

ORGANISME INTERGOUVERNEMENTAL



UNIVERSITE DE YAOUNDE II

**IFORD**

INSTITUT DE FORMATION ET DE RECHERCHE DEMOGRAPHIQUES

*Lauréat du Prix des Nations Unies pour la Population 2011*

Année académique 2011-2012 - 32<sup>ème</sup> promotion

**FECONDITE DES ADOLESCENTES AU TCHAD :  
RECHERCHE DES FACTEURS EXPLICATIFS**

Mémoire présenté et soutenu par

**Monsieur DOUMKEL NGABA**

En vue de l'obtention du Diplôme de

**MASTER PROFESSIONNEL EN DEMOGRAPHIE**

**Comité d'encadrement**

**Pr. PARFAIT ELOUNDOU**

**Dr. FASSA TOLNO Daniel**

**Mr. LIBITE PAUL ROGER**

**Yaoundé, Octobre**

## ENGAGEMENT

Les opinions émises dans ce mémoire sont propres à son auteur et n'engagent en aucun cas l'Institut de Formation et de Recherche Démographiques (IFORD).

## DEDICACES

Je dédie ce travail,

A Dieu –Tout Puissant qui nous a donné son souffle de vie, souffle sans lequel ce travail n'existerait.

A mon défunt père NGABA N'DOTOLOUM Robert qui m'a toujours conseillé de vaincre la paresse intellectuelle

A ma mère KOYOUM MADELEINE, qui a contribué pour mon savoir vivre.

## REMERCIEMENTS

Au terme de nos premiers pas dans la recherche, en sciences sociales et notamment en démographie, nous tenons à remercier ceux qui de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

Nos remerciements vont à l'endroit de ceux-là même qui, malgré leurs multiples occupations n'ont ménagé aucun effort pour donner à cette œuvre une valeur scientifique à travers une rigueur dans la démarche. Professeur ELOUNDOU PARFAIT et Docteur TOLNO FASSA Daniel, nous vous remercions pour l'amour du travail et de la recherche inculqués. Vous avez été plus qu'un directeur de mémoire.

Nous aimerons, par ailleurs, exprimer notre reconnaissance à Monsieur LIBITE ROGER pour ses lectures et critiques pertinentes de notre document. De même que pour sa parfaite coordination des activités académiques, grâce à laquelle ce travail a pu s'achever.

Nos remerciements vont également à l'adresse de tout le corps enseignants et administratif de l'IFORD.

Nous remercions sincèrement l'UNFPA-TCHAD, pour le soutien financier alloué pour notre formation et l'Institut National de la Statistiques et des Etudes Economiques et Démographiques du TCHAD pour les efforts déployés afin que notre formation soit possible.

Nos remerciements vont particulièrement à tous les étudiants de la 32ème promotion, pour leur collaboration et l'esprit de travail qui a prévalu tout au long de notre formation.

Nos remerciements s'adressent enfin à tous ceux qui ont, de près ou de loin, contribué à la réussite de cette étude. Nous pensons notamment à la communauté de l'Eglise Baptiste Mid-Mission de N'Djamena pour leurs prières. Tout en vous exprimant à tous notre profonde gratitude pour votre soutien, nous vous prions de bien vouloir à travers ces quelques lignes recevoir l'expression de nos sincères remerciements.

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

ASTBEF : Association Tchadienne pour le Bien Etre Familial.

AFCM : Analyse Factorielle des Correspondances Multiples.

BCR : Bureau Central de Recensement.

CIPD : Conférence Internationale sur la Population et Développement.

CERPOD : Centre d'Etude et de Recherche sur la Population et le Développement.

DCAP : Direction de la Coordination des Activités en Matière de Population.

DPPT : Déclaration des Politiques de Population au Tchad.

DSEED : Direction de la Statistique des Etudes Economiques et Démographiques.

ECOSIT : Enquête sur la Consommation et des Secteurs Informels au Tchad.

EDST : Enquête Démographique et de Santé au Tchad.

F CFA : Franc de la Coopération Financière Africaine.

INSEED : Institut National de la Statistique, des Etudes Economiques et  
Démographiques.

IST : Infection Sexuellement Transmissible.

MST : Maladie Sexuellement Transmissible.

MICS : Enquête Nationale à Indicateurs Multiples.

ONG : Organisation Non Gouvernementale.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

PIB : Produit Intérieur Brut.

PNP : Politique Nationale de la Population.

PF : Planning Familial.

PASS : Projet d'Appui au Secteur Santé.

PEV : Programme Elargi de Vaccination.

RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat.

SR : Santé de la Reproduction.

SSR : Santé Sexuel et Reproductive.

UNFPA : Fond des Nations Unies pour la Population.

UNICEF : Fond des Nations Unies pour l'Enfance.

# TABLE DES MATIERES

Engagement .....	i
DédicaCes.....	ii
Remerciements .....	iii
TABLE DES MATIERES .....	vi
Liste des tableaux .....	vii
Liste des graphiques .....	viii
Liste des cartes .....	viii
RESUME.....	ix
SUMMARY .....	x
<b>INTRODUCTION GENERALE .....</b>	<b>1</b>
<b>CHAPITRE I : CONTEXTE DE L'ETUDE .....</b>	<b>5</b>
I.1. Situation et limites géographiques du Tchad .....	5
I.2 Situation économique du Tchad.....	7
I.3 Situation démographique .....	8
I.4. Situation culturelle .....	8
I.4.1 Société traditionnelle .....	8
I.4.2 Education .....	9
I.5. Situation sanitaire du Tchad.....	10
I.5.1 Santé de la reproduction.....	11
I.5.2 Santé sexuelle et santé de la reproduction des adolescents.....	12
<b>CHAPITRE II CADRE THEORIQUE.....</b>	<b>14</b>
II.1. Revue de la littérature .....	14
II. 1.1. Approches explicatives.....	17
II.1.2. Etudes empiriques sur les facteurs explicatifs de la fécondité des adolescentes...	22
II.2 Hypothèse générale et schéma conceptuel .....	34
II.2.1 Hypothèse générale.....	34
II.2.2 Hypothèses spécifiques.....	36
II.2.3. Définition des concepts .....	37
<b>CHAPITRE III : METHODOLOGIE .....</b>	<b>43</b>
III.1. Source des données .....	43
II.1.1. Objectifs de l'enquête .....	43
II.1.2 Échantillon.....	46
III.2. Evaluation de la qualité des données.....	47
III.2.1. Taux de couverture des variables .....	47
III.2.2. Evaluation de la qualité des données sur l'âge.....	48
III.2.3. Evaluation de la qualité des données sur l'âge au premier mariage.....	51
III.2.4. Evaluation de la qualité des données sur l'âge aux premiers rapports sexuels ...	52
III.3. Distribution des variables .....	54
III.3.1. Variables socioculturelles .....	54
III.3.2. Distribution des variables de l'environnement familial .....	55

III.3.3 Distribution des variables des caractéristiques individuelles de l'adolescente .....	56
III.3.4. Distribution des variables de comportement.....	57
III.4. Méthodes statistiques d'analyse des données.....	58
III.4.1. Analyse descriptive .....	59
III.4.2. Analyse explicative .....	59
<b>CHAPITRE IV : ANALYSES DIFFERENTIELLES .....</b>	<b>61</b>
IV.1. Différentiels de l'âge aux premiers rapports sexuels .....	61
IV.1.1. Différentiels socioculturels .....	61
IV.1.2. Différentiels selon l'environnement familial .....	62
IV.1.3 Différentiel selon caractéristiques individuelles .....	63
IV.2. Différentiel de l'âge au premier mariage .....	65
IV.2.1. Différentiels socioculturels .....	65
IV.2.2 Environnement familial.....	66
IV.2.3. Caractéristiques individuelles .....	67
IV.3. Différentiels de la fécondité précoce des adolescentes .....	73
IV.3.1. Environnement socioculturel .....	73
IV.3.2 Environnement familial et maternité précoce .....	74
IV.3.3. Caractéristiques individuelles de l'adolescente et maternité précoce .....	75
IV.3.4. Comportement de l'adolescente et maternité précoce .....	77
IV.4. Analyse descriptive multivariée.....	78
<b>CHAPITRE V: IDENTIFICATION DES FACTEURS EXPLICATIFS DE LA FECONDITE DES ADOLESCENTES AU TCHAD.....</b>	<b>84</b>
V.1. IDENTIFICATION DES FACTEURS DE LA FECONDITE PRECOCE DES ADOLESCENTES .....	84
V.1.1 Risques relatifs bruts de la fécondité précoce .....	85
V.1.2 Risques relatifs nets de la fécondité précoce.....	86
V.2. Interprétation des résultats.....	90
V.3. Contribution des variables a l'explication de la fécondité précoce des adolescentes ..	95
V.3.1. Aspects méthodologiques.....	95
V.3.2. Hiérarchisation des facteurs .....	95
V.3.3. Synthèses et discussion des résultats.....	96
<b>CONCLUSION GENERALE ET RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>97</b>
Bibliographie .....	102
Annexes .....	I

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 3.1 : Taille et couverture de l'échantillon EDST, 2004.....	47
Tableau 3.2 : Taux de réponse des différentes variables.....	48

Tableau 3.3 : Indice de Myers .....	50
Tableau 3.4 : Répartition des adolescentes selon l'âge au premier mariage.....	51
Tableau 3.5 : Répartition des adolescentes selon l'âge au premier rapport sexuel .....	52
Tableau 3.6 : Répartition des adolescentes selon l'âge à la première maternité .....	53
Tableau 3.7 : Répartition des adolescentes selon les caractéristiques socioculturelles et socioéconomiques. ....	55
Tableau 3.8 : Répartition des adolescentes selon les caractéristiques familiales.....	56
Tableau 3.9 : Répartition des adolescentes selon leurs caractéristiques individuelles.....	57
Tableau 3.10 : Répartition des adolescentes selon les variables de comportement .....	58
Tableau 4.1 : Analyse différentielle de la première activité sexuelle .....	64
Tableau 4.2 : Analyse différentielle du premier mariage.....	68
Tableau 4.3 : Analyse différentielle de l'utilisation des méthodes contraceptives .....	72
Tableau 4.4 : Analyse différentielle de la fécondité.....	74
Tableau 4.6 : Caractéristiques de l'adolescente et maternité précoce.....	77
Tableau 4.7 : Comportement de l'adolescente et maternité précoce.....	78
Tableau 4.8 : Contribution des - modalité à l'inertie des axes factoriels .....	80
Tableau 5.1 : Risques relatifs de fécondité précoce des adolescentes tchadiennes âgées de 15-19 ans (EDST-II, 2004).....	92
Tableau 5.2 : Hiérarchisation par ordre décroissant des facteurs selon leur contribution à l'explication du risque de fécondité précoce des adolescentes au Tchad.....	96

## **LISTE DES GRAPHIQUES**

Graphique 3.1 Distribution des adolescentes par âges de 15 à 19ans (EDS II 2004) .....	49
Graphique 3.2 : Courbe de l'âge à la première maternité des adolescentes (15-19 ans).....	54
Graphique 4.1 : Histogrammes des valeurs propres.....	79
Graphique 4.2 : Présentation du plan factoriel .....	82

## **LISTE DES CARTES**

Carte 1.1 : Carte administrative du Tchad.....	6
--	---

## RESUME

La fécondité dans la plupart des pays d'Afrique au Sud du Sahara est certes élevée mais l'on note une relative baisse au cours de ces dernières années. Cependant certains pays, notamment le Tchad se distinguent par leur faible rythme de transition de la fécondité. En effet, dans ce pays, on assiste à une entrée précoce des femmes en vie reproductive et un nombre moyen d'enfants par femme égal à 6,3. La fécondité des adolescentes n'est pas sans conséquence sur leur santé, celle de leur progéniture et partant sur toute la communauté. De ce fait, il importe de chercher à identifier les facteurs de la fécondité précoce des adolescentes au Tchad afin de mettre à la disposition des décideurs les informations nécessaires à une orientation efficace des programmes d'amélioration de leur santé reproductive. C'est dans cette optique que s'inscrit l'objet de cette étude.

L'hypothèse générale vérifiée dans cette étude est que les facteurs socioculturels, socioéconomiques et les facteurs institutionnels influencent la fécondité des adolescentes sous l'effet des variables intermédiaires qui sont l'âge aux premiers rapports sexuels, l'âge au premier mariage et l'utilisation de la contraception. Les données issues de la deuxième enquête démographique et de santé réalisée au Tchad en 2004 (EDST-II) ont été utilisées pour la vérification des hypothèses de cette étude.

Il ressort des analyses multivariées que la fécondité précoce des adolescentes tchadiennes serait fortement influencée par les facteurs comportementaux tels que la sexualité précoce, la sous-utilisation des méthodes contraceptives et l'union précoce ; les caractéristiques individuelles des adolescentes (niveau d'instruction, connaissance du cycle ovulatoire, connaissance des méthodes contraceptives et état matrimonial) et les facteurs familiaux (exposition aux mass médias).

En définitive, les différents résultats trouvés dans cette étude montrent la nécessité, sinon l'urgence des actions vigoureuses en matière de Santé de la Reproduction en faveur des adolescentes au Tchad.

## SUMMARY

Fertility in most remains high in despite a relative drop Sub-Sahara years. However countries, such are Chad are fertility transition, witer a total fertility rate lag in their children by woman of 6,3. Because adolescent fertility has severe consequence for health, education and economic opportunists it is important to identify its determinants in order to provide decision makers information to design effective programs.

The purpose this study is to examine how socioeconomic sociocultural and institutional factors influence adolescent fertility, and how their effect worst through under the effect of intermediate variables which are the age of first sexual relations, marriage and use of contraception. Data from the second demographic survey and health carried out in Chad in 2004 ( EDST-II) were used for the of these study hypothesis.

It arises from the analyses multivariate that the early fertility of Chadian adolescents would be strongly influenced by the behavioral factors such as early sexuality, the underutilization of the contraceptive methods and the early union; individual characteristics of adolescents (educational level, knowledge of the cycle ovulatory, knowledge of the contraceptive methods and marital status) and family factors (exposure to the mass media).

At the end our results show the need, to un destake a number of vigorous actions in me areas of reproductive in Chad.

## INTRODUCTION GENERALE

Le niveau élevé de la croissance démographique constitue un frein aux efforts de développement dans la plupart des pays africains. La permanence d'un écart important entre la croissance démographique et la croissance économique insuffisante est souvent un facteur qui contribue à la détérioration des conditions de vie des populations: inégalités des conditions sociales, économiques et politiques; moyens d'existence incertains ;taux élevés de chômage; conflits armés et confrontation; exclusion sociale ; sans-abri ;incidence grandissante de la maladie, de la faim et de la pauvreté ; changements de rôle de la famille; possibilités inadéquates pour l'éducation et la formation. Ces problèmes auxquels les jeunes sont de plus en plus confrontés représentent un défi pour les sociétés d'aujourd'hui, mais également pour les générations futures. Parmi les jeunes, les adolescentes (jeunes filles âgées de 15-19 ans) constituent une couche encore plus vulnérable parce que confrontées à d'autres problèmes supplémentaires que sont la discrimination sexuelle et les problèmes liés à la découverte de la sexualité, notamment les grossesses non désirées, les avortements clandestins, les infanticides et les infections sexuellement transmissibles (IST) dont la pandémie du VIH/SIDA. *Environ 15 millions de jeunes femmes de 15 à 19 ans enfantent chaque année. Près de 10% de toutes les naissances à travers le monde sont attribuées à des adolescentes<sup>1</sup>. 1/4 des avortements à risque (5millions) sont pratiqués chez des adolescentes de 15 à 19 ans<sup>2</sup>.* Cette situation alarmante, bien qu'observée universellement, paraît particulièrement dramatique en Afrique Subsaharienne où l'on estime qu'une femme sur 25 meurt des suites d'une grossesse ou d'un accouchement, comparé à seulement une femme pour 10 000 dans un pays industrialisé.

De toutes les variables démographiques, la fécondité est le principal déterminant de cette croissance rapide de la population africaine. Ce phénomène varie selon les continents et à l'intérieur des continents. Son niveau est faible en Afrique du Nord et dans quelques pays anglophones d'Afrique subsaharienne.

---

<sup>1</sup> Population Council et Population Référence Bureau ; Reproductive Rights

<sup>2</sup> Fédération Internationale pour la Planification Familiale (IPPF)

Le niveau de fécondité observé actuellement au Tchad demeure l'un des plus élevés au monde puisqu'en arrivant en fin de vie féconde une femme aurait en moyenne 6,3 enfants (EDS II 2004). Ce niveau de la fécondité encore élevé s'explique d'une part, par la nature même de la fécondité qui est précoce, intense et étalée tout le long de la vie féconde de la femme et d'autre part, par les facteurs socioculturels et socio-économiques qui la gouvernent (la valorisation de la descendance nombreuse et les mutations en cours qui favorisent de nombreuses grossesses d'adolescentes). En effet, les hauts niveaux de fécondité en Afrique Subsaharienne dépendent à la fois de la structure très jeune des femmes en exposition au risque de grossesse et de la longue durée de cette exposition (Evina, 1998).

La fécondité des adolescentes touche toutes les régions du monde, et est un sujet d'intérêt dans le monde de la recherche. A travers ses incidences sociales tant au niveau individuel que collectif, elle constitue un aspect important de la dynamique de la population dans diverses sociétés. Les programmes de population accordent une attention particulière à ce qu'on désigne en général sous le terme de fécondité des adolescents, tant à cause de son rôle dans la fécondité que pour ses conséquences sur l'avenir et la santé des jeunes mères et leurs enfants.

Le Tchad à l'instar des autres pays situés en Afrique subsaharienne n'est pas épargné de ce phénomène de la fécondité des adolescentes. Selon l'enquête démographique et de la santé II, le taux de fécondité est 187‰ pour les jeunes femmes de 15-19 ans et plus de tiers des jeunes femmes de 15-19 ans (37%) ont déjà commencé leur vie féconde : 30% sont déjà mères et 6% sont enceintes pour la première fois. Cependant ce niveau de fécondité des adolescentes reste toujours élevé et se situe au dessus de la moyenne africaine et mondiale. La fécondité des adolescentes au Tchad occupe une place importante dans l'élaboration des politiques et la mise en œuvre des stratégies et des programmes de la santé de la reproduction.

L'analyse de la fécondité des adolescentes revêt une grande importance pour des raisons diverses. Premièrement, les enfants nés de mères très jeunes courent des risques élevés de mortalité. Deuxièmement, les mères adolescentes sont plus exposées que leurs aînées aux complications de grossesse et moins aptes à les gérer, ce qui engendre des risques accrus de complications pendant l'accouchement et de décès pour causes maternelles. Troisièmement, leur entrée précoce dans la vie reproductive réduit considérablement leurs opportunités scolaires et donc professionnelles. C'est dans cette optique que Le Tchad a

adopté la Déclaration de la Politique de Population en 1994 et sa mise en œuvre de 1994 à 2001. Le Tchad a pris également des engagements, lors des conférences internationales et régionales tenues après l'adoption de la Déclaration de la Politique de Population, telles que la Conférence Internationale sur la Population et le développement (Caire 1994), la Conférence Mondiale sur les Femmes (Beijing 1995).

La Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) de 1994 a 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. La politique Nationale de Population (PNP) repose sur le principe que les problèmes de population sont, dans une très grande mesure, la conséquence de choix, d'attitudes et de comportements des individus, des couples et des familles, et participent de ce fait à la culture et à la civilisation. Ces choix se traduisent souvent en terme de besoins d'éducation, de santé, de logement et d'emploi que la performance actuelle de l'économie tchadienne ne peut satisfaire. Plusieurs activités de développement ont été initiées par le Gouvernement en vue de maîtriser ces problèmes mais, ces problèmes demeurent préoccupants malgré les efforts qui ont été déployés. C'est cette situation qui justifie amplement l'actualisation de la présente Politique Nationale de la Population qui couvre la période 2002-2015. 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 transmises et les risques de stérilité en résultant. »<sup>3</sup>. La baisse de la fécondité souhaitée dans les pays au sud du Sahara et plus particulièrement au Tchad dépendra dans une certaine mesure au recul de la fécondité des adolescentes.

En tenant compte de tous ces maux qui entravent la santé sexuelle et reproductive des jeunes/adolescentes en Afrique, leur bien-être social et économique peut être compromis. Cette étude se propose donc de contribuer à l'identification des facteurs explicatifs de la précocité de la fécondité au Tchad et d'établir les relations entre les traditions d'une part et la modernité de l'autre, ceci à travers l'environnement global, l'environnement familial, les caractéristiques individuelles de l'adolescente et son comportement en matière de sexualité et

---

<sup>3</sup> Programme d'action de la CIPD, paragraphe 7.41.

de procréation. Elle se démarque des travaux antérieurs par une opérationnalisation plus large du concept de l'environnement familial et des caractéristiques de l'adolescente. La question centrale dans cette étude est de savoir « *Quels sont les facteurs qui contribuent au niveau élevé de la fécondité des adolescentes au Tchad ?* »

*En répondant à cette question, l'étude contribuera donc à l'amélioration de l'état des connaissances sur les facteurs explicatifs de la fécondité des adolescentes au Tchad, afin d'éclairer les décideurs tchadiens sur les principaux éléments à prendre en compte pour améliorer et/ou mettre en œuvre des politiques et programmes de développement adaptés pour les adolescentes, de plus en plus vulnérables.* Plus spécifiquement, cette étude permettra de (d') :

- Décrire les variations de la fécondité des adolescentes selon les facteurs explicatifs ;
- Etablir le profil des adolescentes les plus exposées au risque de maternité précoce ;
- Identifier les facteurs explicatifs de la fécondité précoce ;

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 le cadre théorique. 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 Tchad, dans divers aspects (socioculturel, socioéconomique, familial, individuel, etc.). Enfin, le chapitre 5 traite des différents facteurs explicatifs de la fécondité des adolescentes au Tchad.

## **CHAPITRE I : CONTEXTE DE L'ETUDE**

Ce premier chapitre présent le contexte de l'étude c'est à dire les caractéristiques du pays, la situation globale dans laquelle se déroule la fécondité des adolescentes. Il décrit les principaux aspects socioculturel, socioéconomique et sanitaire du pays, ce qui permet de mieux comprendre les facteurs susceptibles d'empêcher ou de favoriser une naissance précoce chez l'adolescente.

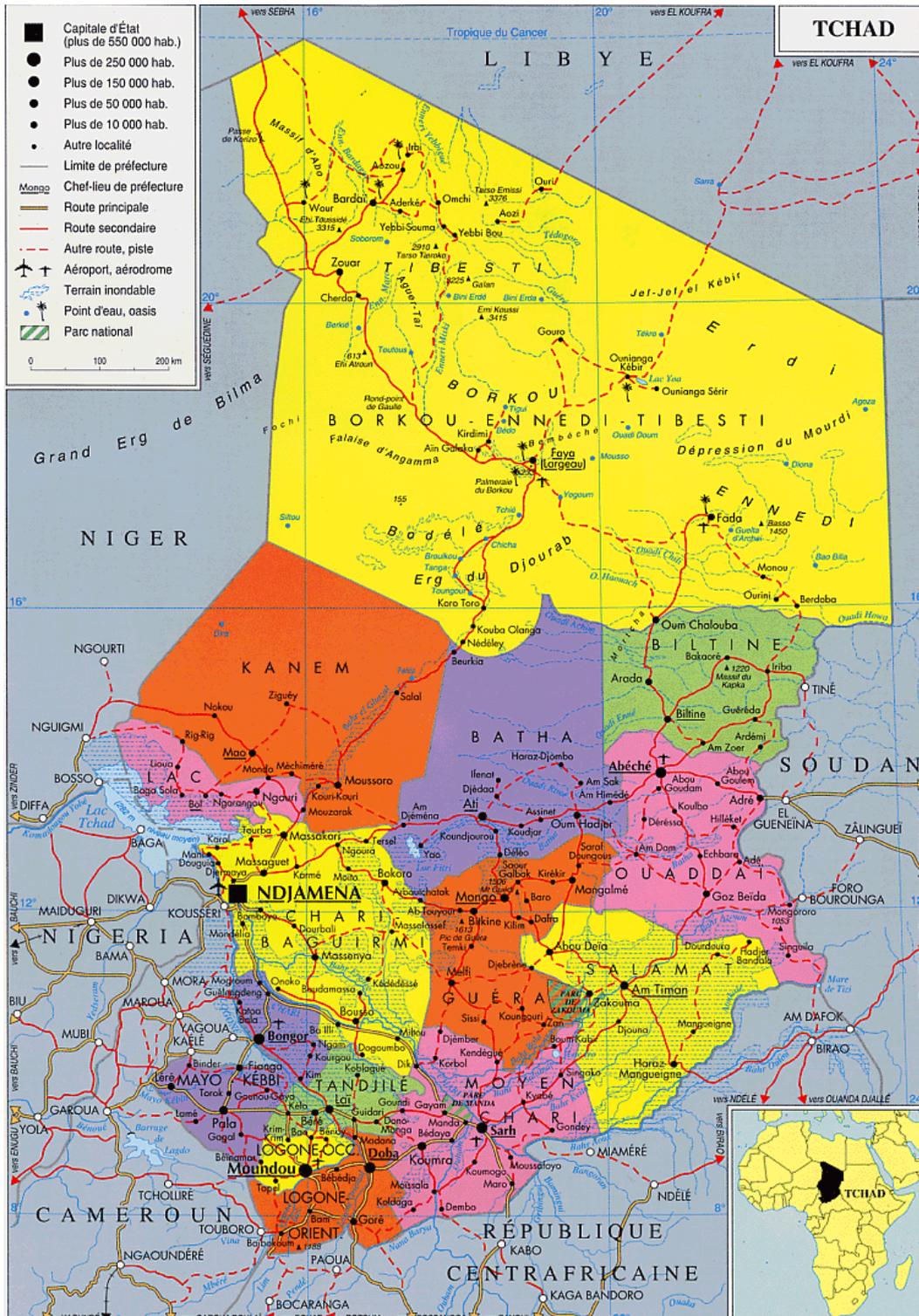
### **I.1. Situation et limites géographiques du Tchad**

La République du Tchad appartient politiquement et économiquement à l'Afrique Centrale, mais en raison des similitudes des conditions climatiques, elle est rattachée également aux pays sahéliens. Elle est située entre les 7° et le 24 e degré de latitude Nord et les 14° et 24° degrés de longitude Est. Le pays couvre une superficie de 1284000 Km<sup>2</sup>. Il est limité au Nord par la Libye et au Sud par la République Centrafricaine, à l'Est par le Soudan, et à l'Ouest par le Niger, le Nigeria et le Cameroun.

Sur le plan administratif, le territoire national est subdivisé en régions, départements, sous-préfectures, cantons et villages. La situation actuelle se caractérise par le découpage du territoire en 18 régions (y compris la capitale Ndjamen), 50 départements et 202 sous-préfectures. La langue officielle du Tchad est le Français ; les langues nationales les plus parlées sont le Sarah et le l'Arabe locale.

De par sa position géographique, au Sud du Tropique du Cancer et au cœur du continent africain, le Tchad est marqué par une continentalité accentuée dont l'étranglement économique est l'une des conséquences. En effet, le pays est dépourvu de toute façade maritime. Le port le plus proche est Port Harcourt (Nigéria), à 1 700 km de Ndjamen. Cet enclavement extérieur est accentué par une insuffisance des réseaux routiers qui rend difficile la circulation durant une bonne partie de l'année.

Carte 1.1 : Carte administrative du Tchad



SOURCE : Ministère de l'Intérieur et l'Administration du Territoire

## I.2 Situation économique du Tchad

Selon le rapport de l'EDS II, le Tchad a connu une bonne performance macroéconomique depuis 1994, grâce à l'appui de la Facilité d'Ajustement Structurel Renforcée et de la Facilité pour la Réduction de la Pauvreté et pour la Croissance. La croissance du PIB a été, en moyenne de 5,2 % en valeur réelle pendant la période 1994-2003. Depuis 2001, elle a dépassé 9,5 % en moyenne, par an. D'après les dernières estimations et projections, le PIB réel a continué d'augmenter à un rythme soutenu (8,4 et 12,6 %) en 2002 et 2003 sous l'effet des investissements liés au pétrole et de leurs retombées. En ce qui concerne le développement humain, le Tchad occupe la 167<sup>em</sup> place parmi les 177 pays inclus dans l'indice 2004 du développement humain des Nations Unies. D'après la première Enquête sur la Consommation et le Secteur Informel au Tchad (ECOSIT-I) en 1995- 96, l'incidence de la pauvreté (à savoir le pourcentage de ménages dont les dépenses annuelles sont inférieures au niveau nécessaire pour couvrir les besoins alimentaires et non alimentaires minima<sup>4</sup> est estimé à 43,4 %). Si l'on utilise une définition transnationale du seuil de pauvreté, quatre cinquièmes des neuf millions d'habitants vivent avec moins d'un dollar par jour. Les indicateurs sociaux restent bien au-dessous des moyennes de l'Afrique subsaharienne. Plus de la moitié des habitants de plus de 15 ans (y compris la majorité des femmes) sont analphabètes. L'accès à des sources améliorées d'eau potable s'est étendu au cours des trois dernières années mais reste néanmoins limité à un tiers de la population. Seulement 1 % de la population dispose de l'électricité et on ne compte que 550 kilomètres de routes revêtues sur un territoire de plus de 1,2 millions kilomètres carrés. Le PIB réel par habitant a, augmenté en moyenne de 7,6 % au Tchad. La grande partie des ménages est restée en dessous du seuil de la pauvreté et les jeunes vivants dans ces ménages ont des conditions de vie détériorées. Cette détérioration des conditions de vie a beaucoup plus affecté les jeunes, et érodé l'équilibre des ménages. La plupart des parents ou tuteurs ne parvenant plus à satisfaire les besoins de leurs enfants, assistent impuissamment au changement de comportement de ceux-ci ; tandis que ces derniers sont de plus en plus attirés par la mode. De ce fait, de nombreuses jeunes filles adoptent des comportements sexuels à risque en vue de satisfaire leurs envies, et ceci conduit parfois à une grossesse/maternité non désirée.

---

<sup>4</sup> Pour l'ensemble du territoire couvert par l'ECOSIT-I, le niveau (quotidien) est estimé à 253 FCFA, nettement en deçà de la norme internationale du seuil de pauvreté qui est d'un dollar par personne par jour (environ 700 FCFA).

### **I.3 Situation démographique**

La population tchadienne, estimée en 1993 à environ 6280000 habitants, s'établit en 2005 à 9,3 millions et atteindra 12 millions d'habitants en 2015 selon les projections de la direction de la coordination des activités en matière de population (DCAP, 2003). Le taux de croissance démographique est passé de 1,4% en 1964 (service de statistiques, 1966) à 2,5% en 1993 (BCR, 1995) pour atteindre 3,2% en 2000 selon les projections de DCAP en 2003. 58% des tchadiens ont moins de vingt ans. L'espérance de vie à la naissance est de 48 ans. Le taux de mortalité maternelle avoisine 800 à 1000 décès pour 100000 naissances vivantes ; et un enfant sur dix n'atteint pas l'âge de 5 ans. Le taux d'alphabétisation des adultes 41% (Unicef, 2000-2004) est parmi les plus faibles du monde. La structure par âge et par sexe relève que la population au Tchad est relativement jeune et à dominance féminine. La population âgée de 15 ans à 59 ans représentait 47% de la population totale. Les femmes représentaient 52% alors que la proportion des hommes se situait autour de 48%. Le niveau de fécondité au Tchad reste l'un des plus élevés de la sous région, l'indice synthétique de fécondité était de 5,1 enfants par femme en 1964 (service de statistiques, 1964). Il était estimé à 5,6 enfants par femme en 1993 (BCR, 1995) et à 6,6 enfants par femme en 1996-97 (EDS 1997). La population urbaine qui était en 1990 à 21,1% est passée à 22,2% en 1995 soit une augmentation de 1,1% tous les cinq ans.

### **I.4. Situation culturelle**

#### **I.4.1 Société traditionnelle**

Dans la société traditionnelle africaine de type patriarcal comme la plupart des sociétés traditionnelles au Tchad, la femme a un statut de subordination. Dans ces sociétés fortement hiérarchisées, l'adolescente n'a pratiquement pas de poids dans la prise de décision de son mariage lors que sa demande main sollicitée par un homme. Socialement, la majorité des adolescentes et des jeunes adultes ne bénéficient pas d'un statut, d'un rôle et d'une source de valorisation bien définis. Par ailleurs, leur fonction reste floue. De ce fait, le mariage et la procréation deviennent alors une source d'émancipation sociale et le moyen d'y parvenir. Dans la logique des différentes coutumes, quelques mois après l'entrée en union, la jeune mariée doit porter des signes de grossesse faute de quoi, elle se crée des suspicions et des inquiétudes de part et d'autre. Les femmes de la famille, en particulier les doyennes ont pour

rôle de prodiguer des conseils à la jeune épouse et d'identifier sur elle les premiers signes de grossesse. Ceci montre combien la première grossesse de la jeune femme dans la famille de son conjoint est un évènement de grande importance.

Par ailleurs, dans la tradition africaine, une forte fécondité est souhaitable et socialement valorisée alors que la stérilité est vue comme une malédiction et est perçue comme la punition des ancêtres. Les femmes stériles sont stigmatisées et ont un statut inférieur dans la société et dans certains cas, considérées comme des sorcières. « *Ce sont donc ces contraintes directes ou indirectes que la société impose à la jeune ayant acquis fraîchement le statut d'épouse qui déterminent l'exposition au risque de grossesse de la fille fraîchement mariée. La consommation du mariage étant admise dès la puberté, ces contraintes s'imposent à toute fille pubère ayant acquis le statut d'épouse. La soumission au conjoint qui doit faire preuve de son ego masculin, le désir de prouver sa fécondité sont autant d'éléments qui déterminent l'exposition au risque de grossesse chez l'adolescente (...)* » (Kouton, 1992 : P54). Le rapport d'inégalité entre homme et femme peut induire une fécondité non maîtrisée chez la femme, et chez l'adolescente la précocité de la maternité. 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. Le Tchad compte environ 225 ethnies qui constituent une grande diversité culturelle. L'appartenance ethnique est considérée comme un facteur important de différenciation des comportements sexuels des adolescentes. Sur le plan religieux, le Christianisme représente 38%, suivi de l'Animisme 11% et l'Islam 52% (UNFPA, 2005a).

#### **I.4.2 Education**

Au Tchad, le système éducatif est confronté à des multiples problèmes qui rendent précaire la scolarisation des enfants. Calqué sur le modèle français, le système éducatif tchadien est structuré en trois cycles : primaire, secondaire et supérieur. Une proportion importante de la population Tchadienne âgée de 6 ans ou plus n'a jamais fréquenté l'école et plus particulièrement les femmes (73% contre 54% pour les hommes). Le pourcentage des femmes ayant atteint le niveau secondaire se situe à 4% contre 12% pour les hommes (EDST 2004). Cela résulte de l'intensité des mariages des enfants, 73% en milieu rural contre 65% en milieu urbain (UNICEF, 1987-2005). Par rapport à l'EDST 1997, on constate une légère

amélioration de la scolarisation des femmes. En effet la proportion des femmes sans instruction est passée de 78% en 1996-97 à 73% en 2004. De même, on constate chez les hommes une légère amélioration de la scolarisation : 56% des hommes sans instruction en 1996-97 contre 54% en 2004. La variable géographique affecte la scolarisation de manière déterminante. Les chances d'aller à l'école dépendent de la région où l'on vit et cela renforce les inégalités entre les filles et les garçons.

#### **I.4.3 Alphabétisation.**

Elle est un aspect de la culture qui joue un rôle non négligeable dans l'éducation de la population. Au Tchad, le taux d'analphabétisme est très élevé : 88% des femmes et 59% des hommes pour les 15 ans et plus (Enquête MICS 2000). La proportion des analphabètes tous sexes confondus est de 75% (DSEED 2001). Cependant, le niveau d'alphabétisation est bas (26%) avec un grand écart entre homme et femme : 13% pour les femmes et 41% chez les hommes (UNICEF 2000-2004). En outre, on constate que les proportions des alphabétisés varient de façon importante selon le milieu de résidence. Ainsi 59,2% pour le milieu urbain et 26,4% en milieu rural (EDS 2004).

#### **I.5. Situation sanitaire du Tchad**

Comme dans beaucoup de pays en développement, le secteur sanitaire au Tchad enregistre plusieurs difficultés notamment l'insuffisance des services sanitaires ou la concentration de ceux-ci en milieu urbain, une répartition inadéquate du personnel soignant au détriment de la zone rural, l'absence de formation en SR des agents de santé, la détérioration des infrastructures et des équipements, une carence d'approvisionnement en produits notamment en contraceptifs, etc.

A partir des données disponibles, l'espérance de vie à la naissance était estimée à 49,6 ans pour l'ensemble des deux sexes (hommes 48,5ans et femmes 50,6ans) selon les projections de la DCAP en 2005, hypothèse moyenne ; la mortalité générale à 16 ,3 ‰ au RGPH de 1993 (18,6 ‰ pour les hommes et 14,2 ‰ pour les femmes), le ratio de mortalité maternelle (RMM) reste élevé à 827 décès pour 100.000 naissances vivantes (EDS I, 1996-97), lié notamment aux complications de la grossesse, des accouchements et des avortements provoqués. Le taux de mortalité infantile est estimé à 103‰ (EDS-I,1996-97), la mortalité

infanto-juvénile à 194 ‰ (EDS I, 1996-97). 64 ‰ des femmes, au cours des cinq années ayant précédé l'EDST-I n'ont suivi aucune consultation prénatale (EDST-I, 1996-97).

Les 88 ‰ des naissances ont eu lieu en dehors des centres hospitaliers c'est-à-dire à la maison (EDST-I, 1996-97) ; 44 ‰ des enfants n'ont reçu aucune dose de vaccin (EDST-I, 1996-97) ; 11 ‰ seulement des enfants de 11–23 mois ont reçu toutes les doses de vaccin (EDST-I, 1996-97).

### **I.5.1 Santé de la reproduction**

Selon l'EDS II, on observe que parmi les dernières naissances survenues au cours des cinq dernières années, moins de la moitié (43 ‰) ont bénéficié de consultations prénatales auprès de professionnels de la santé (médecins, infirmières, sages-femmes et accoucheuse traditionnelle formée). Ces consultations ont été, dans leur grande majorité, effectuées par des sages-femmes (27 ‰), dans une moindre proportion par des infirmières (9 ‰) et des matrones ou accoucheuses traditionnelles formées (4 ‰). Cependant, pour plus d'une naissance sur deux (56 ‰), les mères n'ont consulté personne au cours de leur grossesse. De plus, ces résultats font apparaître de fortes variations selon le milieu et la zone de résidence. Si, en milieu urbain, plus de huit naissances sur dix (81 ‰) ont donné lieu à des consultations prénatales, en milieu rural, cette proportion n'est que de 34 ‰. À N'djamena, dans 87 ‰ des cas, les mères sont allées en consultation prénatale. Corrélativement, c'est en milieu rural que l'on trouve la plus forte proportion de femmes (65 ‰) qui ne sont jamais allées en consultation prénatale. En outre, le recours aux consultations prénatales varie de façon très importante avec le niveau d'instruction des femmes. C'est ainsi que pour la quasi-totalité des naissances issues de femmes ayant un niveau secondaire ou plus (92 ‰), il y a eu un suivi de la grossesse, alors que 74 ‰ des naissances de femmes ayant un niveau primaire et seulement 32 ‰ de celles de femmes sans instruction ont donné lieu à des visites prénatales. En sus de la faible qualité des soins et services fournis aux femmes pendant la grossesse et au moment de l'accouchement, divers autres facteurs sont incriminés. Il s'agit notamment de la faible utilisation du traitement tétanos néonatal (42%) seulement des femmes ont été vaccinées complètement ou partiellement. (64%) des ménages déclarent utiliser des moustiquaires et des méthodes contraceptives (8%) des femmes déclarent utiliser la contraception.

## **I.5.2 Santé sexuelle et santé de la reproduction des adolescents**

La précocité des rapports sexuels, souvent non protégés, induit une forte prévalence des grossesses précoces dans cette couche de population. Ainsi, le niveau de fécondité des adolescentes (15-19 ans) est resté relativement stationnaire au cours des deux EDS (EDS I, EDS II ) avec un taux de fécondité adolescente de 187‰ pour la période la plus récente correspondant au niveau de fécondité adolescente généralement observé dans les pays à forte fécondité d’Afrique . À l’âge de 15 ans, 7 % des femmes ont déjà commencé leur vie féconde et cette proportion augmente régulièrement et rapidement avec l’âge ; à 17 ans, 42 % des femmes ont déjà, au moins, un enfant ou sont enceintes pour la première fois et, à 19 ans, cette proportion concerne près des trois quarts des jeunes femmes (71 %) dont la grande majorité (64 %) a déjà, au moins, un enfant.

Par ailleurs, il faut noter que les actions de planification familiale au Tchad sont organisées, pour la plupart, par l’Association Tchadienne pour le Bien Etre Familial (ASTBEF), qui est une ONG œuvrant dans ce domaine depuis les années 1986. Mais les premières campagnes de PF ne s’intéressaient pas aux adolescentes, considérées comme une catégorie sociale non concernée par ces questions. Certainement, à cause des barrières culturelles qui présupposaient qu’adresser des messages de SSR aux adolescentes représentait une incitation à la dépravation des mœurs et à la débauche sexuelle.

### **Synthèse et conclusion partielle.**

Ce chapitre avait pour but de présenter le contexte de l’étude, c'est-à-dire de ressortir les principaux aspects économiques, démographiques, socioculturels et la situation sanitaire du Tchad et, d’établir leurs interrelations avec les problèmes de santé sexuelle et reproductive (SSR) des adolescentes. Il ressort que, malgré l’existence de nombreuses ouvertures à la modernité pour les femmes tchadienne des générations actuelles, la précarité des conditions de vie, les pesanteurs culturelles et les barrières qui empêchent les adolescentes d’accéder librement à l’information et aux services de santé de la reproduction sont autant de facteurs à prendre en compte dans l’explication des comportements sexuels des adolescentes, par conséquent de la précocité de leur fécondité.

Le chapitre suivant présente les approches théoriques sur lesquelles nous nous sommes appuyées pour analyser le phénomène.

## CHAPITRE II CADRE THEORIQUE

Ce chapitre aborde les aspects théoriques 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. De cette revue, suit le schéma conceptuel relatif aux hypothèses de l'étude, et le chapitre s'achève par un schéma d'analyse utilisé pour tester les différentes hypothèses énoncées.

### II.1. Revue de la littérature

L'étude de la fécondité des adolescentes pendant longtemps n'a pas été dissociée de celle de la fécondité générale. Par la suite elle s'est imposée la nécessité de l'étudier spécifiquement. C'est aux États-Unis que la fécondité précoce est la plus largement étudiée. Les grossesses précoces non désirées font l'objet de nombreuses analyses et leurs conséquences sur la santé et le bien-être futur de la mère et de l'enfant sont mises en valeur. Le problème apparaît moins aigu en Europe où la contraception a été adoptée de plus rapidement. Hofferth et Hayes (1987) soulignent qu'aux États-Unis les jeunes filles de moins de 15 ans ont une probabilité cinq fois supérieure d'avoir une naissance que dans les autres pays occidentaux. Par ailleurs, les États-Unis présentent les plus fortes proportions d'avortements, de naissances et de grossesses chez les moins de 20 ans. Dans les pays développés, les années 60 furent une période de profond changement social dont la conséquence positive a été l'émergence d'une plus grande liberté individuelle et d'une plus grande égalité entre les sexes. Aux États-Unis, ces acquis ont été assortis de conséquences pouvant être jugées néfastes au bien-être des individus : augmentation des divorces, paupérisation des femmes, augmentation des grossesses d'adolescentes, des grossesses hors mariage et des avortements (Chilman, 1986). C'est à partir de cette période que les chercheurs se sont intéressés à la fécondité précoce et aux conséquences qu'elle pouvait entraîner. L'évolution des comportements chez les jeunes générations, associée au changement structurel causé par l'arrivée à l'âge de l'adolescence des générations du « baby-boom », a rendu d'autant plus fréquentes les grossesses d'adolescentes. Aux États-Unis la part des naissances issues de mères de moins de 20 ans, qui représentait, en 1950, 12 % des naissances totales et 20 % des premières naissances, équivalait en 1981, respectivement, à 17 % et 31 % (Moore et al. 1981). Les grossesses des adolescentes (jeunes filles de moins de 20 ans) ne

constituent pourtant pas un fait nouveau. Jekel et Klerman (1979) qualifient ce phénomène d'endémique, plutôt que d'épidémique. S'il devient un point de mire aux États-Unis, ce n'est pas seulement en raison du gonflement de l'effectif des 15-19 ans, qui provoque, mécaniquement, un accroissement "structurel" des grossesses d'adolescentes en nombres absolus, mais surtout en raison des modifications du contexte social dans lequel se produisent ces grossesses. En effet, les années 60 se caractérisent par une liberté sexuelle de plus en plus grande dans un environnement plus permissif. L'activité sexuelle des jeunes filles célibataires est de plus en plus intense, surtout dans les milieux urbains. Des enquêtes nationales ont montré aux États-Unis que la proportion des jeunes filles célibataires de 15 à 19 ans en ville ayant déjà eu un rapport sexuel est passé de 30,4 % en 1971 à 43,4 % en 1976 et 49,8 % en 1979 (Hofferth et al. 1987). En 1982, la même proportion calculée à partir d'un échantillon représentatif de la population (tous milieux confondus) est de 57 % (Hofferth, 1987b). Les grossesses d'adolescentes se produisent alors de plus en plus souvent en dehors du mariage.

En Europe le problème paraît moins accentué ; mais en Grande Bretagne où 13% de jeunes filles de 20 ans sont déjà mères il est qualifié de « suicide social ». En France où les « ado-mamans » ne représentent que 4% des filles de 20 ans, deux chercheurs – Nativel et Daguette<sup>5</sup> sous l'initiative de la Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf) – se sont le plus intéressés au coût « 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, 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 enceintes.

---

<sup>5</sup> Blandine Grosjean, Actualités des églises : Maternités précoces, mamans mineures de mère en fille, Libération/CPDH, Art. Sur net ([www.google.fr](http://www.google.fr))

En Afrique, de nombreuses études se sont intéressées à la recherche des facteurs de la fécondité précoces. De nombreux chercheurs se sont intéressés dans un premier temps à connaître l'effet des variables culturelles dans l'explication des niveaux élevés de la fécondité à un âge précoce. C'est ainsi que Kouton (1992), Calvès (1996, 1999) Meekers (1994) et Delaunay (1994) ont abouti aux résultats que les facteurs culturels (l'ethnie, la religion, le niveau d'instruction et le milieu d'habitat) sont des déterminants des niveaux de fécondité des jeunes filles en Afrique au Sud du Sahara. Evina (1998), à travers une approche basée sur l'encadrement familial, montre que le niveau d'instruction des parents, leur statut matrimonial, leurs catégories sociales et la cohabitation ou non de l'adolescente avec ses parents biologiques ont une influence sur le comportement sexuel et l'entrée en vie féconde des adolescentes.

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. Aussi, depuis le début des années 1980, de nouvelles recherches remettent en question les interprétations classiques, principalement économiques, concernant les facteurs de la fécondité adolescente. De nouvelles approches sont abordées :

- les conditions économiques<sup>6</sup> sont examinées moins en elles-mêmes que situées dans le contexte de l'allongement de l'adolescence et de son impact sur les modes de vie, dont la modernisation qui laisse peu de place à l'enfant ;
- les Etats ayant réagi à des niveaux élevés de fécondité précoce par des programmes de planification familiale, il n'est plus possible de ne pas en tenir compte.

---

<sup>6</sup> Il convient de préciser que les « approches économiques classiques » considéraient les conditions économiques comme des facteurs uniques et universellement capables d'un changement en matière de procréation. Tandis que les « nouvelles approches » tentent de replacer les éléments économiques dans le contexte particulier auquel sont rattachés les événements.

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 Tchad. 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.

## **II. 1.1. Approches explicatives**

Cette partie présente un ensemble d'approches de recherche utilisées par les études antérieures, pour appréhender le problème de fécondité précoce. Dans ce sens, on parle d'approche socioéconomique, socioculturelle, institutionnelle...

### **II.1.1.1. Approche socioculturelle**

Dans cette approche, les normes et valeurs culturelles sont susceptibles d'influencer les comportements sexuels et procréateurs dans la société. Elle se base donc sur le fait que les perceptions et les pratiques sexuelles et procréatrices des individus résultent du système socioculturel dans lequel ils sont moulés. Elle traduit le fait que la sexualité et la fécondité ne sont pas des phénomènes isolables, mais s'inscrivent dans les normes et les valeurs en matière de sexualité, de nuptialité, de famille et de fécondité (Rwengé, 1999). Cette approche dégage deux sous-approches le modèle de l'héritage culturel et le modèle de la désorganisation sociale.

#### **a) Théorie de l'héritage culturel**

La théorie de l'héritage culturel explique la fécondité des adolescentes à travers les valeurs traditionnelles et normatives véhiculées par l'ethnie et la religion. En effet, l'ethnie, en tant que lieu de production de modèles socioculturels auxquels s'identifient les individus, est l'un des éléments importants à prendre en compte dans l'étude de la fécondité précoce. Elle influence les variables de comportements telles que l'âge aux premiers rapports sexuels, l'âge à la première union, la pratique contraceptive, l'âge à la première grossesse, etc.

(Mouton, 1992). La structuration de la personnalité procède de l'intériorisation des valeurs et des normes propres au groupe social d'origine.

La religion est définie comme « *un système institutionnalisé de croyances, de symbole, de valeurs et pratiques relatifs au sentiment de la divinité* » (Akoto, 1993). Ainsi, la religion tout comme l'ethnie, est un mobile de valeurs et de croyances qui d'une manière ou d'une autre impose à ses adeptes tout un mode de penser et d'agir qui peut influencer leur sexualité et leurs visions vis-à-vis de la fécondité. Par ailleurs, la religion peut être un obstacle pour l'accès à l'information et à l'utilisation des services de santé reproductive et de la contraception pour les adolescentes.

### **b) Modèle de la désorganisation sociale**

Ce modèle est défini de manière générale comme la perte d'influence des règles sociales de conduite existantes sur les membres du groupe. Le 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 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 fait, le fait urbain renferme de nombreux facteurs favorables à un changement social accéléré. En ville, 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.

De plus, le système d'éducation formelle, en tant que force de changement, pousse les adolescentes à dominer les préjugés sociaux ou à transgresser les normes et les règles de 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.

Outre 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. 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). 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.

### **II.1.1.2. Approche socioéconomique**

L'approche socio-économique ou encore la théorie de l'adaptation rationnelle a été développée par Cherlin et Riley (Calvès, 1996). Ce modèle se fonde surtout 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. 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 leur condition 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<sup>7</sup> et, de grimper à un échelon supérieur (obtention d'un emploi par exemple).

Cette monétarisation des rapports sexuel s'effectue parfois avec l'accord informulé (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 dont celle de vouloir échapper à une polygamie formelle dans un entourage évolué en entretenant des unions informelles, comme les « deuxièmes bureaux » dans le contexte tchadien, desquelles ils peuvent se défaire au gré des circonstances économiques, 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

---

<sup>7</sup> Le capital social repose sur les ressources qui, bien que détenues par les membres du réseau relationnel d'un individu et non par lui-même, sont mobilisables et mobilisées par cet individu pour atteindre un objectif lui permettant d'améliorer son bien-être.

mères et l'insuffisance des moyens des parents pour subvenir aux besoins de leurs enfants adolescents.

### **II.1.1.3. Approche institutionnelle**

L'approche institutionnelle demeure importante pour la compréhension des comportements sexuels et procréateurs des individus et, en particulier des adolescentes. Potter (1983)<sup>8</sup> 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.

Cette approche s'intéresse essentiellement sur les incidences des institutions (politiques, législatives et juridiques, sociales, économiques, etc.) 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. 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, la manière dont les adolescentes doivent se comporter 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.

---

<sup>8</sup> cf. Piché V. et Poirier J., 1995, *Les approches institutionnelles de la fécondité*, in Gérard H. et Piché V., 1995, *Sociologie des populations*, Montréal, PUM/AUPELF-UREF, p.117-137

## **II.1.2. Etudes empiriques sur les facteurs explicatifs de la fécondité des adolescentes**

### **II.1.2.1. Facteurs socioculturels**

Les facteurs socioculturels sont des facteurs liés au milieu socioculturel qui se définissent comme étant l'ensemble des caractéristiques et conditions qui déterminent et modulent à des degrés divers les valeurs et normes propres au groupe socioculturel d'origine. En effet, l'appartenance socioculturelle de la jeune a une influence sur son comportement en matière de procréation et sur sa perception de la fécondité, de manière consciente ou inconsciente. L'approche socioculturelle dans les études sur la fécondité des adolescentes est souvent opérationnalisée par l'ethnie, la religion, le milieu de socialisation, le niveau d'instruction et la région de résidence. Nous présenterons ci dessous les relations mises en exergue par les études antérieures entre l'appartenance socioculturelle et l'entrée en vie féconde des adolescentes.

#### **a) Ethnie**

L'ethnie est le cadre de production des modèles socioculturels propre à chaque société. Elle façonne et oriente les représentations en matière de sexualité et de fécondité des individus. Dans le contexte traditionnel africain, la procréation est moins une affaire du couple que celle de la famille, du groupe et de la communauté qui ont à priori une emprise sur la volonté individuelle (Bledsoe et al, 1993). Certaines ethnies ont des mœurs sexuelles permissives et d'autres des mœurs sexuelles rigides (Calvès, 1996), d'où une grande propension ou non à une conception précoce.

Les ethnies à mœurs sexuelles permissives sont celles qui accordent peu d'importance à la virginité de la femme avant le mariage, qui tolèrent sinon encouragent la sexualité et la fécondité prénuptiales. C'est aussi le cas des ethnies dont le système de parenté serait matrilinéaire. Dans ces ethnies, les jeunes filles et leurs mères, du fait de l'indépendance et l'autonomie qui leur sont accordées, se livrent plus précocement aux rapports sexuels (qui se soldent souvent par des grossesses précoces).

L'ethnie s'est révélée significative dans l'explication de la fécondité des adolescentes dans certaines études dans les pays d'Afrique au Sud du Sahara. Dans le contexte béninois, Mouton (1992) montre que par rapport aux adolescentes Adja, le risque relatif d'occurrence d'une grossesse précoce dans l'adolescence est, de 1,84 pour les Houeda et apparentés, de 1,47 pour les Fon et apparentés et 1,08 pour les autres ethnies. En Côte-d'Ivoire, une étude menée par la direction de statistique en 1991 sur la fécondité des adolescentes, révèle que les adolescentes appartenant aux groupes ethniques Akan et Krou sont précocement fécondes que les jeunes filles des autres ethnies.

### **b) Religion**

La religion est aussi souvent évoquée comme un déterminant des comportements en matière de fécondité, même si la relation est complexe. En matière de sexualité des adolescentes, les adolescentes chrétiennes ont un risque relativement plus élevé que les musulmanes et les adeptes des autres religions d'avoir des relations sexuelles pré maritales dans les pays comme le Ghana et le Cameroun (Calvès, 1996 ; Kuate Defo, 1998). Au Sénégal, Delaunay (1994) a montré que les conceptions prénuptiales sont plus nombreuses chez les filles chrétiennes (25,4 %) que chez les musulmanes (20,3 %). Pour ces auteurs, la religion chrétienne offre plus de liberté aux jeunes en matière de sexualité.

Cependant, la relation entre la religion et la sexualité et fécondité des adolescentes est souvent ambiguë. Delaunay montre en effet que la relation observée entre la religion et le statut de la conception n'est plus significative après neutralisation des effets des autres variables. La religion n'est donc pas indépendante des autres facteurs. A même niveau d'instruction et à même expérience urbaine, les chrétiennes n'ont pas plus de conceptions prénuptiales. De même, Mouton (1992) aboutit au résultat que la religion semble avoir très peu d'influence sur la précocité de la première grossesse chez les adolescentes. L'auteur poursuit en faisant remarquer que les adolescentes pratiquant les religions "traditionnelle" ou "musulmane" ont des risques relatifs presque identiques par rapport à leurs homologues catholiques.

### **c) Milieu de socialisation**

Son importance provient du fait qu'il détermine l'imaginaire des adolescentes en matière de sexualité, de mariage et de procréation. Plusieurs études ont montré que les adolescentes ayant grandi en milieu rural ont plus tendance à respecter les règles traditionnelles de reproduction que celles qui ont grandi en milieu urbain. En effet, en milieu rural, l'éducation des enfants se fait par la transmission des valeurs normatives et religieuses de la société ; de plus elle se réalise dans un contexte dominé et contrôlé par les aînés. L'emprise sociale pousse donc les adolescentes à adopter un comportement en matière de sexualité et de procréation dicté par sa famille et les normes sociétales. En milieu urbain, la situation est tout à fait différente. Le comportement des adolescentes est fortement influencé par l'éducation et les valeurs occidentales importées. Au Niger, le CERPOD (1996) montre que les adolescentes ayant grandi en ville ont un grand risque de connaître précocement leurs activités sexuelles hors mariage que celles qui ont grandi en milieu rural où les normes réprimandent sévèrement les relations sexuelles hors mariage.

### **d) Niveau d'instruction**

Plusieurs études ont montré que le niveau d'instruction est déterminant pour l'explication du comportement sexuel et procréateur des adolescentes, plus particulièrement en Afrique où la scolarisation n'est pas donnée à tout le monde. Ainsi, le niveau d'instruction s'est révélé positivement associé au premier mariage et à la procréation au Bénin, au Sénégal et au Burkina Faso. Mouton (1992) montre qu'au Bénin, l'instruction au-delà du primaire à une influence négative sur la précocité des premiers rapports sexuels avec une liaison cependant faible. Le niveau d'instruction a une relation significative avec l'âge d'entrée en vie féconde des adolescentes au Tchad.

Cependant, le risque de grossesses non désirées et pré-nuptiales augmente sensiblement avec le niveau d'instruction. En effet, comparées aux illettrées, quatre fois et demi plus d'adolescentes de niveau secondaire ou supérieur déclarent n'avoir pas désiré leur dernière grossesse (Akoto et al., 2000). Au Sénégal, Délaunay (1994) a montré que le niveau d'instruction a un effet significatif sur le risque d'avoir une naissance pré-nuptiale à Niakar, mais dans un sens aussi non escompté. En effet, les conceptions pré-nuptiales sont généralement plus fréquentes parmi les jeunes filles scolarisées.

En outre, plusieurs recherches montrent qu'il existe une association négative entre le niveau d'instruction des parents (ou du chef de ménage) et la précocité de fécondité chez l'adolescente : « plus le père ou la mère est instruit, moins l'adolescente court de risque d'avoir une grossesse. Le risque d'avoir une grossesse adolescente est près de quatre fois plus élevé chez l'adolescente dont le père n'a jamais été à l'école par rapport à celle dont le père a atteint le niveau supérieur » (Evina,1998). Il ressort donc que les parents instruits encadrent mieux les filles surtout par le biais de la communication susceptibles de préparer ces dernières dans l'entrée dans la sexualité.

#### **e) Région de résidence**

L'effet de la région de résidence sur le risque de fécondité des adolescentes est beaucoup plus influencé par les réalités socioculturelles, socio-économiques, et institutionnelles des populations. Les différences entre milieu de résidence peuvent s'expliquer par les différences socioculturelles entre entités géographiques, par exemple les flux migratoires, la religion, l'ethnie ou le comportement fécond du milieu de résidence, mais aussi par les structures sociodémographiques, comme la composition de la population résidante. L'âge au premier accouchement ou à la première grossesse varie sensiblement d'une région à l'autre au Tchad (EDS 2004).

#### **II.1.2.2. 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, seul le milieu de résidence sera considéré dans notre étude comme élément de l'environnement socioéconomique.

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 et résidant en milieu urbain (UNFPA, 2005b)

### **II.1.2.3. 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 ; ils assurent les premières tâches d'encadrement et de contrôle des comportements. Mais durant cette phase de vie marquée par une grande curiosité pour les questions de sexualité, les filles ne sont pas toujours adéquatement encadrées par leur entourage, la sexualité étant encore un sujet tabou dans de nombreuses cultures. Dans un environnement où les pratiques de socialisation sont encore empreintes de valeurs traditionnelles et parentales, l'influence familiale serait prépondérante sur les comportements et les choix des individus.

Cependant, dans les milieux marqués par l'influence extérieure, les familles sont souvent tiraillées entre des représentations contradictoires, notamment entre la banalisation ou dramatisation de la sexualité et de la maternité des adolescentes. Du fait que la famille constitue le premier cadre de socialisation, l'environnement familial de l'adolescente pourrait jouer un rôle significatif dans l'entrée à la fécondité. Il sera appréhendé, dans cette étude, par les variables suivantes : le sexe du chef de ménage, le niveau de vie du ménage et l'exposition aux mass médias ; et la discussion de la PF avec les parents.

#### **a) 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. L'effet du niveau de vie des parents (ou du ménage de résidence) se manifeste à trois niveaux:

- ❖ Premièrement, les parents ou tuteurs disposent des moyens pour subvenir aux besoins de leur fille, ceci déterminera leur autorité sur l'adolescente ou leur attitude face aux modèles traditionnels (mariage forcé, union précoce, etc.) ;
- ❖ Deuxièmement, le niveau de vie des parents détermine leur aptitude à faire bénéficier un encadrement pouvant lui permettre d'accéder à des statuts autres que traditionnels (par la scolarisation) et le support social dont peut disposer l'adolescente pour la connaissance et la pratique de la contraception ;
- ❖ Troisièmement, les moyens à sa disposition influenceront le degré d'engagement de l'adolescente dans les relations sexuelles.

Des études empiriques ont montré qu'au sein d'un même pays, les adolescentes issues des ménages les plus riches sont celles qui ont la fécondité la plus faible (Mouton, 1992; Delaunay, 1994; Calvès, 1996; Evina, 1998). Ce lien s'opère notamment à travers l'accroissement des moyens financiers et matériels dont elles bénéficient ; l'amélioration de la qualité d'éducation qu'elles peuvent 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.

La pauvreté des ménages dans lesquels vivent les adolescentes constitue de fait un mobile pour les comportements sexuels à risque et des grossesses/naissances non désirées et/ou précoces.

## **b) Sexe du chef de ménage**

Au Tchad, comme dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, la famille patriarcale a joué un rôle majeur dans l'éducation des adolescents en matière de santé sexuelle et reproductive. La valorisation de l'autorité paternelle, symbole de l'équilibre du groupe domestique, permettait à la jeune fille et au jeune garçon de grandir selon les règles de la communauté, en ayant une sexualité « contrôlée ». Avec l'évolution des mœurs, l'institution familiale a connu de nouvelles « régulations » : une crise de la nuptialité, une banalisation du divorce, un développement de la cohabitation juvénile et un accroissement de la fécondité illégitime. A sexe et âge donnés, la probabilité de vivre seul ne cesse d'augmenter. Le groupe domestique s'étiolé et n'est plus qu'une unité de consommation et un lieu d'hébergement. La maîtrise de l'acte reproductif lui échappe et les prérogatives en matière de procréation ou d'éducation ne sont plus exclusivement de son ressort. Malgré le statut précaire des femmes dans la plupart des sociétés africaines, les statistiques attestent que les femmes qui assument la responsabilité d'un ménage sont assez nombreuses et que leur proportion est en augmentation ; et les femmes chefs de ménage sont surtout nombreuses en ville (Locoh, 1995). De nos jours en Afrique, une femme chef de ménage traduit deux situations possibles : l'absence de co-résidence entre conjoints (polygamie, union libre, deuxième bureau, etc.), ou célibat féminin c'est-à-dire femme seule avec enfant(s). Dans un cas comme dans un autre, ceci a un impact sur l'encadrement familial. D'une part, l'absence d'un chef de ménage de sexe masculin affaiblit le contrôle parental (des filles comme des garçons) et, d'autre part, elle entraînerait une meilleure communication entre « la chef de ménage » et les autres membres du sexe féminin (y compris les adolescentes). 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.

## **d) Exposition aux mass médias**

Les médias audiovisuels offrent un univers symbolique qui crée un espace de communication spécifique pour les adolescents. Le suivi régulier des programmes télévisés peut entraîner l'adolescente aux activités sexuelles précoces et à risque par l'exposition des images de la sensibilité familiale, l'amour, la sexualité et le mariage. D'autre part, le suivi

régulier de la télévision par l'adolescente peut s'avérer favorable pour une sexualité « responsable ». Car les médias<sup>9</sup>, et particulièrement la télévision, véhiculent également des informations sur la santé sexuelle et reproductive et sur la contraception. Bien que, de nos jours, ce processus planétaire d'intégration culturelle engendré par les médias de masse, particulièrement par la télévision, atteint pratiquement toutes les adolescentes, certaines sont cependant mieux orientées que d'autres pour se prémunir de ces changements.

#### **II.1.2.5. Caractéristiques individuelles de l'adolescente**

##### **a) Niveau d'instruction**

Les études sur la fécondité ont souvent établi une corrélation négative entre les niveaux d'instruction et les niveaux de fécondité. Le niveau d'instruction de l'adolescente est donc un facteur de modification de sa perception du rôle traditionnel de la femme, ses références n'étant plus simplement limitées à la seule sphère de la société traditionnelle africaine ; plus l'adolescente sera instruite plus elle aura tendance à aspirer aux modèles « modernes » qui peuvent modifier son comportement de procréation. 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 qui sont 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.

---

<sup>9</sup> Les médias peuvent être définis comme des moyens de communication de masse ; les journaux écrits, la radio et la télévision produisent des messages destinés à un large public ; ils doivent informer, c'est-à-dire diffuser les nouvelles du monde, mais aussi distraire et être des moyens de culture ; ils permettent de connaître la production littéraire et artistique, ainsi que de mieux comprendre le monde dans lequel nous vivons.

## **b) Age à la puberté**

La puberté correspond à la maturation des organes génitaux (caractères sexuels primaires) et l'apparition de particularités spécifiques au sexe (caractères sexuels secondaires). Ces transformations mettent plusieurs années à s'accomplir. L'âge du début des modifications morphologiques et le rythme de développement varient d'un enfant à l'autre. Ces changements physiques se produisent en général durant une période de cinq ans, mais peuvent durer de 18 mois à peine jusqu'à six ans. Aussi, un groupe de jeunes filles de 14 ans peut comporter celles qui ont encore l'air d'être des enfants et d'autres qui ont des corps de femmes adultes. La puberté apparaît de plus en plus précocement ; les filles deviennent pubères entre 8 et 13 ans et ont leurs règles plus jeunes. Cette évolution est surtout due à l'amélioration de la santé et de la nutrition. Toutefois, d'autres facteurs influencent l'âge de la puberté, qu'ils soient génétiques (avance pubertaire chez la mère), socio-économiques, nutritionnels, ou liés à l'activité physique. D'autres encore ont une influence plus aléatoire : poids corporel, relation masse grasse/masse maigre<sup>10</sup>. Tout comme le développement biologique, la maturité affective et le développement cognitif varient beaucoup chez les adolescentes du même âge. Bien qu'elles commencent à pouvoir penser abstraitement et à établir des projets d'avenir, les adolescentes atteignent leur maturité sexuelle avant d'atteindre la maturité affective ou sociale, ou l'indépendance économique. En outre, le contexte dans lequel se situent ces mutations d'adolescence, ainsi que les pressions sociales et les coûts psychologiques associés à la continence; tout ceci expose différemment les adolescentes aux risques d'entrée en vie sexuelle et à la maternité précoce. 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 ». Les travaux anthropologiques suggèrent que les femmes précocement pubères affichent des intervalles entre naissances plus courtes et une fécondité totale plus élevée.

---

<sup>10</sup> La masse maigre représente tous les tissus à l'exception du tissu adipeux, elle renferme donc la masse osseuse et la masse musculaire.

### **c) 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).

### **d) 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 12<sup>ième</sup> et le 16<sup>ième</sup> jour. Cette longueur varie d'une femme à une autre voire chez la même femme, ce qui rend son observation assez difficile. Mais, l'observation du cycle ovulatoire constitue le moyen le plus naturel de se prévenir contre les grossesses non désirées. Cependant, l'efficacité de l'utilisation de la continence périodique dépend largement de la connaissance par les adolescentes de la période de fertilité au cours du cycle menstruel. En effet, dans un contexte de faible pratique contraceptive due essentiellement aux barrières culturelles comme dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, la maîtrise du cycle menstruel par les femmes, notamment par les adolescentes encore célibataires mais sexuellement actives, peut constituer un moyen assez efficace pour réduire le risque de maternité précoce. 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.

#### **II.1.2.6. Facteurs comportementaux (ou les déterminants immédiats)**

Les comportements sont très largement structurés par un ensemble de facteurs relatifs au statut de l'adolescente, statut résultant de ses caractéristiques sociodémographiques, socio-économiques et culturelles. Ainsi selon les auteurs de l'approche comportementale, les

facteurs comportementaux constituent des facteurs qui agissent directement sur le risque de procréer ; il s'agit, en effet, des éléments qui dépendent essentiellement de certains comportements de l'individu qui réalise le risque.

#### **a) Age aux premiers rapports sexuels**

L'entrée en vie sexuelle constitue un facteur d'exposition au risque de maternité précoce et, plus tôt serait cette entrée plus longue serait donc le temps d'exposition ce qui signifie que, les filles qui entament précocement leur activité sexuelle seront plus exposées au risque de maternité précoce que celles qui l'entament avec un certain retard. De nombreuses études ont montré que le début des rapports sexuels est un facteur important des risques qu'encourent les adolescentes quant aux grossesses/naissances non désirées et/ou précoces et aux infections sexuellement transmissibles comme le VIH/Sida (Calvès, 1996 ; Kuate-Deffo, 1998 ; UNFPA, 2005b). Il est évident qu'une fille ayant débuté sa vie sexuelle à 15 ans courts plus de risque de tomber enceinte et est plus exposée aux IST durant sa vie reproductive que celle ayant eue ses premiers rapports sexuels à 20 ans. De même lorsque l'activité sexuelle est précoce, il y a de fortes chances que les rapports sexuels soient non-protégés et de surcroît avec de multiples partenaires et, en l'absence d'une utilisation adéquate des méthodes contraceptives telle que fréquemment observée en Afrique subsaharienne cela augmenterait la probabilité d'une maternité précoce.

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**

En Afrique, la coexistence entre les systèmes légaux des tribunaux officiels avec les systèmes coutumiers et traditionnels des institutions locales ou de la famille, fait que les législations sur le mariage ne sont pas toujours respectées. Et la plupart du temps, le système légal cède la place au système coutumier pour les questions liées à la famille. De ce fait, les mariages arrangés restent courants dans la plupart des sociétés africaines. Et, si dans certaines sociétés, les intéressés peuvent accepter ou de refuser l'arrangement une fois qu'ils se sont

rencontrés, dans d'autres les arrangements familiaux sont définitifs, en particulier lorsque le mariage a déjà eu lieu. Dans la plupart des sociétés d'Afrique subsaharienne, le mariage est le cadre idéal de la procréation ; on se marie avant tout pour faire des enfants. Dans les cultures où les jeunes mariés sont censés fonder une famille immédiatement, une naissance qui ne se fait pas attendre ne peut qu'affermir le mariage ; et d'une manière ou d'une autre, de fortes pressions s'exercent sur les jeunes couples mariés pour les amener à avoir des enfants le plus tôt possible. Toutefois de nos jours, on rencontre de plus en plus des situations où la fécondité intervient hors union ou dans le cadre des unions consensuelles ; ceci est d'autant plus fréquent en milieu urbain où le premier mariage est de plus en plus tardif et le célibat féminin en augmentation. 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. »

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 en 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) Pratique contraceptive**

La contraception est l'ensemble de méthodes visant à éviter, de façon réversible et temporaire, les grossesses. Ces méthodes entraînent un régime de fécondité caractérisé par la procréation retardée et restreinte, c'est-à-dire à une fécondité contrôlée : les couples ou les femmes prévoient le nombre des naissances et le moment de la procréation. Les méthodes contraceptives se répartissent en deux groupes : les méthodes traditionnelles (coït interrompu, abstinence périodique, etc.) et les méthodes modernes (pilule, préservatif masculin, stérilet, etc.) ; les premières sont moins efficaces que les secondes. Et l'utilisation de ces dernières réduit considérablement le risque naturel pour une femme d'être enceinte. Ceci implique que, les adolescentes qui utilisent les méthodes contraceptives modernes soient moins exposées au

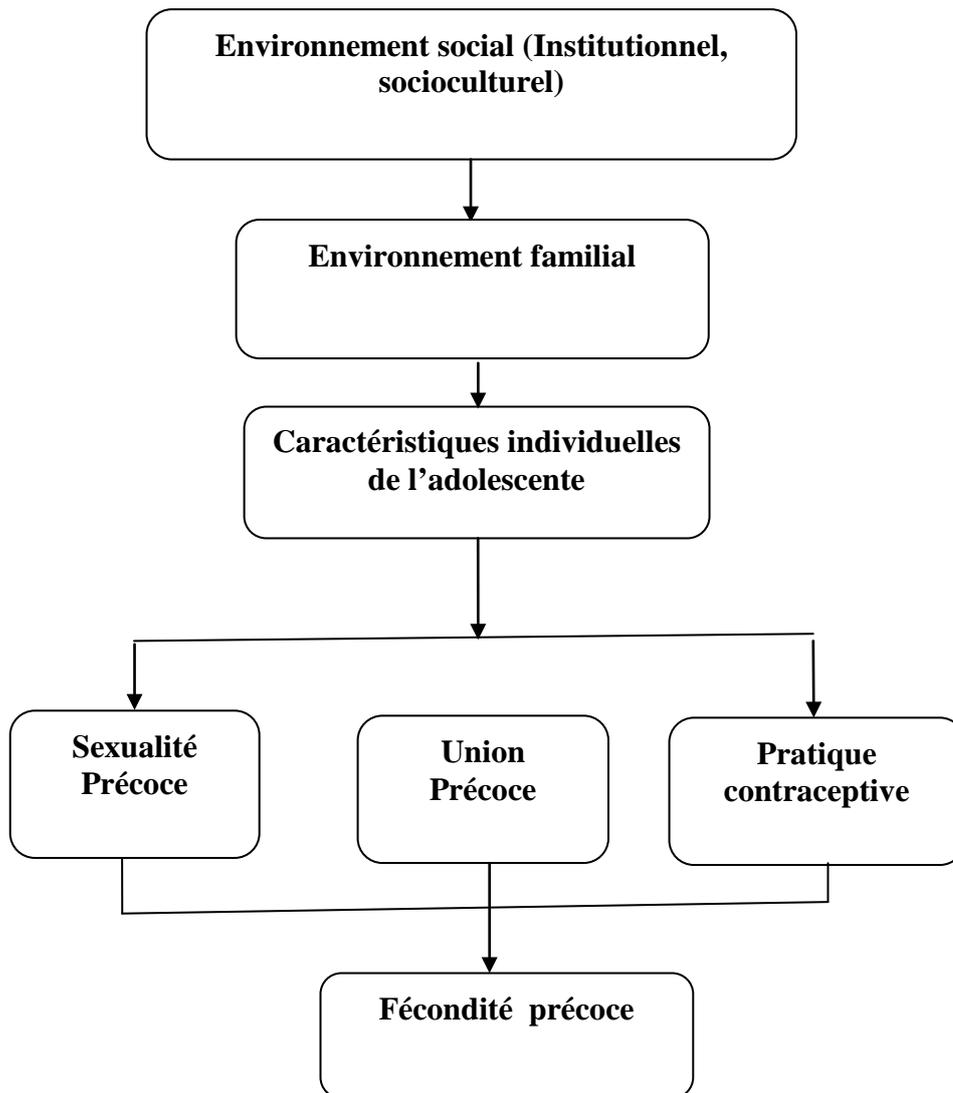
risque de maternité précoce que celles qui n'utilisent que les méthodes traditionnelles ou celles qui n'utilisent aucune méthode. La connaissance et l'utilisation de la contraception sont des facteurs importants de régulation de la fécondité en général, et celle des adolescentes en particulier. En fait, l'activité sexuelle expose les adolescentes aux risques de grossesses/naissances précoces ou non désirées, surtout dans un contexte de sous-utilisation des méthodes contraceptives. Tandis que, dans les sociétés modernes, cette exposition est largement influencée par le niveau d'utilisation et d'efficacité de la contraception (Kuate-Defo, 1998). Dans une étude effectuée à Dakar, BA et al. (1999) montrent 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. Sur la base de cette revue de littérature, nous avons émis plusieurs hypothèses et élaboré un schéma conceptuel et ces deux éléments seront discutés dans la section suivante.

## **II.2 Hypothèse générale et schéma conceptuel**

### **II.2.1 Hypothèse générale**

L'hypothèse qui sous-tend cette étude est que les facteurs socioculturels, les facteurs socioéconomiques et les facteurs institutionnels influencent la fécondité des adolescentes au Tchad sous l'effet des variables intermédiaires.

**Schéma 1 : Schéma conceptuel de la fécondité des adolescentes**



Le cadre conceptuel de l'étude comporte quatre niveaux de facteurs explicatifs de l'hypothèse générale. Au niveau macro se trouvent les facteurs liés à l'environnement notamment aux facteurs socioculturels, économiques et institutionnels. Ces facteurs influencent directement et indirectement à travers l'environnement familial, les caractéristiques individuelles de l'adolescente qui influencent à leur tour la fécondité des adolescentes en passant par un certain nombre de facteurs intermédiaires à savoir le mariage précoce, la sexualité précoce et la pratique contraceptive.

## **II.2.2 Hypothèses spécifiques**

**H1** : L'ethnie et la religion sont des facteurs de différenciation des comportements précoces en matière de mariage et de sexualité et partant, elles constituent des facteurs explicatifs de la fécondité précoce des adolescentes au Tchad.

**H2** : Les adolescentes du milieu rural, du fait de leur attachement aux pratiques traditionnelles, sont plus susceptibles de connaître une maternité précoce que leurs homologues du milieu urbain.

**H3** : Les filles des ménages de niveau de vie faible sont plus exposées à une sexualité précoce et à un mariage précoce que celles appartenant aux ménages de niveau de vie élevé. De ce fait, elles sont plus susceptibles d'être mère d'un enfant à un âge précoce.

**H4** : Le niveau d'instruction de l'adolescentes influence négativement le risque d'être mère d'un enfant pendant le jeune âge. Autrement dit, les filles de niveau d'instruction faible constituent un groupe vulnérable en matière de précocité de la fécondité.

**H5** : L'entrée en vie sexuelle constitue le risque de fécondité précoce chez les adolescentes.

**H6** : L'entrée précoce en union par l'adolescente augmente ses chances d'avoir une fécondité précoce. Plus le mariage est précoce plus la jeune fille est susceptible d'être mère précocement.

**H7** : L'utilisation de la contraception réduit les risques d'une fécondité précoce chez les adolescentes. Autrement dit, les adolescentes, qui utilisent les méthodes contraceptives modernes sont moins susceptibles d'être mère d'enfant à un âge précoce que celles qui n'en utilisent pas.

## II.2.3. Définition des concepts

### II.2.3.1 Concept d'adolescence

Le concept d'"adolescence" fait l'objet de nombreuses définitions dans la littérature.

Aussi plusieurs chercheurs utilisent-ils différents critères pour le définir en fonction des données qui sont disponibles et de l'objectif poursuivi. C'est ainsi que Evina (1998) affirme que « *le concept d'adolescence recouvre plusieurs dimensions : biologique, démographique, sociale, psychosociale, physiologique, juridique, économique ...* ». Il poursuit en disant « *qu'il est par conséquent pas étonnant que les définitions utilisées diffèrent d'un chercheur à l'autre* ». Néanmoins, la définition de l'adolescence selon Aoto et al. (2000) met en rapport plusieurs dimensions qui peuvent être situées à deux niveaux : le niveau individuel et le niveau collectif.

Au niveau individuel, l'adolescence traduit une phase transitoire qui marque le passage de l'enfance à l'âge adulte. Sur ce plan, les critères souvent évoqués pour caractériser cette phase tiennent compte des dimensions biologiques, physiologiques, démographiques. On met essentiellement l'accent sur les transformations physiques que subit l'individu avec l'apparition des caractères secondaires (OMS, 1997 ; Evina, 1998) et son âge. L'adolescence commence selon ces auteurs avec la puberté. La maturité physiologique sort la fillette de l'enfance en la rendant apte à la procréation. L'adolescence s'achève par une certaine maturité sociale dont les limites varient selon les sociétés (Delaunay, 1994). C'est la période des grands défis, des grandes exaltations et surtout de l'affirmation de soi. Elle est caractérisée par un élan de liberté, des prises de risques, de l'idéalisme et l'envie de changer le monde à sa manière. La tranche d'âge varie d'un chercheur à un auteur. Pour certains, les adolescents sont les individus appartenant aux groupes d'âges 10-19 ans, 15-19 ans, ou 15-24 ans selon le contexte de l'étude. Cette différenciation amène d'autres encore à employer indifféremment les termes "enfant", "adolescent" ou "jeune". Selon la Convention des Droits des Enfants, tout être humain de moins de 18 ans est un enfant à moins que la législation ait fixé l'âge de la majorité plus tôt. Au sens de l'OMS, les adolescents désignent le groupe d'âge 10 à 19 ans et les jeunes celui de 15 à 24 ans. Au niveau collectif, la dimension sociologique met en exergue le changement de statut de l'individu suite aux modifications biologiques (Evina, 1998). L'adolescent est considéré par la société comme un adulte en devenir et mérite ainsi un

autre type d'égard. C'est en cette période que s'effectuent les premiers rites initiatiques marquant l'entrée de l'individu dans une phase au terme de laquelle il sera consacré adulte. Dans les sociétés africaines traditionnelles, la sortie de l'adolescence, ou plutôt l'entrée dans le monde adulte, est marquée par des institutions sociales spécifiques qui préparent et initient les jeunes filles et jeunes garçons à leurs nouvelles responsabilités et aux rôles qu'ils auront à tenir dans la vie adulte. Pour les jeunes garçons, des cérémonies d'initiation (retraite en dehors du village, circoncision, scarifications) ou le mariage marquent l'entrée dans l'âge adulte. Dans les sociétés paysannes, ce passage permet souvent au jeune homme d'avoir accès à la terre et commencer à jouer un rôle économique. Quant aux jeunes filles, elles entrent le plus souvent dans la classe des adultes par le mariage ; l'initiation à leur rôle de mère et d'épouse se fait à cette occasion (Delaunay, 1994). L'adolescence est une période clé de la vie : elle marque la fin d'une formation, le départ de la maison familiale (surtout pour les femmes), l'entrée en vie adulte, l'entrée en vie conjugale, l'entrée en vie de mère ou de père, toutes assorties de nouvelles responsabilités et de nouveaux rôles (Bledsoe et Cohen, 1993)<sup>9</sup>. Tout compte fait, le concept d'adolescence est pluridimensionnel et n'est pas univoque. De ce fait il est difficile de déterminer avec précision une période stable de la vie à laquelle s'appliquerait l'adolescence (Evina, 1998). Son début ne suscite aucune ambiguïté car il est marqué par la puberté avec l'apparition de signes physiologiques, mais les signes qui marquent son achèvement sont divers et mal définis (Akoto et al. 2000).

Dans cette étude, est considérée comme adolescente, tout individu de sexe féminin dont l'âge est compris entre 15 et 19 ans. En effet, avant 15 ans, une personne est un enfant et n'a pas encore achevé sa phase de "socialisation".

### **II.2.3.2 Facteurs socioculturels**

Les facteurs socioculturels sont des facteurs liés aux systèmes normatifs et aux représentations culturelles du milieu dans lequel un individu appartient. Ils désignent l'ensemble des caractéristiques de l'individu liées à l'appartenance culturelle ou au milieu de résidence qui déterminent les représentations mentales, habitudes et pratiques quotidiennes.

### **II.2.3.3 Facteurs socioéconomiques**

Les facteurs socioéconomiques sont des facteurs qui déterminent les conditions économiques dans lesquelles l'adolescente vit. Les variables opérationnelles des facteurs socioéconomiques sont : le milieu de résidence.

### **II.2.3.4 Facteurs institutionnels**

Ils représentent l'ensemble des lois, politiques et programmes en matière de fécondité et de santé reproductive et se matérialisent par la disponibilité et l'accessibilité des services de santé maternelle. Ces facteurs ne peuvent pas être opérationnalisés dans cette étude. Néanmoins, ils interviennent dans l'opérationnalisation des concepts de mariage précoce, sexualité précoce et fécondité précoce. En effet, nous avons tenu compte des lois en vigueur en matière de l'âge minimum d'entrée en mariage au Tchad pour la définition des concepts ci-dessus cités.

### **II.2.3.5 Caractéristiques individuelles de l'adolescente**

Les caractéristiques 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, les caractéristiques de l'adolescente – l'âge auquel elle atteint sa puberté, son niveau d'instruction, ses connaissances sur la contraception – influent sur son comportement sexuel qui détermine sa susceptibilité à la maternité précoce.

### **II.2.3.6 Mariage précoce/Union précoce**

Les concepts d'union ou de mariage sont synonymes dans cette étude et se définissent comme étant toute cohabitation avec un partenaire de sexe opposé. Ils prennent en compte les

mariages coutumiers, religieux, civils, les unions libres. Au Tchad, la constitution prévoit l'âge légal minimum de mariage des filles à 15 ans. Dans cette étude, le concept de mariage précoce/union précoce renvoie à tout mariage d'une adolescente survenu avant son dix-neuvième anniversaire.

### **II.2.3.7 Sexualité précoce**

Le concept de sexualité précoce se définit comme étant l'occurrence de rapports sexuels avant le 15 ième anniversaire. Ce choix se justifie par le fait qu'au Tchad, l'âge légal de mariage des filles est fixé à 15 ans minimum et les mœurs sociales interdisent tous rapports sexuels hors mariage.

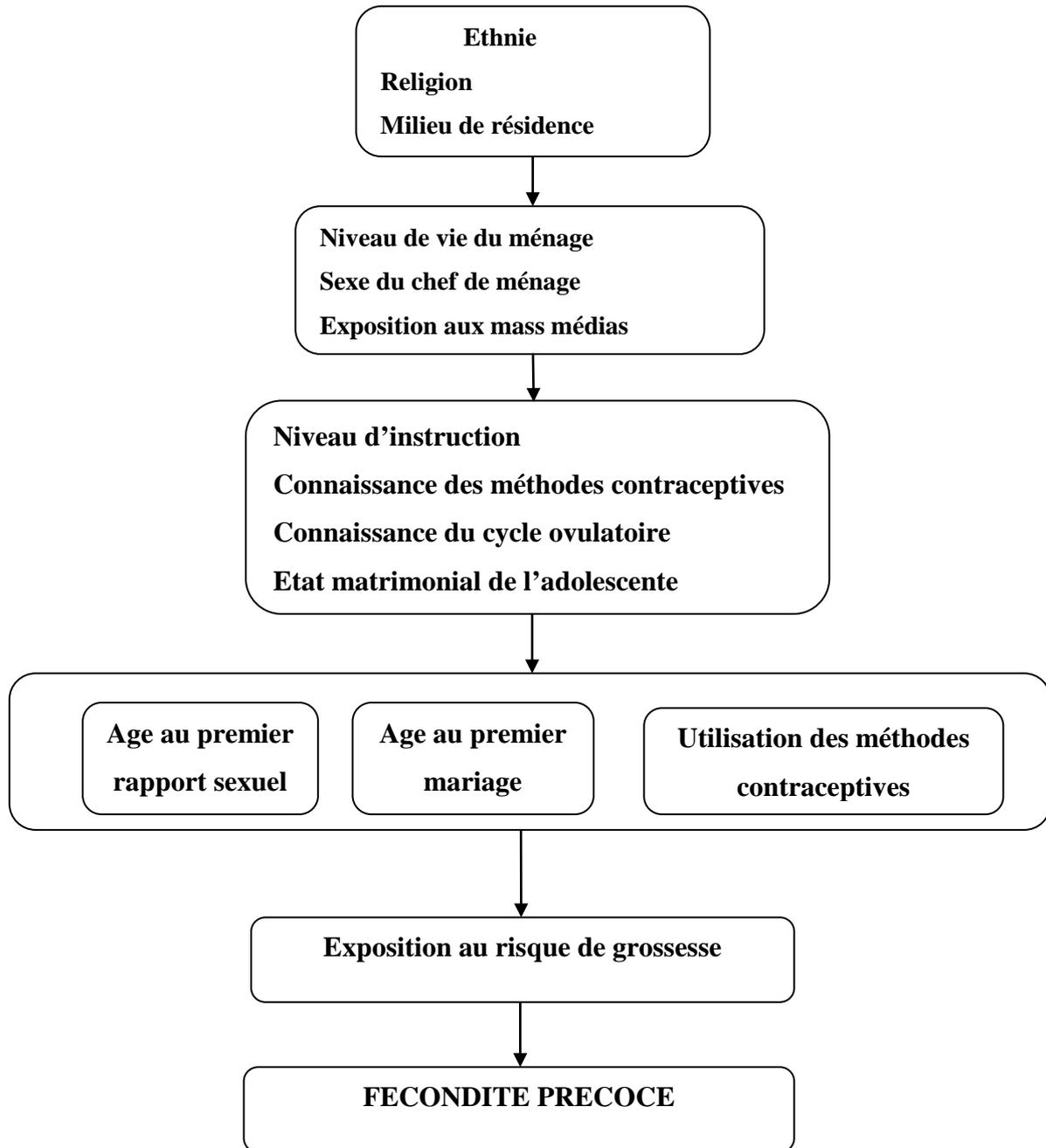
### **II.2.3.8 La pratique contraceptive**

Elle fait référence au comportement de l'adolescente en matière de contraception. Dans cette étude, nous désignons par la pratique contraceptive, le type de méthode contraceptive que l'adolescente utilise (méthodes modernes, méthodes traditionnelles ou aucune méthode Contraceptive.

### **II.2.3.9 Fécondité précoce / maternité précoce**

La littérature révèle que toute grossesse avant l'âge de 20 ans est considérée comme une grossesse à risque. En effet, avant 20 ans, la fille est jugée physiologiquement inapte à conduire sans danger une grossesse à terme. Le concept de fécondité précoce fait donc allusion à la survenue d'une grossesse ou d'une naissance chez une fille avant son vingtième anniversaire.

Les hypothèses et les variables opérationnelles relatives à la fécondité des adolescentes étant déterminées, il faut les réorganiser dans un schéma qui reprend en détail les différentes variables à tester dans le modèle. Il s'agit d'un schéma plus élaboré qui définit le cadre d'analyse de la fécondité des adolescentes. Le voici :



## CONCLUSION PARTIELLE

Dans le chapitre II, nous avons présenté le cadre théorique de notre étude en examinant respectivement les approches socioculturelle, socioéconomique et institutionnelle. Les résultats des études antérieures ont mis en exergue la pertinence de ces approches pour la

variation des comportements en matière de sexualité, de pratique contraceptive et l'effet de l'âge de la puberté sur l'entrée précoce en vie féconde des adolescentes.

## **CHAPITRE III : METHODOLOGIE**

Ce chapitre présente les données utilisées pour vérifier les hypothèses, d'évaluer la qualité des données en enfin de présenter les distributions des variables et les méthodes statistiques d'analyse des données.

### **III.1. Source des données**

Les données utilisées dans cette étude sont celles de la deuxième Enquête Démographique et de Santé réalisée au Tchad (EDST-II) en 2004, notamment celles issues du « fichier individuel femme ». La Deuxième Enquête Démographique et de Santé (EDST II) a été exécutée par l'Institut National de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques (INSEED) avec l'appui Technique de Macro International. Elle a été financée par le Gouvernement tchadien grâce à ses propres ressources, par la Banque Mondiale à travers le Projet d'Appui au Secteur Santé (PASS) et par l'UNICEF. Vu le caractère national de l'EDST-II, notre étude porte sur toutes les jeunes femmes âgées de 15-19 ans au moment de l'enquête.

#### **II.1.1. Objectifs de l'enquête**

La Deuxième Enquête Démographique et de Santé au Tchad (EDST-II), réalisée auprès d'un échantillon national de femmes de 15-49 ans et d'hommes de 15-59 ans, vise à atteindre un certain nombre d'objectifs dont les principaux sont : recueillir des données à l'échelle nationale et par milieu de résidence permettant de calculer divers indicateurs démographiques, en particulier les taux de fécondité et de mortalité infantile et juvénile ; mesurer le niveau de mortalité maternelle au niveau national ; analyser les facteurs directs et indirects qui déterminent les niveaux et tendances de la fécondité, telles que les structures du mariage et l'utilisation de la contraception ; identifier les catégories de femmes susceptibles d'avoir plus ou moins d'enfants et susceptibles d'utiliser la contraception ; mesurer les taux de connaissance et de pratique contraceptive par méthode, selon diverses caractéristiques sociodémographiques des femmes et des hommes ; analyser les facteurs directs et indirects qui déterminent les niveaux et tendances de la mortalité ; recueillir des données détaillées sur la santé maternelle et infantile : visites prénatales, assistance à l'accouchement, allaitement,

vaccinations, supplémentation en Vitamine A, prévalence et traitement de la diarrhée et d'autres maladies chez les enfants de moins de cinq ans ; évaluer le niveau de consommation de sel iodé ; déterminer l'état nutritionnel des mères et des enfants de moins de cinq ans au moyen des mesures anthropométriques (poids et taille) ; recueillir des données détaillées sur la connaissance, les opinions et attitudes des femmes et des hommes vis-à-vis des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et du VIH/sida ; recueillir des données sur les handicaps, le travail des enfants et l'enregistrement des naissances à l'état civil ; recueillir des informations sur les connaissances et pratiques de l'excision et de l'ablation de la lchette et l'opinion des femmes et des hommes par rapport à ces pratiques.

De plus, l'EDST-II fournit des informations sur la disponibilité et l'accessibilité des services socioéconomiques et sanitaires au niveau des communautés.

Trois types de questionnaires ont été utilisés pour la collecte des informations. Il s'agit du questionnaire ménage, du questionnaire individuel femme et du questionnaire individuel homme.

Le questionnaire individuel femme concerne toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans, éligibles quels que soient leur statut de résidence et leur état matrimonial. Ce questionnaire comportait douze sections à savoir :

- **caractéristiques sociodémographiques des enquêtées.** Cette section porte sur le lieu de résidence, l'âge et la date de naissance, la scolarisation, l'alphabétisation, la nationalité, la religion, l'ethnie et, l'accès aux média.
- **reproduction.** Cette section permet de collecter des informations sur les naissances vivantes que la femme a eues durant sa vie ainsi que sur leur état de survie au moment de l'enquête, sur l'état de grossesse au moment de l'enquête et sur la connaissance de la période féconde au cours du cycle mensuel.
- **planification familiale.** Cette section porte sur la connaissance spontanée ou non des diverses méthodes contraceptives, sur leur utilisation ainsi que sur les diverses sources d'approvisionnement. Des questions concernant les raisons de non utilisation de la contraception figurent également dans cette section.

- **grossesses et allaitement.** Cette section porte uniquement sur les naissances ayant eu lieu au cours des cinq années précédant l'enquête. Le questionnaire permet d'obtenir des informations sur la période de la grossesse, les soins prénatals y compris la vaccination antitétanique, le lieu d'accouchement et la qualification de la personne ayant assisté la femme pendant l'accouchement, le retour des règles et la reprise des rapports sexuels après la naissance de l'enfant. Concernant l'allaitement, les questions portent sur sa fréquence et sa durée, sur le type d'allaitement (maternel ou artificiel), ainsi que sur l'utilisation des différents compléments.
- **vaccination et santé des enfants.** Cette section porte sur les naissances ayant eu lieu au cours des cinq années précédant l'enquête. La section porte également sur les vaccinations incluses dans le Programme Elargi de Vaccination (PEV), sur la santé des enfants de moins de cinq ans et, plus particulièrement, sur la prévalence, et le traitement de la fièvre.
- **nuptialité et activité sexuelle.** Cette section 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.
- **connaissance et opinions sur les pratiques traditionnelles de l'excision et de l'ablation de la lchette.**
- **préférences en matière de fécondité.** Cette section recueille des informations sur le désir d'enfants supplémentaires, l'intervalle entre les naissances et l'attitude concernant la taille de la famille.
- **caractéristiques du conjoint et activité professionnelle de la femme.** Dans cette section, les questions concernent les caractéristiques socioprofessionnelles du conjoint des femmes en union et sur l'activité professionnelle des femmes.
- **maladies sexuellement transmissibles et VIH/sida.** Cette section permet d'obtenir des informations sur la connaissance des modes de transmission et de prévention des IST ainsi qu'une prévalence déclarée des IST.
- **mortalité maternelle.** Au niveau de cette section, on enregistre des informations sur l'âge et l'état de survie des frères et sœurs de l'enquêtée. Pour les sœurs décédées à l'âge de 12

ans ou plus, des questions supplémentaires permettent de déterminer si le décès est en rapport avec la maternité.

- **mesures anthropométriques.** Cette section est consacrée aux mesures anthropométriques des femmes enquêtées et de leurs enfants âgés de moins de cinq ans.

Ces sections permettent de calculer les différents indicateurs signalés précédemment.

### **II.1.2 Échantillon**

L'échantillon de l'EDST-II est un échantillon représentatif au niveau national, basé sur un sondage par grappes stratifié à deux degrés. Au premier degré, 196 grappes ont été tirées à partir de la liste des Zones de Dénombrement (ZD) établie lors du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 1993. Toutes les grappes sélectionnées ont fait l'objet d'un dénombrement exhaustif des ménages. Au deuxième degré, des ménages ont été tirés à partir de la liste des ménages établie lors de l'opération de dénombrement. Toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans (résidentes habituelles ou visiteuses) qui se trouvaient dans les ménages ont été enquêtées. De plus, dans un ménage sur trois, tous les hommes de 15 à 59 ans (résidents habituels ou visiteurs) ont été enquêtés.

Les 196 grappes sélectionnées dans l'échantillon ont pu être enquêtées au cours de l'EDST-II. Au total sur 5 512 ménages qui ont été sélectionnés, 5 369 ont pu être enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 99 %.

À l'intérieur des 5 369 ménages enquêtés, 6 262 femmes âgées de 15-49 ans ont été identifiées comme étant éligibles pour l'enquête individuelle et, pour 6 085 d'entre elles, l'interview a pu être menée à bien. Le taux de réponse s'établit donc à 97 % pour l'enquête auprès des femmes. L'enquête homme a été réalisée dans un ménage sur trois : au total, 1 999 hommes de 15-59 ans ont été identifiés dans les ménages du sous-échantillon. Parmi ces 1999 hommes devant être interviewés individuellement, 1 887 ont été enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 94 %. Quelque soit le sexe, les taux de réponse en milieu rural sont légèrement plus élevés que ceux obtenus en milieu urbain. Le tableau suivant résume les caractéristiques de l'échantillon.

**Tableau 3.1 : Taille et couverture de l'échantillon EDST, 2004**

Enquêtes ménages	Urbain	Rural	Ensemble
Ménages sélectionnés	2544	2968	5512
Ménages identifiés	2503	2896	5399
Ménages enquêtés	2480	2889	5369
Taux de réponse des ménages	99,1	99,8	99,4
Enquête individuelle femmes	Urbain	Rural	Ensemble
Effectif de femmes éligibles	2986	3276	6262
Effectif de femmes éligibles enquêtées	2886	3199	6085
Taux de réponse des femmes	96,7	97,6	97,2
Enquête ménage hommes	Urbain	Rural	Ensemble
Ménages sélectionnés	838	976	1814
Ménages identifiés	829	9521	1781
Ménages enquêtés	820	950	1770
Taux de réponse des ménages	98,9	99,8	99,4
Enquête individuelle hommes	Urbain	Rural	Ensemble
Effectif des hommes éligibles	1105	894	1999
Effectif des hommes éligibles enquêtés	1 042	845	1887
Taux de réponse des hommes	94,3	94,5	94,4

*Source : Traitement des données, EDST-II, 2004*

### III.2. Evaluation de la qualité des données

L'évaluation de la qualité des données est une étape importante dans les études démographiques. Elle vise à déceler les erreurs et les incohérences entachées à ces données et éventuellement à procéder à leur ajustement. Fort de cela, il nous paraît nécessaire, avant l'étape de l'analyse des données d'évaluer leur qualité.

#### III.2.1. Taux de couverture des variables

L'évaluation des taux de réponse des variables retenues pour l'étude permet de déceler les erreurs éventuelles qui peuvent entacher les analyses et d'apprécier la précision des estimateurs qui en résulteront. En effet, un taux de non réponse supérieur à 10% pour les variables affecte sensiblement la précision des estimations, cause des biais de représentativité et dans le cas des analyses multivariées entraîne des pertes importantes d'information.

Les résultats du tableau 2.2 montrent que les taux de réponse enregistrés pour les variables de notre étude sont supérieurs à 90%. Ces variables peuvent donc être utilisées pour les analyses.

**Tableau 3.2 : Taux de réponse des différentes variables**

<b>Variables</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Taux de réponse</b>	<b>Taux de non réponse</b>
Ethnie	1359	99,93	0,07
Religion	1360	100	0,00
Milieu de résidence	1360	100	0,00
Sexe du chef de ménage	1360	100	0,00
Exposition aux mass médias	1357	99,77	0,23
Niveau d'instruction	1360	100	0,00
Niveau de vie du ménage	1360	100	0,00
Connaissance des méthodes contraceptives	1360	100	0,00
Connaissance du cycle ovulatoire	1347	99,04	0,96
Age aux premiers rapports sexuels	1360	100	0,00
Utilisation des méthodes contraceptives	1360	100	0,00
Age au premier mariage	616	100	0,00
Age	1360	100	0,00

*Source : Traitement des données, EDST-II, 2004*

### **III.2.2. Evaluation de la qualité des données sur l'âge**

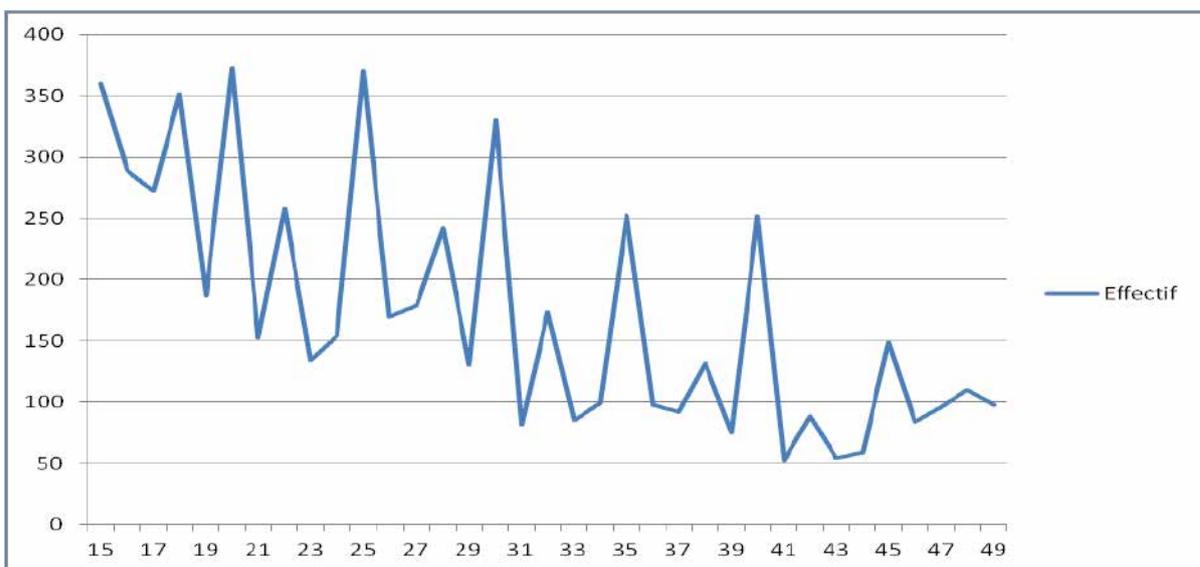
L'âge est une variable fondamentale de l'analyse démographique. Cependant, son observation sur le terrain comporte souvent des erreurs car il est le plus souvent mal connu des individus pour diverses raisons : faible utilisation par les individus, conditions socioculturelles (analphabétisme) et mauvais fonctionnement de l'état civil. Deux questions sont souvent posées pour saisir l'âge des enquêté(e)s : « *En quel mois et en quelle année êtes-vous né ?* » et « *Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ?* ». Ces deux questions permettent ainsi de vérifier la fiabilité et la validité de l'âge déclaré par l'enquêté(e).

Notre évaluation des données sur l'âge consistera dans un premier temps à l'analyse de la courbe de répartition des femmes par âge et dans un deuxième temps nous calculerons les indices de Whipple et de Myers.

### III.2.2.1 Analyse de la courbe de répartition des âges

L'examen de la courbe montre quelques irrégularités dans la déclaration des âges des femmes lors de l'EDST-II. On observe des attractions pour les âges se terminant par 0 et par 5 avec une préférence plus prononcée aux âges terminés par 0. Pour ce qui concerne le groupe d'âges 15-19 ans, l'on remarque une surreprésentation des adolescentes à 15 ans

**Graphique 3.1 Distribution des adolescentes par âges de 15 à 19ans (EDS II 2004)**



*Source : Traitement des données, EDS II 2004.*

### III.2.2.2 L'indice de Whipple

Cet indice mesure l'attraction ou la répulsion des âges terminés par 0 ou 5. Il est calculé en rapportant l'effectif des personnes d'âge se terminant par 0 ou 5 à l'effectif de la population âgée de 23-62 ans, le tout multiplié par 5. Si tous les âges se terminent par 0 ou 5, c'est-à-dire qu'il y a attraction parfaite vers ces âges, l'indice vaut 5. S'il y a répulsion pour ces âges, l'indice est inférieur à 1. Si la répulsion est parfaite, c'est-à-dire si aucun âge ne se termine par 0 ni par 5, l'indice vaut 0 (Gendreau, 1993).

Dans le cas où sont concernées les femmes de 15 à 49 ans, l'indice de Whipple s'obtient par la formule suivante :

$$I_w = \frac{P_{20} + P_{25} + \dots + P_{45}}{1/5 \sum_{i=18}^{47} P_i}$$

Le calcul de l'indice de Whipple avec les données de l'EDST-II donne 1,743. La valeur de cet indice confirme l'attraction aux âges terminés par 0 et 5 puisque la valeur obtenue est comprise entre 1 et 5.

### III.2.2.3 Indice de Myers

L'indice de Myers varie entre 0 et 180. Si  $I_m=0$ , il n'y a aucune distorsion sur les âges tandis que si  $I_m=180$ , cela signifie que tous les individus ont un âge terminé par le même chiffre. Le calcul de l'indice de Myers dans le cas de l'EDST-II donne une valeur de 33,0 pour Les femmes avec une attraction pour les âges terminés par 0 et 5 et une répulsion des âges terminés par 1, 3, 4, 6,7, et 9.

**Tableau 3.3 : Indice de Myers**

Ages terminés par les chiffres	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ensemble
Valeurs de l'indice de Myers	8,6	-4,3	1	-3,2	-2,2	6,2	-1,8	-1,5	0,7	-3,4	33

*Source : Traitement des données, EDST-II, 2004*

Nous constatons sur le graphique précédent (graphique3.2.1), la répartition par âge des femmes de 15-49 présente de nombreuses distorsions. Il existe une préférence pour les âges se terminant par 0 et 5 ; ce qui est généralement observé dans le cas des populations où les âges ne sont pas connus. En effet, l'on observe des pics aux âges se terminant par 0 et, dans une moindre mesure, aux âges se terminant par 5. L'indice de Whipple dont la valeur ici est de 1,743 confirme d'ailleurs cette attraction des chiffres ronds. Il en est de même de l'indice de Myers.

De plus, ce dernier indice montre que les âges se terminant par le chiffre 1, 3,4, 6,7 et 9 sont répulsifs. Le graphique ci-dessus montre une relative variation des proportions des âges allant de 15 à 19 ans. La faiblesse des effectifs à 16 et 17 ans serait due à l'attraction pour l'âge de 18 ans, c'est-à-dire l'âge de la majorité civile. Mais ces variations sont minimes et ne peuvent pas entacher la qualité des données.

### III.2.3. Evaluation de la qualité des données sur l'âge au premier mariage

L'âge au premier mariage ou à la première union est un déterminant important des niveaux et des variations de la fécondité naturelle. En effet, dans les sociétés africaines où le mariage est précoce, on enregistre un nombre important de naissances au sein de la population des adolescentes quand on sait que l'écart entre l'âge à la première union et l'âge à la première maternité est faible voire négligeable.

La question qui a permis de saisir cette variable lors de l'EDST-II au TCHAD en 2004 est : « *Quel âge aviez-vous lorsque vous avez commencé à vivre avec lui (le mari ou un partenaire)?* ». Cette question s'est adressée uniquement aux femmes qui sont mariées ou qui ont eu à vivre ou ont été mariées à un homme dans le passé. La répartition des adolescentes selon l'âge au premier mariage (tableau 3.4) montre que le pourcentage, des non mariées est de 54,7%. Et le taux des mariées est de 45,3%.

**Tableau 3.4 : Répartition des adolescentes selon l'âge au premier mariage.**

AGES	Effectifs	Fréquences
8	0	0,0
9	0	0,0
10	1	0,0
11	13	1,0
12	30	2,2
13	90	6,6
14	110	8,1
15	146	10,7
16	126	9,2
17	72	5,3
18	22	1,6
19	6	0,5
Total	616	45,3
Jamais été mariées	745	54,7
Totaux	1360	100,0

*Source : Traitement des données, EDST-II, 2004*

### III.2.4. Evaluation de la qualité des données sur l'âge aux premiers rapports sexuels

L'âge aux premiers rapports sexuels a été saisi lors de l'enquête par la question « *Quel âge aviez-vous quand vous avez eu vos premiers rapports sexuels (si vous en avez-eus) ?* »

Dans le tableau 3.5, les premiers rapports sont intervenus avant le quinzième anniversaire représentent 19,2%. Le taux des "non déclarés" (0,2%) montre que l'âge aux premiers rapports a été bien déclaré. Cependant, bien que ces résultats apparaissent assez bien déclarés au regard du taux de "non réponse", il pourrait exister quelques erreurs essentiellement liées au contexte socioculturel qui entoure l'activité sexuelle surtout en dehors d'une union formelle. Ce poids culturel pourrait influencer les filles à déclarer qu'elles n'ont pas encore eu des rapports sexuels, d'où le taux élevé (51,48%) de celles qui n'ont pas encore eu de rapports sexuels.

**Tableau 3.5 : Répartition des adolescentes selon l'âge au premier rapport sexuel**

Age au 1er rapport sexuel	Effectifs	Fréquences	Fréquences cumulées
Pas encore eu 0	700	51,48	51,48
10	1	0,1	0,1
11	10	0,7	0,8
12	37	2,7	3,5
13	88	6,5	10
14	125	9,2	19,2
15	149	11	30,2
16	151	11,1	41,3
17	71	5,2	46,5
18	22	1,6	48,1
19	3	0,2	48,3
Ne sait pas	3	0,2	48,52
Total	660	48,52	48,52
Totaux	1360	100	100

*Source : Traitement de données EDST-2004*

## II.2.5. Evaluation de la qualité des données sur l'âge à la première maternité

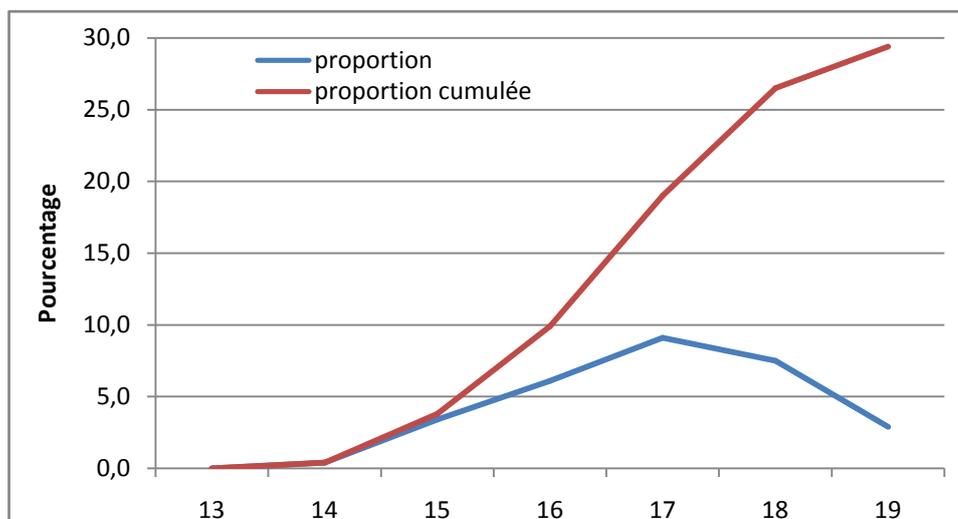
La déclaration de l'âge à la première maternité peut être sujette de nombreux biais chez les adolescentes au Tchad pour des raisons d'ordre culturel et social. En effet, l'avènement d'une naissance chez une jeune fille non encore mariée est considéré comme un scandale si bien que la jeune fille pour préserver son image dans la société n'ose pas déclarer les naissances qu'elle a eues hors mariage. De ce fait, il importe d'évaluer la qualité des données sur l'âge à la première maternité. Pour ce faire, nous analyserons la courbe de répartition de l'âge à la première maternité. L'examen de cette courbe montre une relative régularité dans l'évolution de cette courbe. L'âge à la première maternité croît avec l'âge jusqu'à un maximum situé entre 17 ans et commence à décroître. L'allure de la courbe est en relation avec les résultats de l'EDST-II qui montrent qu'au Tchad, plus de 50% des femmes ont leur première maternité avant 18 ans. On note par ailleurs une faible attraction à 15 ans ; ceci dénote que plusieurs adolescentes ont déclaré avoir eu leur première maternité à cet âge.

**Tableau 3.6 : Répartition des adolescentes selon l'âge à la première maternité**

AGES	EFFECTIFS	PROPORTION(%)	PROPORTION CUMULEE (%)
13	1	0	0
14	6	0,4	0,4
15	46	3,4	3,8
16	82	6,1	9,9
17	124	9,1	19
18	102	7,5	26,5
19	40	2,9	29,4
TOTAL	411	29,4	29,4
N'A JAMAIS ETE MERE	969	70,6	70,6
TOTAL	1360	100	100

*Source : Traitement de données EDST-2004*

**Graphique 3.2 : Courbe de l'âge à la première maternité des adolescentes (15-19 ans)**



*Source : Traitement des données, EDST-II, 2004*

### **III.3. Distribution des variables**

Cette partie présente la répartition des adolescentes suivant les différentes caractéristiques retenues (environnementales, familiales, individuelles et comportementales).

#### **III.3.1. Variables socioculturelles**

##### **III.3.1.1 Ethnie**

La variable ethnie comporte sept modalités : les Sara représentent (22,1%). Les Mayo-kebbi (20,1%). les Gorane (16,2%). Les Arabe (15,0%). Les Ouaddai (12,5%). Les Hadjarai (10,8%) et les Etrangers (3,2%).

##### **III.3.1.2 Religion**

La répartition des adolescentes de notre échantillon selon la religion montre que les adeptes de la religion musulmane sont les plus nombreuses (75,4%). Viennent ensuite les chrétiennes catholiques (22,6%). Les chrétiens protestants (17,9%) et les animistes (2,6%).

### III.3.1.3 Milieu de résidence

Les adolescentes qui résidaient dans les grandes villes au moment de l'enquête représentent 9,8% ; celles des petites villes représentent 14,8% ; tandis que celles du milieu rural représentent 75,4%.

**Tableau 3.7 : Répartition des adolescentes selon les caractéristiques socioculturelles et socioéconomiques.**

<b>Variabiles</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Fréquences(%)</b>
<b>Ethnies</b>		
Gorane	221	16,2
Arabe	205	15
Ouaddai	170	12,5
Hadjarai	146	10,8
Sara	300	22,1
Mayo-Kebbi	274	20,1
Etrangers	44	3,2
<b>Religion</b>		
Catholique	307	22,6
Protestante	244	17,9
Musulmane	774	56,9
Animiste	35	2,6
<b>Milieu de résidence</b>		
Grande ville	133	9,8
Petite ville	201	14,8
Rural	1026	75,4

*Source : Traitement des données, EDST-II, 2004*

### III.3.2. Distribution des variables de l'environnement familial

#### III.3.2.1 Sexe du chef de ménage

La répartition selon le sexe du chef de ménage montre que 83,5% des adolescentes tchadiennes vivaient dans les ménages dirigés par les hommes, tandis que 16,5% appartenaient aux ménages dirigés par les femmes.

#### III.3.2.2 Niveau de vie

La répartition selon le niveau de vie du ménage montre qu'au moment de l'enquête 37,4% d'adolescentes tchadiennes résidaient dans les ménages de faible niveau de vie, contre 47,2% dans ceux de niveau de vie moyen et 11,4% dans ceux de niveau de vie élevé.

### III.3.2.3 Exposition aux mass médias

Selon la propension des adolescentes à suivre régulièrement la télévision, il ressort qu'au moment de l'enquête 90,0% des adolescentes tchadiennes ont déclaré n'avoir jamais suivi la télévision ; 6,2% suivaient rarement ces médias ; tandis que 3,6% le suivaient souvent.

**Tableau 3.8 : Répartition des adolescentes selon les caractéristiques familiales**

Variabes et Modalités	Effectifs	Fréquences
<b>Exposition aux mass médias</b>		
Faible	1224	90
moyenne	84	6,2
Elevé	49	3,6
<b>Sexe du chef de ménage</b>		
Masculin	1135	83,5
Féminin	225	16,5
<b>Niveau de vie du ménage</b>		
Faible	509	37,4
Moyen	642	47,2
Elevé	155	11,4

*Source : Traitement des données, EDST-II, 2004*

### III.3.3 Distribution des variables des caractéristiques individuelles de l'adolescente

#### III.3.3.1 Niveau d'instruction

D'après le niveau d'instruction, les adolescentes sans niveau ne représentent que 63,0% de l'ensemble de l'échantillon contre 25,6% de niveau primaire et 11,4% de niveau secondaire et plus.

#### III.3.3.2 Connaissance des méthodes contraceptives

La répartition des adolescentes selon leur connaissance des méthodes contraceptives montre que 42,7% ne connaissaient aucune méthode contraceptive ; alors que 57,3% connaissaient au moins une méthode quelconque.

### III.3.3.3 Connaissance du cycle ovulatoire

Selon la connaissance du cycle ovulatoire, il en ressort que 47,3% des adolescentes n'avaient aucune connaissance du cycle ovulatoire et 22,1% avait des connaissances douteuses du cycle (pendant la période) ; contre 30,4% de celles qui connaissaient mieux la période de fertilité durant le cycle ovulatoire (avant la période).

**Tableau 3.9 : Répartition des adolescentes selon leurs caractéristiques individuelles**

Variables et Modalités	Effectifs	Fréquences
<b>Niveau d'instruction</b>		
Sans niveau	857	63
Primaire	349	25,6
Secondaire et +	155	11,4
<b>Connaissance du cycle ovulatoire</b>		
Bonne	301	17,3
moyenne	414	35,7
Aucune	644	46,1
<b>Connaissance de méthode contra</b>		
Aucune connaissance	623	47,8
Méthode quelconque	836	57,3

*Source : Traitement des données, EDST-II, 2004*

### III.3.4. Distribution des variables de comportement

#### III.3.4.1 Age aux premiers rapports sexuels

La répartition des adolescentes selon l'âge aux premiers rapports sexuels montre que 51,4% d'entre elles n'avaient pas encore eu de rapports sexuels, alors 19,2% ont eu leurs premiers rapports sexuels entre 10 et 14 ans contre 29,3% de celles qui avaient eu leurs premiers rapports sexuels à 15 ans et plus.

### III.3.4.2 Age au premier mariage

Dans l'ensemble des adolescentes enquêtées, 51,7% étaient célibataires, 17,9% ont été mariées entre 11 et 14 ans et 27,3% à 15 ans et plus.

### III.3.4.3 Utilisation de la contraception

La répartition des adolescentes selon leur utilisation des méthodes contraceptives montre que, parmi les adolescentes enquêtées, 96,4% n'utilisaient aucune méthode contraceptive au moment de l'enquête. Celles qui utilisaient les méthodes traditionnelles représentent 2,7% de l'échantillon contre 0,9% de celles qui avaient recours aux méthodes contraceptives modernes.

**Tableau 3.10 : Répartition des adolescentes selon les variables de comportement**

<b>Variabes et Modalité</b>	<b>EFFECTIFS</b>	<b>FREQUENCES</b>
<b>Age aux premiers rapports sexuels</b>		
Pas de rapport sexuel	700	51,4
10-14ans	261	19,2
15-19ans	396	29,3
<b>Age au premier mariage</b>		
Célibataires	804	59,1
10-14ans	219	16,1
15-19ans	337	24,8
<b>Utilisation de la contraception</b>		
Aucune méthode	1304	95,9
Méthode quelconque	56	4,1

*Source : Traitement des données, EDST-II, 2004*

### III.4. Méthodes statistiques d'analyse des données

Pour tester nos hypothèses, nous allons recourir aux méthodes multivariées explicatives. Toutefois, nous allons recourir aussi ici aux méthodes descriptives d'autant plus qu'il est important d'évaluer d'abord les associations entre chaque variable indépendante et chacune des variables étudiées avant les analyses plus poussées.

### **III.4.1. Analyse descriptive**

Pour cette partie, nous procédons à une analyse bivariée (fréquences, tableau croisé avec application du khi-deux) afin de tester l'existence ou non des relations entre chacune des facteurs avec la variable dépendante « maternité précoce ». Ensuite une analyse factorielle des correspondances multiples nous permettra de dresser les profils des adolescentes en rapport avec la maternité précoce. Dans un second temps, nous aurons recours à l'analyse descriptive multivariée afin d'analyser les interdépendances entre les différentes variables de notre étude.

### **III.4.2. Analyse explicative**

#### **III.4.2.1 Choix de la méthode d'analyse**

Le modèle d'analyse retenu pour rechercher les facteurs est le modèle de régression logistique. En effet, compte tenu de la nature dichotomique de chaque variable étudiée, ce modèle s'avère le mieux approprié pour une telle étude.

#### **III.4.2.2 Présentation du modèle**

Le modèle de régression logistique est un modèle de dépendance. Elle fait partie d'une classe de modèles dits log linéaires ; ces modèles ont en commun l'analyse des ratio, qu'ils soient exprimés sous forme logistique ou non (Bocquier P., 1996). Par exemple, dans le cas de la fécondité, l'évènement codé 1 est le fait pour une adolescente d'avoir déjà eu une naissance et le fait pour elle de ne pas en avoir déjà eu est codé 0.

#### **III.4.2.3 Test de signification des paramètres**

Ce test permet d'évaluer pour chaque variable le niveau de signification et son impact dans l'explication de la fécondité des adolescentes. Il donne aussi pour chaque modalité le niveau de signification de son écart par rapport à la modalité de référence. L'interprétation consiste en la comparaison des probabilités critiques associées aux variables ou aux modalités aux seuils de signification fixés de 5%. Si la probabilité critique est inférieure à la signification fixée, on rejette l'hypothèse nulle. Comme dans le cas de l'analyse bivariée, le

seuil est fixé à 5%, ce pour les mêmes raisons évoquées plus haut. Le seuil de signification est inversement proportionnel à la fiabilité du modèle, plus le niveau de signification est faible, moins on a de chance de se tromper en affirmant que les différences observées reflètent des écarts réels et non des différences dues aux aléas de l'échantillonnage (Bocquier P, 1996).

Par ailleurs, la régression logistique fournit entre autres statistiques d'interprétation des résultats : le "odd ratio" ou risque relatif de connaître l'événement étudié et la statistique de khi2 pour le test de signification de modèle et des paramètres.

### **Synthèse et conclusion partielle**

L'objectif de ce chapitre était de présenter la source des données, d'évaluer la qualité de celles-ci et de présenter les distributions des variables et de procéder au choix des méthodes statistiques d'analyse. Les données utilisées pour cette étude proviennent de l'Enquête Démographique et de Santé réalisée au Tchad en 2004. Les informations recueillies sont appropriées pour la vérification de nos hypothèses. Les adolescentes enquêtées lors de cette opération de collecte étaient au nombre de 1360. L'évaluation de la qualité des données a montré que les taux de couverture des variables sont satisfaisants pour l'ensemble. Pour ce qui concerne l'âge aux premiers rapports sexuels, l'âge au premier mariage et l'âge à la première maternité, l'évaluation de la qualité des données montre que ces âges ont été relativement bien déclarés vu le faible niveau de taux de non réponse enregistré pour ces variables. Par ailleurs, il ressort de l'évaluation des données, que les femmes ont une préférence aux âges terminés par 0 et 5 comme en témoigne l'indice de Whipple (1,743). Le calcul de l'indice de Myers a confirmé une répulsion aux âges se terminant par les chiffres 1,3, 4, 6,7 et 9. Pour ce qui concerne les adolescentes, nous avons noté que l'âge a été relativement bien déclaré compte de leur jeune âge.

Enfin, compte tenu de l'objectif spécifique de l'étude et de la nature des données sur les variables intermédiaires et la variable dépendante, au niveau bivarié nous allons recourir aux tableaux croisés et au test de khi-deux et au niveau multivarié à l'analyse factorielle des correspondances multiples et à l'analyse de régression logistique.

## CHAPITRE IV : ANALYSES DIFFERENTIELLES

Après l'évaluation de la qualité des données, nous procédons dans ce chapitre à l'analyse différentielle. L'objet du présent chapitre est d'évaluer les associations entre chacune des variables socioculturelles et socioéconomiques et les variables intermédiaires (âge aux premiers rapports sexuels, âge au premier mariage et pratique contraceptive) d'une part et d'autre part les associations entre les variables socioculturelles, socioéconomiques, familiales, individuelles, et comportementales et la variable dépendante le seuil de significativité retenu dans cette analyse est de 5%. Enfin nous déterminons le profil des adolescentes exposées à la maternité précoce au Tchad.

### IV.1. Différentiels de l'âge aux premiers rapports sexuels

Le tableau 4.1 présente les résultats de l'analyse différentielle de l'entrée dans l'activité sexuelle selon les variables socioculturelles, l'environnement familial et les caractéristiques individuelles.

#### IV.1.1. Différentiels socioculturels

La proportion des adolescentes ayant déjà eu leurs premiers rapports sexuels varie significativement selon l'ethnie, au seuil de 5%. La proportion des adolescentes ayant eu précocement leurs premiers rapports sexuels varie significativement selon l'ethnie mais pas selon le milieu de résidence et la religion (10%)

##### IV.1.1.1 Ethnie

Sur l'ensemble des adolescentes enquêtées, on constate que 45,37% avaient déjà eu leurs premiers rapports sexuels au moment de l'enquête. C'est dans les groupes des Etranger (61,9%) et Hadjarai (51,6%) que la proportion des adolescentes qui, au moment de l'enquête, avaient déjà eu leurs premiers rapports sexuels est élevée. Ils sont suivis par les Gorane (46,3%), les Arabe (46,9%), les Sara (48,4%), les Mayo-kebbi (43,7%). La faible proportion des adolescentes étant déjà entrées en activité sexuelle est relativement faible chez les Ouaddai (25,3%).

En ce qui concerne l'âge aux premiers rapports sexuels, il ressort que c'est dans les groupes "Hadjarai" (54,2%), "Arabe" (47,8%) et Etranger (41,0%) que la proportion des adolescentes ayant eu précocement leurs premiers rapports sexuels est très élevée alors qu'elle est relativement faible dans le groupe Ouaddai (27,2%) et dans les groupes Gorane (33,9%), Sara (31,6%) et Mayo-kebbi (37,8%) se situent à la position intermédiaire.

#### **IV.1.1.2 Religion**

La première activité sexuelle est associée au seuil de 10% à l'appartenance religieuse donc elle n'est significative

#### **IV.1.1.3 Milieu de résidence**

Selon les résultats du tableau 4.1, Le milieu de résidence n'est pas associé à l'âge au premier rapport sexuel, ce qui traduit que le premier rapport sexuel est relativement identique quelque soit le milieu de résidence.

### **IV.1.2. Différentiels selon l'environnement familial**

#### **IV.1.2.1 Niveau de vie du ménage**

Les résultats du tableau 4.1 montrent que la première activité sexuelle est associée au niveau de vie du ménage. Par contre, l'âge aux premiers rapports sexuels varie selon le niveau de vie du ménage auquel appartient l'adolescente et, c'est dans les ménages de faible niveau de vie et de niveau moyen (respectivement 40,0% et 40,1%) que l'on trouve les plus fortes proportions d'adolescentes sexuellement précoces, tandis que cette proportion est relativement faible dans les ménages de niveau de vie élevé (10,2%).

#### **IV.1.2.2 Sexe du chef de ménage**

Le sexe du chef de ménage est associé à l'âge aux premiers rapports sexuels; ce qui signifie que l'âge aux premiers rapports sexuels varie selon le ménage auquel appartient l'adolescente soit dirigée par un homme ou par une femme. C'est dans les ménages dirigés les

femmes (48,9%) que l'on trouve les plus fortes proportions d'adolescentes sexuellement précoces, tandis que cette proportion est relativement moins forte dans les ménages dirigés par les hommes (39,1%).

#### **IV.1.2.3 Exposition aux mass médias**

Selon le tableau 4.1 et au moment de l'enquête, ce sont les adolescentes qui sont exposées faiblement aux mass medias qui sont les plus sexuellement actives (41,2%) ; par contre celles qui suivent souvent ce média se trouvent dans une position intermédiaire (31,4%) et, à un niveau bas se trouvent les adolescentes qui ont un niveau d'exposition moyen (30,0%).

#### **IV.1.3 Différentiel selon caractéristiques individuelles**

##### **IV.1.3.1 Niveau d'instruction**

La première activité sexuelle est significativement associée au niveau d'instruction de l'adolescente (tableau 4.1). Par contre, l'âge aux premiers rapports sexuels varie selon le niveau d'instruction de l'adolescente et, c'est chez les adolescentes de niveau secondaire et plus que l'on rencontre la plus forte proportion (76,4%) de l'activité sexuelle précoces contre une proportion relativement intermédiaire pour celles de niveau primaire (41,5%) ; les adolescentes sans niveau ( proportion de 40,5%) se trouvent au bas de l'échelle.

**Tableau 4.1 : Analyse différentielle de la première activité sexuelle**

Variables et modalités	Activité sexuelle			Age aux premiers rapports sexuels		
	Inactive	Active	Total	Précoce	Non précoce	Total
<b>Ethnie</b>				***		
Gorane	53,7	46,3	100	33,9	66,1	100
Arabe	53,1	46,9	100	47,8	52,2	100
Ouaddai	74,7	25,3	100	27,5	72,5	100
Hadjarai	48,4	51,6	100	54,2	45,8	100
Sara	51,5	48,4	100	31,6	68,4	100
Mayo-kebbi	56,3	43,7	100	37,8	62,2	100
Etranger	38,1	61,9	100	41	59	100
<b>Religion</b>				*		
Catholique	53,4	46,6	100	31,5	68,5	100
Protestante	61,5	38,5	100	35,4	64,6	100
Musulmane	53,8	46,2	100	43,3	56,7	100
Animiste et Sans Relig	44,1	55,9	100	31,1	68,4	100
<b>Milieu de Résidence</b>				ns		
Grande ville	55,3	44,7	100	44	56	100
Petite ville	55,2	44,8	100	38,5	61,5	100
Rurale	53,9	46,1	100	38,7	61,3	100
<b>Niveau de vie</b>				***		
Faible	48,4	51,6	100	40	60	100
Moyen	56,5	43,5	100	40,1	59,9	100
Elevé	35,2	64,8	100	10,2	89,8	100
<b>Sexe du chef de ménage</b>				***		
Homme	52,5	47,5	100	39,1	60,9	100
Femme	65,8	34,2	100	48,9	51,1	100
<b>Niveau d'instruction</b>				***		
Sans niveau	49,1	50,9	100	40,5	59,5	100
Primaire	57,3	42,7	100	41,3	58,7	100
Secondaire et +	43,3	56,7	100	76,4	23,6	100
<b>Exposition aux médias</b>				***		
Faible	52,6	47,4	100	41,2	58,8	100
Moyenne	78,7	21,3	100	30	70	100
Elevé	62	38	100	31,4	68,6	100
<b>Ensemble</b>	<b>54,63</b>	<b>45,37</b>	<b>100</b>	<b>39,94</b>	<b>60,06</b>	<b>100</b>
*** Significatif au seuil de 1%; ** Significatif au seuil de 5%; * Significatif au seuil de 10%; ns=non significatif						

Source : Traitement des données, EDST-II, 2004

## **IV.2. Différentiel de l'âge au premier mariage**

### **IV.2.1. Différentiels socioculturels**

Dans le tableau 4.2, les résultats issus de l'analyse de la variation de l'intensité de la primo-nuptialité et de celle de l'âge au premier mariage selon les caractéristiques socioculturelles des adolescentes.

#### **IV.2.1.1 Ethnie**

Sur l'ensemble des adolescentes, 38% avaient déjà acquis le statut d'épouse au moment de l'enquête. C'est dans les groupes Etranger (51,6%), Hadjarai (45,2%) et Arabe (40,6%) qu'on retrouve la proportion la plus élevée des adolescentes mariées. Les groupes Gorane (39,8%), Mayo-kébbi (37,8%) et Sara (34,0%) qui occupent la position intermédiaire. En revanche, chez les Ouaddai (22,8%), la proportion des adolescentes qui avaient déjà acquis le statut d'épouses au moment de l'enquête est relativement faible.

En ce qui concerne le calendrier de la primo-nuptialité, on constate que chez les Hadjarai (52,7%), les Arabes (47,6%), la proportion des adolescentes ayant acquis précocement le statut d'épouse est élevé. En revanche, chez les Ouaddai (23,7%) cette proportion est plus faible ; les groupes Gorane (34,2%), Sara (31,5%), Mayo-kebbi (36,0%), Etranger (38,9%) occupent la position intermédiaire.

#### **IV.2.1.2 Religion**

La religion est significativement associée à l'entrée en mariage. Sur l'ensemble des adolescentes au moment de l'enquête, c'est parmi les adeptes des religions "*animiste et sans religion*" (55,9%) qu'on retrouve la plus grande proportion d'adolescente ayant déjà acquis le statut d'épouse. La proportion des adolescentes ayant déjà acquis le statut d'épouse au moment de l'enquête est relativement faible chez les protestantes (27,2%). Les musulmanes (39,7%) et catholiques (37,8%) occupent la position intermédiaire.

Dans le cas du calendrier de la primo-nuptialité, la religion n'est pas associée (10%).

### **IV.2.1.3 Milieu de résidence**

Les résultats du tableau 4.2 montre que le milieu de résidence n'est ni associé à l'état matrimonial ni à l'âge au premier mariage.

## **IV.2.2 Environnement familial**

### **IV.2.2 1 Niveau de vie**

Le niveau de vie est fortement associé à l'acquisition du statut d'épouse et non à l'âge au premier mariage. La proportion des adolescentes ayant déjà acquis le statut d'épouse au moment de l'enquête est plus élevée (41,7%) parmi les ménages de niveau de vie faible ; alors que chez les ménages de niveau de vie élevé, cette proportion est relativement faible (20,2%). Elle est de 38,4% parmi les adolescentes des ménages de niveau de vie moyen.

### **IV.2.2 2 Sexe du chef de ménage**

Selon le du tableau 4.2, le statut matrimonial de l'adolescente est fortement corrélé avec le sexe du chef de ménage auquel elle appartient, et c'est au sein des ménages dirigés par les hommes que l'on trouve la plus forte proportion d'adolescentes en union (41,0%) contre 25,6% seulement pour les ménages dirigés par les femmes. Mais l'âge au premier mariage n'est pas associé au sexe du chef de ménage : ce qui implique que la précocité de la première union ne varie pas selon que l'adolescente vit dans un ménage dont le chef est de sexe masculin ou féminin.

### **IV.2.2 3 Exposition aux mass medias**

L'exposition aux médias est fortement associé au statut matrimonial de l'adolescente mais pas avec l'âge au premier mariage et, ce sont les adolescentes qui sont faiblement exposées aux médias, au moment de l'enquête, qui ont le plus déjà acquis le statut d'épouse (40,9%) ; tandis que celles qui ont une connaissance élevée l'ont acquis à un niveau intermédiaires (26,6%). Les adolescentes qui ont une connaissance moyenne se trouvent à un niveau faible (8,7%).

### **IV.2.3. Caractéristiques individuelles**

#### **IV.2.3.1 Niveau d'instruction**

Le niveau d'instruction est associé au statut matrimonial de l'adolescente. La proportion la plus élevée d'adolescentes déjà mariées, au moment de l'enquête, se trouvant chez les jeunes filles sans niveau d'instruction (31,6%), alors que cette proportion est plus faible chez les adolescentes de niveau secondaire ou plus (17,5%). Les adolescentes de niveau primaire étant à un niveau intermédiaire (21,9%). L'âge au premier mariage n'est pas associé au niveau d'instruction de l'adolescente, c'est-à-dire que la précocité de la première union reste invariable quelque soit le niveau d'instruction de l'adolescente.

#### **IV.2.3.2 Age aux premiers rapports sexuels**

Les premiers rapports sexuels précoces sont associés au statut matrimonial et à l'âge au premier mariage. La proportion d'adolescentes déjà mariées est plus élevée chez les adolescentes sexuellement précoces (84,1%) que chez celles ayant eu leurs premiers rapports sexuels à un âge relativement moins précoce (82,9%). Concernant l'âge au premier mariage, c'est chez les adolescentes sexuellement précoces que se trouvent la proportion la plus élevée de premier mariage précoce (92,7%) contre 1,4% pour celles qui ont eu leurs premiers rapports sexuels à un âge relativement moins précoce.

**Tableau 4.2 : Analyse différentielle du premier mariage**

12 Variables et modalités	Situation matrimoniale				Age au premier mariage		
	Célibataire	Mariée	Divorcée	Total	Précoce	Non précoce	Total
<b>Ethnie</b>	***				***		
Gorane	56,5	39,8	3,7	100	34,2	65,8	100
Arabe	55,9	40,6	3,5	100	47,6	52,4	100
Ouaddai	75,9	22,8	1,3	100	23,7	76,3	100
Hadjarai	51,1	45,2	3,8	100	52,7	47,3	100
Sara	63,1	34	2,9	100	31,5	68,5	100
Mayo-kebbi	60,6	37,8	1,6	100	36	64	100
Etranger	43,8	51,6	4,7	100	38,9	61,1	100
<b>Religion</b>	***				*		
Catholique	60	37,8	1,7	100	30,9	69,1	100
Protestante	70	27,2	2,8	100	34,4	65,6	100
Musulmane	56,9	39,7	3,4	100	42,7	57,3	100
Animiste et Sans Relig	44,1	55,9	0	100	26,3	73,7	100
<b>Milieu de Résidence</b>	*				ns		
Grande ville	63	33,1	3,9	100	41,7	58,3	100
Petite ville	60,7	37,2	2,2	100	39	61	100
Rurale	56,1	41	2,9	100	38,5	61,5	100
<b>Niveau de vie</b>	***				ns		
Faible	54,5	41,7	3,9	100	39,1	60,9	100
Moyen	59,3	38,4	2,3	100	40,7	59,3	100
Elevé	77,2	21,6	1,2	100	42,1	57,9	100
<b>Sexe du chef de ménage</b>	***				ns		
Masculin	56,6	41	2,4	100	38,3	61,7	100
Féminin	69,1	25,6	5,3	100	45,5	54,5	100
<b>Niveau d'instruction</b>	***				ns		
Sans niveau	51,5	45,5	3	100	40	60	100
Primaire	62,3	33,4	4,3	100	38,6	61,4	100
Secondaire et +	77,6	21,3	1,1	100	37,1	62,9	100
<b>Exposition aux mass medias</b>	***				ns		
Faible	55,9	40,9	3,2	100	40	60	100
Moyenne	89,1	8,7	2,2	100	38,6	61,4	100
Elevé	71,7	26,6	1,6	100	37,1	62,9	100
<b>Age aux 1<sup>er</sup>s rapports sexuels</b>	***				***		
Précoce	6,8	84,1	9,1	100	92,7	7,3	100
Non Précoce	12,3	82,9	4,8	100	1,4	98,6	100
<b>Ensemble</b>	<b>59,08</b>	<b>37,97</b>	<b>2,95</b>	<b>100</b>	<b>39,36</b>	<b>60,64</b>	<b>100</b>

\*\*\* Significatif au seuil de 1%; \*\* Significatif au seuil de 5%; \* Significatif au seuil de 10%;  
ns=non significatif

Source : Traitement des données, EDST-II, 2004

#### **IV.2.4. Aspects différentiels de la pratique contraceptive**

Le tableau 4.3 donne les résultats des analyses différentielles de l'utilisation des méthodes contraceptives. Dans l'ensemble il apparaît qu'au moment de l'enquête, 96,9% d'adolescentes n'utilisaient pas les méthodes contraceptives contre 4,1 % de celles qui utilisaient une méthode quelconque (méthode moderne et méthode traditionnelle).

##### **IV.2.4.1. Environnement socioculturel/socioéconomique**

###### **a) Appartenance ethnique**

L'utilisation des méthodes contraceptives n'est pas associée à l'appartenance ethnique des adolescentes.

###### **b) Religion**

Il ressort des résultats du tableau 4.3 que l'utilisation des méthodes contraceptives n'est pas associée à la religion de l'adolescente, c'est-à-dire que le comportement en matière de contraception est identique quelque soit la religion de l'adolescente.

###### **c) Milieu de résidence**

Par rapport au milieu de résidence au moment de l'enquête, l'utilisation des méthodes contraceptive est associée au milieu de résidence, nous remarquons la proportion d'adolescentes utilisatrices des méthodes contraceptives quelconque est de (7,6%) dans les grandes villes, les petites villes (3,6%) et en milieu rural (2,6%).

###### **a) Niveau de vie du ménage**

Le niveau de vie est associé à la méthode contraceptive au seuil 5%. La plus forte proportion (6,6%) d'adolescentes utilisatrices des méthodes contraceptives quelconque se trouve dans les ménages d'un niveau de vie élevé tandis que la plus faible (2,6%) est pour

celles des ménages de niveau de vie moyen ; les adolescentes de niveau de vie faible occupent une position intermédiaire (5,1%).

#### **b) Sexe du chef de ménage**

Le sexe du chef de ménage n'est pas associée à l'utilisation des méthodes contraceptives de l'adolescente, c'est-à-dire que le comportement en matière de contraception est identique quelque soit le sexe du chef de ménage.

#### **c) Exposition aux mass médias**

L'exposition aux masses médias est associée à l'utilisation des méthodes contraceptives, La proportion des adolescentes utilisatrices des méthodes contraceptives quelconque est plus élevée chez les jeunes filles d'une bonne connaissance (7,6%) que chez celles d'une faible connaissance (3,6%) ; les adolescentes d'une connaissance moyenne occupent une position intermédiaire (4,3%).

### **IV.2.4.3 Caractéristiques individuelles**

#### **a) Niveau d'instruction**

Le niveau d'instruction est associé à l'utilisation des méthodes contraceptives. La proportion d'adolescentes utilisatrices des méthodes contraceptives quelconque est plus élevée chez les jeunes filles du niveau secondaire et plus (8,3%) que chez celles de niveau d'instruction primaire (2,3%) ; les adolescentes sans niveau occupent une position intermédiaire (3,3%).

#### **b) Connaissance des méthodes contraceptives**

Les résultats du tableau 4.3 attestent bien que l'utilisation des méthodes contraceptives est associée à la connaissance des méthodes contraceptive. Au moment de l'enquête, seules les adolescentes qui connaissaient une méthode contraceptive quelconque les utilisaient (5,6%).

### **c) Connaissance du cycle ovulatoire**

La connaissance du cycle ovulatoire est associée à l'utilisation des méthodes contraceptives. La plus forte proportion d'adolescentes utilisatrices des méthodes contraceptives au moment de l'enquête est observée chez les jeunes filles qui ont une bonne connaissance de leur cycle ovulatoire (9,5%), celles qui en ont une connaissance moyenne (3,3%) et celles qui n'ont aucune connaissance (2,7%)

### **d) Etat matrimonial**

L'état matrimonial est associé à l'utilisation des méthodes contraceptives. La plus forte proportion d'adolescentes utilisatrices des méthodes contraceptives au moment de l'enquête est observée chez les jeunes filles en union (7,7%) et celles qui sont célibataire (1,6%).

## **IV.2.4.4 Facteurs comportementaux selon l'âge aux premiers rapports sexuels et l'âge au premier mariage**

### **a) Age aux premiers rapports sexuels**

L'âge aux premiers rapports sexuels est associé à l'utilisation des méthodes contraceptives. La proportion des adolescentes utilisant la contraception quelconque est plus élevée (10,6%) parmi les adolescentes ayant eu plus précocement leurs premiers rapports sexuels. Elle est de 4,4% parmi celles qui ont eu tardivement leurs premiers rapports sexuels.

### **b) Age au premier mariage**

L'âge au premier mariage est associé à l'utilisation des méthodes contraceptives. On constate que la plus faible proportion (6,1%) des utilisatrices de la contraception quelconque se retrouve parmi les adolescentes ayant eu leur premier mariage à un âge non précoce. Parmi celles ayant acquis précocement le statut d'épouse, la proportion d'utilisation de la contraception moderne est de 10,2%.

**Tableau 4.3 : Analyse différentielle de l'utilisation des méthodes contraceptives**

<i>Variables et modalités</i>	<i>Utilisation des méthodes contraceptives</i>		
	Aucune	Méthode quelconque	Total
<b>Ethnie</b>	Ns		
Gorane	97	3	100
Arabe	95,1	4,9	100
Ouaddai	98,7	1,3	100
Hadjarai	96,2	3,8	100
Sara	93,4	6,6	100
Mayo-kebbi	95,7	4,3	100
Etranger	96,9	3,1	100
<b>Religion</b>	Ns		
Catholique	95	5	100
Protestante	94,4	5,6	100
Musulmane	96	3,7	100
Animiste et Sans Religion	100	0	100
<b>Milieu de Résidence</b>	***		
Grande ville	92,4	7,6	100
Petite ville	96,4	3,6	100
Rurale	97,4	2,6	100
<b>Niveau de vie</b>	**		
Faible	94,9	5,1	100
Moyen	97,2	2,6	100
Elevé	93,4	6,6	100
<b>Sexe du chef de ménage</b>	Ns		
Masculin	96	4	100
Féminin	95,4	4,6	100
<b>Niveau d'instruction</b>	***		
Sans niveau	96,51	3,49	100
Primaire	97,72	2,28	100
Secondaire et +	91,7	8,3	100
<b>Exposition aux medias</b>	**		
Faible	96,4	3,6	100
Moyenne	95,7	4,3	100
Elevé	92,4	7,6	100
<b>Age au premier mariage</b>	*		
Précoce	89,8	10,2	100
Non précoce	93,9	6,1	100
<b>Etat matrimonial</b>	***		

Célibataire	98,4	1,6	100
En union	94,3	7,7	
<b>Connaissance des méthodes contraceptives</b>	***		
Aucune	100	0	100
Méthode quelconque	94,4	5,6	100
<b>Connaissance du cycle ovulatoire</b>	***		
Bonne	90,5	9,5	100
Moyenne	86,7	3,3	100
Aucune	97,3	2,7	100
<b>Age aux premiers rapports sexuels</b>	***		
Précoce	89,4	10,6	100
Non Précoce	95,6	4,4	100
<b>Ensemble</b>	<b>95,89</b>	<b>4,11</b>	
*** Significatif au seuil de 1%; ** Significatif au seuil de 5%; * Significatif au seuil de 10%; ns=non significatif			

Source : Traitement des données, EDST-II, 2004

### IV.3. Différentiels de la fécondité précoce des adolescentes

#### IV.3.1. Environnement socioculturel

##### IV.3.1.1 Appartenance ethnique et maternité précoce

L'ethnie est associée à la maternité précoce. La proportion d'adolescentes mères précocement est plus élevée chez les Etranger (39,1%), Hadjarai (34,9) et faible chez les Ouaddai (14,6%). A un niveau intermédiaire, on retrouve les jeunes filles Gorane (25,7%), Arabe (26,9%), Sara (27,8%) et Mayo-kebbi (25,6%).

##### IV.3.1.2 Religion et maternité précoce

La religion est associée à la maternité précoce et, les adolescentes adeptes des religions animistes et sans religion sont celles qui ont la proportion la plus élevée de maternité précoce (38,2%), à l'opposé des adolescentes protestantes qui ont la proportion la plus faible (19,2%). Les catholiques et les musulmanes ont des proportions à un niveau intermédiaire (respectivement 29,4% et 27,4%).

### IV.3.1.3 Milieu de résidence et maternité précoce

Le milieu de résidence n'est pas associé à la maternité précoce des adolescentes, c'est-à-dire que le comportement en matière de la maternité précoce est identique quelque soit le milieu de résidence.

**Tableau 4.4 : Analyse différentielle de la fécondité**

Variables et modalités	Maternité précoce		
	NON	OUI	TOTAL
<b>Ethnie</b>	***		
Gorane	74,3	25,7	100
Arabe	73,1	26,9	100
Ouaddai	85,4	14,6	100
Hadjarai	65,1	34,9	100
Sara	72,2	27,8	100
Mayo-kébbi	74,4	25,6	100
Etranger	60,9	39,1	100
<b>Religion</b>	**		
Catholique	70,6	29,4	100
Protestante	80,8	19,2	100
Musulmane	72,6	27,4	100
Animiste et sans religion	61,8	38,2	100
<b>Milieu de résidence</b>	ns		
Grande ville	74,8	25,2	100
Petite ville	72,7	27,3	100
Rural	72,7	27,3	100
<b>Ensemble</b>	73,2	26,8	100

\*\*\* Significatif au seuil de 1%; \*\* Significatif au seuil de 5%; \* Significatif au seuil de 10%; ns=non significatif

*Source : Traitement des données, EDST-II, 2004*

### IV.3.2 Environnement familial et maternité précoce

Les associations entre la maternité précoce et l'environnement familial de l'adolescente sont présentées dans le tableau 4.5.

#### IV.3.2.1 Sexe du chef de ménage

La maternité précoce n'est pas significative au sexe du chef de ménage (au seuil 10%).

### IV.3.2.2 Niveau de vie du ménage

La proportion d'adolescentes mères est plus élevée dans les ménages de niveau de vie faible (30,3%), et nettement inférieure dans les ménages de niveau de vie élevé (15,6%) ; les ménages de niveau de vie moyen sont relativement dans une position intermédiaire (26,3%).

### IV.3.2.3 Exposition aux mass médias

La proportion des adolescentes ayant une faible exposition aux médias au moment de l'enquête ont eu une maternité précoce (29,2%) tandis que, chez celles qui ont une exposition moyenne, seulement 10,6% étaient mères précocement. Entre ces extrêmes, se trouve les adolescentes ayant une exposition élevée (15,2%).

**Tableau 4.5 : Environnement familial de l'adolescente et maternité précoce**

Variables et modalités	Maternité précoce		
	NON	OUI	TOTAL
<b>Niveau de vie du ménage</b>	***		
Faible	69,7	30,3	100
Moyen	73,7	26,3	100
Elevé	84,4	15,6	100
<b>Sexe du chef de ménage</b>	*		
Masculin	72,1	27,9	100
Féminin	77,5	22,5	100
<b>Exposition aux mass médias</b>	***		
Faible	70,8	29,2	100
Moyenne	89,4	10,6	100
Elevé	84,8	15,2	100

\*\*\* Significatif au seuil de 1%; \*\* Significatif au seuil de 5%; \* Significatif au seuil de 10%; ns=non significatif

Source : Traitement des données, EDST-II, 2004

### IV.3.3. Caractéristiques individuelles de l'adolescente et maternité précoce

#### IV.3.3.1 Niveau d'instruction de l'adolescente et maternité précoce

Le niveau d'instruction est associé à la maternité précoce. Concernant la relation entre le niveau d'instruction de l'adolescente et la maternité précoce, nous remarquons un comportement différentiel entre les différentes modalités, c'est-à-dire que les adolescentes sans niveau d'instruction sont celles qui ont le plus connu la maternité précoce (31,4%), tandis que celles de niveau secondaire ou plus ont moins souvent tendance plus faible (16,2%) à connaître cet événement. Les adolescentes de niveau primaire (24,2%) sont, dans une position intermédiaire.

#### **IV.3.3.2 Connaissance des méthodes contraceptives et maternité précoce**

La connaissance des méthodes contraceptives est associée à la maternité. Les résultats du tableau 4.6 montrent qu'au moment de l'enquête, la plus forte proportion (34,0%) d'adolescentes qui ont connu la maternité précoce se retrouve chez les jeunes filles qui connaissaient les méthodes contraceptives quelconques, tandis que la proportion la plus faible (17,2%) est pour celles qui ne connaissaient aucune méthode.

#### **IV.3.3.3 Connaissance du cycle ovulatoire et maternité précoce**

La connaissance du cycle ovulatoire est associée à la maternité précoce. En proportion et au moment de l'enquête, les adolescentes qui ont une bonne connaissance de leur cycle ovulatoire (43,5%), celles qui en ont une connaissance moyenne (31,9%) et celles qui n'ont pas de connaissance (16,4%).

#### **IV.3.3.4 Etat matrimonial et maternité précoce**

L'état matrimonial est associé à la maternité précoce. Concernant l'état matrimonial, les adolescentes célibataires sont nettement moins nombreuses (0,7%) que celles en union (64,4%) à avoir une maternité précoce. Les divorcées sont les plus nombreuses (65,1%) à avoir une maternité précoce.

**Tableau 4.6 : Caractéristiques de l'adolescente et maternité précoce**

Variables et modalités	Maternité précoce		
	NON	OUI	TOTAL
<b>Niveau d'instruction</b>	***		
Sans niveau	68,6	31,4	100
Primaire	75,8	24,2	100
Secondaire et plus	83,8	16,2	100
<b>Connaissance des méthodes contraceptives</b>	***		
Aucune	82,8	17,2	100
Méthode quelconque	66	34	100
<b>Connaissance du cycle ovulatoire</b>	***		
Bonne	56,52	43,5	100
Moyenne	68,14	31,9	100
Aucune	83,63	16,4	100
<b>Etat matrimonial</b>	***		
Célibataire	99,3	0,7	100
En union	35,6	64,4	100
Divorcé	34,9	65,1	100
*** Significatif au seuil de 1%; ** Significatif au seuil de 5%; * Significatif au seuil de 10%; ns=non significatif			

Source : Traitement des données, EDST-II, 2004

#### IV.3.4. Comportement de l'adolescente et maternité précoce

Les associations entre le comportement de l'adolescente et la maternité précoce sont présentées dans le tableau 4.7.

##### IV.3.4.1 Age aux premiers rapports sexuels et maternité précoce

L'âge aux premiers rapports sexuels induit un comportement différentiel à la maternité précoce : 73,1% d'adolescentes qui ont eu leurs premiers rapports sexuels à moins de 15 ans ont une maternité précoce contre 49,6% de celles qui les avaient eus à 15 ans et plus.

##### IV.3.4.2 Age au premier mariage et maternité précoce

La maternité précoce est différenciée par rapport à l'âge au premier mariage et, les adolescentes qui ont eu leur premier mariage à moins de 15 ans sont plus nombreuses (77,4%) que celles dont le premier mariage était survenu entre 15 ans et 19 ans (56,1%) à connaître une maternité précoce.

### IV.3.4.3 Utilisation des méthodes contraceptives et maternité précoce

L'utilisation des méthodes contraceptives est associée à la maternité précoce. Les adolescentes qui utilisent des méthodes quelconques sont plus nombreuses (66,7%) que celles qui utilisent aucune méthode (25,1%) à connaître une maternité précoce.

**Tableau 4.7 : Comportement de l'adolescente et maternité précoce**

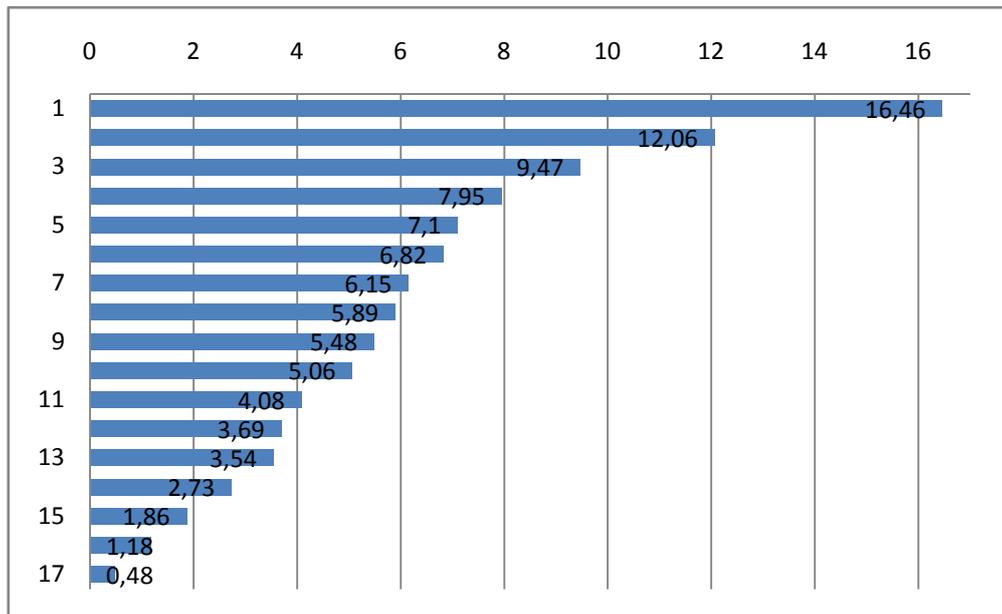
Variables et modalités	Maternité précoce		
	NON	OUI	TOTAL
<b>Age aux premiers rapports sexuels</b>	***		
Moins de 15 ans	26,9	73,1	100
15 à 19 ans	50,4	49,6	100
<b>Age au premier mariage</b>	***		
Moins de 15 ans	22,6	77,4	100
15 à 19 ans	43,9	56,1	100
<b>Utilisation actuelle des méthodes contraceptives</b>	***		
Aucune	74,9	25,1	100
Méthode quelconque	33,3	66,7	100
*** Significatif au seuil de 1%; ** Significatif au seuil de 5%; * Significatif au seuil de 10%; ns=non significatif			

*Source : Traitement des données, EDST-II, 2004*

### IV.4. Analyse descriptive multivariée

Dans cette partie, nous allons recourir à l'Analyse Factorielle des Correspondances Multiples (AFCM) pour analyser les relations d'interdépendances entre les différentes variables de notre étude de façon concomitante. Pour ce faire, nous utiliserons le logiciel SPAD. Dans notre analyse nous nous intéresserons au premier plan factoriel constitué par le premier et le deuxième axe factoriel.

**Graphique 4.1 : Histogrammes des valeurs propres**



*Source : Traitement des données, EDST-II, 2004*

#### **IV.4.1 Présentation des résultats**

L'analyse nous a permis d'identifier les modalités ayant le plus contribué au positionnement de l'axe 1 et celles ayant le plus contribué à celui de l'axe 2. Cette étude a permis aussi de connaître le signe de l'abscisse et de l'ordonnée de chaque variable. Ces résultats sont repris dans le tableau 4.8.

**Tableau 4.8 : Contribution des - modalité à l'inertie des axes factoriels**

AXE 1		
Modalités	Contributions (+)	Contribution (-)
SANS NIVEAU		10,84
SECONDAIRE ET +	7,52	
CELIBATAIRE	3,33	
MARIE		11,77
PROTESTANTE	7,34	
SARA	10,7	
FAIBLE EXPOSITION		7,61
BONNE EXPOSITION	4,23	
AU MOINS UN ENFANT		14,4
Axe 2		
Modalités	Contributions (+)	Contribution (-)
METHODE QUELCONQUE		11,13
MARIE		10,54
CATHOLIQUE		6,09
PROTESTANT		9,84
MUSULMAN	3,74	
ARABE	7,00	
OUADDAI	3,66	
SARA		11,66
MAYO-KEBBI		7,30
ETRANGERS		5,09
Au Moins un enfant		8,63

*Source : Traitement des données, EDST-II, 2004*

#### **IV.4.2 Interprétation des résultats**

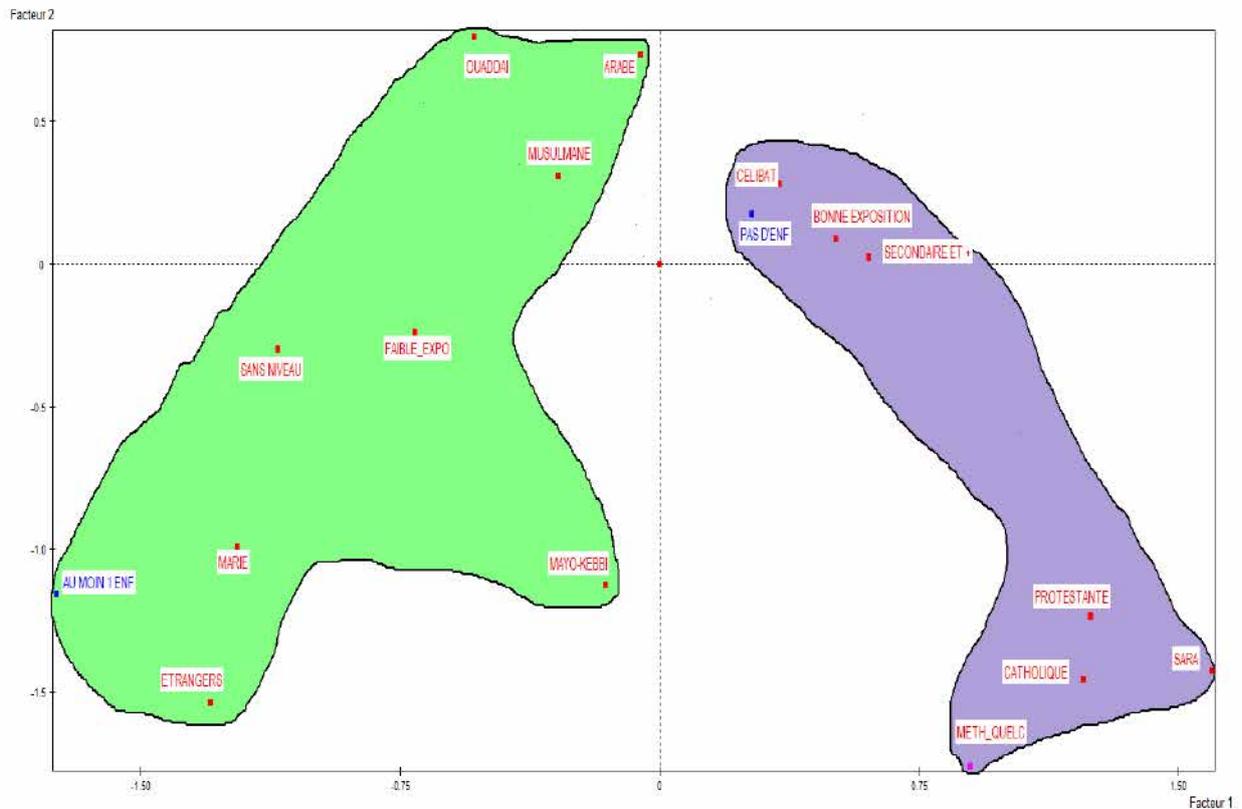
Le premier axe factoriel oppose, les adolescentes de l'ethnie, Ouaddai, Arabe, Mayo-kébbi et Etranger adeptes des religions Musulmane, sans niveau d'instruction, ayant une faible exposition aux médias et mariées aux adolescentes de l'ethnie Sara, célibataire, utilisant une méthode contraceptive quelconque et ayant une bonne exposition aux médias et un niveau d'instruction secondaire et plus, appartenant à la religion catholique et protestante. On retrouve le premier groupe dans la partie négative de cet axe et le second dans sa partie positive. Cet axe factoriel oppose donc deux catégories d'adolescentes qui se différencient par leurs niveau d'instruction, leurs statut matrimonial leurs religion et l'exposition aux médias. Ainsi, les adolescentes ayant une bonne exposition à la masse médias, celles parmi lesquelles on retrouve les plus instruites et ses adolescentes appartiennent à la religion musulmane. On retrouve à la partie négative du second axe factoriel les adolescentes Sara et Mayo-kébbi

celles ayant débuté précocement, leur premier mariage et ayant eu précocement leur premier enfant. A l'opposé, on retrouve les adolescentes chez qui, le premier mariage et la première maternité sont survenus plus tardivement.

En résumé, deux catégories d'adolescentes se dégagent de l'analyse du premier plan factoriel. On retrouve les adolescentes ayant une faible exposition aux médias et sans niveau d'instruction et ont pour la plupart eu précocement leur premier mariage. Elles ont par ailleurs eu précocement leur premier enfant. Ces adolescentes appartiennent aux ethnies Ouaddai, Mayo-kébbi et Arabe et Etranger et sont des adeptes de la religion musulmane.

On retrouve dans le second groupe les adolescentes ayant une bonne exposition aux médias, utilisant les méthodes contraceptive quelconque et un niveau d'instruction secondaire et plus. Les adolescentes de ce groupe ont eu tardivement leur premier mariage et leur première maternité ; on y retrouve les adolescentes de l'ethnie Sara et les adeptes de la religion catholique et protestante.

## Graphique 4.2 : Présentation du plan factoriel



### Synthèse et conclusion partielle

L'objectif de ce chapitre est de vérifier les relations entre les variables de notre étude. Cette étude s'est intéressée aux relations entre les caractéristiques d'identification sociale et les variables intermédiaires et d'autre part les relations entre la variable dépendante les variables indépendantes.

Il ressort que l'âge aux premiers rapports sexuels est associé avec l'appartenance ethnique, la religion, le niveau de vie du ménage, l'exposition aux mass médias et le niveau d'instruction. L'âge au premier mariage est fortement corrélé avec la religion et l'âge aux premiers rapports sexuel. La pratique contraceptive quant à elle reste fortement associée avec le milieu de résidence, le niveau de vie du ménage, le niveau d'instruction, la connaissance des méthodes contraceptives et la connaissance du cycle ovulatoire. Enfin, la fécondité précoce des adolescentes est fortement différenciée par les facteurs suivants : l'appartenance ethnique, la religion, le milieu de résidence, le niveau de vie du ménage, l'exposition aux mass médias, le niveau d'instruction, la connaissance des méthodes contraceptives et celles du

cycle ovulatoire, l'état matrimonial, l'âge aux premiers rapports sexuels et l'âge au premier mariage.

L'analyse factorielle des correspondances multiples (AFCM) a permis de dresser deux groupes d'adolescente qui se distinguent par leur degré d'exposition à la fécondité précoce : d'une part, les adolescentes les plus exposées au risque de maternité précoce et d'autre part, celles qui sont moins exposées au risque de maternité précoce.

## **CHAPITRE V: IDENTIFICATION DES FACTEURS EXPLICATIFS DE LA FECONDITE DES ADOLESCENTES AU TCHAD**

Ce chapitre présente les résultats des analyses multivariées de la fécondité des adolescentes. Ces analyses permettent, d'identifier les facteurs explicatifs de la fécondité précoce des adolescentes. L'identification des différents facteurs d'exposition à la maternité précoce, se fera à travers le paramètre statistique de l'Odds ratio (OR) qui représente la force d'association entre un facteur et un phénomène, au seuil retenu de 5%. En effet dans le modèle de régression logistique, l'odds ratio comme mesure du risque relatif traduit le risque encouru par un individu appartenant à la modalité *i* d'une caractéristique donnée par rapport à une autre modalité *j* de la même caractéristique, vis-à-vis de l'événement étudié quand tous les autres antécédents sont supposés les mêmes par ailleurs.

Dans cette étude, l'âge est pris comme variable de contrôle afin d'éliminer son effet sur les comportements procréateurs des adolescentes. En effet, si la fécondité et les comportements *y* relatifs sont susceptibles de varier selon les facteurs environnementaux, familiaux et les caractéristiques individuelles des adolescentes, ils sont nécessairement influencés par leur âge.

### **V.1. IDENTIFICATION DES FACTEURS DE LA FECONDITE PRECOCE DES ADOLESCENTES**

L'examen du tableau 5.1 permet d'identifier parmi les adolescentes, celles qui sont les plus exposées au risque d'avoir une maternité précoce. Le premier modèle (M0) met en évidence les effets bruts de toutes les variables explicatives retenues dans l'étude sur le risque de fécondité précoce à l'adolescence. Les résultats obtenus indiquent que la maternité chez les adolescentes est déterminée par : l'ethnie, la religion, le sexe du chef de ménage, le niveau de vie du ménage, le degré d'exposition aux mass médias, le niveau d'instruction, la connaissance des méthodes contraceptives, la connaissance du cycle ovulatoire, l'état matrimonial, l'âge aux premiers rapports sexuels et l'âge premier mariage. La variable milieu de résidence étant non significatif.

### **V.1.1 Risques relatifs bruts de la fécondité précoce**

#### **V.1.1.1 Maternité précoce et environnement socioculturel/socioéconomique de l'adolescente**

Les environnements socioculturel et socioéconomique constituent-ils des facteurs importants pour comprendre les logiques qui sous-tendent les comportements en matière de fécondité ? Suivant l'appartenance ethnique, il ressort ( tableau 5.1) que les adolescentes du groupe Ouaddai, Hadjarai et des « Etranger » ont respectivement 54% de moins, 1,45 fois et 1,73 fois plus de risque d'avoir une fécondité précoce que celles du groupe Arabe. Sur le plan religieux, les jeunes filles adeptes de la religion protestante ont 37% moins de risque d'avoir une fécondité précoce que leurs homologues de la religion musulmane. Quant au milieu de résidence, il apparaît non significatif c'est-à-dire les adolescentes ont un même comportement en matière de la fécondité précoce par rapport au milieu de résidence.

#### **V.1.1.2 Maternité précoce et environnement familial de l'adolescente**

Il apparaît que les trois variables de l'environnement familial déterminent la fécondité à l'adolescence, à savoir le niveau de vie du ménage, l'exposition aux médias et le sexe du chef de ménage. Les adolescentes tchadiennes appartenant aux ménages de niveau de vie élevé ont moins de risque (OR=0,51) d'être mères précocement que leurs homologues issues des ménages de niveau de vie moyen. L'exposition aux mass médias semble favorable à la réduction du risque de maternité précoce. En effet, les adolescentes qui ont une bonne exposition moyenne exposition ont (respectivement OR=0,43 et OR=0,28) moins de chance d'être mères à un âge précoce que leurs homologues qui ont une faible exposition aux mass médias.

#### **V.1.1.3 Maternité précoce et caractéristiques individuelles de l'adolescente**

Les quatre variables des caractéristiques individuelles (niveau d'instruction, la connaissance du cycle ovulatoire, la connaissance des méthodes contraceptive et état matrimonial) sont corrélées à la fécondité précoce. Pour l'instruction, les jeunes filles de niveau primaire et secondaire et plus sont, en effet, respectivement (OR=0,69) et (OR=0,42) moins susceptibles de connaître une maternité précoce à l'adolescence que leurs homologues

sans niveau. En ce qui concerne la connaissance des méthodes contraceptives et de celle du cycle ovulatoire, il en résulte d'une part, que les adolescentes ayant une connaissance des méthodes contraceptives quelconques sont plus exposées (2,48 de plus) au risque de maternité précoce que leurs homologues qui ne connaissent aucune méthode ; et d'autre part, que les adolescentes ayant une bonne et moyenne connaissance de leur cycle ovulatoire sont plus susceptibles d'être mères précocement que celles qui ont aucune connaissance de leur cycle. Ces résultats assez paradoxaux seraient peut être dus aux différences dans les autres facteurs (socioculturels, socioéconomiques, familiaux, etc.) ; ou encore cela traduirait le fait que les adolescentes tchadiennes s'intéresseraient plus aux méthodes contraceptives et/ou à leur cycle ovulatoire que lorsqu'elles ont déjà été « victime » d'une grossesse non désirée. Suivant l'état matrimonial, il s'en suit que les adolescentes en union sont 2,58 fois plus et celles divorcées sont 2,66 fois plus exposées au risque de maternité précoce que les célibataires.

#### **V.1.1.4 Maternité précoce et comportement de l'adolescente**

Au niveau brut, les trois variables comportementales paraissent déterminer la fécondité précoce des adolescentes. Les adolescentes utilisant des méthodes contraceptives quelconques ont 6 fois plus de risque d'être mère précoce que celles n'utilisant aucune méthode. Il apparaît ainsi, que les adolescentes ayant débuté leur sexualité moins précocement (à 15 ans et plus) ont 1,37 fois de plus de risque d'être mères précocement que celles qui avaient débuté plus tôt leur sexualité (à 10-15 ans). De même que les adolescentes mariées au moins à l'âge légal minimum (moins de 15 ans) ont 1,6 fois de plus de risque d'avoir une maternité précoce que celles qui ont été mariées non précocement (plus de 15 ans).

#### **V.1.2 Risques relatifs nets de la fécondité précoce**

Au niveau des effets nets, huit variables (8) (facteurs) paraissent expliquer la fécondité précoce des adolescentes au Tchad ; il s'agit de : niveau d'instruction, l'exposition aux mass médias, la connaissance du cycle ovulatoire, la connaissance des méthodes contraceptives, l'état matrimonial, l'âge aux premiers rapports sexuels, l'âge au premier mariage et l'utilisation des méthodes contraceptives (M13).

Ainsi, les facteurs socioculturels (ethnie et la religion) ne sont pas associés à la maternité précoce des adolescentes tchadiennes.

Tout comme les variables milieu de résidence, le sexe du chef de ménage, le niveau de vie ne sont pas également associés à la maternité précoce des adolescentes. Par ailleurs, l'exposition aux mass médias paraît comme les facteurs familiaux explicatifs de la fécondité précoce des adolescentes tchadiennes. L'exposition aux médias, il ressort que comparées aux adolescentes ayant une faible exposition aux médias, celles qui ont une exposition élevée ont 59% moins de risque de connaître une maternité précoce. Ce résultat indique que le risque de maternité précoce est négativement lié au degré d'exposition aux médias.

Toutes les variables caractéristiques individuelles de l'adolescentes (niveau d'instruction, connaissance du cycle ovulatoire, connaissance des méthodes contraceptive et état matrimoniale) paraissent significativement associées à la maternité précoce. Le niveau d'instruction, les adolescentes qui ont un niveau secondaire et plus ont 10% de moins de risque de connaître une maternité précoce que celles sans niveau d'instruction. La connaissance du cycle ovulatoire les adolescentes qui ont une bonne et moyenne connaissance ont respectivement 2,08 fois et 1,92 fois de plus de risque de connaître une maternité précoce que celles qui n'ont pas de connaissance. Pour la connaissance des méthodes contraceptive, les adolescentes qui connaissent une des méthodes quelconque ont 2,13 fois plus de risque de connaître une maternité précoce que celles qui n'ont aucune connaissance des méthodes contraceptives. Ces résultats assez paradoxaux seraient peut être dus aux différences dans les autres facteurs (socioculturels, socioéconomiques, familiaux, etc.) ; ou encore cela traduirait le fait que les adolescentes tchadiennes s'intéresseraient plus aux méthodes contraceptives et/ou à leur cycle ovulatoire que lorsqu'elles ont déjà été « victime » d'une grossesse non désirée. Et en fin les adolescentes en union et celles qui sont divorcées ont respectivement 1,9 fois et 2,02fois plus de risque de connaître une maternité précoce que celles qui sont célibataires.

Les facteurs comportementaux restent tous associés à la maternité précoce à l'adolescence. Les adolescentes qui ont eu leurs premiers rapports sexuels à un âge non précoce, c'est-à-dire à 15 ans et plus ont moins de risque que celles qui les ont eu à l'âge précoce, c'est-à-dire à -15 ans, d'avoir une fécondité précoce. Sur le plan matrimonial, les jeunes filles mariées précocement (moins de 15 ans) ont 1,57fois de plus de risque de connaître une maternité précoce que celles qui se sont mariées non précocement (15 à 19 ans). Enfin, s'agissant de la pratique contraceptive, nous remarquons que par rapport aux

adolescentes qui n'utilisent aucune méthode contraceptive, celles qui utilisent une méthode quelconque ont 89% moins de chance d'être mères précocement.

L'ajout progressif des variables, au modèle pas à pas, met en évidence l'effet net des variables et permet de déceler le mécanisme à travers lequel ces facteurs agissent sur la maternité précoce. L'introduction de la variable ethnie dans le modèle a entraîné que les modalités Ouaddai et Hadjarai sont significatives respectivement au seuil 1% et 5% lorsque nous contrôlons avec l'âge (M1) ; ceci traduirait que les différences observées au sein des différents groupes ethniques seraient, en partie, dues aux différences d'âge des adolescentes. L'âge est donc une variable inhibitrice pour l'ethnie.

En introduisant la religion (M2), la signification des modalités Ouaddai et Hadjarai baisse à 10% ; tandis que la modalité Protestante de la religion est significatif au seuil 1%. La religion est intervenue comme variable intermédiaire pour l'ethnie.

Au modèle suivant (M3), nous introduisons le milieu de résidence, les modalités Ouaddai et Hadjarai de l'ethnie devient respectivement significative au seuil de 1% et 10% et la modalité de la variable religion reste significative au seuil de 1% et en fin la modalité Grande ville de la variable milieu de résidence est significatif au seuil de 10%. Ce qui traduirait que l'ethnie influence la fécondité précoce via milieu de résidence.

Lorsque nous ajoutons le sexe du chef de ménage dans le modèle (M4), la modalité étranger de l'ethnie devient significatif à 10% ce qui traduirait que le sexe masque l'effet de l'ethnie sur la fécondité précoce.

Dans le modèle M5 avec l'ajout du niveau de vie du ménage, les modalités Ouaddai et Hadjarai de l'ethnie demeurent significative respectivement à 1% et 10%, et modalité étranger reste significatif au seuil de 5%. La modalité protestante de la religion demeure également significative à 1%. Le milieu de résidence devient non significatif. La modalité élevé du niveau de vie devient significatif à 10%. L'effet de l'ethnie serait donc en partie masqué par le niveau de vie du ménage, par contre le niveau de vie médiate le milieu de résidence.

Au modèle suivant (M6), nous introduisons l'exposition aux mass médias et, la modalité Hadjarai de l'ethnie redevient non significative tandis que la modalité étrangère de cette même variable passe de 5% à 10%. Le niveau de vie devient non significatif. Ce qui traduirait que l'exposition aux mass médias médiatise l'ethnie et le niveau de vie sur la fécondité précoce.

En introduisant le niveau d'instruction (M7), nous observons que la signification de la religion baisse à 5%, tout comme l'exposition aux mass médias baisse à 10% les autres résultats étant similaires aux précédents. Le niveau d'instruction médiatise donc l'effet de la religion et l'exposition aux mass médias sur la fécondité précoce.

Au modèle M8 nous introduisons la variable la connaissance du cycle ovulatoire. L'exposition aux mass médias passe au seuil de 10% à 5% et la religion passe au seuil de 5% à 1% ; donc l'effet de l'exposition aux mass médias et de la religion sont masqués par la connaissance du cycle ovulatoire.

Au modèle suivant (M9) nous ajoutons la connaissance des méthodes contraceptives, la connaissance cycle ovulatoire demeure significative au seuil 1% et la modalité primaire du niveau d'instruction devient significatif au seuil de 5%. Donc l'effet de la connaissance des méthodes contraceptives et de niveau d'instruction sont masqués par la connaissance des méthodes contraceptive.

Le modèle M10 avec l'introduction de l'état matrimonial, la modalité secondaire et plus du niveau d'instruction passe de 1% à 5%. Le sexe du chef de ménage devient significatif au seuil 10%. La modalité protestante de la religion passe 1% à 10%. Et l'ethnie devient non significative. L'effet de l'état matrimonial masque le sexe du chef de ménage, mais il médiatise le niveau d'instruction, la religion et l'ethnie.

Lorsque nous ajoutons l'âge aux premiers rapports sexuels dans le modèle (M11), l'état matrimonial, la connaissance des méthodes contraceptives et la connaissance du cycle ovulatoire sont significative au seuil de 1%. Le niveau d'instruction et l'exposition aux mass médias sont significatifs au seuil de 5%. L'âge aux premiers rapports sexuels masque l'état matrimonial, la connaissance des méthodes contraceptives, la connaissance du cycle ovulatoire, le niveau d'instruction et l'exposition aux mass médias.

Dans l'avant dernier modèle (M12), c'est l'âge au premier mariage que nous ajoutons. A ce stade, les résultats sont pratiquement similaires à ceux des modèles précédents. Seulement, la signification de l'âge au premier rapport sexuel qui baisse de 1% à 10% et la connaissance du cycle ovulatoire qui baisse de 1% à 5%: l'âge au premier mariage à un effet médiateur pour ces deux variables.

Enfin, le modèle final (M13) intègre la variable « Utilisation des méthodes contraceptives » qui n'apporte pas de modifications significatives aux résultats précédents. Chez les adolescentes qui utilisent les méthodes contraceptives quelconques, le risque de fécondité précoce est plus faible que chez celles qui n'utilisent aucune méthode, avec signification statistique au moins au seuil de 5%.

## **V.2. Interprétation des résultats**

La fécondité précoce des adolescentes tchadiennes serait influencée par l'environnement familial (l'exposition aux mass médias), les caractéristiques individuelles de l'adolescente (le niveau d'instruction, la connaissance du cycle ovulatoire, la connaissance des méthodes contraceptives, et l'état matrimonial) et l'âge aux premiers rapports sexuels, l'âge aux premiers mariages et l'utilisation de la contraception.

Les adolescentes qui ont une bonne exposition aux mass médias sont moins exposées que celles qui ont une faible exposition aux mass médias. En effet, la plupart des médias diffusent des messages sur l'inconvénient de la fécondité précoce ce qui aurait influencé les adolescentes qui sont exposées à ces moyens d'information à adopter un comportement différent des autres adolescentes.

Les adolescentes qui ont un niveau d'instruction secondaire et plus sont moins exposées que celles sans niveau au risque de la fécondité précoce. En effet l'instruction met l'adolescente au contact du monde moderne, et en même temps lui impose de longues années d'études. Cela peut expliquer qu'elle ajourne son entrée dans la vie féconde, surtout que tout le système de scolarisation est conçu éveiller en elle de nouvelles aspirations, de nouveaux modèles. On peut penser que les adolescentes qui évitent d'entrer en vie féconde dans cette tranche d'âge vivent un conflit de modèles où elles se plient sans révolte aux exigences de la société moderne.

Les adolescentes qui ont une bonne et moyenne connaissance de leur cycle ovulatoire et celles qui connaissent une des méthodes contraceptives quelconques ont plus de risque de la fécondité précoce que celles qui n'ont pas de connaissance de leur cycle ovulatoire et celles qui n'ont aucune méthode contraceptive. Ces résultats assez paradoxaux seraient peut-être dus aux différences dans les autres facteurs (socioculturels, socioéconomiques, familiaux, etc.) ; ou encore cela traduirait le fait que les adolescentes tchadiennes s'intéresseraient plus aux méthodes contraceptives et/ou à leur cycle ovulatoire que lorsqu'elles ont déjà été « victime » d'une grossesse non désirée.

Les adolescentes en union, divorcées et celles qui ont moins de 15 ans à l'âge aux premiers mariages ont plus de risque de la fécondité précoce que celles qui sont célibataires et celles qui ont 15 ans et plus à l'âge aux premiers mariages. Les adolescentes qui ont 15 ans et plus à l'âge aux premiers rapports sexuels ont moins de risque de la fécondité précoce que celles qui ont moins de 15 ans. En effet, le relâchement des mœurs en matière de sexualité et les facteurs liés aux modalités du mariage de l'adolescente (âge d'entrée en première union, type d'union) sont susceptibles d'expliquer les rôles déterminants joués par l'activité sexuelle et l'entrée en union dans l'explication de la fécondité adolescente.

Les adolescentes utilisant une méthode contraceptive ont moins de risque de la fécondité précoce que celles qui n'utilisent aucune méthode. Enfin, les limites culturelles qui caractérisent les adolescentes tchadiennes de faible niveau d'instruction constituent un obstacle à l'utilisation des méthodes contraceptives (les méthodes contraceptives modernes).

**Tableau 5.1 : Risques relatifs de fécondité précoce des adolescentes tchadiennes âgées de 15-19 ans (EDST-II, 2004)**

Variables et modalités	Effets bruts	Effets nets												
		A à B	A à C	A à D	A à E	A à F	A à G	A à H	A à I	A à J	A à K	A à L	A à M	A à N
	M0	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12	M13
<b>A-Ages</b>	6,33***	6,44***	6,47***	6,60***	6,55***	6,44***	6,48***	6,60***	5,71***	5,36***	3,06***	3,71***	3,75***	3,77***
<b>B-Ethnie</b>	***													
Gorane	0,93	1,04	1,02	1,06	1,06	1,01	1,02	0,99	0,92	1,11	1,29	1,60	1,61	1,67
Arabe	ref	<b>Réf</b>	Réf	réf	réf	réf	Réf	réf	réf	réf	réf	réf	réf	Réf
Ouaddai	0,46***	0,00***	0,44*	0,42***	0,43***	0,43***	0,45***	0,45 ***	0,42***	0,43***	0,82	1,07	1,09	1,11
Hadjarai	1,45*	0,04**	1,55*	1,54*	1,56*	1,46*	1,44	1,45	1,38	1,38	1,54	1,49	1,48	1,52
Sara	1,04	0,85	1,44	1,52	1,52	1,56	1,58	1,69	1,55	1,40	1,65	1,37	1,35	1,31
Mayo-kebbi	0,93	0,42	1,18	1,21	1,21	1,29	1,33	1,45	1,23	1,20	1,09	1,09	1,09	1,12
Etrangers	1,73**	0,166	1,71	1,83	1,84*	1,95**	1,85*	1,75*	1,82*	1,64	1,54	1,60	1,63	1,74
<b>C-Religion</b>	**													
catholique	1,1		0,82	0,77	0,77	0,73	0,76	0,88	0,82	0,72	1,21	1,59	1,62	1,59
Protestante	0,63**		0,42***	0,41***	0,41***	0,37***	0,40***	0,49**	0,41***	0,39***	0,73*	0,89	0,92	0,9
Musulmane	ref		Réf	réf	Réf	réf	Réf	réf	réf	réf	réf	réf	réf	Réf
Animiste et sans religion	1,64		1,13	1,05	1,05	0,89	0,89	0,95	0,84	0,8	0,83	1,07	1,11	1,15
<b>D-Milieu de résidence</b>	ns													
Grande ville	0,89			0,72*	0,72*	0,82	1,03	1,13	1,06	0,83	1,08	1,10	1,12	1,08
Petite ville	1			0,98	0,99	0,89	0,96	1,02	1,04	0,88	1,20	1,22	1,22	1,26
Rural	ref			réf	Réf	réf	Réf	réf	réf	réf	réf	réf	réf	réf
<b>E-Sexe du chef de ménage</b>	*													
Masculin	ref				réf	réf	Réf	réf	réf	réf	réf	réf	réf	réf
Féminin	0,75*				0,88	0,87	0,88	0,89	0,92	0,91	1,62*	1,58	1,57	1,52

<b>F-Niveau de vie</b>	***													
Faible	1,21					1.21	1.25	1.36	1.30	1.14	0,75	0,77	0,77	0,78
Moyen	ref					réf	Réf	réf	réf	réf	réf	réf	réf	Réf
Elevé	0,51***					0,51*	0,65	0,78	0,68	0,56	0,77	0,77	0,78	0,77
<b>G-Exposition aux medias</b>	***													
Faible	Ref						Réf	réf	réf	réf	réf	réf	réf	Réf
Moyen	0,28***						0,25***	0,42	0,38	0,37	1.20	1.03	0,93	0,91
Elevé	0,43***						0,41***	0,59*	0,53**	0,56**	0,39**	0,41**	0,41**	0,41**
<b>H-Niveau d'instruction</b>	***													
Sans niveau	Ref							réf	réf	réf	réf	réf	réf	Réf
Primaire	0,69**							0,77	0,73	0,66**	0,89	0,86	0,86	0,88
Secondaire et plus	0,42***							0,41 ***	0,37***	0,32***	1.10**	1.02**	1.02**	0,9**
<b>I-Connaissance du cycle ovulatoire</b>	***													
Bonne	3,93***								4.35***	3.81***	2.24***	2.09***	2.06***	2.08***
Moyenne	2,38***								2.43***	2.33***	2.06***	1.85***	1.85**	1.92***
Aucune	Ref								réf	réf	réf	réf	réf	Réf
<b>J-Connaissance des méthodes cont</b>	***													
Aucune méthode	Ref									réf	réf	réf	réf	Réf
Méthode quelconque	2,48***									2.73***	2.30***	2.28***	2.28***	2.13***
<b>K-Etat matrimonial</b>	***													
Celibataire	Ref										réf	réf	ref	Réf
En union	2,58***										2,03***	2,16***	1,84***	1,9***
Divorcée	2,66***										2,19***	2,13***	1,80***	2,02***

<b>L-Age au premier rapport sexuel</b>	***													
Moins de 15ans	Ref											réf	réf	Réf
15 à 19ans	1,37***											0,34***	0,23**	0,30**
<b>M-Age au premier mariage</b>	***													
Moins de 15ans	1,6***												1.59**	1.57**
15 à 19ans	Ref												réf	Réf
<b>N- Utilisation de la contraception</b>	***													
Aucune méthode	Ref													Réf
Méthode quelconque	5,97***													0.11**
<b>Khi-deux du modèle</b>		<b>245,49***</b>	<b>2557,97***</b>	<b>258,35***</b>	<b>259,18***</b>	<b>272,96***</b>	<b>284,08***</b>	<b>344,11***</b>	<b>378,36***</b>	<b>378,62***</b>	<b>925,55***</b>	<b>925,55***</b>	<b>925,75***</b>	<b>926,12***</b>
<b>Taille n</b>	<b>1359</b>	<b>1359</b>	<b>1356</b>	<b>1357</b>	<b>1355</b>	<b>1300</b>	<b>1292</b>	<b>1291</b>	<b>1282</b>	<b>1282</b>	<b>1281</b>	<b>1281</b>	<b>1281</b>	<b>1281</b>
<b>Pseudo R<sup>2</sup></b>		<b>0,1312</b>	<b>0,1448</b>	<b>0,1524</b>	<b>0,1527</b>	<b>0,1603</b>	<b>0,1699</b>	<b>0,1768</b>	<b>0,2161</b>	<b>0,2377</b>	<b>0,5823</b>	<b>0,5823</b>	<b>0,5854</b>	<b>0,5894</b>
*** significatif au seuil de 1%; ** significatif au seuil 5%; * significatif au seuil 10% ; ns non significatif														

### **V.3. Contribution des variables a l'explication de la fécondité précoce des adolescentes**

Après avoir identifié les facteurs explicatifs de la fécondité précoce chez les adolescentes tchadiennes et mis en évidence les mécanismes, nous procéderons dans cette section à une hiérarchisation desdits facteurs à partir de leur contribution.

#### **V.3.1. Aspects méthodologiques**

La contribution des différentes variables a été calculée à l'aide de la méthode suivant :

$$C_x = \frac{X_f - X_s}{X_f}$$

C<sub>x</sub>= Contribution de la variable ; X<sub>f</sub>= Khi2 final ; X<sub>s</sub>= Khi2 sans la variable

Pour obtenir le X<sub>s</sub>, pour une variable donnée, on retire cette variable du modèle saturé ; on répète ainsi la même méthode pour chacune des variables considérées.

#### **V.3.2. Hiérarchisation des facteurs**

Le tableau 5.2 présente la hiérarchisation par ordre décroissant des facteurs selon leur contribution à l'explication de la variation de la fécondité précoce des adolescentes. La connaissance des méthodes contraceptives et la connaissance du cycle ovulatoire ont les contributions les plus fortes. L'utilisation des méthodes contraceptives, l'âge aux premiers rapports sexuels et l'état matrimonial ont les contributions intermédiaires suivies de l'exposition aux mass médias, le niveau d'instruction et l'âge aux premiers mariages.

**Tableau 5.2 : Hiérarchisation par ordre décroissant des facteurs selon leur contribution à l'explication du risque de fécondité précoce des adolescentes au Tchad**

<b>Facteurs explicatifs de la fécondité des adolescentes</b>	<b>Contribution (%)</b>	<b>Rang</b>
Connaissance des méthodes contraceptives	21,92	1
Connaissance du cycle ovulatoire	3,19	2
Utilisation des méthodes contraceptives	2,31	3
Age aux premiers rapports sexuels	1,88	4
Etat matrimonial	1,53	5
Exposition aux mass médias	1,21	6
Niveau d'instruction	1,11	7
Age aux premiers mariages	1,01	8

### **V.3.3. Synthèses et discussion des résultats**

Les principaux facteurs explicatifs de la fécondité des adolescentes en République du Tchad, sont des facteurs comportementaux, des facteurs familiaux et les caractéristiques individuels des adolescentes ; il s'agirait notamment (par ordre de contribution) : des connaissances des méthodes contraceptives et du cycle ovulatoire, les rapports sexuels précoces, de la sous-utilisations des méthodes contraceptives, du sous développement médiatique qui sévit dans le Pays et du niveau d'instruction et de la nuptialité précoce. Toute porte à croire que cette situation résulte de la précocité des rapports sexuels dans ce pays, associée à une prévalence contraceptive faible et, dans une moindre mesure, à la précocité du mariage.

Les résultats quasi similaires ont été observés dans certains pays voisins (Niger et la République Centrafricaine, notamment), où les adolescentes contribuent beaucoup à l'ISF. En effet, les rapports sexuels pré-nuptiaux sont très fréquents en République du Tchad. Les proportions d'adolescentes ayant déjà eu les premières activités sexuelles sont nettement plus élevées que celles des adolescentes déjà en union. Et, la maternité précoce – souvent inopportune et non désirée – des adolescentes tchadiennes représentent une maîtrise imparfaite du processus de procréation, et reflète l'ampleur du besoin insatisfait d'une contraception efficace pour y mettre fin.

## CONCLUSION GENERALE ET RECOMMANDATIONS

L'objectif de cette étude est de contribuer à l'amélioration de l'état des connaissances sur les facteurs explicatifs de la fécondité des adolescentes au Tchad, afin d'éclairer les décideurs tchadiens sur les principaux éléments à prendre en compte pour améliorer et/ou mettre en œuvre des politiques et programmes de développement adaptés pour les adolescentes. Plus spécifiquement elle cherchait à : décrire les variations de la fécondité des adolescentes ; établir le profil des adolescentes les plus exposées au risque de maternité précoce ; identifier les facteurs explicatifs de la fécondité précoce.

Selon les études menées au Tchad (EDST I et II) le niveau de fécondité des adolescentes (15-19 ans) est resté quasiment stationnaire et relativement élevé au cours des quinze dernières années, le taux avoisinant les 187‰ pour la période la plus récente, malgré une évolution croissante de la scolarisation des filles et de l'urbanisation depuis des décennies.

Pour répondre à notre question de recherche à savoir « *Quels sont les facteurs qui contribuent au niveau élevé de la fécondité des adolescentes au Tchad ?* » Nous nous sommes donc servis d'une démarche intégrant les facteurs environnementaux, les facteurs familiaux, les caractéristiques individuelles des adolescentes et les facteurs comportementaux afin de déceler les principaux facteurs explicatifs de la fécondité des adolescentes. Ceci en se basant sur une littérature exposant les différentes approches explicatives ayant énoncé de diverses manières l'influence qu'exercerait différents éléments sur le phénomène.

De ce fait, un cadre conceptuel a été élaboré permettant de matérialiser une hypothèse générale qui s'énonce de la manière suivante : l'environnement global de l'adolescente influence directement et/ou indirectement ses caractéristiques individuelles et, à terme, son comportement sexuel et ses risques de fécondité précoce. Cette hypothèse a été explicitée en sept (7) hypothèses spécifiques.

Les données de la deuxième Enquête Démographique et de Santé du Tchad réalisée en 2004 (EDST-II 2004) ont été exploitées pour tester ces hypothèses. L'évaluation de leur qualité révèle quelques insuffisances qui ne sont pas de nature à entraver l'atteinte des objectifs de l'étude.

Aussi pour atteindre à nos objectifs, nous avons recouru aux méthodes d'analyse statistique descriptive et explicative : pour l'analyse descriptive bivariée, nous avons recouru aux tableaux de contingence pour la détermination des associations entre les variables en nous aidant de la statistique de  $\chi^2$  ; et pour la description multivariée, l'analyse factorielle des correspondances multiples (AFCM) nous a permis de répertorier les adolescentes en fonction de leurs caractéristiques socioculturelles, socioéconomiques, familiales, individuelles et comportementales ; Compte tenu de la nature qualitative et dichotomique des variables intermédiaires et de la variable dépendante, l'analyse explicative s'est faite à l'aide de la régression logistique, dont le modèle pas à pas a permis de déceler les mécanismes d'action des différents facteurs. 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. Par conséquent, quelques résultats intéressants se dégagent de cette étude, et il convient d'en faire le point afin d'en tirer quelques recommandations à toutes fins utiles.

Au niveau de l'analyse descriptive bivariée, il s'est révélé que :

- L'ethnie, la religion, le niveau de vie du ménage, le sexe du chef de ménage, l'exposition aux mass médias et le niveau d'instruction sont des facteurs discriminants de la sexualité précoce des adolescentes au Tchad.
- S'agissant du premier mariage, il se dégage que l'ethnie, la religion et l'âge aux premiers rapports sexuels sont des facteurs de différenciation significative de la nuptialité précoce chez les adolescentes tchadiennes.
- Une différenciation significative des adolescentes concernant la pratique contraceptive s'effectue à travers les facteurs suivants : le milieu de résidence, le niveau de vie du ménage, le niveau d'instruction, l'âge au premier mariage, état matrimonial, la connaissance des méthodes contraceptives et la connaissance du cycle ovulatoire et l'âge au premier rapport sexuel.
- Enfin, la fécondité précoce des adolescentes tchadiennes est fortement différenciée par les facteurs suivants : l'appartenance ethnique, la religion, le niveau de vie de ménage, le sexe de chef de ménage, l'exposition aux mass médias, le niveau d'instruction, la connaissance des méthodes contraceptives et celle du cycle ovulatoire, l'état matrimonial, l'âge aux premiers rapports

sexuels et l'âge au premier mariage et l'utilisation des méthodes contraceptives.

L'analyse factorielle des correspondances multiples (AFCM) a permis de dresser deux groupes d'adolescentes. D'une part, les adolescentes les plus exposées au risque de maternité précoce, celles-ci ont les caractéristiques suivantes : la plupart appartiennent au groupe ethnique Etranger, Ouaddai, Arabe et sont adeptes de la religion musulmane et mariées, elles sont sans niveau d'instruction et ont une faible exposition au mass médias. D'autre part, celles qui sont moins exposées au risque de maternité précoce et qui portent les caractéristiques suivantes : nombreuses sont de l'ethnie Sara et pratiquent les religions Catholique et Protestante, exposées aux mass médias, elles ont le niveau d'instruction secondaire ou plus, en majorité célibataire et utilisent les méthodes contraceptives.

Les analyses explicatives nous ont révélé, que la fécondité précoce des adolescentes au Tchad s'expliquerait par les facteurs suivants: l'exposition aux mass médias, la connaissance du cycle ovulatoire, le niveau d'instruction, la connaissance des méthodes contraceptives, l'état matrimonial, l'âge aux premiers rapports sexuels, l'âge au premier mariage et l'utilisation des méthodes contraceptives. Les adolescentes qui ont une bonne exposition sont moins exposées à la maternité précoce que leurs homologues qui ont une faible exposition. Les adolescentes qui ont une bonne et moyenne connaissance ont plus de risque à la maternité précoce que leurs homologues qui n'ont pas de connaissance. Par rapport au niveau d'instruction, les adolescentes de niveau secondaire et plus sont moins exposées que leurs homologues sans niveau. S'agissant de la connaissance des méthodes contraceptives les adolescentes qui ont une connaissance en méthode quelconque ont plus de risque de la maternité précoce que celles qui n'ont aucune connaissance. En ce qui concerne l'état matrimonial, les célibataires ont moins de risque que leurs homologues en unions et divorcées.

S'agissant de l'âge aux premiers rapports sexuels, les adolescentes ayant connu leurs premiers rapports sexuels assez tardivement (à 15 ans et plus) sont moins susceptibles que celles qui les avaient connu précocement (moins de 15 ans) d'avoir une fécondité précoce. De même que les adolescentes mariées tardivement sont moins exposées à la fécondité précoce que celles dont le mariage était précoce. Enfin, les adolescentes qui utilisent les méthodes

contraceptives quelconques ont moins de chance que celles qui n'utilisent aucune méthode d'avoir une fécondité précoce.

Au bout du compte, cette étude démontre qu'au Tchad la fécondité des adolescentes s'expliquerait à la fois par les facteurs familiaux et comportementaux. Les caractéristiques individuelles de l'adolescente constituent, en quelque sorte, des canaux permettant de percevoir son comportement à l'égard de la procréation. A cet effet, nous pouvons affirmer que l'hypothèse H4 de notre étude qui stipule que le niveau d'instruction de l'adolescentes influence négativement le risque d'être mère d'un enfant pendant le jeune âge. Autrement dit, les filles de niveau d'instruction faible constituent un groupe vulnérable en matière de précocité de la fécondité. Il en est de même pour l'hypothèse H5 selon laquelle l'entrée précoce en vie sexuelle augmente le risque de fécondité chez les adolescentes. De ce fait, les adolescentes qui ont entamé précocement leurs rapports sexuels auront un risque plus élevé d'être mère que celles qui les ont entamés tardivement. De même, l'hypothèse H6 qui stipule que l'entrée précoce en union par l'adolescente augmente ses chances d'avoir une fécondité précoce. Plus le mariage est précoce plus la jeune fille est susceptible d'être mère précocement, et en fin l'hypothèse H7 selon laquelle l'utilisation de la contraception réduit les risques d'une fécondité précoce chez les adolescentes. Autrement dit, les adolescentes, qui utilisent les méthodes contraceptives modernes sont moins susceptibles d'être mère d'enfant à un âge précoce que celles qui n'en utilisent pas. En revanche, les hypothèses H1, H2 et H3 n'ont pas été confirmées.

Au regard de ce qui précède, nous pouvons affirmer que nous avons atteint l'objectif de notre étude.

En dépit des résultats obtenus par cette étude, nous gardons à l'esprit que cette recherche n'est pas exempte de toutes reproches. L'une de ses limites réside au fait qu'elle s'est beaucoup basée sur une approche quantitativiste. Il serait par conséquent intéressant de compléter dans une recherche ultérieure les résultats des approches quantitatives avec des analyses qualitatives et en explorant davantage le domaine sociologique, anthropologique et même psychologique afin d'expliquer au mieux les comportements sexuels et reproducteurs des adolescentes au Tchad.

De même, l'absence de certaines informations dans notre base de données n'a pas permis de mesurer l'influence de certaines variables révélées importantes par la revue de littérature pour l'explication de l'entrée précoce des jeunes filles dans la vie reproductive. Il s'agit notamment de l'absence de milieu de socialisation et la cohabitation des adolescentes avec ses parents biologiques lors de ses premiers pas dans la vie sexuelle et reproductive.

Au terme de cette recherche et face aux résultats obtenus, il nous paraît pertinent d'émettre quelques recommandations à mettre en œuvre dans les programmes de santé reproductive et sexuelle des adolescentes afin de leur assurer une maternité responsable à moindre risques, ces recommandations s'adressent aux décideurs tchadiens:

- Prendre des mesures spécifiques pour favoriser la scolarisation des jeunes filles;
- Prendre des mesures pour faire reculer l'âge au premier mariage
- Favoriser l'inscription dans les programmes scolaires des cours portant sur la santé de la reproduction en général et sur celle des adolescents en particulier ;
- Faciliter la mise en place des programmes de sensibilisation sur les méthodes contraceptives modernes chez les adolescentes.

## BIBLIOGRAPHIE

**AINSWORTH (M.)**, 1994, « Les déterminants socioéconomiques de la fécondité en Afrique subsaharienne », Sommaire des résultats d'un projet de recherche de la Banque Mondiale, 29p.

**BERNARD BARRERE ET MONIQUE BARRERE.** (2004)-*Enquête Démographie et de Santé au Tchad*, Département de statistique.

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

**BANQUE MONDIALE**, (1999) Santé sexuelle et reproductive et instruction des filles en Afrique subsaharienne. Commission Economique pour l'Afrique, Septembre 1999, 46p.

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

**DIOP NAFISSATOU J.**, 1995, *La fécondité des adolescentes au Sénégal*, UEPA– Rapport de synthèse n°11, 15p.

**DIOP NAFISSATOU J.**, 1994, La dynamique de la fécondité des adolescentes au Sénégal, Journal n°9, 16p.

**DELAUNAY VALERY**, 1994, *L'entrée en vie féconde*, Les études du CEPED n°7,326p.

**DELAUNAY V.** (2005) ; « Sexualité et prévention avant le mariage en Afrique Subsaharienne : une revue de la littérature », conférences virtuelles, 10 au 14 octobre 2005, 31p.

**DELAUNAY V et al.**, (2001) ; Sexualité et fécondité des adolescents, Evolutions récentes en milieu rural Sénégalais, Les Dossiers du CEPED, N°65, 34p.

**EVINA AKAM.** (1998) vie féconde des adolescentes en milieu urbain Camerounais, LES CAHIERS DE L'IFORD, Yaoundé, N°16,117p.

**EVINA AKAM**, 2005, *Les facteurs de la contraception au Cameroun au tournant du siècle*, GRIPPS, *La Planification familiale en Afrique*, Documents d'analyse n°6, 62p.

**EVINA AKAM** (1990), Infécondité et sous-fécondité : évaluation et recherche des facteurs. Le cas du Cameroun. Les Cahiers de l'IFORD, n° 1, 281 p.

**EVINA AKAM** (1991), Vie féconde des adolescentes en milieu urbain camerounais. Les Cahiers de l'IFORD, n° 16, 117p.

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

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

**GUILLAUME (AGNES)**, 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.

**KOUTON, E. (1992)**, *Evaluation et Recherche des facteurs de la fécondité précoce au Bénin*. Les cahiers de l'IFORD n° 3, IFORD, Yaoundé, 113 p.

**KEITA (M. L.)**, 1999, « Modernité et comportements démographiques en Guinée », Les Dossiers du CEPED N°52, Paris, Mai 1999, 49p.

**KOUAME (A.) & RWENGE (M.)**, « Structure de production et comportement procréateur en Côte d'Ivoire », Les Dossiers du CEPED n°36, Paris, Mars 1996, 31p.

**POUMBOU FREDERIC (2008)** –Fécondité des adolescentes au Congo : recherche des facteurs explicatifs, mémoire de DESSS, IFORD, Yaoundé, 136p.

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

**LOCOH T.** (1988) La fécondité en Afrique Noire : Un progrès rapide des connaissances mais un avenir encore difficile à discerner. Dossiers du CEPED, N°3, 26p.

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

**SCHOUMAKER B.**, 2004, Pauvreté et fécondité en Afrique sub-saharienne : une analyse comparative des enquêtes démographiques et de santé, Etude de la population africaine, Supplément A, Vol 19, pp13-45.

**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.

**RWENGE M.,(1994)** –Déterminants de la fécondité des mariages selon le milieu d’habitat : examen par les variables intermédiaires, cahiers de l’IFORD n°7, mars 1994, Yaoundé, 125p.

**RWENGE M.**, 1999, Changement social, structures familiales et fécondité en Afrique subsaharienne : le cas du Cameroun, Les Cahiers de l’IFORD N°26, IFORD, Yaoundé, octobre 1999, 247p.

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

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

**WAKAM J. (1992)** –De la pertinence des théories économistes de la fécondité en Afrique Subsaharienne, Thèse de doctorat de démographie, UCL, Cabay, libraire-éditeur, Louvain la Neuve, 527p.

## ANNEXES

**Tableau des contributions des modalités actives**

Libellé	Poids relatif	Distance à l'origine	Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4	Axe 5
<b>milieu de residence</b>							
GV	9,150	0,21429	0,63	0,59	3,08	0,06	0,21
PV	1,961	4,66667	2,93	2,73	14,36	0,28	1,00
<b>METH CONTRACEP</b>							
AUCUNE	10,294	0,07937	0,17	0,88	0,32	0,08	0,71
METHODE QUELCONQUE	0,817	12,60000	2,12	11,13	3,99	1,07	8,97
<b>NIVEAU D'INSTRUCTIO</b>							
SANS NIVEAU	2,778	3,00000	10,84	1,09	0,29	1,40	7,53
PRIMAIRE	1,961	4,66667	1,05	1,05	16,24	7,04	2,05
SECONDAIRE ET +	6,373	0,74359	7,52	0,01	3,54	0,48	1,04
<b>SITUATION MATRIMONIALE</b>							
CILIBATIARE	8,660	0,28302	3,33	2,98	0,01	0,21	0,27
MARIE	2,451	3,53333	11,77	10,54	0,02	0,74	0,94
<b>RELIGION</b>							
CATHOLIQUE	0,654	16,00000	3,16	6,09	6,37	1,31	16,32
PROTESTANTE	1,471	6,55556	7,34	9,84	0,06	9,73	3,28
MUSULMANE	8,987	0,23636	2,48	3,74	0,33	0,91	0,13
<b>ETHNIE</b>							
GORANE	3,105	2,57895	0,02	0,82	4,74	5,76	1,60
ARABE	2,941	2,77778	0,03	7,00	0,11	0,00	5,39
OUADDAI	1,307	7,50000	1,21	3,66	10,34	2,25	0,25
HADJARAI	0,654	16,00000	0,30	0,10	0,50	6,73	4,28
SARA	1,307	7,50000	10,70	11,66	1,68	1,58	0,44
MAYO-KEBBI	1,307	7,50000	0,10	7,30	3,75	14,88	0,00
ETRANGERS	0,490	21,66670	2,66	5,09	11,72	5,04	0,02
<b>Exposition aux mass médias</b>							
Faible	4,739	1,34483	7,61	1,20	1,27	0,57	1,60
moyen	1,307	7,50000	1,45	1,58	12,71	21,55	0,00
Elevé	5,065	1,19355	4,23	0,18	0,52	9,56	1,42
<b>Niveau de vie</b>							
Faible	0,490	21,66670	1,70	0,74	0,09	6,99	38,68
Elevé	10,621	0,04615	0,08	0,03	0,00	0,32	1,79
<b>Maternité précoce</b>							
Pas d'enfants	9,641	0,15254	2,20	1,32	0,52	0,19	0,28
Au moins un enfant	1,471	6,55556	14,40	8,63	3,44	1,27	1,81