

L'analyse statistique dénommée ACP (Analyse en Composantes Principales) suivie d'une classification avec le logiciel SPAD nous a permis de construire cet indicateur. Ainsi, deux modalités sont retenues : pauvre et non pauvre¹⁴

g. Connaissance du cycle ovulatoire

Cette variable a deux modalités :

- L'Adolescente connaît la période de son cycle d'ovulatoire
- L'adolescente ne connaît pas la période de son cycle d'ovulatoire.

h. La taille du ménage

La taille du ménage dans notre étude est le nombre de personne résidant habituellement dans un ménage. Ainsi, nous avons recodé cette variable en trois modalités :

- Ménage ayant moins de 6 individus
- Ménage de 6-9 individus
- Ménages de plus de 10 individus.

¹⁴ Cf. Annexe A

i. Niveau d’instruction

C’est le niveau atteint par l’adolescente dans le système de scolarisation formelle. Il fait référence à l’exposition à un système formel d’enseignement durant une période déterminée. Deux modalités ont été retenues pour cette variable :

- Sans niveau/primaire
- Secondaire et plus

d. Age aux premiers rapports sexuels

L’âge aux premiers rapports sexuels dans notre étude se réfère au moment où la jeune fille a eu son premier rapport sexuel. Cette variable ne faisant pas malheureusement partie des variables saisies dans notre base, nous n’allons pas l’utiliser.

e. Situation matrimoniale

La situation matrimoniale dans notre étude va s’appréhender par le type d’union ou l’état matrimonial de l’adolescente au moment de l’enquête. Ainsi, cette variable va prendre deux modalités : Jamais en union et mariée/union libre.

3.3. Cadre d’analyse

3.3.1. Hypothèses spécifiques

Ces hypothèses spécifiques sont valables quel que soit le milieu de résidence (urbain/rural).

H1 : Le risque d’être mère est plus élevé chez les adolescentes ayant le niveau primaire, ou aucun niveau par rapport à celles de niveau secondaire ou plus.

H2 : une adolescente qui réside dans la région Nord court plus de risque d’être mère par rapport à une adolescente qui réside dans les autres régions du Gabon.

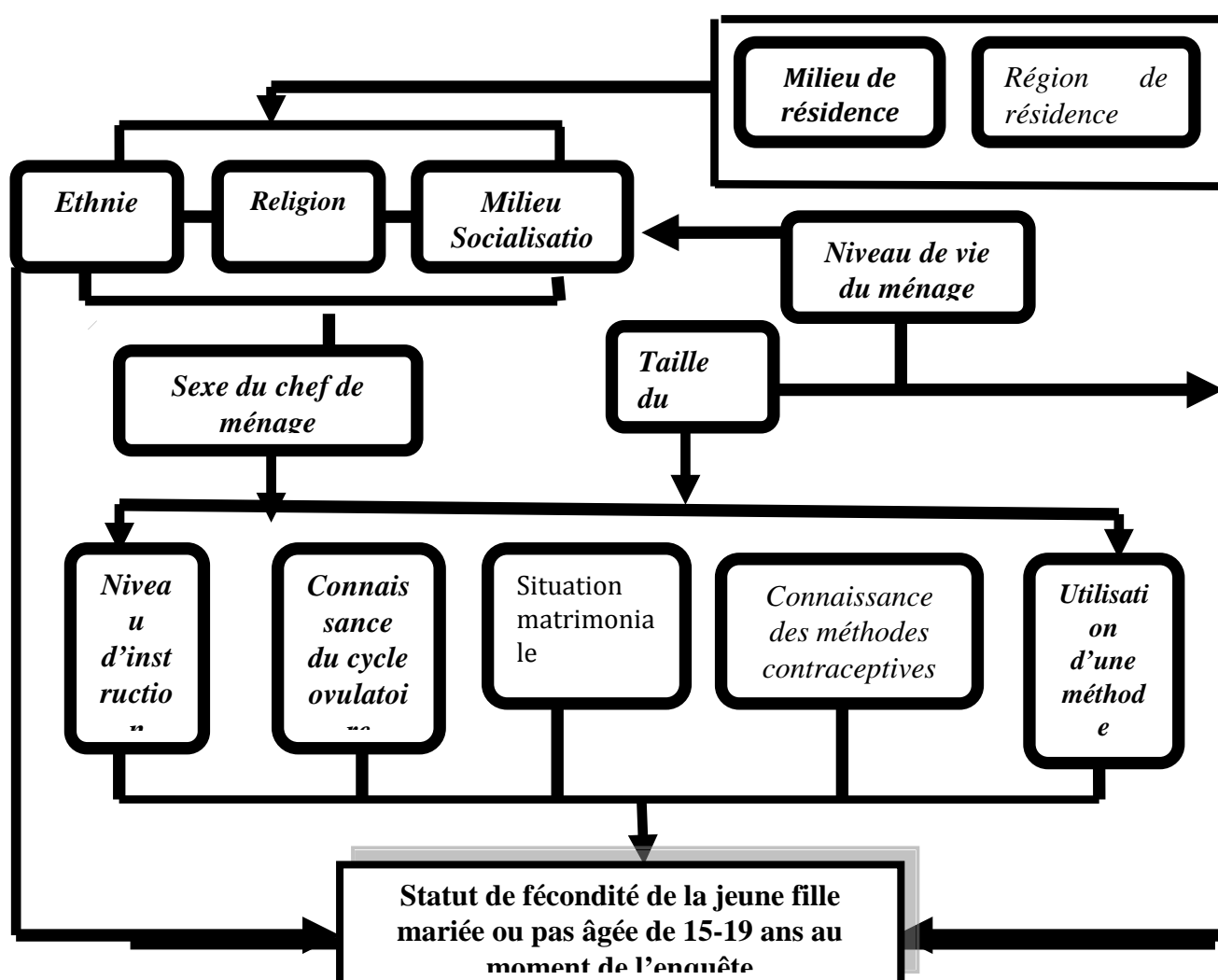
H3 : le risque pour une adolescente d’être mère varie en fonction de l’ethnie. Ainsi, le risque d’être mère est plus élevé pour une adolescente appartenant à l’ethnie Fang par rapport aux adolescentes des autres ethnies du Gabon.

H4 : L'utilisation d'une méthode contraceptive quelconque réduit le risque de conception. Ainsi, les adolescentes qui n'utilisent aucune méthode contraceptive courent plus le risque d'être ou mère comparées à celles qui utilisent au moins une méthode.

H5 : Les adolescentes qui vivent dans les ménages pauvres courent plus le risque d'être mères par rapport à celles vivant dans les ménages non pauvres.

H6 : la religion musulmane est perçue comme attachée aux valeurs traditionnelles tandis que la religion chrétienne catholique est ouverte à la modernité. Nous supposons que, les adolescentes de la religion musulmane courent plus de risque d'être mères que celles de la religion chrétien

Schéma 3.1 schéma d'analyse de la fécondité des adolescentes



3.3.2. Méthodes statistiques d'analyse

La vérification des hypothèses suppose un certain nombre de transformations sur les données dont le but est d'en extraire l'essentiel de l'information dissimulée dans la masse des données. Ces transformations requièrent l'utilisation de méthodes statistiques particulières dont le choix dépend essentiellement des objectifs poursuivis et de la nature des variables entrant dans l'analyse. L'analyse s'effectue généralement à plusieurs niveaux. Dans les sections suivantes, nous présentons les méthodes descriptive et explicative utilisées aux niveaux bivarié et multivarié.

3.3.2.1. Analyse descriptive

a. Au niveau bivarié

A ce niveau, il s'agit de vérifier la liaison ou l'association entre la variable dépendante et chacune des variables indépendantes. Compte tenu de la nature des variables on a recours au tableau de contingence suivi d'un test de khi-deux pour évaluer l'association entre variables. En science sociale, un seuil de signification est généralement fixé. Lorsque la probabilité associée au khi-deux est inférieure ou égale au seuil de signification retenu, on conclut que les deux variables sont associées. Dans le cadre de ce travail, le seuil de 5% est retenu. Par ailleurs, la réalité sociale ne peut être cernée à travers l'association entre deux variables, car une liaison statistique significative entre deux variables au niveau bivarié peut être réelle ou fallacieuse. Pour une analyse plus approfondie, il est nécessaire de recourir à une analyse multivariée.

b. Au niveau multivarié

Compte tenu des objectifs poursuivis et de la nature des variables, l'on a recours à l'Analyse Factorielle des Correspondances Multiples (AFCM) afin de dresser le profil des jeunes filles ou mères au Gabon en milieu urbain et en milieu rural. L'AFCM est une méthode multivariée qui permet d'étudier les associations qui existent non seulement entre les variables indépendantes et la variable dépendante, mais aussi les variables indépendantes entre elles, et de ce fait, elle permet de décrire la structure latente entre toutes les variables (qualitatives). Elle repose sur la notion de profil et d'inertie entre les modalités des variables

étudiées. Les différents paramètres de cette méthode sont fournis par des programmes informatiques. A cet effet, le module « Analyse factorielle et classification » du logiciel SPAD sera utilisé.

3.3.2.2. Analyse explicative

La démographie offre peu d'exemples d'un phénomène qui « expliquerait » directement un autre (cas qui correspond à une régression simple) (A. lemalin, 2004). Plus souvent, les phénomènes examinés s'« expliquent » par la conjonction de plusieurs facteurs : ceci impose de passer d'un modèle de régression simple à un modèle de « régression multiple », où plusieurs variables « explicatives » notées X_1, \dots, X_p rendent compte de la variabilité de Y , variable « à expliquer ». Pour identifier ces facteurs, nous utiliserons la régression logistique.

Notre choix d'appliquer le modèle statistique de régression logistique est déterminé par la nature des données à analyser, de leur structure et des objectifs assignés à notre étude. Le modèle de régression logistique permet d'estimer la force de l'association entre une variable qualitative à deux classes (dichotomique) appelée variable *dépendante* et des variables qui peuvent être qualitatives ou quantitatives appelées variables *explicatives* ou *indépendantes*. La variable à expliquer (variable dépendante Y) est l'incidence ou non de l'événement étudié présence ou non d'un enfant chez une adolescente et les variables explicatives (variables indépendantes X_i , $i=1,2,\dots, n$) sont des facteurs susceptibles d'influencer la survenue de l'événement (facteurs d'exposition, facteurs de risque ou facteurs de confusion).

La régression logistique peut examiner une seule variable indépendante, mais son intérêt réside dans son utilisation multivariée puisqu'elle permet, alors, d'estimer la force de l'association entre la variable dépendante et chacune des variables explicatives, tout en tenant compte de l'effet simultané de l'ensemble des autres variables explicatives intégrées dans le modèle. L'association ainsi estimée est dite « ajustée » sur l'ensemble des autres facteurs.

L'analyse de régression logistique (ou modèle logistique) est un modèle multivarié qui permet de prédire c'est-à-dire d'exprimer sous forme de risque (ou de probabilité) la relation

entre une variable **Y** et une ou plusieurs variables X_i , le plus souvent nominales. Même si la relation entre les variables est statistique, le modèle cherche à établir une relation fonctionnelle de la forme : $Y=f(X)$, où :

- **Y** caractérise la variable à prédire : elle est dichotomique et prend la valeur 1 pour la modalité étudiée (avoir au moins une naissance ou être) et 0 sinon.
- Les X_i caractérisent les i facteurs de prédiction (facteurs de risque ou facteurs pronostics).

Ce modèle permet de calculer le risque de survenance(ou la probabilité de devenir ou de ne pas devenir mère) de la maternité chez une adolescente lorsque les valeurs des variables X_i sont connues.

a. Equation du modèle et interprétation

Le modèle de régression logistique est un modèle de dépendance qui fait partie d'une classe de modèles dits log linéaires qui ont en commun l'analyse des ratios, qu'ils soient exprimés sous forme logistique ou non (Bocquier P., 1996). Les valeurs fluctuent entre 1 ou 0, selon que l'individu répond à la caractéristique ou non. Dans ce modèle, on distingue deux types de populations :

- celle qui a la caractéristique étudiée (en proportion P_j , $P(Y=1)$) ;
- celle qui n'a pas la caractéristique (en proportion $1 - P_j = P(Y=0)$).

La quantité modélisée calculée à partir du rapport des deux populations donne le "Odds Ratio". Un **Odds** est défini comme une cote (c'est-à-dire le rapport d'une probabilité à son complément) :

$$odds = \frac{P_j}{1 - P_j}$$

Où P_j est par exemple la probabilité d'être maman.

On définit l'**Odds Ratio** (OR) associé à une variable indépendante (par exemple le milieu de socialisation) comme suit :

$$or = \frac{P_1(1 - P_0)}{(P_0/1 - P_0)}$$

Si P_0 représente la probabilité d'être maman pour une adolescente rurale et P_1 celle pour une adolescente citadine, alors un Odds Ratio de 1 signifie que la probabilité d'être maman est la même chez les citadines et chez les rurales. Autrement dit, le risque de maternité précoce n'est pas associé au milieu de résidence. En revanche, un Odds Ratio différent de 1 signifie qu'il y a une association entre la maternité précoce et le milieu de résidence. Si cet Odds Ratio est >1 cela signifie que le numérateur est plus grand que le dénominateur et, par conséquent, que les citadines ont une plus grande maman que les rurales. C'est le contraire s'il est <1 (Taffé P., 2004).

b. Test d'adéquation du modèle

Il s'agit d'une étape souvent éludée par les chercheurs mais qui est pourtant très importante. Cette vérification fait appel soit à des méthodes graphiques, soit à des tests d'adéquation équivalents à la comparaison d'une distribution observée à une distribution théorique (Khi deux), soit enfin, la valeur R^2 qui peut être utile. Elle représente le pourcentage expliqué de variation de la variable dépendante par les variables indépendantes incluses dans le modèle.

Nous utilisons la courbe ROC et l'aire AUC qui nous permettrons d'évaluer le pouvoir prédictif de notre modèle. La qualité de l'ajustement sera mesurée à l'aide de la procédure « lroc » du logiciel STATA. La courbe ROC (Receiver Operating Characteristic) est un outil présentant des caractéristiques intéressantes pour l'évaluation et la comparaison des performances des modèles de régression logistique et on peut lui associer un indicateur synthétique, le critère AUC (area under curve), qui est facile à interpréter (Bodson et Stafford, 2006).

- La démarche consiste à construire un graphique avec pour coordonnées :
- y = Sensibilité
- $x = 1 -$ Spécificité

La sensibilité est la capacité à prédire un événement alors que la spécificité est la capacité prédire un non-événement.

D'après Bocquier (1996), on fixe d'abord un seuil de probabilité (généralement 0,5) au-delà duquel, on considère que la réponse est positive ; ensuite, à comparer la sensibilité (« sensitivity »),

c'est-à-dire la proportion de réponses positives observées qui sont correctement classées par le modèle (« observed positive ») et la spécificité (« specificity »), c'est-à-dire la proportion de réponses négatives observées qui sont correctement classées par le modèle (« observed negative »).

L'aire sous la courbe ROC est une mesure du pouvoir prédictif réel du modèle correspondant à la surface séparant la courbe ROC et la diagonale principale. Le pouvoir prédictif réel est apprécié par rapport aux limites inférieure (50 %) et supérieure (100 %). Il est nul à 50 % (correspondant à la diagonale principale) et parfait (c'est-à-dire complet) à 100 %. Le pouvoir prédictif réel (PPR) est donc calculé par rapport à ces limites dans une relation avec le pouvoir prédictif total (PPT) suivant la formule suivante : $PPR = (PPT - 0,5) / 0,5$.

En outre, pour ce qui est de l'AUC, les paliers pour donner un ordre d'idées sur la qualité de l'ajustement sont les suivants (Baccini, 2010) :

- si $AUC = 0.5$, pas de discrimination
- si $0.7 \leq AUC < 0.8$, discrimination acceptable
- si $0.8 \leq AUC < 0.9$, discrimination excellente
- si $AUC \geq 0.9$, discrimination exceptionnelle

Dans ce chapitre, nous avons mis sur pied un cadre méthodologique dérivant du cadre conceptuel élaboré au précédent chapitre ; en évaluant la qualité des données, elle est de qualité acceptable et les données peuvent être utilisées pour la vérification de nos hypothèses. De même, nous avons présenté la population cible composée des adolescentes âgées de 15-19 ans au moment de l'enquête (EDSG 2000). Les méthodes descriptive et explicative ont été retenues pour analyser dans les chapitres qui suivent, les relations entre la variable dépendante et les variables explicatives aux niveaux bivarié et multivarié afin de confirmer ou infirmer les hypothèses formulées et atteindre les objectifs fixés par l'étude.

C

HAPITRE IV : DESCRIPTION DE LA FECONDITE DES ADOLESCENTES AU GABON

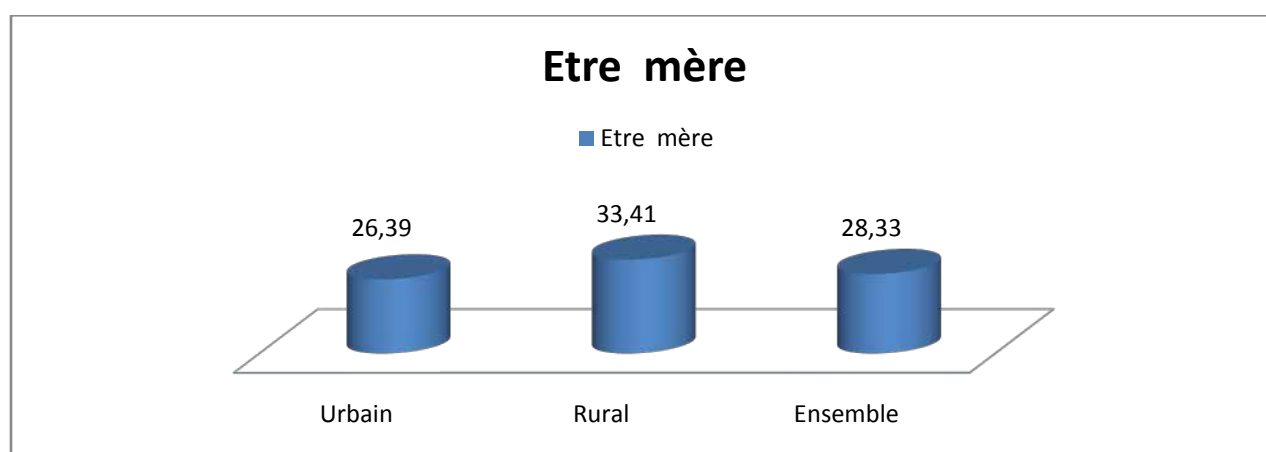
Dans ce chapitre, il est question de mettre le statut de fécondité des adolescentes en relation avec chaque variable susceptible de l'influencer. L'analyse se fera à l'aide de graphiques et le test du chi-deux sera utilisé pour vérifier l'association entre les variables. Pour rappel, l'un des objectifs fixés dans le cadre de cette étude, est de dresser le profil des jeunes filles mariées ou pas mères âgées de 15-19 ans au moment de l'enquête au Gabon selon le milieu de résidence; une analyse factorielle des correspondances multiples sera utilisée à cet effet.

4.1. Analyses bivariées

4.1.1. Variation du pourcentage d'adolescentes mère selon le milieu de résidence

Les résultats de l'analyse bivariée montrent qu'au seuil de 1% (cf. Annexe B.1), le statut de fécondité de l'adolescente au Gabon est lié à son milieu de résidence. Toutefois, c'est dans le milieu rural que la proportion d'adolescentes mères est la plus élevée. En effet, comme l'indique le graphique 4.1, 33,41% des adolescentes résidant en milieu rural au Gabon sont déjà mères alors que cette proportion est de 26,39% pour les adolescentes résidant en milieu urbain.

Graphique4.1.Pourcentage des adolescentes mères selon le milieu de résidence



Source : Traitement de données de l'EDSG 2000.

4.1.2. Variation du pourcentage d'adolescentes mères selon le milieu de résidence et la région

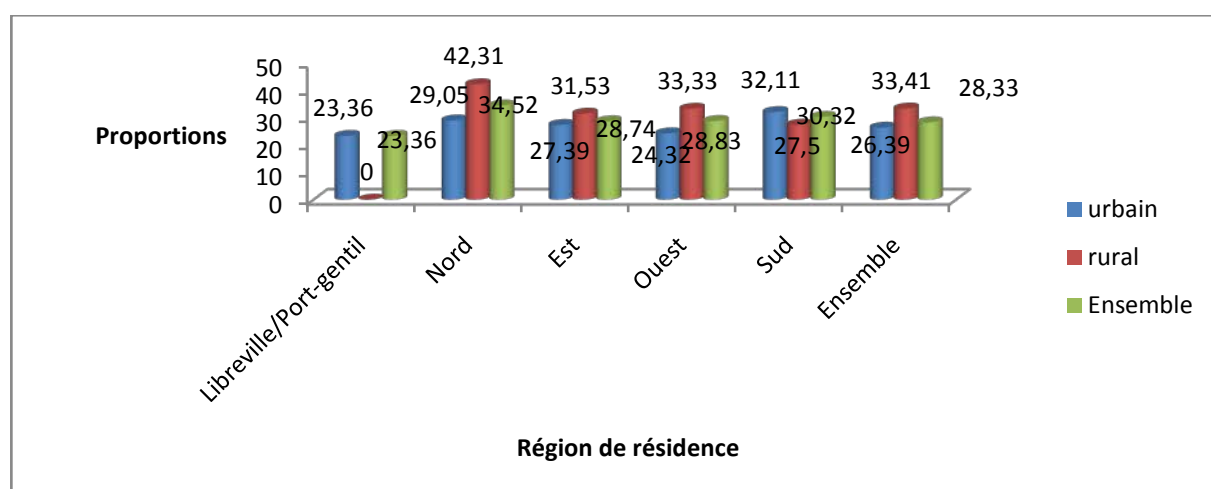
Il ressort de l'analyse bivariée que la région de résidence de l'adolescente est significativement associée au statut de fécondité de l'adolescente au niveau national. Cependant, l'on note que l'association entre le statut de fécondité de l'adolescente et la région de résidence n'est pas significative quel que soit le milieu de résidence (cf Annexe B.2). Ainsi on note d'après les résultats de l'Annexe B.2 que, dans l'ensemble 28,33% des adolescentes au Gabon sont déjà mères. Toutefois, le phénomène varie selon la région de résidence. Ainsi au niveau national, on constate que la région du Nord est celle où la proportion d'adolescente mère est la plus élevée (34,52%), vient ensuite la région du Sud (30,32%). Les régions de l'ouest et de l'Est viennent respectivement en troisième et quatrième position. Soulignons enfin que Libreville/Port-Gentil est la région dans laquelle la proportion d'adolescente mères est la plus faible (23,36%).

En milieu urbain, la région du Sud est celle où la proportion d'adolescentes mères est la plus élevée avec 32,11%, vient ensuite la région du Nord avec 29,05%. Les régions de l'Est et de l'Ouest viennent en troisième et quatrième position avec respectivement 27,39% et 24,32% d'adolescentes mères. Enfin, la région de Libreville/Port-Gentil vient en dernière position.

En milieu rural, c'est la région du Nord qui vient en première position avec 42,31% d'adolescentes mères, vient ensuite la région de l'Ouest avec 33,33%. Les régions de l'Est et du Sud viennent en troisième et quatrième position avec des proportions respectives de 31,53% et 27,50% d'adolescentes mères.

Par ailleurs, le graphique 4.2 nous révèle que dans les régions du Nord, de l'Est, de l'Ouest et l'ensemble du pays, la proportion d'adolescentes mères en milieu rural est supérieure à celle du milieu urbain. Dans la région du Sud, c'est plutôt la situation inverse. En effet, la proportion d'adolescentes mères en milieu urbain est supérieure à celle du milieu rural dans cette région.

Graphique 4.2 : Pourcentage des adolescentes mères selon le milieu de résidence et la région de résidence



Source : Traitement de données de l'EDSG 2000.

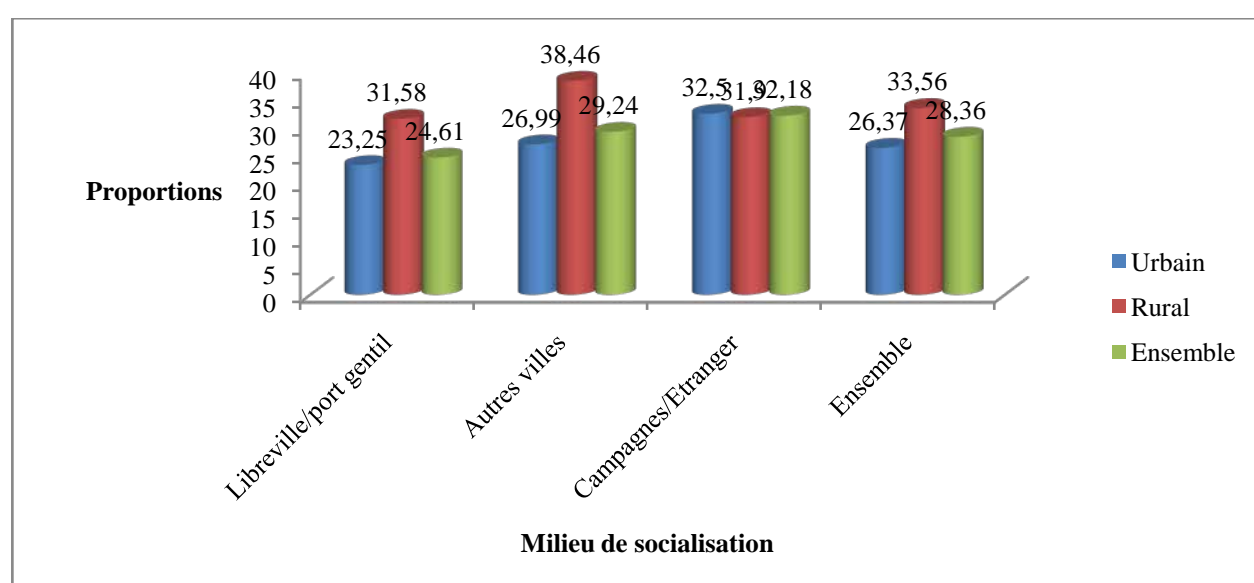
4.1.3. Variation du pourcentage d'adolescentes mères selon le milieu de résidence et de socialisation

Il ressort des résultats de l'analyse bivariée que le statut de fécondité de la jeune fille mariée ou pas âgée de 15-19 ans au moment de l'enquête est significativement associé à son milieu de socialisation dans l'ensemble et en milieu urbain au seuil de 5%. Par contre, l'on note qu'en milieu rural, l'association entre le statut de fécondité de l'adolescente et son milieu de socialisation n'est pas significative (cf Annexe B.3). Au niveau national, c'est parmi les adolescentes socialisées dans les Campagnes ou à l'Etranger que l'on note la plus grande proportion d'adolescentes mères avec 32,18%. Les filles socialisées dans d'autres villes viennent en seconde position avec une proportion de 29,61%. Enfin, l'on note que c'est parmi les filles socialisées à Libreville/Port-Gentil que l'on note la plus faible proportion d'adolescentes mères avec 24,61%.

En milieu urbain, on note que la situation est la même que celle de l'ensemble du pays. En effet, c'est toujours parmi les filles socialisées en campagne ou à l'étranger que l'on note la plus grande proportion d'adolescentes mères avec 32,50%. Vient ensuite les filles socialisées dans d'autres villes du Gabon avec 26,99%. Enfin, les filles socialisées à Libreville/Port-Gentil présentent la proportion d'adolescentes mères la plus faible avec 23,25%.

Signalons une fois de plus que dans chaque milieu de socialisation, la proportion d'adolescentes mères en milieu rural est supérieure à celle du milieu urbain pour les filles socialisées à Libreville/Port-Gentil, celles socialisées dans d'autres villes. Toutefois, l'on note la situation inverse parmi les adolescentes socialisées en campagne ou à l'étranger. En effet dans ce dernier cas, la proportion d'adolescentes mères en milieu urbain est supérieure à celle du milieu rural comme nous le montre le graphique 4.3

Graphique 4.3 Pourcentage des adolescentes mères selon le milieu de résidence et de socialisation



Source : Traitement de données de l'EDSG 2000.

4.1.4. Variation du pourcentage d'adolescentes mères selon le milieu de résidence et l'ethnie

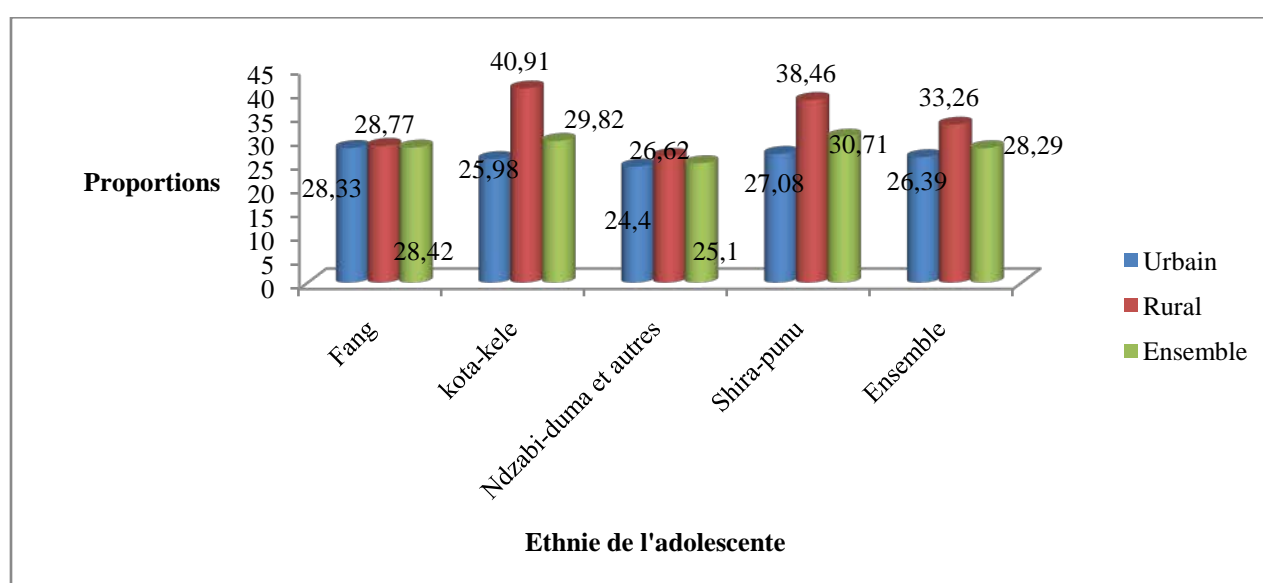
Il ressort des résultats qu'au niveau national, l'ethnie n'est pas associée au statut de fécondité des adolescentes au Gabon. En milieu rural, l'association entre l'ethnie de l'adolescente et son statut de fécondité est significative au seuil de 5%. Signalons que cette association n'est pas non plus significative en milieu urbain (cf Annexe B.4). Au niveau national et en milieu urbain, le fait pour une adolescente d'être mère n'est pas lié à son ethnie.

En milieu rural, c'est dans l'ethnie Kota-kele que l'on retrouve la plus grande proportion d'adolescentes mères avec 40,91%. L'ethnie Shira-punu vient en seconde position

avec 38,46%. L'ethnie Fang occupe la troisième position avec 28,77%. Enfin, on note que les adolescentes de l'ethnie Ndzabi-duma et celles d'autres ethnies ont la plus faible proportion d'adolescentes mères avec 26,62%.

Soulignons que d'après le graphique 4.4, la proportion d'adolescentes mères en milieu rural est supérieure à celle du milieu urbain ceci quel que soit l'ethnie de l'adolescente.

Graphique 4.4 Pourcentage des adolescentes mères selon le milieu de résidence et l'ethnie

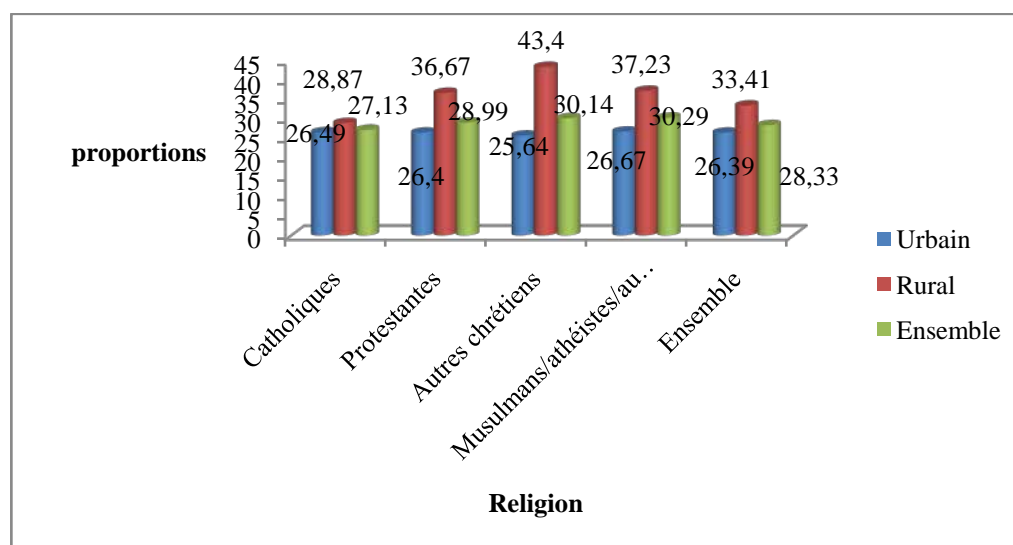


Source : Traitement de données de l'EDSG 2000.

4.1.5. Variation du pourcentage d'adolescentes mères selon le milieu de résidence et la religion

Il ressort des résultats de l'analyse bivariable (cf Annexe B.5) que la religion n'est pas associée au fait pour une adolescente d'être mère au niveau national et quel que soit le milieu de résidence au Gabon.

Le graphique 4.5 montre que la proportion d'adolescentes mères en milieu rural est toujours supérieure à celle du milieu urbain ceci quel que soit la religion de l'adolescente. A titre d'exemple, chez les protestants, la proportion d'adolescentes mères est de 36,67% en milieu rural contre 26,40% en milieu urbain.

Graphique 4.5 Pourcentage des adolescentes mères selon le milieu de résidence et la religion

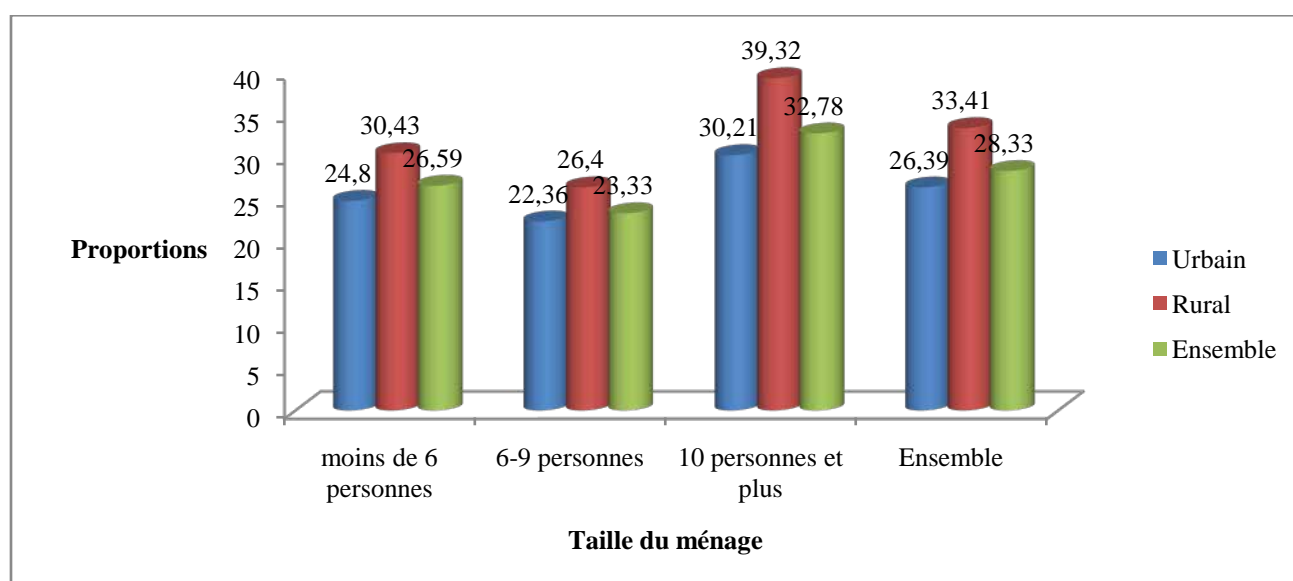
Source : Traitement de données de l'EDSG 2000

4.1.6. Variation du pourcentage d'adolescentes mères selon le milieu de résidence et la taille du ménage

L'analyse des données montre qu'au niveau national, la taille du ménage dans lequel vit l'adolescente est significativement associée au fait d'être mère pour une adolescente et ceci quel que soit le milieu de résidence (cf Annexe B.6). Ainsi, c'est dans les ménages de 10 personnes et plus, que ce soit en milieu rural ou en milieu urbain qu'on observe les proportions d'adolescentes mères les plus élevées 32,78% au niveau national, 39,32% en milieu rural et 30,21% en milieu urbain. C'est effectivement en milieu rural que l'on observe la proportion des adolescentes mères la plus élevée comparativement en milieu urbain que dans l'ensemble du pays.

On retrouve les ménages de moins de 6 personnes avec une proportion d'adolescentes mères de 26,59% pour le niveau national, 30,43% en milieu rural et 24,80% en milieu urbain. Soulignons que les proportions d'adolescentes mères les plus faibles se rencontrent dans les ménages de 6-9 personnes avec respectivement (23,33%) pour le niveau national, 22,36% pour le milieu urbain et 26,40% en milieu rural.

Graphique 4.6 Pourcentage des adolescentes mères selon le milieu de résidence et la taille du ménage

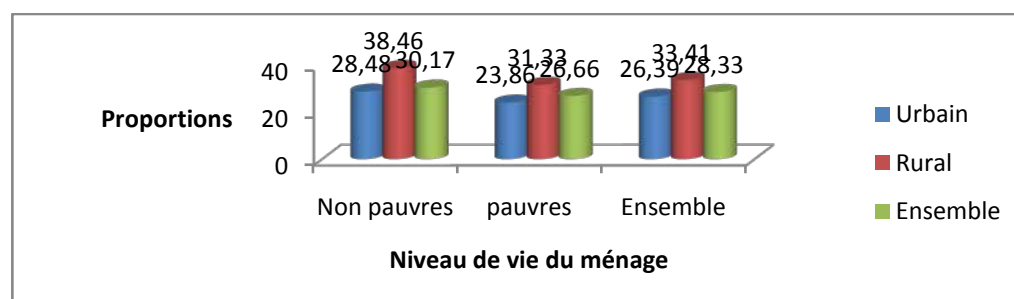


Source : Traitement de données de l'EDSG 2000.

4.1.7. Variation du pourcentage d'adolescentes mères selon le milieu de résidence et le niveau de vie du ménage

Il ressort de l'analyse bivariable des résultats du tableau 4.7 que le niveau de vie du ménage n'est pas associé au phénomène des adolescentes mères quel que soit le milieu de résidence au Gabon. En effet, le fait pour une adolescente d'être mère n'est pas lié au niveau de vie.

Graphique 4.7 Pourcentage des adolescentes mères selon le niveau de vie du ménage et le milieu de résidence

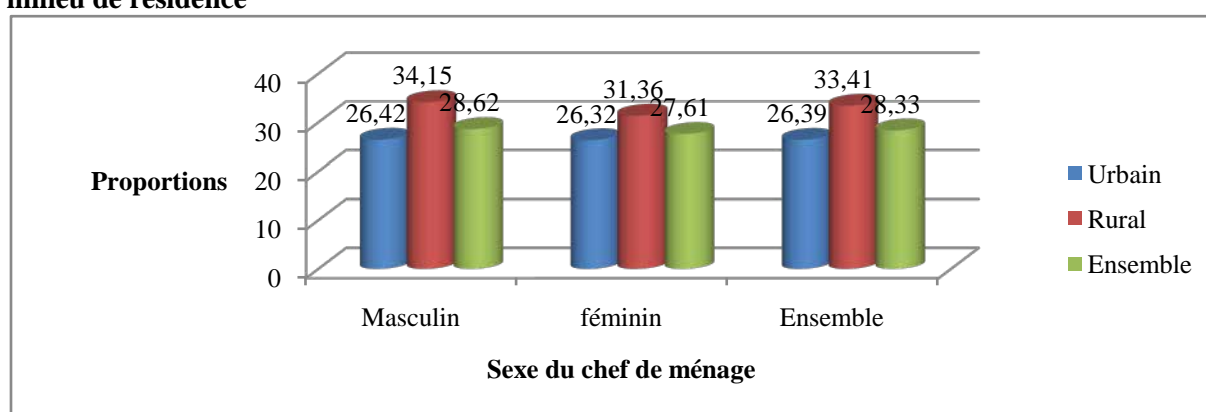


Source : Traitement de données de l'EDSG 2000.

4.1.8. Variation du pourcentage des adolescentes mères selon le milieu de résidence et le sexe du chef de ménage.

Il ressort des résultats du tableau 4.8 que le sexe du chef de ménage n'est pas associé au statut de fécondité de l'adolescente au niveau national et quel que soit le milieu de résidence. Le sexe du chef du ménage dans lequel vit l'adolescente n'est pas lié au fait pour l'adolescente d'être mère ou .

Graphique 4.8 : Pourcentage des adolescentes mères selon le sexe du chef de ménage et selon le milieu de résidence



Source : Traitement de données de l'EDSG 2000.

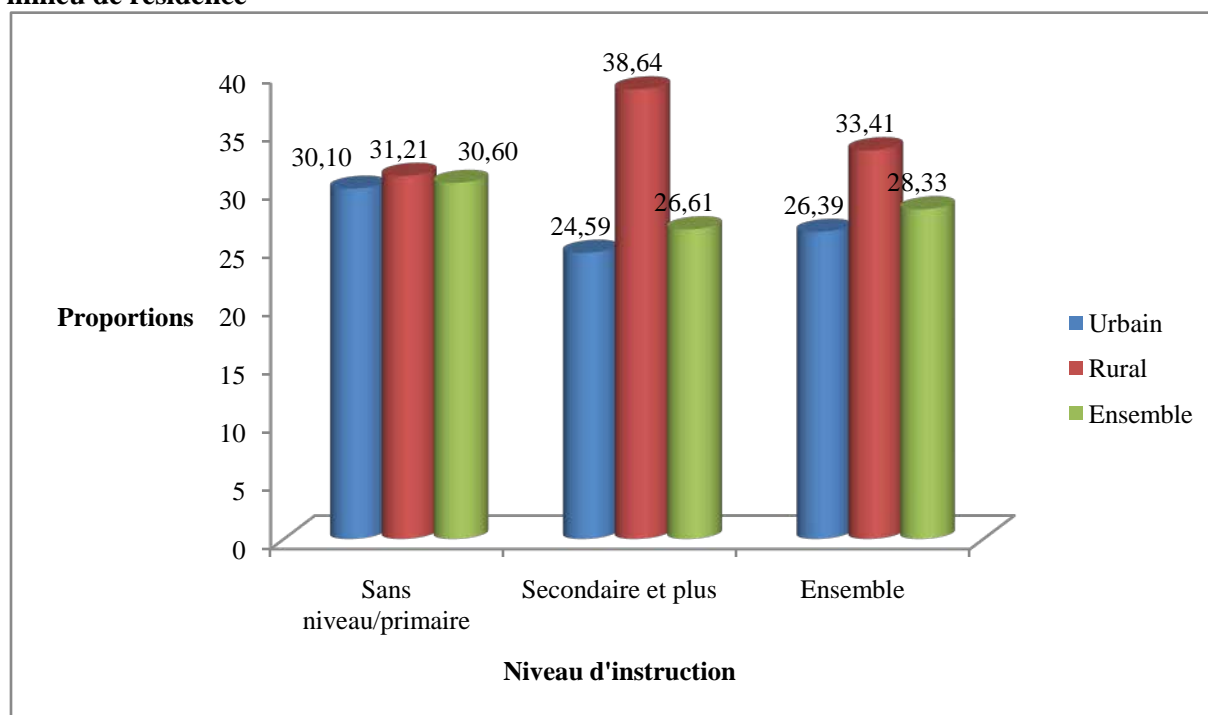
4.1.9. Variation du pourcentage des adolescentes mères selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction

Il ressort de l'analyse bivariée que le niveau d'instruction de l'adolescente n'est pas associé au phénomène des adolescentes mères dans l'ensemble du pays et en milieu rural (cf Annexe B.9).

Par contre en milieu urbain, le niveau d'instruction de l'adolescente est associé au statut de fécondité de la jeune fille mariée ou pas âgée de 15-19 ans au moment de l'enquête au seuil de 5%. Ainsi les résultats de l'Annexe B.9 montrent que 30,10% des adolescentes sans instruction ou de niveau primaire sont déjà mères contre 24,59% pour les adolescentes ayant le niveau d'instruction secondaire et plus.

Le graphique 4.9 montre également que la proportion d'adolescentes mères en milieu rural reste supérieure à celle du milieu urbain ceci quel que soit le niveau d'instruction.

Graphique 4.9 Pourcentage des adolescentes mères selon le niveau d'instruction et selon le milieu de résidence

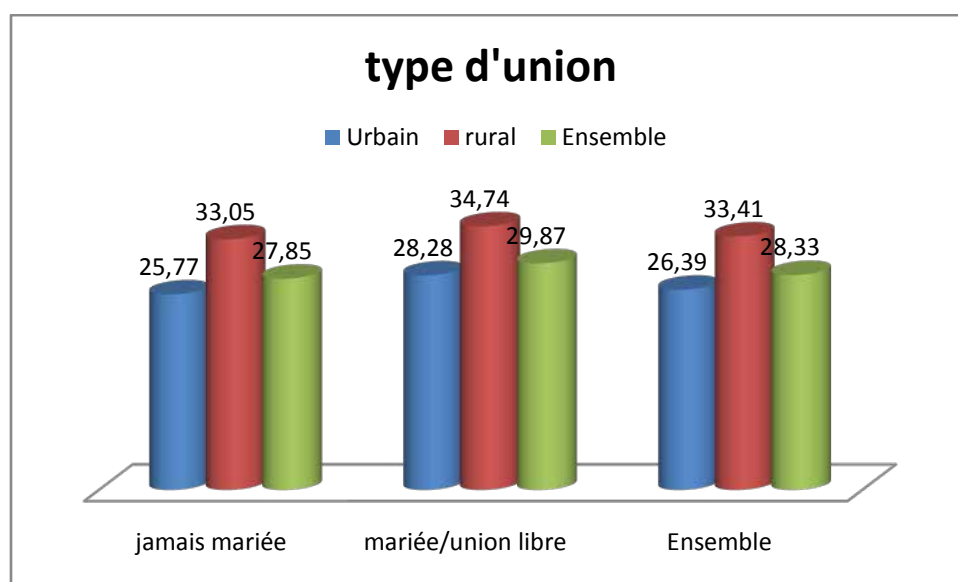


Source : Traitement de données de l'EDSG 2000.

4.1.10. Variation du pourcentage des adolescentes mères selon le milieu de résidence et le type d'union

Le test de khi deux montre que le type d'union et le statut de fécondité des adolescentes n'est pas associé quel que soit le milieu de résidence. Mais on constate néanmoins que, le risque pour une adolescente d'être mère est plus élevé chez les adolescentes qui vivent en couple (mariée/ union libre) 34,74% en milieu rural. Et 33,41% dans l'ensemble. En milieu urbain, c'est toujours les adolescentes vivantes en couples qui ont les proportions les plus élevée. 28,28% des adolescentes mères, sont mariées ou vivent en union libre, contre 25,77% adolescentes mères qui ne se sont jamais mariées.

Graphique 4.10 Pourcentage des adolescentes mères selon le milieu de résidence et selon le type d'union

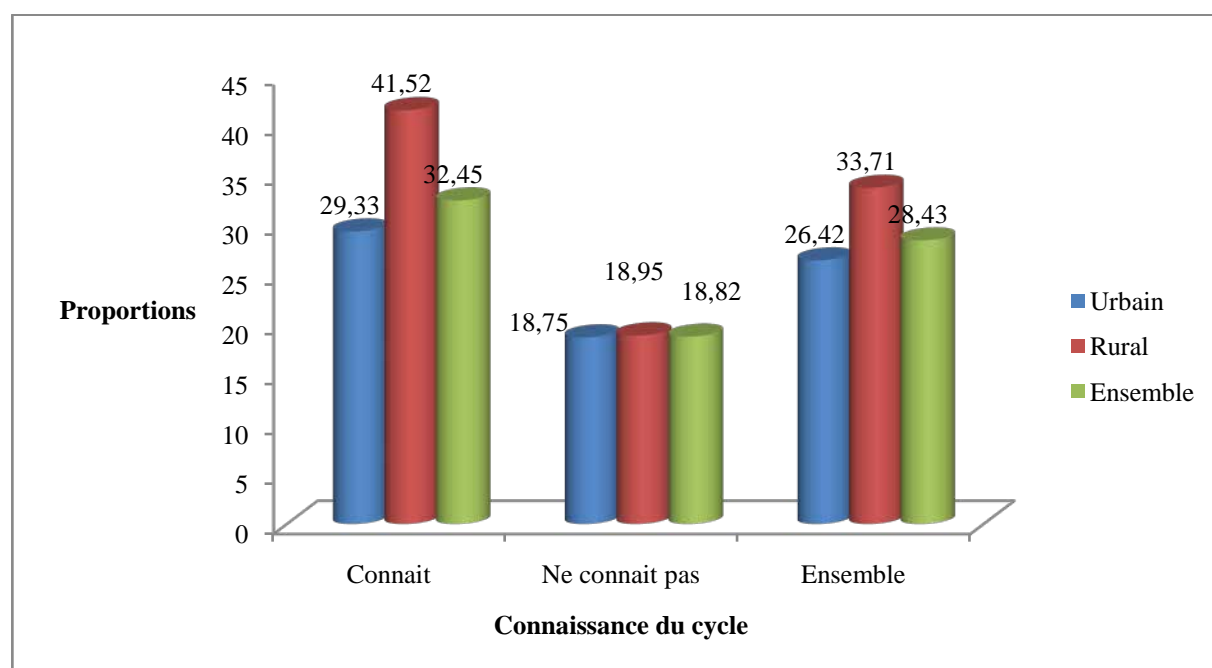


Source : Traitement de données de l'EDSG 2000

4.1.11. Variation du pourcentage des adolescentes mères selon le milieu de résidence et la connaissance du cycle ovulatoire

Le test de khi-deux montre que l'association entre la connaissance du cycle ovulatoire et le statut de fécondité des adolescentes est significative au niveau national et quel que soit le milieu de résidence. L'on note que la proportion la plus élevée des adolescentes mères s'observe en milieu rural (41,52%) contrairement en milieu urbain (29,33%) et dans l'ensemble du pays (32,45%). C'est dans le milieu urbain que l'on observe la proportion la plus faible comparativement au milieu rural ou dans l'ensemble du pays avec respectivement 18,75% en milieu urbain, 18,95% en milieu rural, et 18,82% dans l'ensemble du pays.

Graphique 4.11 Pourcentage des adolescentes mères selon le milieu de résidence et selon la connaissance du cycle ovulatoire



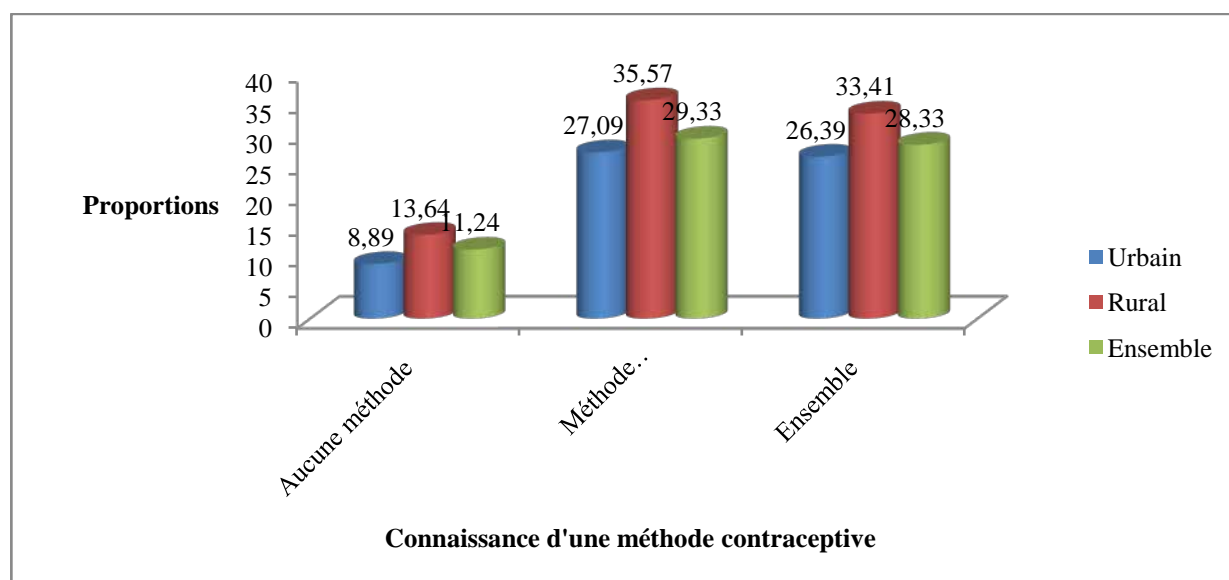
Source : Traitement de données de l'EDSG 2000.

4.1.12. Variation des pourcentages des adolescentes mères selon le milieu de résidence et la connaissance d'une méthode contraceptive

La connaissance d'une méthode contraceptive est significativement associée au phénomène étudié au seuil de 1% au niveau national et quel que soit le milieu de résidence (cf Annexe B.11) ainsi, la répartition des adolescentes selon leur connaissance des méthodes contraceptives du tableau de l'annexe 4.11 montre que, dans l'ensemble du pays, 28,33% des adolescentes sont déjà mères et 26,39% en milieu urbain contre 33,41% en milieu rural. La proportion des adolescentes mères la plus élevée s'observe en milieu rural avec 35,57% contre 29,33% dans l'ensemble et 27,09 en milieu urbain chez les adolescentes qui connaissent soit la méthode moderne, soit la méthode traditionnelle.

Parmi les adolescentes déclarant ne connaissant aucune méthode contraceptive, c'est toujours en milieu rural que la proportion d'adolescentes mères est la plus élevée avec 13,64% contre 8,89% en milieu urbain et 11,24% au niveau national.

Graphique 4.12 Pourcentage des adolescentes mères selon le milieu de résidence et la connaissance d'une méthode contraceptive



Source : Traitement de données de l'EDSG 2000.

4.1.13. Variation du pourcentage des adolescentes mères selon le milieu de résidence et selon l'utilisation d'une méthode contraceptive

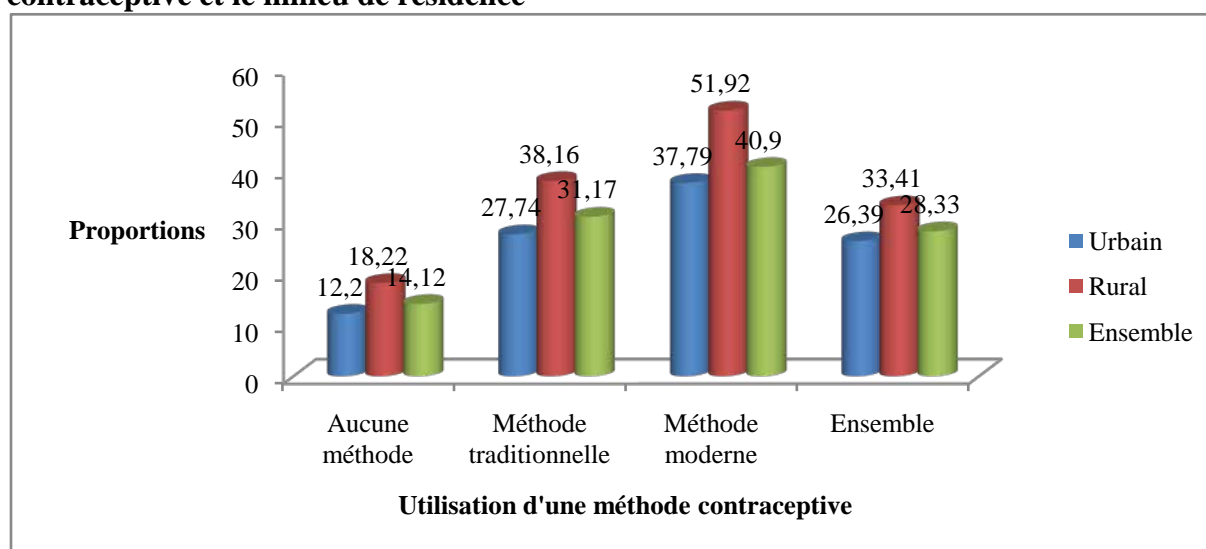
L'utilisation d'une méthode contraceptive est associée significativement au fait d'être mère quel que soit le milieu de résidence au seuil de 1% (cf Annexe B.12). La répartition des adolescentes selon l'utilisation des méthodes contraceptives montre que, parmi les adolescentes enquêtées, 28,33% utilisaient des méthodes contraceptives au moment de l'enquête et sont déjà mères. Les adolescentes mères qui utilisent les méthodes modernes représentent 40,90% de l'échantillon contre 31,17% de celles qui avaient recouru aux méthodes contraceptives traditionnelles et 14,12% pour celle n'ayant jamais utilisé une méthode.

En milieu rural, 33,41% des jeunes filles sont déjà mères. La proportion la plus élevée s'observe chez les adolescentes mères qui utilisent les méthodes contraceptives modernes (51,92%) et la proportion la plus faible s'observe chez les adolescentes qui n'utilisent aucune

méthode contraceptive (18,22%) or, les adolescentes mères qui utilisent les méthodes traditionnelles (38,41%) sont dans une certaine mesure, à une position intermédiaire.

En milieu urbain, les résultats du tableau 4.12 montrent que, 26,39% des adolescentes sont déjà mères. La proportion la plus élevée s'observe chez les adolescentes mères qui utilisent les méthodes contraceptives modernes (37,79%) contre (12,20%) des adolescentes mères qui n'utilisent aucune méthode contraceptive.

Graphique 4.13 Pourcentage des adolescentes mères selon l'utilisation d'une méthode contraceptive et le milieu de résidence



Source : Traitement de données de l'EDSG 2000.

4.2. Analyse descriptive multivariée

Un des objectifs de notre étude est de dégager le profil des adolescentes mères selon le milieu de résidence. La méthode que nous allons utiliser pour atteindre cet objectif est l'analyse factorielle des correspondances multiples (AFCM). C'est une méthode factorielle de réduction de dimension permettant de décrire les relations entre p ($p > 2$) variables qualitatives simultanément observées sur n adolescentes.

Le logiciel utilisé pour cette méthode est le logiciel SPAD (version 5.5). Les variables prises en compte sont les variables explicatives et la variable dépendante de l'étude.

4.2.1. Détermination des axes factoriels

La première étape consiste à déterminer le nombre des axes factoriels qui seront nécessaires à l'interprétation des résultats. Parmi les différentes méthodes existant pour opérer ce choix, nous privilégions le test du coude qui a l'avantage de pouvoir se réaliser graphiquement et de manière directe sur l'histogramme des valeurs propres (Baccini, 2010). Le principe consiste à observer le graphique des valeurs propres et ne retenir que les valeurs qui se trouvent à gauche du point d'inflexion. Graphiquement, on part des composants qui apportent le moins d'information (qui se trouvent à droite), on relie par la droite les points presque alignés et on ne retient que les axes qui sont au-dessus de cette ligne (Baccini, 2010).

$$\text{Contribution moyenne} = \frac{100}{\text{nombre de modalités}}$$

Seules les modalités dont la contribution à la formation de l'axe est élevée (supérieure à la moyenne) sont considérées pour l'interprétation d'un axe. Cependant, pour faire ressortir certaines oppositions, on peut aller en deçà de cette moyenne.

4.2.2. En milieu rural

L'histogramme des 21 premières valeurs propres du milieu rural représenté à la figure 4.1 nous permet d'observer leur décroissance et nous choisissons les deux premiers axes factoriels car ils suffisent pour mieux représenter les interdépendances entre les variables. Le premier axe représente 11,45%, le deuxième 8,96 % pour un total de 20,40% de l'inertie totale expliquée.

Figure 4.1: Histogramme des 21 premières valeurs propres

HISTOGRAMME DES 21 PREMIERES VALEURS PROPRES

NUMERO	VALEUR	POURCENTAGE	POURCENTAGE
PROPRE	CUMULE		
1	0.2003	11.45	11.45
2	0.1568	8.96	20.40
3	0.1473	8.42	28.82
4	0.1282	7.32	36.14
5	0.1032	5.90	42.04
6	0.0994	5.68	47.72
7	0.0930	5.31	53.04
8	0.0874	4.99	58.03
9	0.0826	4.72	62.75
10	0.0732	4.18	66.93
11	0.0714	4.08	71.01
12	0.0676	3.86	74.88
13	0.0631	3.60	78.48
14	0.0608	3.48	81.95
15	0.0575	3.29	85.24
16	0.0525	3.00	88.24
17	0.0515	2.94	91.18
18	0.0477	2.73	93.91
19	0.0433	2.48	96.39
20	0.0376	2.15	98.54
21	0.0256	1.46	100.00

Source : traitement des données de l'EDSG 2000

Pour caractériser chaque axe factoriel, on calcule d'abord la contribution moyenne qui est égale à 100 divisé par le nombre de modalités des variables actives ; on identifie ensuite toutes les modalités ayant une contribution moyenne et on dit que l'axe factoriel oppose les modalités ayant des coordonnées positives à celles ayant des coordonnées négatives. Nous avons ici 33 modalités et le calcul effectué donne une contribution moyenne égale à 3,03%.

Nous allons ainsi décrire les deux premiers axes factoriels.

- **Premier axe factoriel**

On a une opposition entre les adolescentes mères du côté positif et du côté négatif les adolescentes non mère tableau 4.2.1.

D'une part, les adolescentes mères qui pour la plupart résident dans la région de l'Est ont été socialisée dans les deux grandes villes du pays Libreville et Port-Gentil, elles sont d'un niveau de vie non pauvre c'est-à-dire assez bonne, et elles ont un niveau d'instruction secondaire et plus, elles maîtrisent parfaitement leurs cycle ovulatoire et utilisent les méthodes contraceptives moderne.

D'autre part, nous avons les adolescentes qui sont pas mères résident dans la région Sud du pays et dont la plupart ont été socialisée soit à l'étranger soit dans les campagnes et appartiennent à la religion musulmane ou soit, elles sont athées, elles ont un niveau de vie pauvre, la majorité sont soit sans niveau d'instruction ou niveau primaire, elles ne pratiquent aucune méthode et ne connaissent pas leur cycle ovulatoire.

Tableau 4.2.1 Contributions des modalités et positionnement au premier axe factoriel

Variables-modalités	1er axe factoriel	
	Contributions(%)	
	Positif	Négatif
Région de résidence		
Sud		3,8
Ouest	4,9	
Milieu de socialisation		
Libreville/Port-Gentil	3,2	
Campagnes/Etranger		4
Religion		
Musulmans/Athéistes		4,7
Niveau de Vie		
Non Pauvre	9,9	
Pauvre		3,4
Niveau d'Instruction		
sans niveau/primaire		4,2
secondaire et plus	10,00	
Connaissance des méthodes		
Aucune méthode		11,3
Type d'union		
Connaissance du cycle		
Ne connaît pas		6,3
Connait	3,3	
Utilisation d'une Méthode		
Aucune méthode		7,3
méthode moderne	8,5	
Le risque pour une adolescente d'être mère ou ou		
OUI	3,4	

Source : traitement des données EDSG 2000

- Deuxième axe factoriel**

Le deuxième axe factoriel présente également une opposition de taille entre les adolescentes vivant dans la région de résidence tableau 4.2.1

On observe que du côté positif les adolescentes mères résident au Sud et sont socialisées pour la plupart dans les grandes villes que sont Libreville et Port-Gentil, appartenant pour certaines à la religion musulmane et pour d'autres elles sont athées, elles sont pour la majorité shira ou punu.

Par contre, le côté négatif nous présente les adolescentes qui ne sont pas mères résident dans la région de l'Est et sont socialisées dans les autres villes, elles sont ethnies kota-kele, elles ont un niveau d'instruction secondaire et plus, ces adolescentes qui ne sont pas mères ne connaissent également aucune méthodes contraceptive.

Tableau 4.2.2 Contributions des modalités et positionnement au deuxième axe factoriel

Variables-modalités	2ème axe factoriel	
	Contributions(%)	
	Positif	Négatif
Région de résidence		
Est		20,2
Sud	14,7	
Milieu de socialisation		
Autres villes		5,5
Libreville/Port-Gentil	3,1	
Religion		
Musulmans/Athéistes	3,5	
Ethnies		
Kota-Kele		13,3
Niveau d'Instruction		
secondaire et plus		3,1
Connaissance des méthodes		
Aucune méthode		3,7

Source : traitement des données EDSG 2000

Caractérisation des adolescentes mères en milieu rural et représentation graphique

L'examen des plans factoriels permet de visualiser les corrélations entre les variables et d'identifier les groupes d'individus ayant pris des valeurs proches sur certaines variables. La proximité dans l'espace entre deux individus bien représentés traduit la ressemblance de ces deux individus du

point de vue des valeurs prises par les variables. Lorsque la qualité de représentation de deux individus est bonne, leur proximité observée retrace leur proximité réelle (dans l'espace).

Un point est dit bien représenté sur un plan factoriel s'il est proche de sa projection sur l'axe ou le plan. S'il est éloigné, on dit qu'il est mal représenté. L'indicateur de qualité de la projection est l'angle formé par le point et sa projection sur l'axe : au plus il est proche de 90 degrés, au moins le point est bien représenté. Pour l'interprétation nous utilisons le cosinus de l'angle formé entre le point et l'axe factoriel.

Ce plan factoriel oppose deux groupes d'adolescentes :

Le premier groupe d'adolescentes comprend les adolescentes mères qui ont un niveau de vie non pauvre, qui utilisent les méthodes contraceptives modernes et connaissent les méthodes modernes et traditionnelles, elles ont un niveau d'étude secondaire et plus et toutefois elles sont du groupe ethnique shira-punu et qui ont été socialisées à Libreville/Port-Gentil et qui résident dans les régions du Sud et de l'Ouest du Gabon.

Nous avons par contre dans le second groupe, les adolescentes qui ne sont pas mères, elles résident dans les régions du Sud et l'Est du pays et dont la plupart ont été socialisées soit dans les autres villes soit à l'étranger ou dans les campagnes et appartiennent à la religion musulmane et parfois, elles sont athées, elles ont un niveau de vie pauvre, la majorité sont soit sans niveau d'instruction ou niveau primaire, elles sont d'ethnie kota-kele, elles ne pratiquent aucune méthode et ne connaissent pas leur cycle ovulatoire.

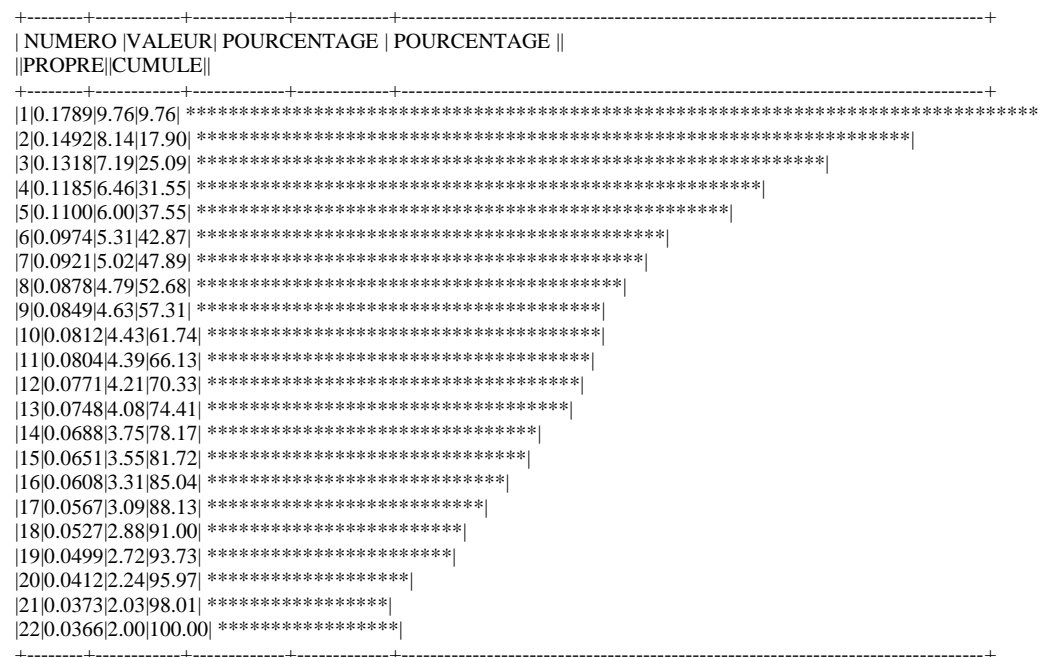
Source : traitement des données de l'EDSG, 2000

4.2.3. En milieu urbain

L'histogramme des 22 premières valeurs propres du milieu urbain représenté à la figure 4.3 nous permet d'observer leur décroissance et nous choisissons les deux premiers axes factoriels comme en milieu rural, car ils suffisent pour mieux représenter les interdépendances entre les variables. Le premier axe représente 9,76%, le deuxième 8,14 % pour un total de 17,90% de l'inertie totale expliquée.

Figure 4.3 Histogramme des 22 premières valeurs propres

HISTOGRAMME DES 22 PREMIERES VALEURS PROPRES



Source : traitement des données de l'EDSG 2000

Pour caractériser chaque axe factoriel en milieu urbain, nous avons ici identifié 34 modalités et le calcul effectué nous donne une contribution moyenne égale à 2,94%.

Nous décrivons ainsi les trois premiers axes factoriels.

- **Premier axe factoriel**

Le premier axe factoriel distingue deux groupes adolescentes. Le premier groupe se compose des adolescentes mères, d'ethnie fang qui sont instruites d'un niveau secondaire et plus et qui connaissent leur cycle ovulatoire et qui utilisent enfin, des méthodes contraceptives modernes.

Le deuxième groupe des adolescentes est composé des jeunes filles qui n'ont pas encore eu d'enfant, qui ont été socialisée pour la plupart à l'Etranger ou dans les Campagnes et qui appartiennent du groupe ethnie Ndzabi-Dumas et Autres, elles sont de la religion musulmane ou Athéistes, elles sont le plus souvent sans niveau d'instruction ou primaire et ne connaissent pas leur cycle ovulatoire et de même, ne connaissent et n'utilisent aucune méthode contraceptive.

Tableau 4.2.4 Contributions des modalités et positionnement au premier axe factoriel

Variables-modalités	1er axe factoriel	
	Contributions(%)	
	Positif	Négatif
Milieu de socialisation		
Campagnes/Etranger		6,4
Ethnies		
Fang	6,7	
Ndzabi-Duma et autres		6,9
Religion		
Musulmans/Athéistes		9,3
Niveau d'Instruction		
sans niveau/primaire		10,1
secondaire et plus	4,90	
Connaissance du cycle		
Ne connaît pas		9,2
Connait	3,5	
Connaissance des méthodes		
Aucune méthode		13,7
Utilisation d'une Méthode		
Aucune méthode		9
méthode moderne	5,7	

Source : traitement des données de l'EDSG 2000

- **Deuxième axe factoriel**

Le deuxième axe factoriel oppose deux catégories d'adolescentes. Le premier groupe se compose des adolescentes mères résident pour la plupart dans la région de Libreville/Port-Gentil, qui ont été socialisée dans la même région (Libreville/Port-Gentil) et qui sont de l'ethnie fang. Par contre, le second groupe d'adolescentes ce sont celles qui n'ont pas encore eu d'enfant qui résident dans la région de l'Est qui ont été socialisée dans les autres villes du Gabon et qui sont d'ethnie kota-kele et appartiennent à la religion autres chrétiens

Tableau 4.2.5 Contributions des modalités et positionnement au deuxième axe factoriel

Variables-modalités	2ème axe factoriel	
	Contributions(%)	
	Positif	Négatif
Région de résidence		
Est		22,9
Libreville/Port-Gentil	12,7	
Milieu de socialisation		
Autres villes		17,1
Libreville/Port-Gentil	11,4	
Ethnies		
Fang	4,5	
Kota-Kele		15,6
Religion		
Autres Chrétiens		4,2

Source : traitement des données de l'EDSG 2000

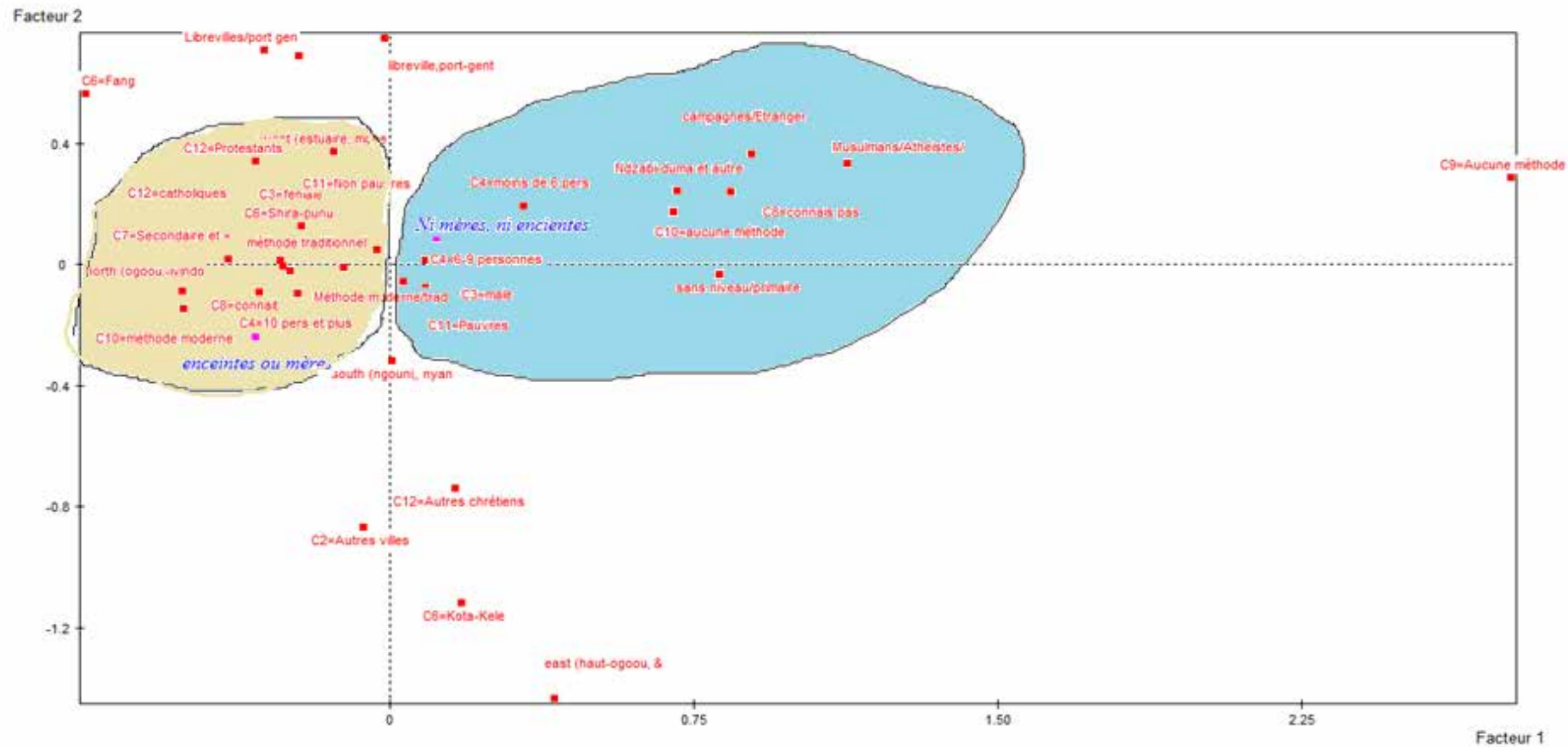
Caractérisation des adolescentes mères en milieu urbain et représentation graphique

Le premier plan factoriel formé par les axes 1 et 2 (figure 4.2), fait ressortir deux groupes d'adolescentes selon le milieu de résidence.

Le premier groupe comprend les adolescentes mères issues de la région de Libreville et de Port-Gentil qui ont été socialisées dans la même région c'est-à-dire Libreville et Port-Gentil qui sont d'ailleurs de l'ethnie fang et qui ont un niveau d'instruction secondaire et plus. Elles connaissent non seulement leur période du cycle ovulatoire mais aussi, utilisent les méthodes contraceptives modernes.

Le deuxième groupe par contre, est constituées des adolescentes qui ne sont pas mères mais elles sont issues de la région de l'Est et ont été socialisées pour la plupart dans les campagnes et pour d'autres à l'Etranger ou dans les autres villes. Elles sont du groupe ethnique kota-kele, elles ne maîtrisent pas leur cycle ovulatoire et elles ne connaissant aucune méthode contraceptive.

Figure 4.4 Profil du statut de fécondité des jeunes filles âgées de 15-19 ans en milieu urbain



Source : traitement des données de l'EDSG, 2000

Nous retenons de ce chapitre que seules trois variables à savoir le sexe du chef de ménage, le niveau de vie du ménage et la religion présentent une association non significative au fait d'être ou mère au Gabon.

Néanmoins, certaines variables comme l'ethnie, le milieu de résidence, le milieu de socialisation et le niveau d'instruction présentent un lien statistiquement significatif au niveau national. Ce sont ces variables qui nous ont permis de dresser le profil des adolescentes mères en milieu rural et urbain au Gabon. Toutefois, il n'en demeure pas moins que de telles analyses relèvent de la description et par conséquent, elles peuvent être erronées du fait de la non prise en compte d'un certain nombre d'effets nets. Ainsi, ces relations seront, dans le cadre du chapitre 5, soumises à une analyse approfondie en tenant compte des interactions qui existent entre ces variables.

C

HAPITRE V : ESSAI D'EXPLICATION DE LA FECONDITE DES ADOLESCENTS AU GABON

Dans ce chapitre, il est question d'identifier les facteurs susceptibles d'agir sur la probabilité pour une jeune fille d'être mère au Gabon. Une régression logistique binaire sera utilisée à cet effet et la méthode pas-à-pas permettra de mettre en exergue les mécanismes d'action des différentes variables explicatives sur la variable dépendante.

5.1. Description des modèles d'analyse

Les facteurs explicatifs du fait qu'une adolescente soit mère seront identifiés dans les modèles saturés (M11 au niveau national et M10 pour le milieu urbain et le milieu rural. Le modèle M0 présente l'effet brut de chaque variable indépendante avant l'introduction successive des différentes variables explicatives ; celles-ci sont introduites suivant l'ordre ci-après :

Au niveau national

- Modèle 1 (M1) : Le risque pour une adolescente d'être mère + milieu de résidence
- Modèle 2(M2) : M1 + région de résidence de l'adolescente
- Modèle 3(M3) M2+Milieu de socialisation de l'adolescente
- Modèle 4 (M4) : M3 + l'ethnie de l'adolescente
- Modèle 5 (M5) : M4 + Religion de l'adolescente
- Modèle 6 (M6) : M5 + Taille du ménage dans laquelle vit l'adolescente
- Modèle 7 (M7) : M6 + Niveau de vie du ménage
- Modèle 8(M8) : M7 + sexe du chef de ménage
- Modèle 9(M9) :M8+ Niveau d'instruction de l'adolescente
- Modèle 10 (M10) : M9+ type d'union
- Modèle 11 (M11) : M10 +Connaissance du cycle ovulatoire
- Modèle 12(M112 : M11+ Connaissance d'une méthode contraceptive
- Modèle 13(M13) : M12 + Utilisation d'une méthode contraceptive.

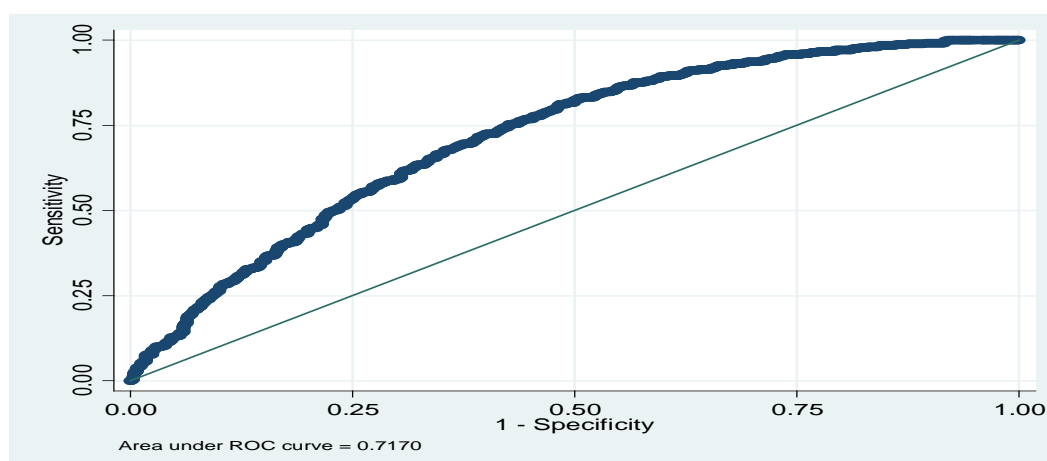
Aux niveaux rural et urbain

- Modèle 1 (M1) : M0 + Région de résidence
- Modèle 2 (M2) : M1 + Milieu de socialisation de l'adolescente
- Modèle 3 (M3) : M2 + l'ethnie de l'adolescente
- Modèle 4 (M4) : M3 + Religion de l'adolescente
- Modèle 5 (M5) : M4 + Taille du ménage dans laquelle vit l'adolescente
- Modèle 6 (M6) : M5 + Niveau de vie du ménage
- Modèle 7 (M7) : M6 + sexe du chef de ménage
- Modèle 8 (M8) : M7 + Niveau d'instruction de l'adolescente
- Modèle 9 (M9) : M8 + Type d'union
- Modèle 10 (M10) : M9 + Connaissance du cycle ovulatoire
- Modèle 11 (M11) : M10 + Connaissance d'une méthode contraceptive
- Modèle 12 (M12) : M11 + Utilisation d'une méthode contraceptive.

5.2 Test d'adéquation des modèles aux données

Pour notre étude, le graphique 5.1 nous donne une valeur de l'AUC= 0,7170 au niveau national, ce qui signifie que notre modèle est acceptable pour identifier les facteurs explicatifs du statut de fécondité de la jeune fille mariée ou pas âgée de 15 à 19 ans. Le pouvoir prédictif réel de notre modèle saturé est : $PPR = (0,7177 - 0,5) / 0,5 = 43,54 \%$. Nous pouvons le considérer comme acceptable.

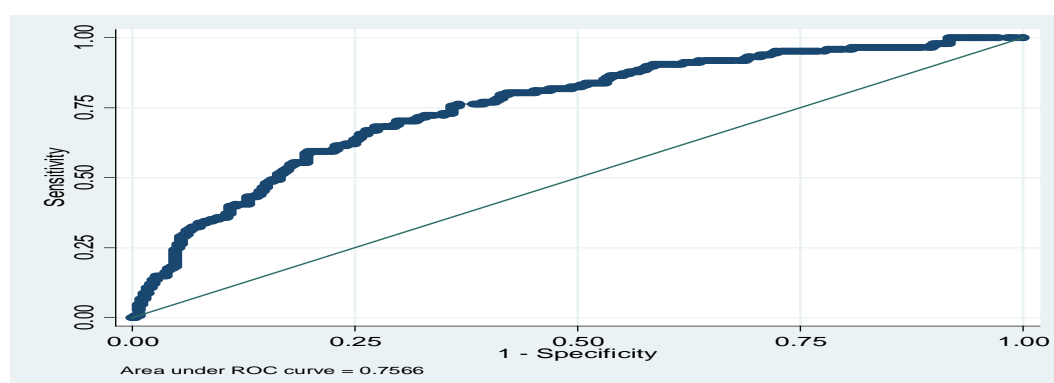
Graphique 5.1: Evaluation du pouvoir discriminant du modèle saturé (M12 au niveau national



Source : traitement des données de l'EDSG 2000.

Le graphique 5.2 nous donne une valeur de l'AUC= 0,7566 au niveau rural, ce qui signifie que notre modèle est acceptable pour identifier les facteurs explicatifs du phénomène en milieu rural. Le pouvoir prédictif réel de notre modèle saturé est : $PPR = (0,7566 - 0,5)/0,5 = 51,32 \%$.

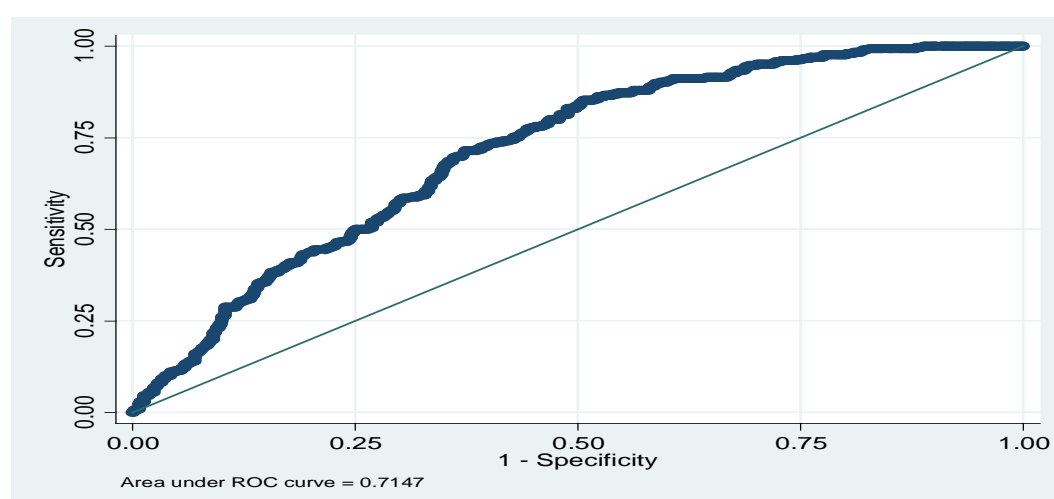
Graphique 5.2: Evaluation du pouvoir discriminant du modèle saturé (M11) en milieu rural



Source : traitement des données de l'EDSG 2000.

Le graphique 5.3 nous donne une valeur de l'AUC= 0,7147 au niveau urbain, ce qui signifie que notre modèle est acceptable pour identifier les facteurs explicatifs du statut de fécondité de l'adolescente en milieu urbain. Le pouvoir prédictif réel de notre modèle saturé est : $PPR = (0,7147 - 0,5)/0,5 = 42,94 \%$. Nous

Graphique 5.3: Evaluation du pouvoir discriminant du modèle saturé(M11) en milieu urbain



Source : traitement des données de l'EDSG 2000.

5.2. Facteurs explicatifs de la fécondité des adolescentes et leurs mécanismes d'action

L'analyse du modèle final (saturé) à chaque niveau d'analyse permet de dégager les déterminants de la fécondité des adolescentes au Gabon dans la mesure où il met en exergue l'effet intrinsèque de chaque variable explicative en présence de toutes les variables indépendantes. Il ressort ainsi que.

Au niveau national,

Les résultats du modèle saturé (M11) au niveau national montrent qu'en dehors de la région de résidence, l'ethnie, la religion et le sexe du ménage, toutes les autres variables sont des facteurs qui déterminent la fécondité des filles mariées ou pas âgées de 15-19 ans au moment de l'enquête au Gabon. Il s'agit notamment: *du milieu de résidence, du milieu de socialisation, de la taille et du sexe du chef de ménage, du niveau d'instruction, de la connaissance du cycle ovulatoire et de l'utilisation d'une méthode contraceptive.*

En milieu rural,

Le modèle final M10 (tableau 5.2) fait ressortir les facteurs suivants : *la région de résidence, l'ethnie, la religion, la connaissance du cycle ovulatoire et l'utilisation d'une méthode contraceptive.)*

En revanche, en milieu urbain, le modèle final M10 (tableau 5.3) permet d'identifier les facteurs suivants : Le milieu de résidence, le niveau d'instruction et l'utilisation d'une méthode contraceptive.

5.2.1. Milieu de résidence

Au niveau national. A la lumière du tableau 5.1, il ressort que le milieu de résidence a une influence significative sur le fait qu'une adolescente soit mère. En effet, toutes choses égales par ailleurs, il ressort que le fait de résider en milieu rural augmente le risque pour une adolescente d'être mère que de résider en milieu urbain. Les jeunes filles résidant en milieu rural ont 37% plus de risque mères comparées aux adolescentes résidant dans le milieu urbain.

Remarquons que l'introduction de la variable « région de résidence » dans le modèle (M2) a diminué la significativité de la modalité « rural » au seuil de 10% alors que dans le premier modèle, il était significatif au seuil de 5%. C'est d'ailleurs ce que nous constatons, avec l'introduction des variables milieu de socialisation au modèle M3, l'ethnie au modèle M4, la religion au modèle M5, la taille du ménage au modèle M6 cette modalité « rural » perd automatiquement sa significativité et devient non significative au seuil de 10%. Nous pouvons de ce fait dire que, la région de résidence ainsi que les autres variables introduites dans les différents modèles ont un effet inhibiteur sur la variable milieu de résidence par rapport au statut de fécondité de fille mariée ou pas âgée de 15-19 ans au moment de l'enquête.

5.2.2. Région de résidence

La relation entre le statut de fécondité des jeunes filles mariées ou pas âgées de 15-19 ans au moment de l'enquête et la région de résidence s'est avéré significative au modèle (M11) en milieu rural au seuil de 1% or, en milieu urbain et au niveau national, cette variable reste non significative. La région de résidence constitue donc un facteur explicatif de la fécondité des adolescentes.

Ainsi, les résultats du tableau 5.2 montrent qu'en milieu rural, les adolescentes qui résident dans la région Sud du Gabon courent 71% moins le risque d'être mère que celles de la région Nord. De même, les adolescentes résidentes dans la région Est du Gabon courent 61% moins de risque d'être mère que celle de la région Nord. C'est idem pour les adolescentes résidentes dans la région de l'Ouest, qui ont 59% moins de risque mères que celles de la région du Nord. Le risque pour une adolescente d'être mère au Gabon est donc plus élevé pour une adolescente résidant dans le Nord, on peut donc dire que l'hypothèse H2 est vérifiée en milieu rural.

Toutefois, on constate que la région de résidence a une influence indirecte sur le statut de fécondité de la jeune fille mariée ou pas âgée de 15-19 ans au moment de l'enquête. Ainsi, en contrôlant successivement dans le modèle (M2) et dans le modèle (M3), les variables milieu de socialisation et l'ethnie, on observe un effet net de la variable région de résidence dans la région de l'Est, au seuil de significativité de 5%. Ainsi, nous sommes tentés de dire que, ces deux variables dans la région de l'Est, ont un effet amplificateur du statut de

fécondité des jeunes filles mariées ou pas âgées de 15-19 ans dans cette région. En ce sens que dans le modèle brut, la variable région de résidence dans la région de l'Est était non significative à partir du modèle (M2), elle devient significative à 10% et dans le modèle (M3) à 5%. Donc, l'influence de la variable région de résidence sur le statut de fécondité de fille âgée de 15-19 ans au moment de l'enquête passe aussi par les variables milieu de socialisation et ethnique.

Tel que supposé à l'hypothèse H2, le risque pour une adolescente d'être mère au Gabon est donc plus élevé pour une adolescente résidant dans le Nord. La région Nord en effet, se situe dans le milieu rural par rapport à Libreville/Port-Gentil qui est essentiellement urbain. Dans le cadre du rapport de l'EDSG 2000 publié par la direction générale de la statistique et des études économiques, on constate que, les adolescentes résidant dans les zones rurales ont une fécondité plus précoce que celle résidant à Libreville/Port-Gentil et dans les autres villes. En effet, en zone rurale, 40% des adolescentes ont déjà commencé leur vie féconde, dont 37% sont déjà mère et 6% pour la première fois. Toutefois, les femmes en générales et les adolescentes en particuliers donnent naissance en moyenne à deux enfants de plus (5,7 enfants par femme) que celles de Libreville/Port-Gentil (3,6 enfant par femme) EDSG, 2000. De plus, les femmes du milieu rural entrent en union un peu plutôt (18,2 ans) que celle du milieu urbain (20 ans). C'est qui traduirait certainement, le fait que cette région Nord puisse se caractériser par le taux de fécondité général le plus élevé du pays environ 241,7‰ (RGPH, 1993).

Il convient de souligner par ailleurs que, la région du Nord, sur le plan culturel, est à prédominance patrilinéaire, ou la tolérance des naissances hors unions et la prise en charge différentielle des enfants selon la légitimité de leur naissance sont fonction du contexte culturel dans lequel ces adolescentes évoluent. La procréation hors union est de plus en plus acceptée, voire, une norme tacite, ou les parents encouragent leurs filles à laisser le Ntôbe.¹⁵ Les adolescentes de cette région jouissent donc par conséquent, un certain relâchement du contrôle parental vis-à-vis de leurs choix rationnel ou de l'héritage culturel.

15 Ntôbe : expression Fang pour désigner un fils qui bénéficie la filiation incestueuse (...) pour hériter la puissance de la famille...

5.2.3. L'ethnie

L'effet net de l'ethnie sur le phénomène étudié n'est pas significatif au niveau national et en milieu urbain. Cependant, l'effet net de cette variable est significatif en milieu rural. L'ethnie apparaît comme un facteur explicatif de la fécondité des adolescentes en milieu rural.

En effet, toutes choses égales par ailleurs, il ressort que l'appartenance au groupe ethnique kota-kele augmente le risque pour une adolescente d'être mère. Les adolescentes de ce groupe ethnique ont 124% plus de risque d'être mères par rapport aux adolescentes de l'ethnie Fang. Les adolescentes du groupe ethnique shira-punu ont 122% plus de risque d'être mères par rapport aux adolescentes de l'ethnie Fang. Il n'y a pas de différence significative entre les Fang et les Ndzabi. On peut donc dire que l'hypothèse H3 est infirmée.

Les résultats nous montrent également que l'influence de la variable ethnie sur le phénomène s'exerce de manière indirecte lorsque l'on introduit les variables connaissance du cycle ovulatoire dans le modèle M9, la connaissance d'une méthode contraceptive dans le modèle M10, l'utilisation d'une méthode contraceptive dans le modèle M11. Ces trois variables ont tendance à amplifier et à tempéré l'effet net de l'ethnie sur le phénomène étudié.

Les résultats obtenus permettent effectivement d'affirmer d'une part que, l'effet net de l'ethnie au niveau rural est significatif, parce que, l'ethnie se caractérise comme une variable socioculturelle qui trouve son opérationnalisation au niveau rural, et qu'en ville ou en milieu urbain, les échanges, les relations et les interrelations se font à travers les canaux universels de communication. Il semblerait que l'ethnie dans ce milieu, peut être un moyen par excellent qui faciliterait ou pas à la jeune fille de changer de statut.

En plus, le fait d'appartenance au groupe ethnique kota-kele augmente le risque pour une adolescente d'être mère. Comme nous l'avons souligné plus haut, le groupe ethnique kota-kele, sont celle que l'on retrouve dans la région du Nord, au même titre que l'ethnie Fang qui du moins, ont une propension à la procréation.

5.2.4. La religion

Les résultats de l'analyse explicative montrent que l'effet net de la religion sur le phénomène étudié n'est pas significatif au niveau national et en milieu urbain. Par contre, l'effet net de cette variable est significatif en milieu rural.

La religion influence le statut de fécondité de la fille mariée ou pas âgée de 15-19 ans au moment de l'enquête au Gabon en milieu rural. Les adolescentes appartenant au groupe religieux musulman/athéistes et autres ont 97% plus de risque d'être mères par rapport à celles appartenant à la religion catholique. Il n'y a pas de différences significatives entre les adolescentes appartenant aux autres groupes religieux et les catholiques. L'hypothèse H6 de cette étude est donc confirmée.

L'introduction des variables connaissance d'une méthode contraceptive et l'utilisation d'une méthode contraceptive dans les modèles (M10) et (M11) rend l'effet net de la religion significatif donc on peut dire que, la pratique contraceptive conditionne l'influence de la religion sur le phénomène des adolescentes mères. Cette influence se justifie par le fait que : les valeurs et pratiques du groupe social dans lequel évoluent les adolescentes leur dictent un ensemble de valeurs et de conduites qui se reproduisent dans les choix, les attitudes et les comportements individuels de ces adolescentes. Ainsi, les comportements procréateurs des adolescentes seraient donc une résultante directe ou indirecte de la transmission intergénérationnelle des valeurs traditionnelles et normatives de la procréation, essentiellement véhiculées par l'ethnie et la religion. Maurice Blondel ne dit pas autre chose lorsqu'il estime que « *la tradition véhicule plus que des idées susceptibles de forme logique : elle incarne une vie qui comprend à la fois sentiments, pensées, croyances, aspirations et comportements* ».

5.2.5. Le milieu de socialisation

Le milieu de socialisation constitue un facteur explicatif de la fécondité des adolescentes au niveau national et en milieu urbain. Par contre, l'effet net de cette variable sur le phénomène étudié n'est pas significatif en milieu rural. Il ressort de l'analyse que le risque pour une adolescente d'être mère est plus élevé pour les adolescentes socialisées en campagne

ou à l'étranger quel que soit le niveau d'analyse. Ainsi, Une adolescente socialisée en campagne ou à l'étranger a 51% plus de risque d'être mère par rapport à une adolescente socialisée à Libreville/Port-Gentil au niveau national. Ce risque est de 81% en milieu urbain. Signalons également qu'il n'y a pas de différence significative entre les adolescentes socialisées dans d'autres villes du Gabon et celles socialisées à Libreville.

5.2.6. La taille du ménage

La taille du ménage constitue un facteur explicatif de la fécondité des adolescents au niveau national. Cependant, on constate que, quel que soit le milieu de résidence, cette variable n'a aucun effet net significatif sur le phénomène étudié.

On constate ainsi qu'au niveau national, les adolescentes vivant dans les ménages de 10 personnes ou plus ont 26% plus de risque d'être mères par rapport aux adolescentes vivant dans les ménages de moins de six personnes.

5.2.7. Le niveau de vie du ménage

Le niveau de vie du ménage constitue un facteur explicatif de la fécondité des adolescents au niveau national. Cependant, on constate que, quel que soit le milieu de résidence, cette variable n'a aucun effet net significatif sur le phénomène étudié. Au niveau national, les adolescentes vivant dans les ménages pauvres ont 21% moins de risque d'être mères par rapport aux adolescentes vivant dans les ménages de non pauvres. Par ailleurs, l'influence de la variable niveau de vie s'exerce de manière directe sur le phénomène étudié. L'hypothèse H5 n'est donc pas vérifiée.

5.2.8. Le niveau d'instruction de l'adolescente

Parmi les variables susmentionnés plus hauts, la variable niveau d'instruction est significative au statut de fécondité des jeunes filles mariées ou pas âgées de 15-19 ans au moment de l'enquête au niveau national tout comme au niveau urbain au seuil de 1%, contrairement en milieu rural où elle est non significative.

Toute chose égale par ailleurs, il ressort du tableau 5.3 qu'en milieu urbain, les adolescentes sans niveau ou de niveau primaire ont 94% plus de risque d'être mères que celles

qui ont un niveau secondaire et plus. Cet écart est de 59% lorsque l'on se situe au niveau national. Ainsi, nous constatons que la significativité de cette variable au statut de fécondité des jeunes filles mariées ou pas âgées de 15-19 ans au moment de l'enquête en milieu urbain, passe par le contrôle de la variable connaissance du cycle ovulatoire au modèle (M9), qui au départ apparaissait non significative mais, après l'introduction de celle-ci, elle le devient donc, la variable connaissance du cycle ovulatoire a un effet intermédiaire au statut de fécondité des jeunes filles âgées de 15-19 ans par rapport à la variable niveau d'instruction. L'hypothèse H1 est donc confirmée.

Ces résultats présupposent que, les adolescentes instruites en milieu rural, opèrent un effet de sélection ou de filtre dans le choix des partenaires, contrairement à celles qui n'ont aucun niveau ou primaire. En effet, dans le contexte gabonais, la plus forte concentration de la population se trouve en milieu urbain près de 82% de la population vivent en ville. Ainsi, pour celles qui passent un peu plus de temps sur le bang de l'école en milieu rural, l'instruction devient pour elles un puissant facteur de filtre et de prestige non seulement pour elles, comme pour la famille, mais aussi, pour ceux qui souhaiteraient partager les noces avec qu'elles. L'éducation de la jeune fille se conjugue alors avec un statut économique élevé. (Abdoullahi, Picard, Tisso et Seck, 1992). Ce que nous pouvons relever des résultats de l'EDSG, 2000 que les résultats selon le milieu de résidence mettent en évidence un niveau d'instruction plus faible en milieu rural qu'ailleurs, en particulier chez les adolescentes : 31% des adolescentes n'ont aucune instruction en milieu rural, c'est pourquoi, celles qui ont la chance d'être parmi les élites, surenchère leurs statut, prennent conscience des réalités et des conséquences qui résulte du fait de devenir très tôt maman, et surtout cela peut leur conduire à un abandon scolaire ou à un désengagement des parents face à leur responsabilité et c'est pourquoi elles deviennent plus que rationnelle dans les choix

5.2.9. Utilisation d'une méthode contraceptive

La variable utilisation d'une méthode contraceptive se révèle significative au seuil de 1% dans l'ensemble des trois modèles d'analyse, pour expliquer le statut de fécondité de fille mariée ou pas âgée de 15-19 ans au moment de l'enquête au Gabon. En effet, les résultats du modèle (M12) au niveau national montrent que, les adolescentes n'utilisant aucune méthode

contraceptive ont 77% moins de risque d'être mères que celles utilisant les méthodes modernes ; Par ailleurs, les adolescentes utilisant les méthodes contraceptives traditionnelles ont 45% moins de risque d'être mères que celles utilisant les méthodes contraceptives modernes.

En milieu rural, les adolescentes n'utilisant aucune méthode contraceptive ont 74% moins de risque pour une adolescente d'être mère que celles utilisant les méthodes contraceptives modernes, de plus, les adolescentes utilisant les méthodes contraceptives traditionnelles ont 41% moins de risque pour une adolescente d'être mère que celles utilisant les méthodes modernes.

Dans le modèle (M12) en milieu urbain, les résultats des analyses révèlent que, les adolescentes n'utilisant aucune méthode contraceptive ont 79% moins le risque pour une adolescente d'être mère que celles, utilisant les méthodes contraceptives modernes. Ces analyses montrent aussi que, les adolescentes utilisant les méthodes contraceptives traditionnelles ont 47% moins le risque d'être mère que celles utilisant les méthodes contraceptives modernes.

En observant le comportement de cette variable sur les trois pas à pas : urbain, rural et national, on remarque qu'elle a un effet direct sur le statut de fécondité de la jeune fille mariée ou pas âgée de 15-19 ans au moment de l'enquête, c'est-à-dire que, la variable utilisation d'une méthode contraceptive influence directement le statut de fécondité de fille âgée de 15-19 ans au moment de l'enquête au Gabon.

Ce résultat contredit la littérature classique sur l'utilisation d'une méthode contraceptive comme moyen par occurrence d'éviter les grossesses, IST/VIH/SIDA dans le contexte du Gabon. Nous estimons que ce comportement des jeunes filles d'être mère est due aux stratégies que ces dernières mettent en place pour arriver à leurs fins. En effet, le chômage constitue l'une des premières causes de pauvreté avec un taux de 30% en 2007. Ces adolescentes se retrouvent dans les conditions de dépendance et choisissent volontairement soit d'entretenir les relations à «court terme », « commerciale » ou à « long terme » (Rwenge, 2002), en l'absence d'un soutien quelconque, elles s'engagent dans les activités sexuelles pour des raisons économiques en ignorant les risques. Et nous sommes tenté de dire que,

l'utilisation d'une méthode contraceptive dépend pour ces adolescentes du type de partenaires qu'elles ont en face, ce qui expliquerait la forte contribution de cette variable comme facteur explicatif du phénomène.

De plus, on pourrait par conséquent expliquer l'attitude de ces adolescentes vis-à-vis du statut de fécondité des jeunes filles âgées de 15-19 ans au moment de l'enquête par l'effet de « l'antériorité » c'est-à-dire, ce qui s'est passé avant la collecte de ces informations chez les adolescentes au moment de l'enquête. Ainsi, en observant les éléments contextuels de la situation particulière du Gabon, qui révèle que, plus de la moitié des femmes ont eu leur première naissance avant leur dix-neuvième anniversaire (19 ans) et qu'une femme sur deux donne naissance à un enfant en moyenne à 18,5 ans. Ceci pour dire que, la forte contribution de la variable utilisation d'une méthode contraceptive serait le fait que ces dernières ont auparavant été victime d'un comportement à risque et qui leur ait fait changé de statut de jeune fille à l'adolescente mère et c'est l'une des raisons qu'on pourrait donner à cette situation, le fait que les adolescentes qui connaissent et utilisent les méthodes contraceptives ce sont elles aussi, qui vivent le phénomène. Donc, la connaissance et l'utilisation d'une méthode vient après que ces dernières aient été exposées au risque.

Tableau 5.1 : Effets bruts et nets des variables indépendantes sur le risque d'être mères au niveau national.

Variables	Effets bruts	EFFETS NETS												
Modèles	M0	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12	M13
Milieu de résidence	***	***	*	NS	NS	NS	NS	*	*	*	*		*	**
Urbain	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Rural	1,4***	1,4***	1,25*	1,24NS	1,22	1,22	1,21NS	1,30*	1,30*	1,28*	1,30NS	1,31NS	1,32*	1,37**
Région de résidence	***		**	NS	NS	*	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Libreville/Port-gentil	0,58***		0,64**	0,70*	0,71*	0,7*	0,72NS	0,72NS	0,72NS	0,72NS	0,73NS	0,73NS	0,71NS	0,77NS
Nord	Réf		Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Est	0,76NS		0,78NS	0,78NS	0,82NS	0,81NS	0,83NS	0,82NS	0,81NS	0,82NS	0,83NS	0,82NS	0,82NS	0,85NS
Ouest	0,77NS		0,75NS	0,78NS	0,77NS	0,76NS	0,76NS	0,74NS	0,74NS	0,74NS	0,83NS	0,72NS	0,69NS	0,73NS
Sud	0,83NS		0,83NS	0,84NS	0,81NS	0,80NS	0,81NS	0,85NS	0,86NS	0,85NS	0,79NS	0,81NS	0,78NS	0,76NS
Milieu de socialisation	***			NS	*	NS	*	*	*	*	*	NS	*	**
Libreville/Port-gentil	Réf			Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Autres villes	1,27*			1,16NS	1,17NS	1,18NS	1,15NS	1,17NS	1,17NS	1,16NS	1,13NS	1,14NS	1,14NS	1,17NS
Campagnes/étranger	1,45***			1,22NS	1,30*	1,28NS	1,31*	1,33*	1,34*	1,32*	1,29NS	1,31NS	1,34*	1,51**
Ethnie	NS				NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Fang	Réf				Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
kota-kele	1,07NS				1,03NS	1,01NS	1,05NS	1,04NS	1,05NS	1,04NS	1,07NS	1,06NS	1,11NS	1,07NS
Nzabi-duma	0,84NS				0,83NS	0,82NS	0,86NS	0,85NS	0,85NS	0,85NS	0,86NS	0,85NS	0,88NS	0,93NS
Shira-punu	1,11NS				1,16NS	1,13NS	1,12NS	1,10NS	1,10NS	1,10NS	1,07NS	1,07NS	1,08NS	1,05NS
Religion	NS					NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Chatoliques	Réf					Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Protestants	1,09NS					1,11NS	1,12NS	1,12NS	1,12NS	1,18NS	1,14NS	1,15NS	1,11NS	1,04NS
Autres chrétiens	1,16NS					1,12NS	1,13NS	1,14NS	1,15NS	1,15NS	1,15NS	1,16NS	0,88NS	1,13NS

Musulmans/Athéistes/Autres	1,17NS					1,17NS	1,17NS	1,19NS	1,20NS	1,19NS	1,26NS	1,26NS	1,07NS	1,45NS
Taille du ménage	**						**	**	**	**	*	NS	*	**
moins de 6 personne	Réf						Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
6-9 personne	0,83NS						0,87NS	0,89NS	0,88NS	0,89NS	0,88NS	0,89NS	0,86NS	0,7NS
10 personnes et +	1,35**						1,34**	1,34**	1,33**	1,33**	1,31*	1,31NS	1,31*	1,26**
Niveau de vie du ménage	NS							**	**	**	**	**	**	**
Non pauvres	Réf							Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Pauvres	0,84NS							0,75**	0,75**	0,74**	0,77**	0,76**	0,77**	0,79**
Sexe du chef de ménage	NS								NS	NS	NS	NS	NS	NS
Masculin	Réf								Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Féminin	0,95NS								0,97NS	0,97NS	0,98NS	0,98NS	0,97NS	0,98NS
Niveau d'instruction	*									NS	NS	NS	**	***
aucun/ primaire	1,22*									1,04NS	1,22NS	1,21NS	1,29**	1,59***
secondaire et plus	Réf									Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Connaissance du cycle	***										***	***	***	***
Connait	Réf										Réf	Réf	Réf	Réf
Ne connait pas	0,48***										0,44***	0,44***	0,48***	0,64***
type d'union	NS											NS	NS	*
jamais mariée	0,90NS											0,85NS	0,83NS	0,79*
mariée/union libre	Réf											Réf	Réf	Réf
Connaissance d'une méthode	***												***	*
Aucune	0,30***												0,29***	0,53*
Moderne/Traditionnelle	Réf													Réf
Utilisation d'une méthode	***													***
Aucune méthode	0,24***													0,23***

Méthode traditionnelle	0,65***													0,55***
Méthode moderne	Réf													Réf
valeur chi 2		7,67	14,31	15,88	20,38	21,75	33,23	39,28	39,28	39,46	75,51	77,06	92,69	200,75
significativité chi 2		***	**	**	**	*	***	***	***	***	***	***	***	***
pseudo R2		0,004	0,007	0,008	0,01	0,01	0,017	0,021	0,021	0,021	0,039	0,04	0,048	0,104
effectifs		1613	1613	1608	1607	1607	1607	1607	1607	1604	1599	1599	1599	1599

Source : traitement des données de l'EDSG 2000.

Tableau 5.2 : Effets bruts et nets des variables indépendantes sur le risque d'être mères en milieu rural.

Variables	Effets bruts	EFFETS NETS											
Modèles	M0	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12
Région de résidence	**	**	**	***	**	***	***	***	***	***	***	***	***
Nord	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Est	0,63NS	0,63NS	0,56*	0,45**	0,43**	0,44**	0,42**	0,42**	0,39***	0,36**	0,36*	0,37**	0,39**
Ouest	0,68NS	0,68NS	0,67NS	0,46**	0,44**	0,44**	0,40**	0,40**	0,40**	0,39**	0,38***	0,36**	0,40**
Sud	0,57**	0,57**	0,53**	0,33***	0,29***	0,31***	0,33***	0,33***	0,35***	0,30***	0,30**	0,29***	0,29***
Milieu de socialisation	NS		NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Libreville/Port-gentil	Réf		Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Autres villes	1,35NS		1,44NS	1,36NS	1,30NS	1,24NS	1,24NS	1,24NS	1,27NS	1,35NS	1,34NS	1,28NS	1,27NS
Campagnes/étranger	1,01NS		1,01NS	0,99NS	0,92NS	0,89NS	0,92NS	0,93NS	0,99NS	1,01NS	1,01NS	0,99NS	1,09NS
Ethnie	NS			***	**	**	**	**	**	**	**	**	**
Fang	Réf			Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
kota-kele	1,71NS			2,03*	1,87*	1,86NS	1,88*	1,89*	1,93*	2,22**	2,20**	2,46**	2,22**
Nzabi-duma	0,89NS			1,52NS	1,54NS	1,59NS	1,57NS	1,57NS	1,50NS	1,68NS	1,67NS	1,72NS	1,71NS

Shira-punu	1,55NS			2,97***	2,77**	2,74**	2,70**	2,70**	2,61**	2,41**	2,42**	2,43**	2,23**
Religion	**				NS	*	NS	NS	*	*	NS	*	**
Chatoliques	Réf				Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Protestants	1,43NS				1,44NS	1,44NS	1,35NS	1,34NS	1,36NS	1,42NS	1,43NS	1,44NS	1,28NS
Autres chrétiens	1,88**				1,82*	1,82*	1,87*	1,87*	1,82*	1,85*	1,86NS	1,85*	1,62NS
Musulmans/Athéistes/Autres	1,46NS				1,47NS	1,43NS	1,48NS	1,47NS	1,57NS	1,58NS	1,58NS	1,69*	1,97**
Taille du ménage	NS					NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
moins de 6 personne	Réf					Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
6-9 personne	0,82NS					0,81NS	0,84NS	0,83NS	0,85NS	0,79NS	0,79NS	0,75NS	0,78NS
10 personnes et +	1,48NS					1,36NS	1,37NS	1,35NS	1,39NS	1,35NS	1,35NS	1,34NS	1,31NS
Niveau de vie du ménage	NS						NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Non pauvres	Réf						Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Pauvres	1,36NS						1,39NS	1,39NS	1,29NS	1,14NS	0,87NS	1,12NS	0,96NS
Sexe du chef de ménage	NS							NS	NS	NS	NS	NS	NS
Masculin	Réf							Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Féminin	0,88NS							0,94NS	0,96NS	0,98NS	0,99NS	0,98NS	1,03NS
Niveau d'instruction	NS								NS	NS	NS	NS	NS
aucun/ primaire	0,72NS								0,66NS	0,77NS	0,77NS	0,83NS	0,91NS
secondaire et plus	Réf								Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Connaissance du cycle	***									***	***	***	***
Connait	Réf									Réf	Réf	Réf	Réf
Ne connais pas	0,33***									0,31***	0,35***	0,43***	0,35***
type d'union											NS	NS	
jamais mariée	0,92NS										0,93NS	0,91NS	
mariée/union libre	Réf										Réf	Réf	Réf

Connaissance d'une méthode	***											**	NS
Aucune	0,29***											0,35**	0,60NS
Moderne/Traditionnelle	Réf											Réf	Réf
Utilisation d'une méthode													***
Aucune méthode	0,21***												0,26***
Méthode traditionnelle	0,57***												0,59**
Méthode moderne	Réf												Réf
valeur chi 2		5,69	7,67	18,7	23,19	27,49	29,23	29,3	31,83	54	54,06	58,99	82,88
significativité chi 2		NS	NS	**	**	**	***	**	**	***	***	***	***
pseudo R2		0,01	0,014	0,033	0,041	0,049	0,052	0,052	0,056	0,096	0,0962	0,105	0,147
effectifs		446	444	443	443	443	443	443	443	440	440	440	440

Source : traitement des données de l'EDSG 2000.

Tableau 5.3 : Effets bruts et nets des variables indépendantes sur le risque d'être mères en milieu urbain.

Variables	Effets bruts	EFFETS NETS											
Modèles	M0	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12
Région de résidence	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Libreville/Port-gentil	0,74NS	0,74NS	0,81NS	0,91NS	0,92NS	0,92NS	0,94NS	0,94NS	0,94NS	0,96NS	0,96NS	0,95NS	1,02NS
Nord	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Est	0,92NS	0,92NS	0,97NS	1,17NS	1,20NS	1,19NS	1,21NS	1,21NS	1,21NS	1,26NS	1,26NS	1,24NS	1,27NS
Ouest	0,78NS	0,78NS	0,83NS	0,89NS	0,90NS	0,89NS	0,89NS	0,91NS	0,88NS	0,89NS	0,90NS	0,86NS	0,91NS
Sud	1,15NS	1,15NS	1,17NS	1,39NS	1,42NS	1,42NS	1,48NS	1,48NS	1,48NS	1,44NS	1,46NS	1,41NS	1,32NS

Milieu de socialisation	**		**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	***
Libreville/Port-gentil	Réf		Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Autres villes	1,22NS		1,07NS	1,07NS	1,07NS	1,05NS	1,07NS	1,07NS	1,05NS	1,02NS	1,02NS	1,04NS	1,10NS
Campagnes/étranger	1,59**		1,45**	1,57**	1,57**	1,64**	1,65**	1,65**	1,55**	1,51**	1,51**	1,61**	1,81***
Ethnie	NS			NS	**	*	*	*	*	**	NS	*	NS
Fang	Réf			Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
kota-kele	0,89NS			0,81NS	0,80NS	0,84NS	0,83NS	0,83NS	0,80NS	0,79NS	0,79NS	0,81NS	0,79NS
Nzabi-duma	0,82NS			0,68*	0,66**	0,69*	0,69*	0,70*	0,67*	0,65**	0,64NS	0,67*	0,73NS
Shira-punu	0,94NS			0,80NS	0,81NS	0,79NS	0,78NS	0,79NS	0,77NS	0,77NS	0,76NS	0,78NS	0,79NS
Religion	NS				NS	NS	NS	NS	NS	NS		NS	NS
Chatoliques	Réf				Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Protestants	0,99NS				0,98NS	0,98NS	1,02NS	1,02NS	1,02NS	1,04NS	1,04NS	1,05NS	0,99NS
Autres chrétiens	0,96NS				0,92NS	0,93NS	0,94NS	0,91NS	0,91NS	0,93NS	0,93NS	0,96NS	0,97NS
Musulmans/Athéistes/Autres	1,01NS				1,07NS	1,08NS	1,09NS	1,10NS	1,05NS	1,14NS	1,14NS	1,23NS	1,26NS
Taille du ménage	NS					NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	*
moins de 6 personne	Réf					Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
6-9 personne	0,87NS					0,90NS	0,92NS	0,91NS	0,91NS	0,94NS	0,93NS	0,92NS	0,97NS
10 personnes et +	1,31NS					1,35*	1,34NS	1,33NS	1,32NS	1,31NS	1,32NS	1,31NS	1,41*
Niveau de vie du ménage	*						*	*	*	*	*	*	*
Non pauvres	Réf						Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Pauvres	0,79*						0,77*	0,78*	0,77*	0,79*	0,78*	0,78*	0,76*
Sexe du chef de ménage	NS							NS	NS	NS	NS	NS	NS
Masculin	Réf							Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Féminin	0,99NS							0,99NS	0,99NS	0,99NS	0,98NS	0,97NS	0,96NS
Niveau d'instruction	**								NS	**	**	***	***

aucun/ primaire	1,32**								1,26NS	1,46**	1,46**	1,55***	1,94***
secondaire et plus	Réf								Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Connaissance du cycle	***									***	***	***	NS
Connait	Réf									Réf	Réf	Réf	Réf
Ne connait pas	0,56***									0,50***	0,49***	0,54***	0,75NS
Type d'union	NS										NS	NS	*
jamais mariée	0,88NS										0,81NS	0,79NS	0,22*
mariée/union libre	Réf										Réf	Réf	Réf
Connaissance d'une méthode	**											***	NS
Aucune	0,26**											0,23***	0,45NS
Moderne/Traditionnelle	Réf											Réf	Réf
Utilisation d'une méthode	***												***
Aucune méthode	0,23***												0,21***
Méthode traditionnelle	0,63**												0,53***
Méthode moderne	Réf												Réf
valeur chi 2		6,33	10	13,67	14,01	21,15	24,71	24,71	27,22	44,34	46,04	56,29	136,27
significativité chi 2		NS	NS	NS	NS	*	*	*	*	***	**	***	***
pseudo R2		0,004	0,007	0,01	0,01	0,016	0,018	0,018	0,021	0,033	0,034	0,0421	0,0421
effectifs		1167	1164	1164	1164	1164	1164	1164	1164	1159	1159	1159	1159

Source : traitement des données de l'EDSG 2000.

5.3. Hiérarchisation des facteurs explicatifs de la fécondité des adolescentes

Les facteurs explicatifs de la fécondité des adolescentes identifiés au terme de l'analyse doivent être pris en compte dans toute action qui vise l'explication du statut de fécondité de fille âgée de 15-19 ans au moment de l'enquête au Gabon. Cependant, dans une situation où le budget ne permet pas de prendre en compte une variété de facteurs, il n'est pas possible d'intégrer tous ces facteurs au même moment. La hiérarchisation permet alors d'établir les priorités et d'agir sur les plus importants.

Ce calcul s'est fait selon la formule ci-après :

$$\text{Contribution} = \frac{\text{Khi} - \text{deux du modèle final} - \text{Khi} - \text{deux sans la variable}}{\text{Khi} - \text{deux du modèle final}}$$

Tableau 5.4 : Hiérarchisation des facteurs explicatifs du statut de fécondité des adolescentes mères au niveau national

Rang	Facteur	Khi-deux du modèle final	Khi-deux sans la variable	Contribution (%)
1	Utilisation d'une méthode contraceptive	197,85	90,69	54,16
2	Taille du ménage	197,85	186,81	5,58
3	Niveau d'instruction	197,85	187,02	5,47
4	Connaissance du cycle ovulatoire	197,85	189,66	4,14
5	Milieu de socialisation	197,85	193,24	2,34
6	Milieu de résidence	197,85	194,10	1,90
7	Niveau de vie du ménage	197,85	194,40	1,74

Source : traitement des données de l'EDSG 2000

Tableau 5.5 : Hiérarchisation des facteurs explicatifs du statut de fécondité des adolescentes mères au niveau rural

Rang	Facteur	Khi-deux du modèle final	Khi-deux sans la variable	Contribution (%)
1	Utilisation d'une méthode contraceptive	82,84	58,87	28,94
2	Région de résidence	82,84	72,71	12,23
3	Connaissance du cycle ovulatoire	82,84	73,49	11,29
4	Religion	82,84	77,52	6,42
5	Ethnie	82,84	79,09	4,53

Source : traitement des données de l'EDSG 2000

Tableau 5.6 : Hiérarchisation des facteurs explicatifs du statut de fécondité des adolescentes mères au niveau urbain

Rang	Facteur	Khi-deux du modèle final	Khi-deux sans la variable	Contribution (%)
1	Utilisation d'une méthode contraceptive	136,27	54,22	60,22
2	Milieu de socialisation	136,27	129,84	4,71
3	Niveau d'instruction	136,27	132,59	2,70

Source : traitement des données de l'EDSG 2000

Il ressort des tableaux 5.4, 5.5 et 5.6 que le facteur le plus important est l'utilisation d'une méthode contraceptive avec une contribution de 54,16% au niveau national, 28,94% en milieu rural et 60,22% en milieu urbain. La deuxième position est occupée par la taille du ménage au niveau national avec une contribution de 5,58% alors qu'en milieu rural c'est la région de résidence qui se positionne à la deuxième place avec une contribution de 12,23% et en milieu urbain, c'est par contre le milieu de socialisation qui seconde l'utilisation d'une méthode contraceptive avec une contribution de 4,71% dans l'explication du statut de fécondité de fille âgée de 15-19 ans au moment de l'enquête au Gabon.

Le niveau d'instruction s'est révélé comme l'un des facteurs explicatifs les plus déterminants de la fécondité des adolescentes. Il occupe la troisième position dans la

hiérarchisation au niveau national qu'au niveau urbain avec respectivement 5,47% et 2,70% à l'explication du phénomène dans ces deux milieux. La connaissance du cycle ovulatoire occupe également une bonne position parmi les facteurs explicatifs du phénomène de la fécondité. Elle vient à la quatrième position au niveau national et troisième au niveau rural.

Les milieux de socialisation et de résidence occupent la cinquième et la sixième position dans la hiérarchisation au niveau national à l'explication des facteurs explicatifs de la fécondité des adolescentes. Le niveau de vie du ménage boucle cette hiérarchisation des facteurs explicatifs de la fécondité des adolescentes au niveau national avec une contribution 1,74%.

Au terme de ce chapitre, il ressort que chaque milieu s'identifie à l'autre par ses facteurs spécifiques. Ainsi, au niveau rural, la région de résidence, la religion et l'ethnie sont propres à ce milieu. En revanche, en milieu urbain et national, ce sont plus des facteurs socioéconomique, individuel et démographique qui expliquent le phénomène notamment : la taille du ménage, du niveau d'instruction, de la connaissance du cycle ovulatoire, du milieu de socialisation, du milieu de résidence, et le niveau de vie du ménage. L'utilisation d'une méthode contraceptive est commune au trois milieux. La hiérarchisation des facteurs à l'explication du statut de fécondité de fille âgée de 15-19 ans au moment de l'enquête montre que, l'utilisation d'une méthode contraceptive peut être considéré comme un facteur déterminant dans la mesure où il se range non seulement en première place sur les trois niveau d'analyse et que sa contribution est largement au-dessus des autres facteurs sur l'ensemble du pays (en milieu rural (28,94%), en milieu urbain (60,22%) et même au niveau national (54,16%)).

C ONCLUSION GENERALE ET RECOMMANDATIONS

La présente étude s'est proposée de contribuer à *l'amélioration de l'état des connaissances sur les facteurs explicatifs de la fécondité des adolescentes indispensables aux décideurs dans la mise en œuvre des politiques et programmes de développement visant la réduction des grossesses précoces et de risque de mortalité maternelle*. Plus spécifiquement, cette étude a pour objectifs de :

- ✚ Décrire les variations de la fécondité des adolescentes ;
- ✚ Etablir les profils des adolescentes mères et celles qui ne sont pas mères ;
- ✚ Identifier les facteurs explicatifs de la fécondité des adolescentes.

Pour cela, une analyse contextuelle a permis de s'apercevoir que le Gabon est un pays où la fécondité des adolescentes est un phénomène important à raison de la précocité des rapports sexuels ; ces adolescentes qui constituent 26% de l'ensemble des femmes en âge de procréer contribuent pour 17% à la fécondité totale des femmes. Plusieurs recherches théoriques et empiriques ont été présentées pour aider à mieux appréhender le phénomène. A l'issue de cette démarche, il s'est dégagé l'hypothèse générale selon laquelle *le contexte résidentiel influence directement la fécondité des adolescentes. Toutefois, cette influence passe aussi par les caractéristiques sociodémographiques du ménage, par le contexte socioculturel et par les caractéristiques socio-économiques ainsi que par les caractéristiques individuelles de l'adolescente*.

S'agissant de la source des données, l'on a eu recours aux données de la première Enquête Démographique de Santé du Gabon (EDSG), réalisée en 2000 par le Ministère de la Planification et de l'Aménagement du Territoire, sous la Direction Générale de la Statistique et des Etudes Economiques (DGSEE). L'évaluation de la qualité de ces données a permis de montrer que dans l'ensemble, les données collectées étaient de qualité acceptable et pouvaient être utilisées dans le cadre de cette étude.

Concernant les méthodes d'analyses, deux types de méthodes ont été utilisés. Il s'agit de l'analyse descriptive et de l'analyse explicative. L'analyse descriptive s'est faite au niveau bivarié et au niveau multivarié. Ainsi, la statistique du khi-deux a été utilisée au niveau bivarié pour évaluer l'association entre les variables explicatives et le statut de fécondité des filles âgées de 15-19 ans au moment de l'enquête. L'Analyse Factorielle de Correspondances Multiples (AFCM) a été utilisée pour dégager le profil des adolescentes mères selon le milieu de résidence au Gabon. La régression logistique binaire a été utilisée pour l'analyse explicative compte tenu de la nature de la variable dépendante. Par ailleurs, l'évaluation de la contribution des différentes variables nous a permis de hiérarchiser les facteurs par ordre décroissant de leur contribution à l'explication du phénomène selon le milieu de résidence.

Ainsi, quelques résultats intéressants ressortent de cette étude, pourrait faire l'objet quelques recommandations à toutes fins utiles.

Il ressort de l'analyse bivariée que neuf variables explicatives sur douze sont associées au statut de fécondité des adolescentes. Il s'agit du milieu de résidence, de la région de résidence, du milieu de socialisation, de l'ethnie, de la taille du ménage, du niveau d'instruction, de la connaissance du cycle ovulatoire, de la connaissance d'une méthode contraceptive et de l'utilisation d'une méthode contraceptive. Signalons que le lien entre ces différentes variables explicatives et la variable dépendante s'établit au seuil de 5%.

Au niveau multivarié, on a pu dégager le profil des adolescentes mères selon le milieu de résidence au Gabon.

En milieu rural, dans le premier groupe, nous avons les adolescentes mères qui pour la plupart, sont des groupes ethniques shira-punu et fang, elles vivent dans les ménages de plus de dix (10) personnes, elles connaissent et utilisent les méthodes contraceptives modernes et traditionnelles. Elles sont de la religion protestante et ont un niveau d'instruction secondaire et plus. Elles sont d'un niveau de vie non pauvre. Elles ont été socialisées à Libreville/Port-Gentil et résident enfin dans la région de l'Ouest c'est-à-dire, l'estuaire et le Moyen-Ogooué.

Nous avons par contre dans le second groupe, les adolescentes qui ne sont pas mères, elles résident dans les régions du Sud et du Nord, elles ont un niveau de vie pauvre. Elles vivent dans les ménages de moins de six (6) personnes, elles sont des groupes ethniques Ndzebi-duma, ne

connaissent et n'utilisent aucune méthode contraceptive. Elles sont sans niveau d'instruction ou primaire et appartiennent soit à la religion musulmane ou elles sont Athées.

En milieu urbain ; le premier groupe est constitué des adolescentes mères, du groupe ethnique shira-punu, elles vivent dans les ménages de dix (10) personnes et plus, elles ont un niveau de vie non pauvre et ont un niveau d'instruction secondaire et plus. Elles connaissent leur cycle ovulatoire et utilisent des méthodes contraceptives modernes et traditionnelles et enfin, ces adolescentes mères ont été socialisées dans les deux grandes villes qui sont Libreville/Port-Gentil.

Le second groupe par contre, est constitué des adolescentes non mères, elles ont été socialisées pour la plupart dans les campagnes ou à l'étranger, elles sont la religion chrétienne (protestante et catholique) elles sont du groupe ethnique ndzebi-duma et autres. Elles ne connaissent aucune méthode et ne connaissent pas leur cycle ovulatoire. Elles sont sans niveau d'instruction et vivent dans les ménages de moins de neuf (9) personnes.

Quant à l'analyse explicative, les résultats montrent que sept variables au niveau national ont un effet net significatif (utilisation d'une méthode contraceptive, taille du ménage, niveau d'instruction, connaissance du cycle ovulatoire, milieu de socialisation, milieu de résidence, niveau de vie du ménage) et en milieu rural par contre, cinq variables expliquent le statut de fécondité de jeune fille mariée ou pas âgée de 15-19 ans au moment de l'enquête, il s'agit notamment de l'utilisation d'une méthode contraceptive, région de résidence, connaissance du cycle ovulatoire, religion et l'ethnie alors qu'en milieu urbain, trois seulement ont un effet net significatif sur le statut de fécondité des jeunes filles âgées de 15-19 ans au moment de l'enquête: utilisation d'une méthode contraceptive, milieu de socialisation et le niveau d'instruction de l'adolescente. Les adolescentes utilisant les méthodes contraceptives traditionnelles sont plus susceptibles que celles utilisant les méthodes contraceptives modernes d'être mères; de même, que celles n'utilisant aucune méthode contraceptive sont plus susceptibles d'être mères que celles utilisant les méthodes contraceptives modernes.

Deuxièmement, les adolescentes résidentes dans la région de l'Est en milieu rural courent 61% moins le risque d'être mères que celles résidentes dans la région Nord du Gabon. Les adolescentes d'aucun niveau ou primaire courent 94% plus de risque d'être mère que celles de niveau secondaire et plus en milieu urbain.

En définitive, cette étude démontre qu'au Gabon, la fécondité des adolescentes s'explique à la fois par les facteurs socioculturels, socioéconomiques, sociodémographiques et de contexte de résidence. Les caractéristiques individuelles de l'adolescente constituent, en quelque sorte, des canaux

permettant de percevoir son comportement à l'égard de la fécondité. En effet, par ordre d'importance décroissante, l'utilisation d'une méthode contraceptive, le milieu de résidence et la connaissance du cycle ovulatoire.

Ainsi, les hypothèses H1, H2, H3, H5 et H6 de cette étude sont partiellement confirmées selon le milieu d'observation. Tandis que l'hypothèse H4, qui affirme que : *L'utilisation d'une méthode contraceptive quelconque réduit le risque de conception. Ainsi, les adolescentes qui n'utilisent aucune méthode contraceptive courent plus le risque d'être mères comparées à celles qui utilisent au moins une méthode.* Cette hypothèse est non confirmée. En ce que, les résultats montrent que, quelque soit le milieu de résidence, ce sont les adolescentes qui utilisent les méthodes contraceptives qui sont les plus susceptibles à connaitre le phénomène.

Toutefois, ces résultats présentés ci-dessus qui, même sans remettre en cause la démarche méthodologique, comportent quelques limites. La première limite à cette étude est la caducité de cette base de données, la non prise en compte de certaines variables qui auraient pu nous permettre de faire une analyse plus fine du statut de fécondité des jeunes filles âgées de 15-19 ans au moment de l'enquête (âge au premier rapport sexuel, âge à la première union, l'âge à la puberté, exposition aux medias, etc....) ; aussi, nous pouvons également déplorer que les variables qui nous ont permis de construire le niveau de vie, après évaluation, ces taux sont sensiblement supérieur à 10%. Cette étude s'est beaucoup plus focalisée sur les caractéristiques individuelles que contextuelles or, on sait que la fécondité des adolescentes ne dépend pas seulement de l'individu mais aussi de son environnement.

En dépit de ces difficultés et au regard des résultats auxquels elle aboutit, il nous semble utile de formuler quelques recommandations :

Les acteurs et décideurs publics doivent :

- Faciliter l'émergence des programmes qui sensibilisent les adolescentes sur les risques de la fécondité précoce et les risques de la fécondité pré-nuptialité.
- Intensifier les programmes visant à promouvoir l'utilisation des méthodes contraceptives par les adolescentes et la prise en compte des représentations négatives qui bloquent la prise de conscience réelle des adolescentes sur

l'existence d'un risque fatal de la non pratique quotidienne des méthodes contraceptives.

- Promouvoir l'autonomisation des adolescentes, par la mise en place des microcrédits et des centres de formation spécifiques aux métiers de la femme.
- Mener et encourager les recherches spécifiques et particulièrement des études qualitatives sur les déterminants de la sexualité et de la fécondité des adolescentes, afin de mieux comprendre le comportement des adolescents et mener des interventions efficaces pour réduire leur fécondité ;
- Promouvoir l'accessibilité des adolescentes l'information à travers une prise de conscience.

Comme perspective de recherche, il serait intéressant de mener une réflexion sur la fécondité des adolescentes et changement de comportement avec plusieurs base de données. Cette réflexion pourra mettre en évidence les sources du changement de comportement de la fécondité des adolescentes au Gabon à partir de plusieurs bases de données.

BIBLIOGRAPHIE

a) Articles dans des revues

CANTRELLE P. et LOCOH T., (1990), « Facteurs culturels et sociaux de la santé en Afrique de l'Ouest », Coll. Les dossiers du CEPED n°10, Paris, 36p.

CARDOSO R.C.L. et HAMBURGER E.I., (1994), « *La télévision et les jeunes au Brésil* », in *Population : Problèmes et Politiques*, UNESCO, Revue internationale des sciences sociales n°141, p.531-539

EVINA A., (1998), « *Vie féconde des adolescentes en milieu urbain camerounais* », Les Cahiers de l'IFORD n°16

EVINA A., (2005), « *Les facteurs de la contraception au Cameroun au tournant du Siècle* », GRIPPS, *La Planification familiale en Afrique*, Documents d'analyse n°6, 62p.

GARENNE.M., (2000), « *La fécondité prémaritale en Afrique subsaharienne : une évaluation de son ampleur à partir des enquêtes démographiques et de santé (EDS)* », La Chronique du CEPED n°39, 6p.

KWENZI, M., (2000), « *quel avenir pour les langues du Gabon ?* » In revue gabonaise des sciences de l'homme, édit, R, Walker, N° 2,22p

Chapitres d'ouvrage

BA M. G. et al., (1999), « *Connaissance, Pratique et Perspectives de la contraception des adolescentes* », in *Médecine d'Afrique noire*, CRU de Danter de Dakar (Sénégal), pp. 300-302.

KOUINCHE M. A. et TAGNE E. –ACAFEM-, 1998, « *Normes, Croyances et Pratiques traditionnelles en matière de sexualité des adolescents à Bandjoun (Ouest du Cameroun)* », in : Kuate-Deffo, *Sexualité et santé reproductive durant l'adolescence en Afrique : avec une attention particulière sur le Cameroun*, Chap6, pp. 121-129.

MAIA C., « *Mourir en donnant la vie. Des risques accrus pour les femmes du Sud* », Etudes 2004/5, Tome 401, p.473-482.

MILLELINI J. M. et TEVI-BENISSAN C., (2003), « *La santé publique au Gabon in Culture* », Ecology and Politics in Gabon's Rainforest, The Edwin Mellen Press, New York, 21-29 p.

MOUGUAMA, D., (2005), «contribution de la linguistique à l'histoire des peuple du Gabon », paris, CNER, 2005, pp63-64.

NATIONS UNIES, Division de la population, Département des affaires économiques et sociales internationales, (2002), «*Perspectives de baisse du taux de fécondité dans les pays à taux de fécondité élevé* », Bulletin démographique des Nations Unies, Numéro spécial, nos 46/47, 363p.

SCHOUMAKER B. et TABUTIN D., (1999), «*Relations entre pauvreté et fécondité dans les pays du sud. Etat des connaissances, méthodologie et illustrations* », Document de travail n°2, Université Catholique de Louvain, p63-103.

Ouvrages

BOCQUIER.P., (1996), *L'Analyse des enquêtes biographiques*, Paris, France.

CRAUSER et al, (1989), Guide pratique d'analyse des données, Lyon, 140p.

DUMOLARD .P.,(2005), *Analyse multivariée de données géographiques*, Paris, France, 144p.

DUMOLARD .P., (2005), *Analyse multivariée de données géographiques*, Paris, France, 144p.

DURKHEIM E., (1981), Les règles de méthode sociologique, Paris, PUF, 20ème édition, 149p.

EVINA A., (1990), «Infécondité et sous –fécondité : évaluation et recherche des acteurs : le cas du Cameroun, Yaoundé », Les Cahiers de l'IFORD n°1, 281p.

FALL S., (2004), *Les déterminants de la pratique contraceptive au Sénégal : Analyse des données de l'enquête démographique et de santé de 1997 (EDS-III)*, GRIPPS, La Planification familiale en Afrique, Documents d'analyse n°2, 38p.

GENDREAU F., (1993), La population de l'Afrique, Manuel de démographie, Karthala, Paris, 462 p.

GRAWITZ. M. (2000), Méthodes en sciences sociales, 11ème éditions, Paris, Dalloz, 900p.

HERTRICH.V., (1994), Dynamique démographique et changements familiaux en milieu rural africain, une étude chez les Bwa du Mali, oct. 1994, paris, I/IDUP.

IDIATA. D.F., (2006), les langues du Gabon : données en vue de l'élaboration d'un atlas linguistiques, paris, l'harmattan, étude africaine.26p.

KUATE-DEFO B. et al. (1998), *Sexualité et santé reproductive durant l'adolescence en Afrique : avec une attention particulière sur le Cameroun*, EDICONSEIL Inc., Québec, Canada, 394p.

LOPEZ-ESCARTIN N., (1991), *Données de base sur la population: GABON*, Paris, CEPED, 11p.

MADELEINE .G., CHARBONNEAU .J. et al. (2002), *Jeunes et Fécondité : Les facteurs en cause*, INRS–Urbanisation, Culture et Société, Montréal (Québec), 106p.

MIANGOTAR.Y. et T. LEGRAND, (2007), *Influences de l'environnement familial sur l'entrée en sexualité des adolescents au Burkina Faso*, Département de démographie Université de Montréal.

QUIVY R. et CAMPENHOUDT L.V., (2006), *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dumond, 250p.

ROMANIUK. A., (1967), *La fécondité des populations congolaises*, Paris-Mouton-La Haye

RWENGE. M. (2002) *Culture, genre, comportements sexuels et MST/SIDA au Cameroun (provinces de l'ouest et du Centre)*, les cahiers de l'IFORD, 275p

SALA-DIAKANDA M. (1980) : *Phénomènes démographiques et diversité ethnique : une synthèse*, Département de Démographie/UCL, Document de Recherche No43, P.17.

TSIRA, N.T., (1995), *le Mvet*, tome 2, paris, harmattan, 398p.

WAKAM. J., (1994), *De la pertinence des théories économes de fécondité dans le contexte socioculturel camerounais et négro-africain*, Les cahiers de l'IFORD n°8, 527p.

WAKAM.J., (2006), *Facteurs de la fécondité dans les pays du sud*, Louvain-la-Neuve, 110p.

Thèses, mémoires

BADO Aristide R. Y., (2007), *Déterminants de la fécondité des adolescentes au Burkina Faso : Approche par les variables intermédiaires*, Mémoire de DESSD, IFORD, 118p.

BENINGUISSE G., (2001), *Entre tradition et modernité : Fondements sociaux et démographiques de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Cameroun*, Louvain-la-Neuve, UCL, Département des sciences de la population et du Développement, Institut de Démographie, Thèse de doctorat, 297p.

CAMARA J. R., (1997), *Fécondité des adolescentes en République de Guinée : Recherche des facteurs*, Mémoire de DESSD, IFORD

DALAUNAY, V. (1994), *L'entrée en vie féconde, le cas d'un milieu rural Sénégalais*, thèse de doctorat en démographie, présenté à l'université paris X, Nanterre, 355p.

DIOP, N.J.(1993), *la fécondité des adolescentes au Sénégal*, département de démographie, faculté des arts et de sciences, universitaire de Montréal, thèse présenté à la faculté des études supérieures, 255p.

NZAOU BOUANGA .L. L., (2003), *Les facteurs explicatifs de la fécondité des adolescentes au Tchad*, Mémoire de DESSD, IFORD.

SANGHAPIE .A., (2007), *Modernisation et comportement procréateur des adolescentes au Cameroun*, Mémoire de DESSD, IFORD, 59p.

TCHAKOUNTE .N. F., (1989), *Niveau et différentiels de la fécondité des adolescentes : le cas du Cameroun*, Mémoire de DED, IFORD.

Communications

GARENNE .M., (2000), *La fécondité prémaritale en Afrique subsaharienne : une évaluation de son ampleur à partir des enquêtes démographiques et de santé (EDS)*, La Chronique du CEPED n°39, 6p.

GENDREAU .F., (1991), *Population et développement en Afrique : ‘la conférence de septembre’*, La Chronique du CEPED n°3, 4p.

GUILLAUME .A., (2000), *L'avortement en Afrique : mode de contrôle des naissances et problèmes de santé publique*, La Chronique du CEPED n°37, 4p.

GUILLAUME .A., (2005), *L'avortement provoqué en Afrique : un problème mal connu, lourd de conséquences*, document de recherche n°7, IRD-Université de Provence, Marne, France, 26p.

LOCOH .T., (1994), *La fécondité précoce en Afrique subsaharienne*, La Chronique du CEPED n°14, 4p.

LOCOH.T., (1995), *Famille africaine, Population et qualité de la vie*, Les Dossiers du CEPED n°31, 51p.

LOPEZ-ESCARTIN N., (1991), *Données de base sur la population: GABON*, paris, CEPED.11p

NOUETAGNI .S., (2005), *Pauvreté et mode de régulation de la fécondité au Cameroun*, Conférences virtuelles, 10 et 14 octobre 2005, 22p.

RWENGÉ .M., (1995), *Facteurs contextuels de la transmission sexuelle du Sida en Afrique subsaharienne : une synthèse*, UEPA, p.217-236

RWENGE .M., (1999), *Facteurs contextuels des comportements sexuels : le cas des jeunes de la ville de Bamenda (Cameroun)*, Rapport de synthèse n° 40 UEPA, Dakar, 26p.

VIMARD .P., (2000), *Politique démographique, planification familiale et transition de la fécondité en Afrique*, La Chronique du CEPED n°36, 6p.

Documents de travail ou rapport

Analyse de la situation des infrastructures sanitaires au Gabon : Résultats de l'enquête. Ministère de la santé Publique et de la Population / Organisation Mondiale de la Santé. Novembre 1997.

Annuaire Statistique de l'Education 1994-1995 : Ministère de l'Education Nationale.

Annuaire Statistique de l'Education 1995-1996 : Ministère de l'Education Nationale.

Annuaire Statistique de la Santé 1995 : Ministère de la Santé Publique et de la Population.

BAfD/OCDE, (2007), *Perspectives économiques en Afrique : Gabon*, BAfD/OCDE, 297-311p.

BRUGEILLES C., (2009), *L'influence des rapports sociaux de sexe sur la persistance d'une fécondité élevée chez les adolescentes mexicaines: fécondité, famille et enfants*. Mardi 29 septembre 2009. Université Paris Ouest Nanterre La Défense. CERPOS-CREDAL

Coopération au développement. Rapport 1996 : Programme des Nations Unies pour le Développement. Novembre 1997

CRDI, (1991), *Rapport de neuf enquêtes sur la fécondité des adolescentes en Afrique centrale et de l'Ouest*, Dakar, multigraph, oct, 1991.

DGS, (2010), *Annuaire statistique du Gabon 2004-2008*, Libreville, 235p.

Données sanitaires et démographique du Gabon en 1996 : Ministère de la Santé Publique et de la Population. Juillet - Aout 1997

Enquête à indicateurs multiples : Ministère de la Santé publique et de la Population.

Enquête Budget -Consommation : Ministère de la Planification de l'Environnement et du Tourisme, Direction Générale de la Statistique et des Etudes Economiques. Tome1 et 2. Libreville 1994.

LAURENT .M. et ABOUBACAR .I., (2010), *Assurance Maladie Obligatoire au Gabon : un atout pour le bien être de la population*, Libreville, HEALTH SYSTEMS FINANCING, OMS, 47p.

MARTIAL .A. et P. NGOMO, (2010), Mise en Œuvre de la déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement en Afrique, Libreville, OMS, 296p.

Ministère de l'Economie, du Commerce et de l'Industrie, Système des Nations Unies, (2010), Gabon : Objectifs du millénaire pour le développement troisième rapport national, Libreville, 212p.

Ministère de la Planification, de la Programmation du Développement et de l'Aménagement du Territoire, Enquête Démographique et de Santé Gabon (2000), Libreville, DGSEE, 2001, 372p.

Ministère de la Planification, de la Programmation du Développement et de l'Aménagement du Territoire, Recensement Général de la Population et de l'Habitat, Principaux résultats, Libreville, DGSEE, 1993, 96p.

Ministère de la Planification/ Union Européenne, (2007), Document de stratégie pays et programme indicatif nationale pour la période 2008-2013, Libreville, 109p.

NATIONS UNIES, (2002), Sommet de Johannesburg, Gabon, Libreville, Commission Nationale du Développement Durable, 77p.

OMS, 2004, Rapport sur la santé dans le monde, Genève.

PNUD, (2008), Rapport Mondial sur le Développement Humain.

Surveillance des progrès réalisés vers la santé pour tous d'ici l'an 2000 au niveau des départements. Rapport final. Libreville février 1991.

Tableau de Bord de l'Economie : Direction Générale de l'Economie, Mars 1997

Tableau de Bord Social 1997 (à paraître) : Direction Générale de l'Economie

Documents électroniques

KONATE F-O. et CISSE P., 2007, *Adolescence et sexualité : cas de lycéennes de BamakoMali*), Recherches Africaines, Numero2-2003, 11p.

www.recherches-africaines.net/document.php

TALNAN E. et al., 2003, *Inégalités sociales et comportements sexuels à risque chez les jeunes en milieu urbain ivoirien*, Université de Paris X Nanterre, pp.53-72.

E-mail : tedouard@yahoo.fr

UNICEF, 2006, *Quand le mariage devient une forme de violence*, Publié le 3 mars 2006, 3p.

A1 Taux de non réponse des variables entrant dans la construction de la variable niveau de vie

Variables	Cas valides	Cas manquants	Taux de non réponses (%)
Source d'approvisionnement en eau potable	1462	151	10,32
Type de toilette	1463	150	10,25
Electricité	1463	151	10, 32
Télévision	1461	152	10,40
Réfrigérateur	1462	151	10,32
Automobile	1462	151	10,32
Matériau du sol	1462	151	10,32
Matériau du mur	1463	150	10,25
Matériau du toit	1458	155	10,63
Possession d'un téléphone	1461	152	10,40

Source : exploitation des données de l'EDSG 2000

Annexe B.1 proportion des adolescentes mères selon le milieu de résidence

Milieu de résidence	Statut de fécondité	
	Etre ou mère	Total
Urbain	26,39(308)	100(1167)
Rural	33,41(169)	100(446)
Ensemble	28,33(457)	100(1613)
Khi-deux	7,82	
Significativité du Khi-deux	***	

Source : exploitation des données de l'EDSG 2000

Annexe B.2 proportion des adolescentes mères selon la région de résidence

Région de résidence	Milieu de résidence		National
	Urbain	Rural	
Libreville/Port-Gentil	23,36(114)		23,36(114)
Nord	29,05(43)	42,31(44)	34,52(87)
Est	27,39(63)	31,53(35)	28,74(98)
Ouest	24,32(27)	33,33(37)	28,83(64)
Sud	32,11(61)	27,50(33)	30,32(94)
Ensemble	26,39(308)	33,41(169)	28,33(457)
Khi-deux	6,4	5,76	11,35
Significativité du khi-deux	NS	NS	**

Source : Traitement de données de l'EDSG 2000.

Annexe B.3 proportion des adolescentes mères selon le milieu de socialisation

Milieu de socialisation	Milieu de résidence		National
	Urbain	Rural	
Libreville/port gentil	23,25(113)	31,58(30)	24,61(143)
Autres villes	26,99(129)	38,46(45)	29,24(174)
Campagnes/Etranger	32,50(65)	31,90(74)	32,18(139)
Ensemble	26,37(307)	33,56(149)	28,36(456)
Khi-deux	6,39	1,71	7,34
Significativité du khi-deux	**	NS	**

Source : Traitement de données de l'EDSG 2000.

Annexe B.4 proportion des adolescentes mères selon l'ethnie

Ethnie de l'adolescente	Milieu de résidence		National
	Urbain	Rural	
Fang	28,33(85)	28,77(21)	28,42(106)
kota-kele	25,98(66)	40,91(36)	29,82(102)
Ndzabi-duma et autres	24,40(82)	26,62(41)	25,10(123)
Shira-punu	27,08(75)	38,46(50)	30,71(125)
Ensemble	26,39(308)	33,26(148)	28,29(456)
Khi-deux	1,35	7,62	4,03
Significativité du khi-deux	NS	**	NS

Source : Traitement de données de l'EDSG 2000.

Annexe B.5 proportion des adolescentes mères selon la religion

Religion	Milieu de résidence		National
	Urbain	Rural	
Catholiques	26,49(173)	28,87(69)	27,13(242)
Protestantes	26,40(47)	36,67(22)	28,99(69)
Autres chrétiens	25,64(40)	43,40(23)	30,14(63)
Musulmans/athéistes/autres	26,67(48)	37,23(35)	30,29(83)
Ensemble	26,39(308)	33,41(149)	28,33(457)
Khi-deux	0,05	5,49	1,54
Significativité du khi-deux	NS	NS	NS

Source : Traitement de données de l'EDSG 2000.

Annexe B.6 proportion des adolescentes mères selon la taille du ménage

Taille du ménage	Milieu de résidence		National
	Urbain	Rural	
moins de 6 personnes	24,80(61)	30,43(35)	26,59(96)
6-9 personnes	22,36(89)	26,40(33)	23,33(122)
10 personnes et plus	30,21(158)	39,32(81)	32,78(239)
Ensemble	26,39(308)	33,41(149)	28,33(457)
Khi-deux	7,57	6,45	14,1
Significativité du khi-deux	**	**	***

Source : Traitement de données de l'EDSG 2000.

Annexe B.7 proportion des adolescentes mères selon le niveau de vie

Niveau de vie du ménage	Milieu de résidence		National
	Urbain	Rural	
Non pauvres	28,48(182)	38,46(50)	30,17(232)
Pauvres	23,86(126)	31,33(99)	26,66(225)
Ensemble	26,39(308)	33,41(149)	28,33(457)
Khi-deux	3,17	2,1	2,44
Significativité du khi-deux	NS	NS	NS

Source : Traitement de données de l'EDSG 2000.

Annexe B.8 proportion des adolescentes mères selon le sexe du chef de ménage

Sexe du chef de ménage	Milieu de résidence		National
	Urbain	Rural	
Masculin	26,42(218)	34,15(112)	28,62(330)
Féminin	26,32(90)	31,36(37)	27,61(127)
Ensemble	26,39(308)	33,41(149)	28,33(457)
Khi-deux	0	0,3	0,16
Significativité du khi-deux	NS	NS	NS

Source : Traitement de données de l'EDSG 2000.

Annexe B.9 proportion des adolescentes mères selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction de l'adolescente	Milieu de résidence		National
	Urbain	Rural	
Sans niveau/primaire	30,10(115)	31,21(98)	30,60(213)
Secondaire et plus	24,59(193)	38,64(51)	26,61(244)
Ensemble	26,39(308)	33,41(149)	28,33(457)
Khi-deux	4,03	2,3	3,11
Significativité du khi-deux	**	NS	NS

Source : Traitement de données de l'EDSG 2000.

Annexe B.101 proportion des adolescentes mères selon la connaissance du cycle ovulatoire

connaissance du cycle ovulatoire	Milieu de résidence		National
	Urbain	Rural	
Connait	29,33(247)	41,52(120)	32,45(367)
Ne connait pas	18,75(60)	18,95(29)	18,82(89)
Ensemble	26,42(307)	33,71(149)	28,43(456)
Khi-deux	13,36	22,8	30,46
Significativité du khi-deux	***	***	***

Source : Traitement de données de l'EDSG 2000.

Annexe B.11 proportion des adolescentes mères selon la connaissance d'une méthode contraceptive

Connaissance d'une méthode contraceptive	Milieu de résidence		National
	Urbain	Rural	
Aucune méthode	8,89(4)	13,64(6)	11,24(10)
Méthode moderne/traditionnelle	27,09(304)	35,57(143)	29,33(447)
Ensemble	26,39(308)	33,41(149)	28,33(457)
Khi-deux	7,38	8,57	13,55
Significativité du khi-deux	***	***	***

Source : Traitement de données de l'EDSG 2000.

Annexe B.12 proportion des adolescentes mères selon l'utilisation contraceptive

Utilisation d'une méthode contraceptive	Milieu de résidence		National
	Urbain	Rural	
Aucune méthode	12,20(56)	18,22(39)	14,12(95)
Méthode traditionnelle	27,74(43)	38,16(29)	31,17(72)
Méthode moderne	37,79(209)	51,92(81)	40,90(290)
Ensemble	26,39(308)	33,41(149)	28,33(457)
Khi-deux	84,73	46,98	123,07
Significativité du khi-deux	***	***	***

Source : Traitement de données de l'EDSG 2000

Annexe B.13 proportion des adolescentes mères selon le type d'union

type d'union	Milieu de résidence		National
	Urbain	Rural	
jamais mariée	25,77(226)	33,05(116)	27,85(342)
mariée/union libre	28,28(82)	34,74(33)	29,87(115)
Ensemble	26,39(308)	33,41(149)	28,33(457)
Khi-deux	0,7	0,095	0,58
Significativité du khi-deux	NS	NS	NS

Source : Traitement de données de l'EDSG 2000.