



Journée Mondiale de la Population

11 juillet 2013



LES GROSSESSES D'ADOLESCENTES



**BUREAU CENTRAL DES RECENSEMENTS
ET DES ETUDES DE POPULATION**

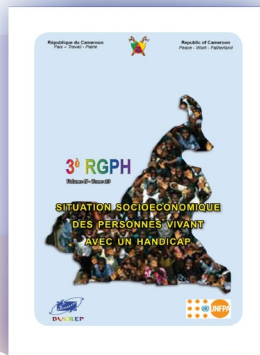
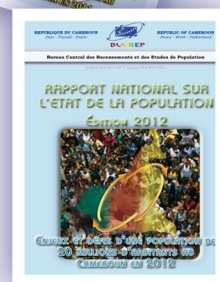
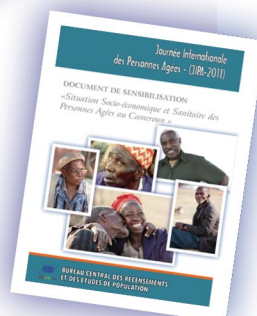
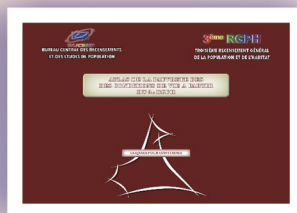
WWW.BUCREP.CM / WWW.BUCREP.ORG



14 Thèmes d'Analyses du 3^{ème} RGPH

12 Tomes des Données Statistiques 3^{ème} RGPH

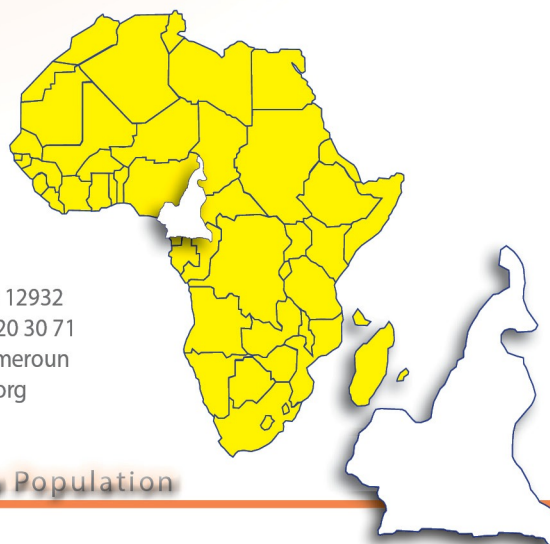
Annuaire et Atlas de la pauvreté en CD-ROM interactifs



Crédit photo : (couv.) (1) : Camer.be ; (2) : Archives FAO ; (4) : Jeune Afrique; (5) : Unicef Libéria .



Boîte Postale : 12932
Tél. : (237) 22 20 30 71
Yaoundé - Cameroun
www.bucrep.org



Journée Mondiale de la Population

11 juillet 2013

Thème : LES GROSSESSES D'ADOLESCENTES

SIGLES ET ABREVIATIONS	4
INTRODUCTION.....	5
I- ETAT DES LIEUX.....	5
1.1- Poids démographique des adolescentes.....	6
1.2- Portée du problème.....	6
1.3- Ampleur du problème.....	7
II- CAUSES DES GROSSESSES PRÉCOCES.....	9
2.1- Pauvreté	9
2.2- Faible niveau d'éducation	10
2.3- Sexualité et mariages précoces.....	10
2.4- Pesanteurs socioculturelles.....	11
2.5- Faible utilisation des méthodes contraceptives.....	11
2.6- Absence de connaissances en matière de sexualité et de planification familiale.....	12
2.7- Insuffisance de l'offre de service de planification familiale.....	12
2.8- Faible éducation sexuelle.....	12
III- CONSÉQUENCES DES GROSSESSES DES ADOLESCENTES.....	13
3.1- Conséquences sur la santé de la mère et de l'enfant.....	13
3.1.1- Conséquences sur la santé de la mère.....	13
3.1.2- Conséquences sur la santé de l'enfant	16
3.2- Conséquence sur l'éducation.....	17
3.3- Les conséquences socio économiques.....	18
CONCLUSION.....	19
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	20

SOMMAIRE

SIGLES ET ABREVIATIONS

BUCREP	Bureau Central des Recensements et des Etudes de Population
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EDS-MICS	Enquête Démographique et de Santé-Multiple Indicators Cluster Sample Survey
INS	Institut National de la Statistique
IST	Infection Sexuellement Transmissible
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SRO	Solution de Réhydratation par voie Orale
TRO	Thérapie de Réhydratation par voie Orale
UNFPA	Fonds des nations Unies Pour la Population.



Crédit photo : Plurielles.fr

INTRODUCTION

L'adolescence est essentiellement présentée comme l'achèvement du développement de l'enfant et simultanément décrite comme le temps de tous les bouleversements. En effet, selon l'OMS, elle fait référence à des individus appartenant à la tranche d'âges 10-19 ans.

Les jalons d'une bonne qualité de vie se forment dès l'adolescence. Par ailleurs, l'urbanisation galopante, l'accroissement du chômage et de la pauvreté, l'effondrement de l'autorité familiale ont favorisé l'émergence de nouveaux comportements sexuels chez les adolescents avec une précocité sexuelle à 14-15 ans. Cette sexualité précoce et à hauts risques expose les jeunes adolescentes aux Infections Sexuellement Transmissibles (IST) y compris le VIH/Sida et les grossesses non désirées avec des conséquences sur leur état de santé, leur éducation et la qualité de leur vie future.

A l'instar de la plupart des pays en développement, le Cameroun prend de plus en plus conscience de l'importance d'une population jeune et en bonne santé au moment où l'on tend vers l'échéance fixée pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) qui se rapportent à : (i) la promotion de l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (objectif 3) ; (ii) l'amélioration de la santé maternelle (objectif 5) et ; (iii) la lutte contre le VIH/Sida, le paludisme et d'autres maladies (objectif 6).

La nécessité d'évaluer les progrès accomplis par rapport à la réalisation de ces objectifs s'impose dans un contexte où la protection des adolescentes contre certaines pratiques néfastes demeure une préoccupation majeure du gouvernement en raison de leurs graves conséquences sur l'amélioration des conditions de vie de cette catégorie de population. Au Cameroun, certaines traditions et coutumes consistent à marier les jeunes filles à un âge très jeune dont le corollaire est la maternité précoce. Une multiplicité d'autres facteurs favorisent les grossesses précoces chez les adolescentes ; d'où la nécessité et l'urgence de cerner les besoins de cette population en matière de communication pour le changement de comportement en vue de leur fournir une information bien conçue, adaptée en santé de la reproduction, et de leur permettre de développer leur potentiel. Dans le cadre de cette publication, on s'intéressera plus globalement aux filles de moins de 20 ans.

Cette brochure se propose de faire un état des lieux sur les grossesses des adolescentes, d'en ressortir les causes et les conséquences.

I- ETAT DES LIEUX

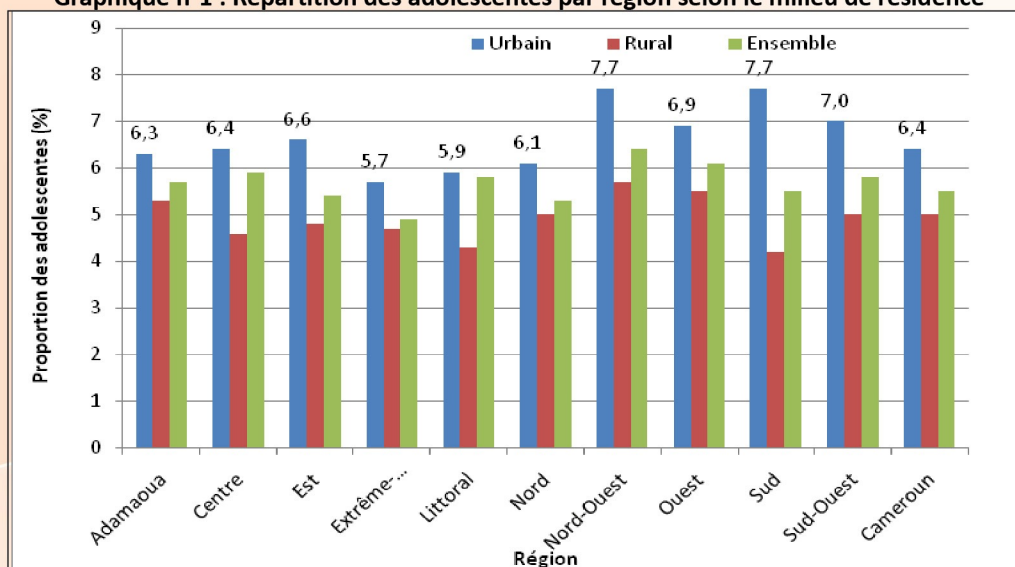
Les grossesses des adolescentes sont devenues de nos jours une cause mondiale sur laquelle une attention particulière doit être portée. Les statistiques concernant ce phénomène sont préoccupantes : près de 16 millions de jeunes filles âgées de 15 à 19 ans et 2 millions de jeunes filles de moins de 15 ans accouchent chaque année. Au niveau mondial, une jeune fille sur cinq a déjà eu un enfant à l'âge de 18 ans. Dans les régions les plus pauvres du monde, ce chiffre passe à une sur trois (OMS, 2012). Au Cameroun, d'après les projections démographiques réalisées par le BUCREP, les adolescentes (10-19 ans) sont estimées à 2 485 879, en 2013. En raison du comportement sexuel des jeunes et de certaines pratiques traditionnelles tel que le mariage précoce, les grossesses des adolescentes sont un phénomène important : plus d'une adolescente sur quatre a déjà entamé sa vie féconde (EDS-MICS 2011).

1.1. Poids démographique des adolescentes

Le poids des adolescentes (15-19 ans) dans la population totale du Cameroun va continuer à augmenter au cours des prochaines décennies. En 2005, la proportion des adolescentes âgées de 15-19 ans était de 5,7% de la population totale. Les adolescentes sont relativement plus nombreuses en milieu urbain (6,4%) qu'en milieu rural (5,0 %).

En 1987, les adolescentes âgées de 15-19 ans représentaient 5,1% de la population totale du Cameroun. Tout comme en 2005, elles étaient plus nombreuses en milieu urbain (6,0%) qu'en milieu rural (4,5%).

Graphique n°1 : Répartition des adolescentes par région selon le milieu de résidence



Source : BUCREP, 3^{ème} RGPH, 2005

Les adolescentes âgées de 15 à 19 ans sont plus nombreuses en milieu urbain qu'en milieu rural quelle que soit la région. Les régions du Nord-Ouest et de l'Ouest enregistrent les proportions les plus élevées d'adolescentes.

L'importance numérique de ce groupe d'âge, traduit l'ampleur des besoins en matière de santé sexuelle et reproductive en termes d'offre des services contraceptifs, d'assistance systématique à l'accouchement par un personnel de santé qualifié, d'accessibilité universelle aux soins obstétricaux d'urgence et néonataux en cas de complications durant la grossesse ou l'accouchement et de communication pour le changement de comportement en matière de consultations prénatales.

1.2. Portée du problème

Les grossesses des adolescentes sont à la fois un phénomène culturel, historique et mondial. La littérature sur ce sujet montre que les grossesses des adolescentes sont un phénomène aux multiples facettes. Aujoulat et al. (2007) relèvent que les grossesses à l'adolescence surviendraient plus fréquemment dans les milieux socioéconomiques défavorisés, dans les quartiers pauvres, chez les jeunes filles qui ont de faibles attentes concernant leurs perspectives d'avenir sur le plan scolaire et professionnel. D'autres auteurs associent le nombre élevé de grossesses d'adolescentes au faible recours à la pratique contraceptive moderne.

Par ailleurs, les grossesses chez les adolescentes ne sont pas seulement l'apanage des ménages pauvres, elles surviennent également chez les jeunes filles appartenant à des classes sociales économiquement aisées.

Le récit de certaines jeunes mamans indique que la survenue de la grossesse n'est pas le fruit d'un « véritable accident ». Ainsi, la grossesse et la décision de la mener à son terme et avoir un enfant « à soi et pour soi » semblent parfois répondre à un véritable besoin. L'enfant et le fait d'être maman confèrent un statut et contribuent à augmenter l'estime de soi chez certaines jeunes filles qui rapportent non sans fierté être ainsi devenues adultes ou matures plus vite que leurs camarades (Aujoulat et al. 2007).

Au Cameroun, la naissance d'un enfant donne généralement lieu à des manifestations de joie et à des festivités. Dans la société traditionnelle Beti par exemple, une fille, avant d'aller en mariage, devrait faire un enfant afin de prouver sa fertilité mais aussi, assurer son remplacement numérique. Chez les Bamiléké par contre, les conceptions prénuptiales étaient considérées comme un déshonneur, une honte voire une trahison pour la famille de la fille. De même, dans la partie septentrionale, au Nord-Ouest et dans une partie du Sud-Ouest, les conceptions prénuptiales n'étaient pas du tout tolérées. Avec le processus de modernisation, la tolérance s'installe peu à peu partout et les conceptions prénuptiales sont de nos jours tolérées dans presque tous les groupes ethniques camerounais.

En somme, certaines pratiques traditionnelles et culturelles encouragent les grossesses chez les adolescentes à travers les mariages précoces. Ainsi, des fillettes de 6 ou 7 ans sont échangées par leur famille contre d'importantes sommes d'argent et la promesse que le mariage ne sera consommé qu'à leur puberté. Des rapports indiquent toutefois que, dans les faits, les fillettes échangées peuvent être agressées sexuellement, non seulement par leur mari, mais également par des membres plus âgés de la famille, surtout quand le mari est jeune (Yakin Ertürk, 2006).

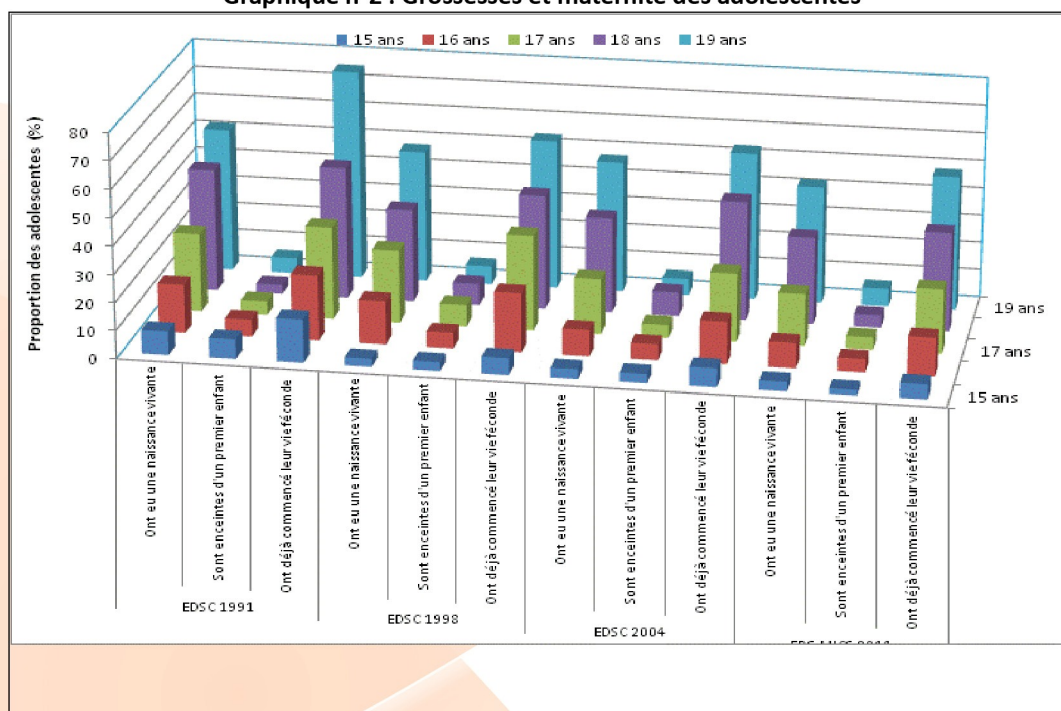
1.3. Ampleur du problème

Les grossesses des adolescentes surviennent à un âge (avant 20 ans) où les jeunes filles n'ont pas encore atteint la maturité physiologique pour les conduire à terme. Certaines de ces grossesses sont non désirées et aboutissent souvent aux avortements clandestins pouvant déboucher soit sur le décès de la future mère, soit entraîner des séquelles préjudiciables à sa vie féconde.

Dans l'ensemble, la fécondité des adolescentes est en baisse au Cameroun, mais demeure à un niveau relativement élevé. La proportion des adolescentes ayant commencé leur vie féconde est passée de 35% en 1991 à 31,2% en 1998 puis à 28,4% en 2004 pour s'établir à 25,2% en 2011. Pour les adolescentes enceintes d'un premier enfant, ces proportions sont respectivement de 5,3% en 1991, 6,2% en 1998, 5,7% en 2004 et 4,3% en 2011. En somme, c'est surtout la proportion d'adolescentes ayant déjà eu au moins un enfant qui a enregistré une diminution significative.

Au Cameroun, d'après les résultats des différentes enquêtes démographiques et de santé, la proportion d'adolescentes de 15-19 ans ayant entamé leur vie féconde augmente très rapidement avec l'âge pour atteindre des niveaux les plus élevés à 18 et 19 ans.

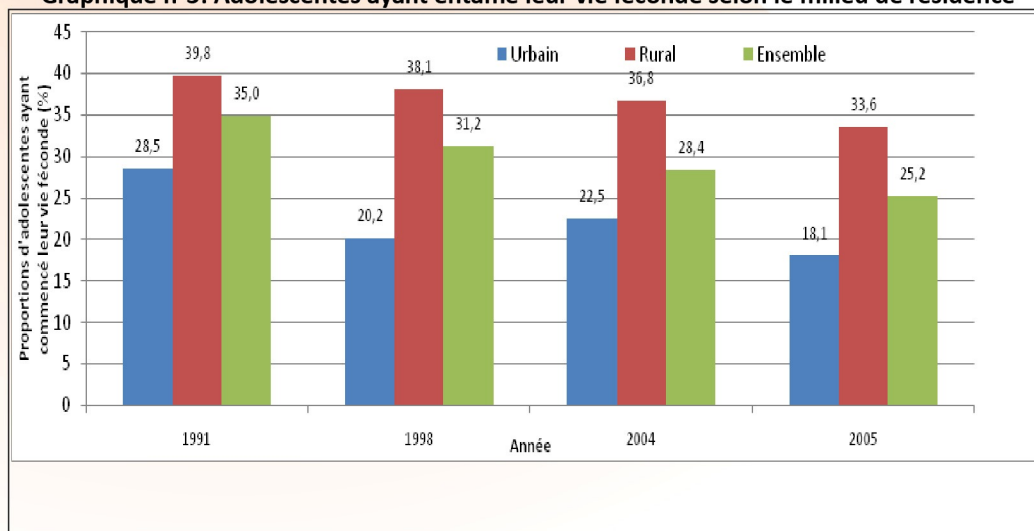
Graphique n°2 : Grossesses et maternité des adolescentes



Sources : EDSC 1991, EDSC 1998, EDSC 2004, EDS MICS 2011

Si les adolescentes de 15-19 ans sont relativement plus nombreuses en milieu urbain qu'en milieu rural, on observe en revanche que les proportions des adolescentes ayant entamé leur vie procréative sont plus élevées dans les campagnes que dans les villes (Graphique n°3).

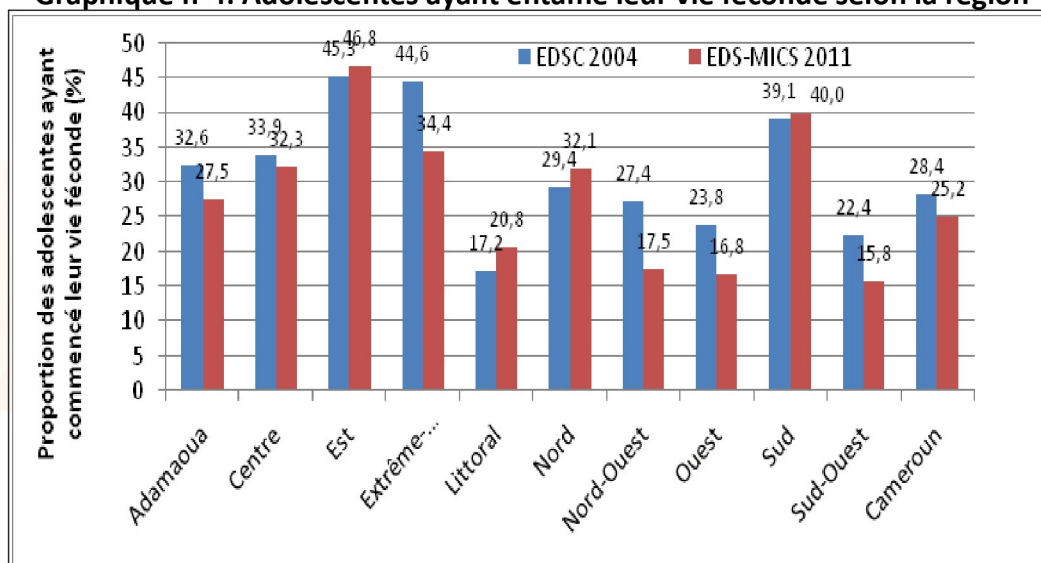
Graphique n°3: Adolescentes ayant entamé leur vie féconde selon le milieu de résidence



EDSC 1991, EDSC 1998, EDSC 1998, 2004, EDS-MICS 2011

Les proportions des adolescentes ayant commencé leur vie féconde varient fortement selon les régions. Les proportions les plus élevées de jeunes filles (15-19 ans) qui ont entamé leur vie féconde sont observées dans les régions de l'Est, du Sud et de l'Extrême-Nord. A l'inverse, les régions du Sud-Ouest, de l'Ouest, du Littoral et du Nord-Ouest sont celles qui enregistrent les plus faibles proportions d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde (Graphique n°4).

Graphique n°4: Adolescentes ayant entamé leur vie féconde selon la région



EDS 2004, EDS MICS 2011

D'après les résultats de l'EDS-MICS (2011), les adolescentes (15-19 ans) contribuent pour 12% à la descendance du moment, le nombre moyen d'enfants par femme étant de 5,1.

II. CAUSES DES GROSSESSES PRÉCOCES

Les causes de la fécondité précoce sont entre autres : la pauvreté, le faible niveau d'éducation, la sexualité et les mariages précoces, les pesanteurs socioculturelles, l'absence de connaissances en matière de sexualité et de planification familiale, la faible utilisation des méthodes contraceptives, l'insuffisance de l'offre de services de planification familiale et la faible éducation sexuelle.

2.1. Pauvreté

En raison de la pauvreté, les parents ne sont pas toujours capables de subvenir aux besoins des adolescentes. Pour échapper à la pauvreté, ces dernières entretiennent très souvent des liaisons avec des « sugar-daddies »¹, capables de leur offrir non seulement une sécurité économique, mais aussi un confort matériel. Parfois, l'adolescente est encouragée par sa famille, l'argent obtenu permettant de satisfaire aux besoins du ménage (Amuyunzu-Nyamongo et al., 2005). En outre, en cas de grossesse non désirée, ces «sugar-daddies»¹ peuvent faciliter l'avortement assisté, prendre en charge la grossesse et l'accouchement, ou encore épouser la fille, choses que ne sauraient leur offrir les jeunes de leur génération (Varga, 2003). Au Cameroun, le pourcentage d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde décroît considérablement en fonction du niveau de bien-être économique des ménages, passant de 38 % chez les adolescentes des ménages les plus pauvres à 14 % chez celles des ménages les plus riches (EDS-MICS, 2011).

1 Un «sugar-daddy» est un adulte qui échange de l'argent, des «cadeaux» contre les faveurs sexuelles d'une femme plus jeune (Luke, 2005). Au Cameroun on parle aussi de «sponsors», de «VVV» (voiture, villa, virement), de «cous pliés» (Meekers and Calvès, 1997).

Tableau n°1 : Grossesses et maternités des adolescentes par quintile de niveau de vie

Quintile de bien-être économique	Pourcentage des adolescentes de 15-19 ans :		ayant déjà commencé leur vie féconde	Effectifs
	ayant eu une naissance vivante	Enceintes du 1 ^{er} enfant		
Le plus pauvre	32,8	4,8	37,6	499
Second	28,1	5,9	34,1	651
Moyen	24,3	5,0	29,3	718
Quatrième	14,3	4,3	18,7	860
Quintile	12,1	2,3	14,3	861
Ensemble	20,9	4,3	25,2	3589

Source : EDS-MICS, 2011

2.2 Faible niveau d'éducation

L'éducation est en elle-même un facteur de limitation des grossesses précoces: plus longue est la scolarité, moins nombreuses sont les grossesses précoces. Les taux de fécondité chez les adolescentes peu ou pas instruites sont plus élevés que chez celles qui ont suivi des études secondaires ou supérieures. Le pourcentage d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde diminue de manière très significative lorsque le niveau d'instruction augmente, passant de 56 % parmi les adolescentes non instruites à 9 % parmi celles ayant atteint le niveau secondaire 2nd cycle ou plus.

Tableau n°2: Grossesses et maternités des adolescentes par niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Pourcentage des adolescentes 15-19 ans :		ayant déjà commencé leur vie féconde	Effectifs
	ayant eu une naissance vivante	Enceintes du 1 ^{er} enfant		
Aucun	48,1	7,5	55,6	392
Primaire	29,6	5,4	35	957
Secondaire 1er cycle	14,5	3,8	18,3	1601
Secondaire 2nd cycle ou plus	6,9	1,9	8,8	638

Source : EDS-MICS, 2011

2.3. Sexualité et mariages précoces

Les premières expériences sexuelles demeurent précoces. Au Cameroun, 15% des adolescentes de 15-19 ans ont eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 15 ans (EDS-MICS, 2011). La fréquence des rapports sexuels est un facteur déterminant de l'exposition au risque de grossesse, surtout lorsque la prévalence de la contraception moderne reste faible. D'après la même source, la proportion des adolescentes ayant eu une activité sexuelle au cours des quatre semaines précédant l'enquête est de 24% chez les adolescentes.

Dans certains cas, ces adolescentes deviennent sexuellement actives parce qu'elles ont été contraintes par leur famille d'épouser un homme plus âgé. En effet, la proportion des adolescentes ayant contracté une première union à l'âge

de 15 ans s'élève à 8,7% (EDS-MICS, 2011). La fréquence de l'activité sexuelle est plus élevée chez les adolescentes en union, d'où un plus grand risque de grossesse en l'absence de contraception : environ deux-tiers d'adolescentes actuellement en union (61,0 %) ont déjà au moins un enfant contre 21% pour l'ensemble des filles de ce même groupe d'âges.

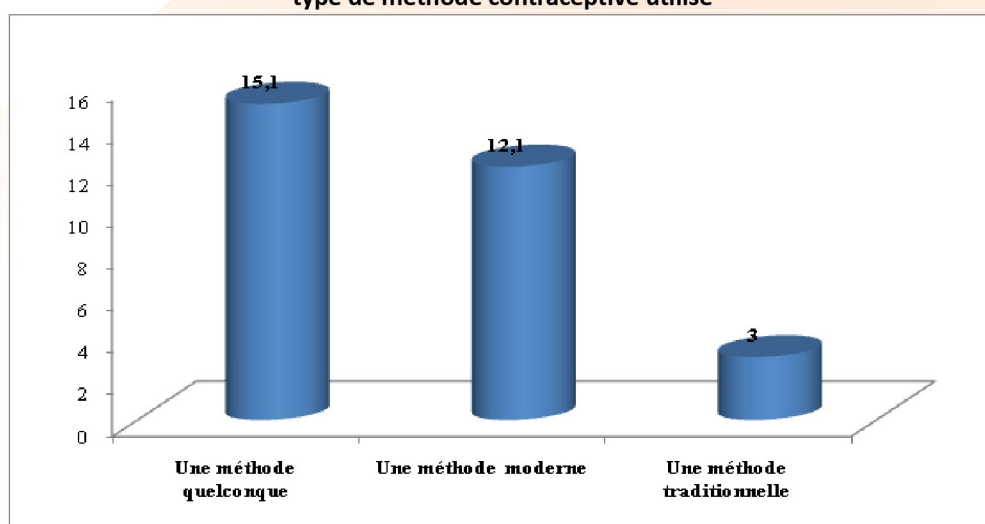
2.4. Pesanteurs socioculturelles

Dans la société traditionnelle, la femme est d'abord considérée, quelle que soit son âge, comme une épouse et une mère. Les attentes sociales vis-à-vis de la jeune fille exigent donc qu'elle puisse trouver un mari assez tôt et avoir des enfants afin de perpétuer la lignée de la famille. En raison de la valeur que revêt l'enfant, certaines communautés ont des mœurs plus ou moins permissives en matière de sexualité et encouragent même les grossesses prénuptiales. C'est notamment le cas dans les régions de l'Est et du Sud, où les proportions des adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde sont les plus élevées, soit respectivement 47% et 40% (EDS-MICS, 2011). Il y a des variations selon le milieu de résidence. C'est ainsi que 34% des adolescentes résidant en milieu rural ont déjà débuté leur vie féconde contre seulement 18% en milieu urbain (EDS-MICS, 2011).

2.5. Faible utilisation des méthodes contraceptives

L'utilisation des méthodes contraceptives permet de limiter les grossesses précoces, très rapprochées ou tardives et les avortements provoqués. Au Cameroun, la prévalence contraceptive chez les adolescentes reste encore faible : seules 15,1% utilisent une méthode contraceptive. En d'autres termes, un peu plus de 8 adolescentes sexuellement actives sur 10 n'utilisent aucune méthode contraceptive.

Graphique n°5: Répartition (%) des adolescentes de 15-19 ans sexuellement actives selon le type de méthode contraceptive utilisé



Source : EDS- MICS, 2011

Une adolescente ayant déjà eu des rapports sexuels et qui n'a aucune connaissance des méthodes contraceptives a un risque plus élevé de tomber enceinte que celle qui connaît et pratique la contraception. L'utilisation du condom, notamment lors des rapports sexuels à hauts risques² de grossesse, est l'un des moyens efficaces

² Les rapports sexuels à hauts risques de grossesses sont définis d'après l'EDS-MICS comme les rapports sexuels avec un partenaire non marital et non cohabitant.

pour éviter les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et les grossesses précoces. Parmi les 27,5% d'adolescentes qui ont déclaré avoir eu des rapports sexuels pré-nuptiaux au cours des 12 derniers mois, 57,5% seulement ont déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels (EDS-MICS, 2011).

2.6. Absence de connaissances en matière de sexualité et de planification familiale

L'absence de connaissances en matière de sexualité et de planification familiale expose également les adolescentes au risque de grossesse. Même si de façon générale le niveau de connaissance des méthodes contraceptives s'est amélioré chez les femmes depuis 1991, il n'en demeure pas moins que nombre d'adolescentes ne connaissent pas toujours le mode de prévention des grossesses. En 2011, 91% des adolescentes de 15-19 ans connaissaient les méthodes de contraception (EDS-MICS, 2011) ; c'est dire que 9% d'entre elles, ignorent les méthodes de prévention des grossesses et autres IST.

2.7. Insuffisance de l'offre de service de planification familiale

Certaines adolescentes souhaiteraient utiliser une méthode contraceptive, mais n'en ont pas la possibilité, en raison du manque d'informations sur l'existence de services de santé de la reproduction, leur faible accessibilité surtout en milieu rural et, des comportements prohibitifs de leur entourage. Un peu plus du quart (25,7%) des adolescentes en union ont un besoin non satisfait en matière de planification familiale (EDS-MICS, 2011). La proportion des femmes non utilisatrices de méthodes contraceptives, ayant eu un contact avec des prestataires de la planification familiale, peut permettre d'évaluer les activités de sensibilisation et d'autres approches d'intervention notamment à base communautaire. Dans l'ensemble, 92,4 % des adolescentes qui ne pratiquent pas la contraception n'ont pas reçu la visite d'un agent de terrain pour discuter de planification familiale (EDS-MICS, 2011). De plus, 70,9% des adolescentes n'ont pas été exposées à des messages relatifs à la planification familiale, ni par le biais de journaux/magazines, ni par la radio, ni par la télévision.

2.8. Faible éducation sexuelle

L'éducation sexuelle n'est pas dispensée ou demeure insuffisamment dispensée dans de nombreux pays. La seule mesure mondiale de la couverture liée à l'éducation sexuelle montre que seulement 36% des jeunes hommes et 24% des jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans des régions en développement ont des connaissances complètes et correctes³ sur le VIH/Sida (OMS, 2012).

D'après les résultats de l'EDS-MICS 2011, cet indicateur est de 25,7% chez les adolescentes de 15-19 ans ; en 2004 il était de 26,5%.

3 Sont considérées comme ayant une connaissance «approfondie» ou «complète», les femmes/hommes qui savent que l'utilisation régulière du condom au cours des rapports sexuels et la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté permettent de réduire les risques de contracter le virus du sida, celles qui savent qu'une personne en bonne santé peut néanmoins avoir contracté le virus du sida et celles qui rejettent les deux idées locales erronées les plus courantes concernant la transmission ou la prévention du sida.

En 2004, le niveau de la couverture liée à l'éducation sexuelle était de 27,4% chez les femmes de 15-24 ans (dont 26,5% chez les filles âgées de 15-19 ans) et 34,5% chez les hommes âgés de 15-24 ans (dont 33,8% chez les garçons de 15-19 ans).

III. CONSÉQUENCES DES GROSSESSES DES ADOLESCENTES

Porter une grossesse avant d'atteindre la maturité physique, affective et sociale nécessaire pour devenir mère représente un danger pour la jeune fille. Les grossesses peuvent conduire à des risques qui s'évaluent en termes de perte de potentiel humain avec des conséquences sur la santé, l'éducation et la situation socioéconomique de la jeune mère et de l'enfant.

3.1. Conséquences sur la santé de la mère et de l'enfant

Les études ont montré que dans les pays en développement, les complications liées à la grossesse et à l'accouchement sont une cause non négligeable de morbidité et de mortalité chez les jeunes femmes de 15 à 19 ans et leurs enfants.

3.1.1. Conséquences sur la santé de la mère

Les risques des complications liées à la grossesse que courent les femmes âgées de moins de 20 ans, comparativement aux autres femmes en âge de procréer sont plus importants. La mortalité et la morbidité liées à la grossesse sont plus accentuées chez les adolescentes. A l'accouchement, les complications concernent les dystocies qui sont à la base des fistules obstétricales, les épisiotomies (déchirures) pouvant causer les fistules et les hémorragies. En 2008, l'OMS estime que 65% des femmes souffrant de fistules obstétricales en sont atteintes depuis l'adolescence, ce qui a des conséquences graves pour elles, tant physiques que sociales.

Les accouchements difficiles sont plus fréquents chez les femmes de moins de 20 ans à cause de l'étroitesse du bassin

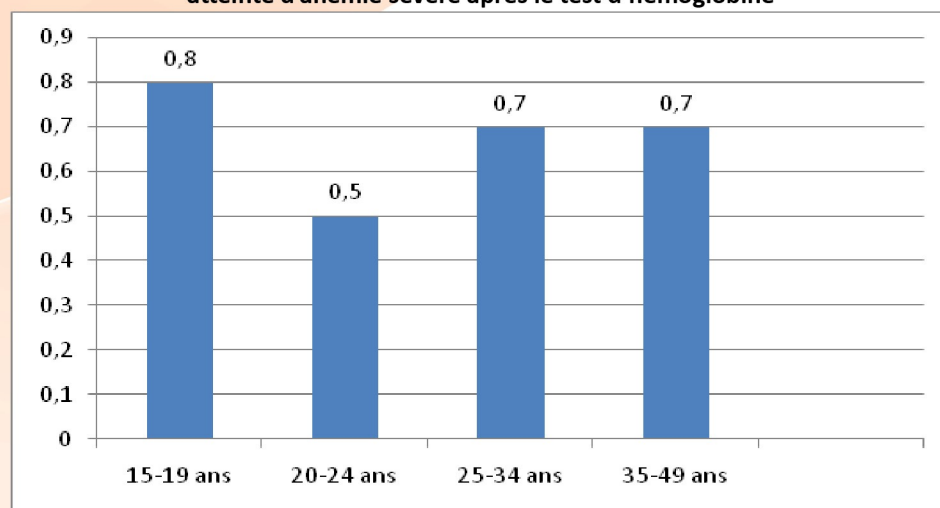
Une proportion importante de grossesses chez les adolescentes est non désirée. C'est l'une des raisons pour lesquelles les jeunes femmes recourent à l'avortement clandestin comme « moyens pour masquer le résultat d'une activité sexuelle précoce mal contrôlée » (Evina 1998). Parmi les avortements illégaux, et pratiqués dans des conditions précaires, une grande partie concerne les adolescentes qui ont tendance à y avoir recours de façon tardive et à retarder la recherche de soins en cas de complications. L'avortement chez les adolescentes est plus un acte désespéré qu'un acte réfléchi. Généralement les procédures qu'elles utilisent comportent des risques qui peuvent nuire à leur santé et affecter leurs capacités futures à avoir un enfant.

Le nombre d'avortements à risque survenant chaque année dans le monde chez les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans est estimé à environ 3 millions (OMS/UNFPA, 2012). Au Cameroun, l'EDS-MICS réalisée en 2011, évaluée à 1,8% la proportion d'avortements provoqués chez les adolescentes. Cette proportion, certes en-dessous de la moyenne nationale (7,3%), n'est pas à négliger car de manière générale, la pratique de l'avortement provoqué a augmenté, passant de 4,7% à 7,3% entre 2004 et 2011.

Les adolescentes enceintes sont exposées à des carences alimentaires. Pendant la grossesse, leur organisme encore immature est en compétition avec le fœtus pour la nutrition, épuisant leurs réserves nutritionnelles. La grossesse chez l'adolescente peut ainsi perturber sa croissance physique.

Sur le plan psychologique, les adolescentes sont en général affectées par leur grossesse. Très souvent, il y a une rupture sociale entre l'adolescente enceinte et son entourage. Les adolescentes ont peur : de la réaction des parents, de salir l'honneur de la famille, ou encore d'être la risée de leurs amis et de leur entourage. De ce fait, elles optent pour le silence. Du fait que ces grossesses surviennent dans des circonstances sociales et familiales hostiles, elles conduisent souvent à des avortements clandestins exposant ainsi la santé et la vie de la jeune fille. Il manque des études sur le phénomène, mais chaque jour ou chaque semaine, des radios ou des chaînes de télévision rapportent ou montrent des fœtus ou des bébés abandonnés dans les poubelles, les rigoles, etc.

Graphique n°6 : Proportion (%) de femmes selon le groupe d'âges considérées comme atteinte d'anémie sévère après le test d'hémoglobine



INS, EDS-MICS 2011

Les résultats des tests d'hémoglobine pratiqués sur les femmes en âge de procréer dans le cadre de l'EDS-MICS 2011 révèlent que la proportion la plus élevée (0,8%) de celles qui souffraient d'anémie sévère correspond aux plus jeunes (15-20 ans). Dans l'ensemble, cette proportion est de 0,6%. Ce risque d'anémie est encore plus élevé chez celles qui sont enceintes.

Ces carences peuvent avoir des conséquences graves pour la mère et l'enfant, comme les anomalies du développement du placenta et du fœtus, le retard de croissance du fœtus et le risque d'accouchement prématuré.



ENCADRÉ N°1 : LA FISTULE OBSTÉTRICALE

La fistule obstétricale est une infirmité dévastatrice liée à l'accouchement dystocique. Le nombre de victimes est estimé à 2 millions dans le monde avec une incidence annuelle de 100.000 à 200.000 nouveaux cas.

La fistule est causée par un accouchement prolongé et difficile avec l'absence de soins obstétricaux appropriés pour y remédier. La pression constante de la tête de l'enfant sur le bassin de la mère, interrompt l'afflux du sang dans les tissus mous qui entourent la vessie, le rectum et le vagin, entraînant la nécrose des tissus qui crée la fistule.

Il en résulte une incontinence urinaire et/ou fécale chronique qui a des effets nocifs sur la vie sociale et l'état de santé de la femme. Dans la quasi-totalité des accouchements ayant entraîné la fistule, le bébé meurt.

Si la fistule est située entre le vagin et la vessie (vésico-vaginale), l'urine s'écoule en permanence ; et si elle est située entre le vagin et le rectum (recto-vaginale), dans ce cas, ce sont les selles qui s'écoulent en permanence. En outre, la plupart des femmes ignorent qu'il existe un traitement ou pensent qu'elles ne peuvent pas y avoir accès à cause des coûts élevés de réparation. Pourtant, une intervention chirurgicale permet de réparer la fistule. Lorsque le chirurgien a suffisamment d'expérience, le taux de réussite complète est supérieur à 80%. Incapables de rester sèches, beaucoup de femmes souffrent d'humiliation constante de dégager une odeur d'urine ou d'excréments. D'autres femmes présentent des difficultés à marcher à cause de l'atteinte des nerfs des membres inférieurs. Elles sont souvent rejetées par leurs époux et leur communauté.

La majorité des cas de fistules se trouve en Afrique : Sierra Leone, Mauritanie, Niger, Mali, Tanzanie, Ethiopie, Nigeria, Tchad, Somalie, Soudan – mais aussi à Haïti, en Inde, au Pakistan ou au Bangladesh. On voit réapparaître ou augmenter les cas de fistules obstétricales partout où le système de santé à la base n'est pas très performant pour le suivi correct des accouchements.

Des études montrent que la prévalence des fistules obstétricales reste élevée là où les femmes continuent à accoucher sans assistance médicale, dans des contextes où le système de référence-évacuation/contre référence est insuffisamment fonctionnel, les soins obstétricaux sont insuffisants et les mariages et grossesses précoces sont monnaie courante.

Sur les 162 femmes identifiées, 99 ont été recensées par les formations sanitaires dont 25 au Nord et 74 à l'Extrême-Nord. 11 cas ont fait l'objet d'une référence d'une formation sanitaire périphérique à des structures spécialisées. 65 cas sur les 99 recensés dans les formations sanitaires ont bénéficié d'une intervention chirurgicale réparatrice, surtout dans la province de l'Extrême-Nord.

[...] Sur l'ensemble des cas de fistules recensés, 63 d'entre-elles (84,1% au Nord et 15,9% à l'Extrême-Nord) ont pu être retrouvées. Pour les autres, malgré le fait que leur dossier existe dans les formations sanitaires, elles n'ont pas été retrouvées à cause des multiples facteurs dont l'inaccessibilité des zones, les migrations temporelles et définitives vers les pays voisins (Tchad et Nigeria) et la dissimulation qui limite toute diffusion de l'information sur la pathologie.

MINSANTE/UNFPA, ANALYSE DE LA SITUATION DES FISTULES OBSTÉTRICALES DANS LES PROVINCES DE L'EXTREME-NORD ET DU NORD AU CAMEROUN, 2004, PP 21-22 & 37.

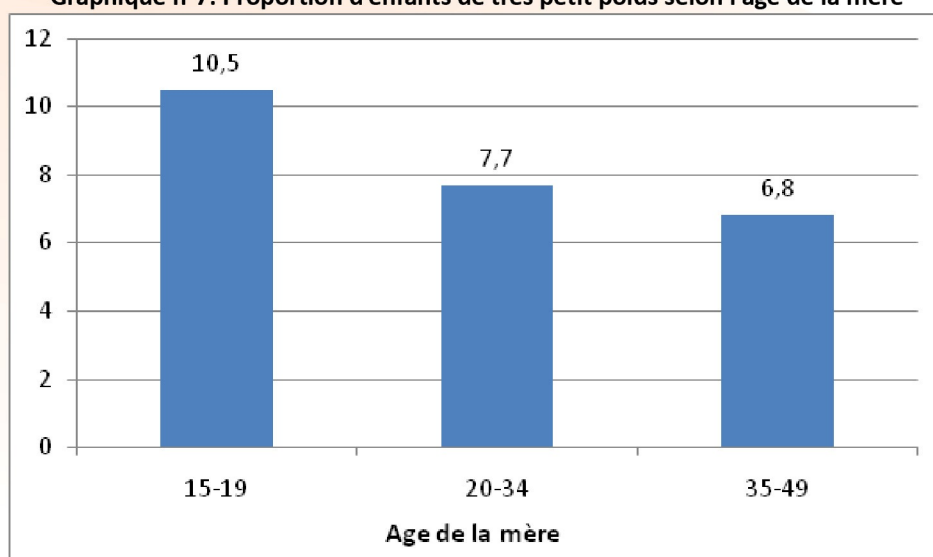
3.1.2- Conséquences sur la santé de l'enfant

Les études ont montré que la mortalité et la morbidité infantiles sont en corrélation avec l'âge de la mère. Les enfants nés de mères très jeunes courent ainsi des risques élevés de morbidité et de mortalité. La mortalité périnatale augmente d'environ 50 % chez les bébés nés de mères âgées de moins de 20 ans que chez les bébés nés de mères âgées de 20 à 29 ans (OMS/UNFPA, 2012).

Les taux de prématurité, d'insuffisance pondérale à la naissance et d'asphyxie sont plus élevés chez les enfants d'adolescentes ; tous ces problèmes accroissent le risque de décès ou de problèmes de santé futurs pour l'enfant. Les adolescentes enceintes sont plus susceptibles que les femmes plus âgées de fumer et de consommer de l'alcool, pratiques qui peuvent contribuer à la mortinatalité, à l'insuffisance pondérale à la naissance et à d'autres problèmes de santé chez l'enfant (OMS, 2012).

Les bébés nés de mères adolescentes sont plus susceptibles d'avoir un faible poids à la naissance, ce qui peut avoir des effets à long terme sur leur santé et leur développement. En effet, les adolescentes courent plus de risque que les femmes plus âgées de donner naissance à des bébés prématurés et de petits poids (moins de 2500 grammes), voire de très petits poids (moins de 1500 grammes), ce qui est un très grand risque pour la vie du bébé (EDS-MICS, 2011). Cette situation est illustrée par les résultats des EDS qui révèlent que chez les mères âgées de moins de 20 ans, la proportion d'enfants souffrant d'une insuffisance pondérale est la plus élevée. En effet, la situation observée en 2004 et en 2011 (tableau n° 4) montre que chez les mères plus jeunes (15-19 ans), un peu plus de 10 enfants sur 100 souffrent d'insuffisance pondérale contre moins de 8 enfants sur 100 chez les mères plus âgées.

Graphique n°7: Proportion d'enfants de très petit poids selon l'âge de la mère

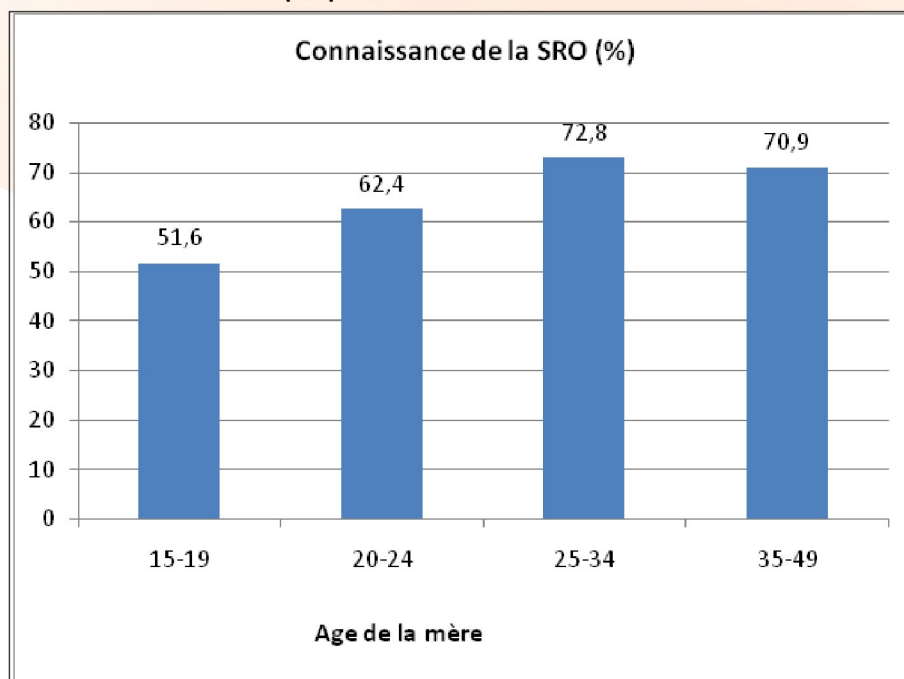


EDS-MICS, 2011

Les enfants issus de mères adolescentes courent plus de risque de mortalité du fait de l'inexpérience et de la mauvaise connaissance par leur mère, de

solutions pratiques en cas de maladie. Tel est le cas en matière d'utilisation de la Thérapie de Réhydratation par voie Orale (TRO) recommandée. En effet, une évaluation du niveau de connaissance du Sel de Réhydratation par voie Orale (SRO) chez les femmes en âge de procréer montre que les plus jeunes (15-19 ans), sont moins nombreuses (51,6%) à connaître cette solution pratique contre 67,7% dans l'ensemble.

Graphique n°8 : connaissance de la SRO



EDS-MICS 2011

Les risques de décéder sont les plus élevés pour les enfants nés d'adolescentes (moins de 20 ans) et de femmes en fin de vie féconde (40 ans et plus). En particulier, le risque de décéder en période néonatale est près de deux fois plus élevé pour un enfant né d'une femme de moins de 20 ans (59,4‰) que pour un enfant né d'une femme de 20-29 ans (30,9 ‰).

Selon les résultats de l'EDS 2004, le pourcentage d'enfants souffrant d'anémie pour les mères âgées de 15-19 ans est de 84 % contre 62 % pour ceux des mères âgées de 35-49 ans. De plus, l'anémie sévère sévit particulièrement parmi les enfants des mères très jeunes (9%).

3.2. Conséquences sur l'éducation

L'entrée précoce dans la vie reproductive réduit considérablement les opportunités scolaires et donc professionnelles de la jeune fille. Par rapport aux femmes qui attendent d'avoir dépassé la vingtaine pour faire un bébé, celles qui enfantent très tôt risquent d'avoir une scolarité plus courte. Il est difficile pour les adolescentes, de concilier la prise en charge de leur enfant et le suivi des cours dans un établissement scolaire. Elles se retrouvent ainsi trop tôt obligées de se retirer de l'école pour s'occuper de l'enfant. Au Cameroun, il n'y a pas longtemps, les jeunes élèves qui contractaient une grossesse étaient expulsées de l'école. Aujourd'hui, même si cette mesure d'expulsion ne s'applique plus, il leur est toujours difficile

de revenir reprendre leurs études après l'accouchement car, elles doivent d'abord s'occuper du bébé. C'est pour cette raison que beaucoup d'entre elles prennent le risque d'avorter quel que soit le danger encouru.

3.3. Conséquences socio économiques

La maternité précoce est souvent liée à plusieurs facteurs dont la précarité de la situation socioéconomique dans laquelle vit la jeune fille. Dans une situation de précarité économique et de marginalisation sociale, une adolescente enceinte court ainsi plus de risques de vivre dans la pauvreté et la misère. Il existe une sorte de cercle vicieux entre la pauvreté et la maternité précoce. Les femmes pauvres ont plus de risque de tomber enceintes quand elles sont encore très jeunes et ce sont les filles qui enfantent très tôt qui risquent de rester pauvres. Dans certains cas, il arrive aux mères célibataires de finir par se prostituer pour subvenir à leurs besoins et à ceux de leurs enfants. En effet, les adolescentes qui sont enceintes sont délaissées. Leur progéniture court plus de risque d'être négligée.

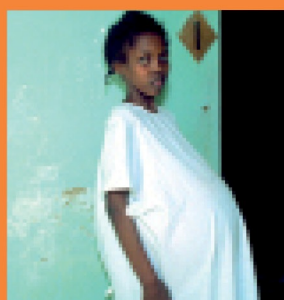
ENCADRÉ N°2 : LE PHÉNOMÈNE DE FILLE MÈRE ET SES CONSÉQUENCES

Les adolescentes mères connaissent un grand nombre de problèmes qui compromettent leur avenir :

- abandon par la famille parce qu'elle est déçue ou déshonorée ;
- rejet par le père de l'enfant qui refuse d'assumer ses responsabilités ;
- handicap pour les études (difficultés à mener à bien le rôle de mère et d'élève au même moment) ;
- arrêt des études ;
- difficulté de se trouver un mari à cause de son nouveau statut de fille mère ;
- difficultés financières ;
- marginalisation par l'entourage qui la traite en fille diminuée.

Par contre le phénomène de pères célibataires ne pose pas les mêmes problèmes que celui des mères célibataires. [...] Un garçon déjà père ne ressent aucune modification dans son parcours scolaire et ne subit pas la même pression sociale que la fille mère. La société est beaucoup plus indulgente à son égard. En général, l'erreur de jeunesse commis à deux est en fait attribuée uniquement à la fille par toute la société.

Evina Akam, Vie féconde des adolescentes en milieu urbain camerounais ; le cahier de l'IFORD n°16, 1998, p 73



CONCLUSION

Le phénomène de grossesses d'adolescentes est un sujet de préoccupation nationale au Cameroun. Les grossesses précoces résultent de facteurs multiples notamment, la pauvreté, le faible niveau d'éducation, la sexualité et les mariages précoces, les pesanteurs socioculturelles, l'absence de connaissances en matière de sexualité et de planification familiale, la faible utilisation des méthodes contraceptives, l'insuffisance de l'offre de services de planification familiale et la faible éducation sexuelle. Elles hypothèquent non seulement l'avenir des adolescentes, mais ont aussi une incidence sur leur santé et celle de leur enfant. A défaut d'éradiquer ce fléau, plusieurs mesures devraient être prises ou accentuées par les pouvoirs publics pour atténuer son ampleur.

Ainsi au plan éducatif, il faudrait accroître l'offre d'éducation et susciter la demande dans les régions où les adolescentes ont du mal à suivre un cursus scolaire normal, notamment en zone rurale.

Au plan sanitaire, il faudrait systématiser l'utilisation des contraceptifs par les jeunes filles pendant les rapports sexuels hors mariage. En tout état de cause, les services sanitaires devraient offrir aux jeunes filles les moyens de vivre pleinement leur sexualité tout en respectant leurs choix de fécondité.

Au plan social, il faudra entre autres mesures, relever l'âge légal à la première union, réprimer de la manière la plus sévère tous les cas de violences sexuelles sur mineure, relever le statut social de la femme afin qu'elle cesse de faire l'objet de marchandage de toute sorte.

Au plan économique, il s'agira d'encourager l'emploi et l'entrepreneuriat féminin. De même, les parents les plus pauvres ne peuvent pas offrir à leurs enfants certains biens matériels qui leur seraient utiles pour s'épanouir, bonnes conditions de logement, bonne alimentation, visites culturelles et accès aux Technologies de l'Information et de la Communication (TIC), ainsi que les politiques de transferts financiers en direction des familles en situation de précarité permettraient de compenser ce manque de commodités nécessaires à l'épanouissement des enfants.

Les conséquences interpellent ainsi tous les acteurs sur l'urgence des besoins de prévention des grossesses non désirées chez les adolescentes et de leur prise en charge, quand elles surviennent.

En somme, les grossesses des adolescentes figurent parmi les défis à relever pour un Cameroun émergent en 2035, ce qui suppose entre autres des ressources humaines qualifiées à l'employabilité avérée.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Amuyunzu-Nyamongo, M., A. E. Biddlecom, et al. (2005). Qualitative evidence on adolescents views of sexual and reproductive health in sub-saharan Africa. Occasional Report. A. G. Institute. New-York & Washington, The Alan Guttmacher Institute, 49P

BUCREP, Etat et structures de la population, 3^{ème} RGPH, 2005.

EVINA AKAM, vie féconde des adolescentes en milieu urbain camerounais ; le cahier de l'IFORD n°16, 1998, 117 p.

FOTSO, Médard & al., Enquête Démographique et de Santé, Cameroun 1998, Macro International Inc ; Claverton, Maryland, U.S.A., Bureau Central des Recensements et des Etudes de Population et Macro International Inc.

FOTSO, Médard & al., Enquête Démographique et de Santé, Cameroun 1991, Claverton, Maryland, U.S.A., Direction Nationale du 2^{ème} RGPH et Macro International Inc.

INS, Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples, 2011, ICF International, Claverton, Maryland, U.S.A.

INS, Macro International Inc, Enquête Démographique et de Santé, Cameroun 2004, Claverton, Maryland, U.S.A.

Isabelle Aujoulat, France Libion et Brigitte Rose, Les grossesses chez les adolescentes : Analyse des facteurs intervenant dans la survenue et leur issue, Tome 2, Synthèse des Résultats et Recommandations pour la Prévention, l'Education et l'Accompagnement, Bruxelles, 2007

OMS, Mariages précoces, grossesses chez les adolescentes et les jeunes femmes, Rapport du Secrétariat, 2012

OMS/UNFPA, Prévenir les grossesses précoces et leurs conséquences en matière de santé reproductive chez les adolescentes dans les pays en développement : les faits, Genève, 2012

Varga, C. (2003). "How gender roles influence sexual and reproductive health among South African adolescents." *Studies in Family Planning* 34(3): 160-172.

NOTES

The image features a series of horizontal black lines on a white background. A large, abstract, light orange shape is positioned on the left side, partially overlapping the lines. The shape has a curved, organic form, resembling a stylized letter or a decorative element. The overall composition is minimalist and modern.

[illegible]



Nos Missions

Le BUCREP assiste les pouvoirs publics et les acteurs du développement dans la prise en compte des phénomènes démographiques pour l'élaboration et l'application des stratégies de développement socio-économique.

A ce titre il est chargé :

- de concevoir la méthodologie des recensements et enquêtes à caractère démographique et d'en assurer l'exécution ;
- d'élaborer et d'assurer le suivi des programmes d'études démographiques en vue de permettre la prise en compte de la variable "Population" dans le processus de développement socio-économique ;
- d'élaborer des indicateurs socio-démographiques à travers la réalisation des recensements et des enquêtes auprès de la population.

Nos Partenaires

Administrations publiques, collectivités territoriales, organismes publics et parapublics, organisations internationales, investisseurs, partenaires au développement, ONG...

Our Missions

BUCREP assists public authorities and other development stakeholders in taking into account demographic variables in the formulation and implementation of socio-economic development strategies.

In this connection, it is responsible for:

- designing and implementing censuses and demographic surveys methodologies;
- initiating and following up of population study programmes so as to promote the consideration of demographic variables in socio-economic planning;
- estimating socio-demographic indicators from censuses and demographic surveys.

Our Partners

Government services, local governments, public and parapublic bodies, international organizations, investors, development partners, NGO...



Contact : Mfandena - Stade Omnisports,
A proximité du Centre Régional des Impôts du Centre
Boîte postale : 12 932 Yaoundé - Cameroun
Téléphone/Fax : (237) 22 20 30 71
E-mail : Contact@bucrep.cm
Site web : www.bucrep.org / www.bucrep.cm

Central Bureau of the Census and Population Studies