



PARCOURS DE VIE DES ADOLESCENTS EN RDCONGO A PARTIR DE L'EDS 2007

XXVIème CONGRES GENERAL DE LA
POPULATION/ MARRAKECH, MAROC.
Du 26 septembre au 02 octobre 2009.

Les adolescents de la RDC, à l'instar des pays d'Afrique Subsaharienne, se caractérisent par une précocité des rapports sexuels et du mariage, par un faible niveau d'instruction, une faible connaissance du VIH et un taux d'activité important pour les filles. Par ailleurs, l'éducation et la pauvreté sont déterminantes dans l'amélioration de la santé de la reproduction des adolescentes de la RDC.

**Jacky KABWE,
Elisabeth KAYIBA,
Perpétue MADUNGU
2009**

PARCOURS DE VIE DES ADOLESCENTS EN RDCONGO A PARTIR DE L'EDS 2007.

Par

Jacky KABWE KABEYA, Institut National de la Statistique, e-mail : djack_kabwe@yahoo.fr

Elisabeth KAYIBA MBELU, Institut National de la statistique, e-mail : kmbel1953@yahoo.fr

Perpétue MADUNGU TUMWAKA, Institut National de la Statistique, e-mail : madungupetue@yahoo.fr

1. Introduction

En RD Congo, comme dans plusieurs états subsahariens, les adolescents constituent la jeunesse montante sur qui compte la société pour prendre la relève. Les adolescents représentent 10 % de la population congolaise selon EDS RDC 2007.

Des comportements mitigés les caractérisent. Cette étape de vie est une transition entre le groupe des enfants (moins de 15 ans) et celui des adultes (20 ans et plus). Une adolescence mal encadrée court à la perte de toute une société à court et moyen termes. C'est ainsi qu'il est utile de s'attarder sur ce groupe de la population, pour en connaître les caractéristiques, les comportements et attitudes face aux enjeux de l'heure. Ce qui constituera une contribution aux outils de base que les décideurs pourront utiliser en vue de relever les nombreux défis du nouveau millénaire pour un avenir qui aspire au bien-être de l'homme, élément moteur du développement.

L'Atelier National de « Préparation de la jeunesse zaïroise pour le prochain millénaire : défi de la santé de la reproduction » qui s'est tenu à Kinshasa du 12 au 13 janvier 1997, a eu pour préoccupation majeure de définir avec les jeunes la santé de la reproduction et de proposer des pistes de solution pour juguler la crise profonde constatée dans les comportements des jeunes et adolescents de la RD Congo. Cet atelier a regroupé plusieurs jeunes venus des quatre horizons du pays.

C'est à la Conférence Internationale du Caire en 1994 sur la Population et le Développement (CIPD) qu'a été trouvé un consensus sur la définition du concept Santé de la Reproduction avec ses volets et composantes.

Ainsi, la CIPD définit la SR comme suit : « La SR, c'est le bien-être général tant physique que mental et social de la personne humaine pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmité ». Cela suppose qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire au moment qu'elle le désire. Cette dernière condition implique qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de la planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de leur choix de régulation des naissances qui ne soient pas contraires à la loi, méthodes qui doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables, ainsi que le droit d'accéder à des services de santé, qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement en donnant aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé.

Il faut donc entendre par services de santé de la reproduction ci-haut définis, l'ensemble des méthodes, techniques et services qui contribuent à la santé et au bien-être en matière de procréation, en prévenant et en résolvant les problèmes qui peuvent se poser dans ce domaine. On entend également par cette expression, la santé en matière de sexualité qui vise à améliorer la qualité de la vie et des relations interpersonnelles et non à se borner à dispenser conseils et soins relatifs à la procréation et aux maladies sexuellement transmissibles. » (Paragraphe 7.2 du Programme d'Action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement. Caire, 1994)

Parmi les quatre volets que comprend la SR, celui portant sur la santé des jeunes a retenu notre attention. Dans ce volet, les composantes suivantes sont définies:

1. lutte contre les grossesses non-désirées, contre les maternités précoces et contre les avortements provoqués
2. promotion de l'alphabétisation des jeunes

3. éducation à la vie familiale et à la parenté responsable
4. prise en charge de la santé des jeunes y compris les comportements à risque
5. promotion d'un environnement physique, politique, légal, social, économique et culturel en faveur des jeunes et en favorisant l'approche genre
6. santé scolaire et universitaire.

En plus de ces composantes spécifiques, il y a des composantes communes à tous les volets :

- contrôle des MST/VIH-Sida
- prévention et traitement des affectations des organes de la reproduction.

La SR est donc un problème universel et implique toutes les disciplines dans l'accomplissement de cet idéal.

Par ailleurs, Le concept d'adolescence recouvre plusieurs dimensions : biologique, démographique, sociale, psychologique, juridique, économique ; il n'est par conséquent pas étonnant que les définitions utilisées diffèrent selon les chercheurs. L'absence d'une définition univoque de ce concept rend ainsi difficile la détermination d'une période stable de la vie à laquelle s'appliquerait l'adolescence (Banza Baya, ...)

Dans le cadre de notre étude et pour les besoins de l'analyse, nous convenons de définir l'adolescence sociodémographique comme la période de vie de l'homme allant de 15 à 19 ans, comme l'EDS l'a également définie.

C'est ainsi que l'étude a balayé quelques aspects cités dans les différentes composantes ci-haut. Par ailleurs, avant de s'engager dans la lutte contre les différents maux identifiés, il faut non seulement disposer des indicateurs fiables de suivi et évaluation, mais aussi connaître ou identifier les déterminants de ces comportements fustigés. Les études menées jusqu'ici en Afrique en général ont porté pour l'essentiel sur les niveaux d'activité sexuelle, les faibles niveaux d'utilisation de la contraception et les conséquences éventuelles de la sexualité précoce chez les adolescents en milieu scolaire. Les recherches orientées vers l'identification des déterminants du comportement sexuel et de la SR des adolescents sont rares.

Qu'en est-il pour la RDC ? Cette étude apporte sa contribution pour répondre en partie soit-il, à ces deux préoccupations.

2. Contexte

Cette étude se réalise au moment où la guerre et les conflits armés se terminent en RDC. C'est donc un pays post-conflit en pleine reconstruction après une longue période trouble de plus de trois décennies. Cette situation a entraîné une forte dégradation du pouvoir d'achat de la population. La pauvreté s'est accrue et la société reste marquée par de grandes disparités et un nivellement vers le bas pour toutes les catégories sociales. L'accès aux services sociaux de base (eau, électricité, soins de santé primaires, scolarisation des enfants, etc.) est difficile pour la plupart des ménages.

La précarité de la situation sociale est accentuée par la destruction et le manque d'entretien des infrastructures socio-économiques (voies de communication en particulier) et l'existence d'un nombre élevé de personnes sinistrées victimes des conflits et des catastrophes naturelles. Certes, bien que la perception sociale connaît des avancées positives avec le modernisme et le brassage des cultures qui caractérisent la RDC actuelle, il sied également de reconnaître que le modernisme n'a pas toujours amené des points positifs à la société africaine. C'est ainsi que la théorie générale de modernisation tente d'expliquer les tendances sexuelles actuelles des jeunes africains. Selon elle, l'adoption de nouveaux comportements sexuels par les jeunes pourrait trouver son explication dans l'influence de la modernisation qui sape progressivement les valeurs traditionnelles en matière de sexualité (Banza Baya, 2005)

Sur le plan juridique, la ratification des conventions relatives aux droits des enfants et des femmes dénote dans certaines dispositions des discordances avec la législation nationale congolaise contenue dans le Code de la Famille(RDC,1987), le Code Pénal, le Code du

Travail(RDC,1967) etc...notamment en matière de santé, d'éducation et de protection. En effet, la législation nationale fixe l'âge minimum de mariage à 15 ans pour la fille et à 18 ans pour le garçon. Code de la famille, Article 289. ; Les deux articles 289 et 352 ne condamnent pas les mariages précoces. Le décret du 05/12/1950 ne traite pas explicitement du harcèlement sexuel des filles et des femmes et de la récupération scolaire des filles mères qui perdent leur scolarité pendant que le garçon poursuit tranquillement ses études ; le Code Pénal n'assure pas une protection juridique suffisante en matière de l'âge de la majorité pénale fixée à 14 ans pour la fille et à 16 ans pour le garçon (CP et CF art 422). Ce qui est en contradiction et viole le principe de la protection de l'identité de l'enfant mineur. Cette majorité pénale des enfants mineurs les expose à des abus sexuels divers : mariages précoces, prostitution, exploitation sexuelle. Elle empêche les enfants de bénéficier des éléments d'aggravation de certaines infractions comme le viol et la prostitution du fait que ces adolescents sont considérés comme majeurs pénalement. Il serait juste de relever cet âge à 18 ans selon l'article 1 de la CDE. L'autorisation de mariage au mineur de 15 ans est en contradiction avec les normes internationales. ASEF¹, 2003

Ainsi, notre étude s'est intéressée à analyser la situation générale des adolescents en RDC, à fustiger les écarts de genre et à examiner la SR au sein de ce groupe en mesurant l'impact de l'éducation et du niveau socioéconomique sur cette variable.

3. But de la recherche

Les recherches orientées vers l'identification des déterminants du comportement sexuel et de la santé de la reproduction des adolescents ne sont pas nombreuses. Un certain nombre d'entr'elles portent plus sur les niveaux et tendances de ces variables.

La présente étude vise à donner une vue d'ensemble sur les caractéristiques de la vie des adolescents en RDC , à savoir le comportement et les attitudes mitigés inhérents à cette classe d'âge, notamment en matière d'éducation, d'activité et de sexualité avec comme effet d'entraînement une santé de la reproduction dont les indicateurs sont alarmants dans ce groupe. Par ailleurs, l'étude s'appliquera à identifier les déterminants de la santé de la reproduction des adolescents en RDC. Ce qui aidera les décideurs à percevoir et à mieux cerner l'ampleur des problèmes liés à ce groupe de personnes et particulièrement en matière de Santé de la reproduction, afin d'en tenir compte dans les politiques des populations pour un développement durable, car ne dit-on pas : « La jeunesse c'est l'avenir de demain! »

4. Données et méthodes d'analyse

Les données utilisées proviennent essentiellement de l'Enquête Démographique et de Santé, EDS réalisée en 2007 par le Ministère du Plan en collaboration avec le Ministère de la Santé. C'est une enquête récente dont les principaux résultats ont été publiés dans le Rapport EDS RDC 2007. Les filles de 15-19 ans constituent un sous échantillon de 2030 adolescentes, soit 20% dans le groupe des femmes de 15-49 ans, tandis que les adolescents constituent un sous échantillon de 988 garçons de 15-19 ans, soit 21% dans le groupe des hommes de 15-59 ans retenus dans l'enquête.

Dans EDS-RDC, Le Questionnaire Femme a été utilisé pour collecter des informations sur toutes les femmes en âge de procréer (15-49 ans). Les questions ont porté sur des sujets très variés tels que les caractéristiques sociodémographiques des enquêtées ; la connaissance et l'utilisation des méthodes contraceptives ; les préférences en matière de fécondité ; les soins avant, pendant et après l'accouchement ; le mariage et l'activité sexuelle ; les caractéristiques du conjoint et le travail de la femme ; le sida et les autres maladies sexuellement transmissibles ; la mortalité maternelle ; Etc...

¹ ASEF : Analyse de la situation des enfants et des femmes, UNICEF, 2003.

Au total, 9 002 ménages ont été sélectionnés. C'est une enquête qui a le mérite d'avoir balayé toute la République et qui donne ainsi des indicateurs aussi bien à l'échelle nationale que provinciale et même urbaine et rurale, en plus du fait que le genre a été pris en compte. Par ailleurs, le groupe d'âge de 15-19 ans a été particulièrement pris en compte dans les volets de la fécondité, de la santé de la reproduction et du VIH.

Méthodes d'analyse

Dans l'étude présente, deux méthodes d'analyse seront utilisées.

L'analyse descriptive et l'analyse multivariée

1°. L'analyse descriptive

Le tableau des fréquences constitue pour nous la base de l'analyse descriptive. Les principales caractéristiques sociodémographiques des adolescents y sont décrites en vue d'avoir une vue d'ensemble sur la population de 15-19 ans de la RDCongo. L'âge aux premiers rapports sexuels, l'âge à la première maternité est-il le même pour les filles et les garçons de ce groupe ? Les adolescents perçoivent-ils les conséquences d'une sexualité précoce ? Quel est le niveau d'instruction de ces adolescents ou préfèrent-ils travailler déjà à cet âge ? Sont-ils pauvres ou plutôt riches ? Autant de questions auxquelles cette première analyse pourra donner une réponse objective.

2°. L'analyse multivariée

Les modèles de régression logistique sont utilisés pour décrire les relations entre une variable dépendante à deux modalités et des facteurs de risques appelés variables indépendantes. Celles-ci peuvent être quantitatives ou qualitatives. La variable dépendante de cette étude est la santé de la reproduction. Elle est régressée sur une série de variables dichotomiques.

Il y a lieu de noter que la régression logistique utilise la méthode de maximum de vraisemblance pour estimer les paramètres du modèle. Cette méthode est essentiellement probabiliste, elle fournit des coefficients de régression à partir desquels on calcule les risques relatifs. Pour mieux interpréter les résultats, on s'intéressera également aux risques relatifs.

L'analyse multivariée ou explicative nous permettra d'estimer la contribution de chacune des modalités des différentes variables explicatives à la relation d'une des modalités de la variable expliquée (ou dépendante). Pour une bonne analyse, il est bon de travailler avec des variables dichotomiques. Ainsi pour cette étude, l'éducation qui est la variable indépendante prendra la valeur 0 si l'ado n'a aucun niveau d'instruction (sans instruction) et la valeur 1 si l'ado a un niveau d'éducation (instruite). Pour ce qui est de la pauvreté, elle prendra la valeur 0 si l'ado est pauvre et la valeur 1 si l'ado est non pauvre. Par ailleurs, la variable dépendante SR se traduit selon des indicateurs clés qui la définissent tels que l'âge aux premiers rapports sexuels et à la maternité, la connaissance de la période féconde, l'utilisation des soins prénatals, le désir d'avoir un enfant à ce moment, l'état gréviste ou non actuel de l'ado, le lieu d'accouchement, le type d'accouchement, l'opinion de l'ado et celle de son partenaire sur l'utilisation de la contraception.

Quelle est la part de l'éducation et celle de la pauvreté qui expliqueraient la santé de la reproduction des adolescentes en RDC, quand on sait que le niveau d'instruction est bas et que la pauvreté est plutôt élevée ?

5. Principaux résultats et discussion

1. **Tableau 1.** Principales caractéristiques sociodémographiques des adolescents en RDC (analyse descriptive)

Variable	Filles		garçons	
	Effectif	%	Effectif	%
Groupe d'âge				
• 15-17 ans	1212	58,2	555	60,3
• 18-19 ans	872	41,8	366	39,7
Statut matrimonial				
• En union	556	26,7	34	3,7
• Célibataire	1527	73,3	887	96,3
milieu de résidence				
• Urbain	1143	54,8	464	50,4
• Rural	941	45,2	457	49,6
Niv. d'éducation				
• Sans niveau	274	13	45	4,9
• Primaire	838	40	352	38,2
• Secondaire et plus	972	47	524	56,9
Age aux premiers rapports sexuels				
• <15 ans	1619	79,0	615	67,3
• 15-17 ans	349	17,0	261	28,6
• 18-19 ans	82	4,0	38	4,2
Comportements sexuels				
• A déjà eu des rapports	1068	51,2	451	49,1
• N'a jamais eu des rapports	1016	48,8	468	50,9
Emploi (activité économique)				
• Ne travaille pas	1293	62	630	68,4
• travaille	791	38	291	31,6
Niveau socioéconomique				
• Pauvre	641	30,8	305	33,1
• Moyen	356	17,1	167	18,1
• Riche	1087	52,2	449	48,8
Connaissance complète ² du sida				
• Oui	278	13,7	185	18,7
• Non	1752	86,3	803	81,3

² Connaissance complète du sida : ceux qui savent que l'utilisation du condom et la limitation à un seul partenaire fidèle et non infecté permettent de réduire les risques de contracter le virus du sida, ceux qui savent qu'une personne en bonne santé peut néanmoins avoir contracté le virus du sida et ceux qui rejettent les deux idées locales erronées les plus courantes concernant la transmission ou la prévention du sida.

Selon le tableau 1. les principales caractéristiques suivantes se dégagent :

1°. La proportion des adolescents mineurs plus importante que celle des adolescents majeurs dans le groupe des 15-19 ans.

La classe d'âge des adolescents (15-19 ans) a été répartie en deux groupes d'âge : celui des 15-17 ans et celui des 18-19ans. Cette répartition a été motivée par la législation en vigueur en RDC qui fixe l'âge légal de la majorité à 18 ans. Ainsi, les deux groupes d'âge représentent respectivement les adolescents mineurs et les adolescents majeurs. Les adolescents mineurs constituent un groupe plus important dans la population des ado, soit 58% des filles et 60% des garçons du sous échantillon des adolescents. Il en ressort que sur 10 adolescents dans la population, 6 sont mineurs contre 4 seulement qui sont majeurs. Ceci ne fait que confirmer l'allure de la pyramide des âges de la RDC à base élargie et se rétrécissant au fur et à mesure que l'âge augmente.

2°. Une entrée précoce des filles adolescentes dans le mariage.

les filles entrent en union plus tôt que les garçons du même groupe d'âge. En effet, près d'un tiers de filles adolescentes (30 %) sont déjà en union alors que les unions sont quasi-inexistantes pour les garçons adolescents (3,7%). Cette situation peut s'expliquer du fait que les filles se marient à des hommes beaucoup plus âgés d'une part et d'autre part, la loi congolaise est restée longtemps discriminatoire pour la fille, car jusqu'à il y a peu, elle fixait l'âge légal minimum au mariage de la fille à 15 ans et celui du garçon à 18 ans.

3°. Des écarts de genre importants dans l'éducation

En ce qui concerne l'éducation, des écarts de genre observés sont importants : les filles sans éducation sont deux à trois fois plus importantes (13%) que les garçons de leur âge (5%), les proportions des filles et des garçons sont comparables au niveau primaire (40% contre 39%), ce qui signifie que 4 adolescents sur dix ont atteint le niveau primaire, tandis qu'au niveau secondaire et plus, un écart de 10% s'observe entre les filles (47%) et les garçons adolescents(57%). Ceci ne traduirait-il pas les abandons scolaires plus prononcés pour les filles que pour les garçons, le tout découlant des mariages précoces des filles, des grossesses scolaires qui excluent de l'école discriminatoirement les filles et non les garçons auteurs de ces grossesses et du travail des filles plus important dans cette classe d'âge.

4°. Une plus forte présence des adolescentes en milieu urbain et plutôt un équilibre milieu urbain/ rural des garçons adolescents

Un peu plus de la moitié des filles ado (55%) vivent dans le milieu urbain (milieu de socialisation), tandis qu'un peu moins d'une fille sur deux vit en milieu rural. Un garçon ado sur deux réside aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural. La rencontre des cultures, surtout en ville, n'est pas toujours à l'avantage des adolescents : ceux-ci perdent les valeurs culturelles traditionnelles au profit de la culture occidentale. La ville présente des caractéristiques particulières qui font d'elle un important centre de diffusion de la culture occidentale.

5°. Une précocité des premiers rapports sexuels chez les adolescents.

L'âge aux premiers rapports sexuels des adolescents indique une précocité sexuelle plus prononcée chez les filles. Huit filles sur dix ont eu des rapports sexuels avant quinze ans et presque deux filles sur dix les ont eus entre 15-17 ans, alors que dans le groupe 18-19 ans, la proportion est de moins d'une fille sur dix. Les garçons connaissent un léger retard par rapport aux filles. Près de 7 sur 10 ont eu des rapports avant l'âge de quinze ans et près de 3 garçons sur 10 connaissent leur première expérience entre 15-17 ans, alors qu'une proportion négligeable connaît cette expérience un peu plus âgé (18-19 ans). La précocité

sexuelle des filles s'expliquerait en partie par leur entrée en union plus précoce et par le fait que cette première expérience se fait avec des partenaires plus âgés. Ces résultats sont semblables à ceux obtenus par (Zanou et autres, 2002) en Côte d'Ivoire, indiquant que 89% des adolescentes ont leur premier rapport sexuel avec des hommes plus âgés (Frédéric Kobelembi, 2005)

6°. Les adolescentes plus enclines au travail que leurs homologues garçons

L'emploi en RDC pour les adolescents est aussi différent entre filles et garçons. Un peu moins de 4 filles contre 3 garçons sur 10 travaillent déjà dans ce groupe d'âge. La proportion de ceux qui ne travaillent pas regroupe les élèves et étudiants, les chômeurs et les inactifs.

7°. Contrairement à toute attente, plus d'adolescents riches que pauvres en RDC

Quant au niveau socioéconomique, les adolescents, indépendamment du sexe, se retrouvent concentrés dans les ménages de la catégorie « riche », soit un adolescent sur deux, 3 ado sur 10 sont issus de la catégorie « pauvre » et un peu moins de 2 sur 10 proviennent de la classe moyenne. Les trois catégories ou classes économiques que nous avons adoptées ici proviennent des quintiles définis par EDS que nous avons réduits à trois modalités pour des raisons d'analyse. Cette catégorisation dans EDS s'est plus basée sur les biens possédés par le ménage plutôt que sur les revenus qui sont souvent difficiles à saisir et qui n'ont pas fait l'objet dans cette enquête.

8°. Très peu d'adolescents ont une connaissance complète du sida : les adolescents, plus les filles que les garçons ont une faible connaissance du sida. Seuls 18 % de garçons contre 14 % de filles ont une connaissance complète du sida.

Analyse multivariée

Il ressort du tableau n°2 que l'éducation a un impact significatif sur certaines variables de la santé de la reproduction des adolescentes.

On peut s'apercevoir que le niveau d'instruction exerce une influence très significative sur la connaissance de la période féconde, sur l'état actuel de l'adolescente (enceinte ou pas), sur l'avis favorable à la contraception du partenaire, sur la fréquentation des structures sanitaires pour les soins prénatals, sur le lieu de l'accouchement et sur le désir de la dernière naissance à un moment. Cette influence du niveau d'instruction n'a cependant pas une signification statistique sur ces variables lorsqu'on est en multivariée. Par ailleurs, le risque relatif (OR)³ est parfois très important pour le niveau d'éducation dans ce tableau. Un risque relatif plus grand que 1 indique qu'il y a une plus grande probabilité que l'adolescente soit sans instruction et un risque relatif plus petit signifie une probabilité plus faible que l'adolescente soit non instruite.

L'éducation favorable à une meilleure santé de la reproduction des adolescentes.

1°. Une meilleure connaissance de sa période féconde par les adolescentes ayant un niveau d'instruction.

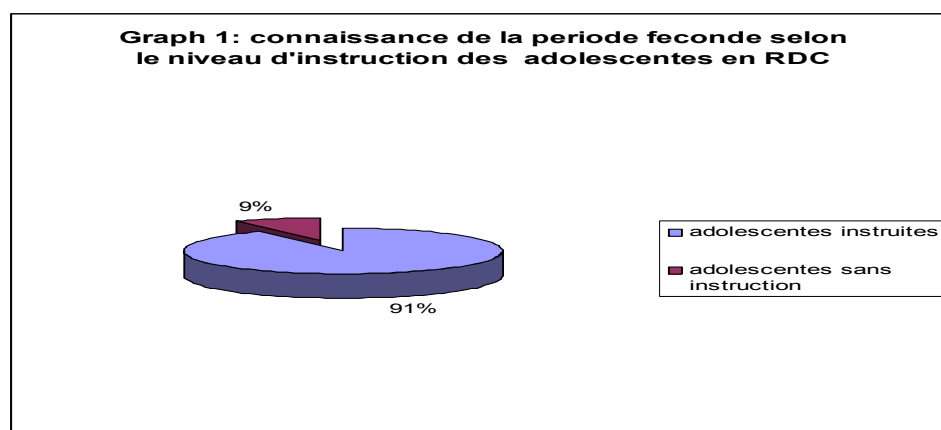
Les adolescentes qui ont une bonne connaissance de leur période féconde risquent d'être presque exclusivement des filles ayant un certain niveau d'instruction. Elles ont 90 fois plus de chance d'être instruites que leurs paires.

Sur dix adolescentes qui ont une bonne connaissance de l'ovulation, presque toutes, soit 9 d'entre elles ont un certain niveau d'instruction et une seule sur les dix est sans instruction. (Voir graphique 1).

³ OR : Odds Ratio=risques relatifs

La différence dans l'éducation est très significative. Le risque est de 96% moins élevé pour les ado instruites de ne pas connaître cette période, bien que la signification statistique n'est pas établie.

La connaissance de sa période féconde est un élément important pour les filles adolescentes qui se retrouvent souvent piégées dans des « grossesses non désirées et non responsables » par ignorance de cette période. Une bonne connaissance de cette période permettrait aux filles de mieux gérer leur sexualité en évitant un tant soit peu les désagréments des grossesses non désirées et des avortements forcés. Les données de EDS révèlent que plus l'ado est instruite, plus elle connaît sa période féconde et moins elle est instruite, moins elle connaît cette période. Plusieurs auteurs abondent dans le même sens : Au Cameroun, la sexualité semble être encore un sujet tabou entouré de mystères. Les parents répugnent à aborder un tel sujet avec leurs enfants (Njoh, 1996). L'éducation sexuelle en famille est presque inexistante (Rwenge, 1995 ; Kouintche et Tagne, 1998). Il en résulte que beaucoup de jeunes filles parviennent à la maturité sexuelle sans bonne connaissance sur le fonctionnement de leur appareil reproducteur, sans aucune connaissance sur la sexualité (Ilinigumugabo *et al.* 1996). Leke (1998, p. 281) écrit : « Selon les études, moins de 30 % des Africaines connaissent leur période féconde. » (*Frédéric KOBELEMBI, 19.*)



2°. les adolescentes sans niveau d'instruction se retrouvent plus en état de grossesse actuellement que leurs paires instruites.

Parmi les ado actuellement enceintes, 8 sur 10 sont instruites et 2 ne le sont pas, alors que parmi celles qui ne sont pas actuellement enceintes, 9 sur 10 sont instruites et 1 sur 10 ne l'est pas. L'impact de l'éducation sur l'état de gravidité ou non de l'ado est important. La différence est très significative entre les filles ayant un certain niveau d'instruction et celles qui sont sans instruction. Les ado instruites se retrouvent moins enceintes actuellement que celles qui n'ont aucun niveau d'instruction. Plus l'ado est instruite, moins elle tombe enceinte et moins elle est instruite, plus elle se retrouve enceinte actuellement. L'éducation agit positivement sur l'adolescente pour ne pas qu'elle se retrouve enceinte actuellement.

3°. Les adolescentes instruites plus libérées sur le désir de la dernière naissance.

Plus la fille ado est instruite, plus elle exprime le désir ou non d'avoir un enfant à un moment quelconque. Parmi les ado qui ont reconnu ne pas désirer avoir le dernier enfant à ce moment- là 9 sur 10 sont instruites contre 1 sur 10 qui est sans niveau d'instruction. Par contre, parmi les ado qui ont désiré avoir le dernier enfant à ce moment, 7 sur 10 sont instruites contre 3 sur dix qui ne le sont pas. Le désir d'avoir eu le dernier enfant à ce moment précis subit une influence négative de l'éducation. Le risque que courent les adolescentes sans aucun niveau d'instruction est de 98% supérieur que leurs paires instruites.

Plus l'ado est instruite, moins elle a désiré avoir le dernier enfant à ce moment et moins elle est instruite, plus elle désire un enfant à ce moment. L'éducation permet donc à la fille adolescente de mieux exprimer son désir d'avoir un enfant à un moment précis. Paradoxalement, les pesanteurs culturelles qui favorisent la forte natalité pèsent encore sur ces adolescentes, car bien qu'ayant reconnu ne pas avoir désiré le dernier enfant à ce moment, elles ont subi cette maternité. L'homme dans sa position supérieure à celle de sa conjointe serait-il à la base de cette situation ? Ceci rejoint la pensée de cet auteur qui dit : Eu égard à l'objectif assigné au mariage en l'occurrence la procréation, la problématique de la concordance des âges entre les époux ne se pose pas. L'écart d'âge prononcé consolide l'opposition des besoins stratégiques de l'homme et de la femme au sein du ménage avec comme conséquence, le manque de dialogue sur certains sujets tels que le planning familial, la scolarité des filles, les soins médicaux, le budget familial etc. La fille est épousée et a été éduquée de manière à assujettir sa volonté à celle de son mari ; plus jeune elle est épousée, plus malléable sera-t-elle dans le mariage (Elisabeth Kayiba Mbelu, 2005).

4°. Une contraception approuvée plus par les partenaires instruits et non approuvée par l'adolescente instruite ou non.

Cette analyse montre que les partenaires des adolescentes approuvent à 89% la contraception quand ils sont instruits et seuls 11% approuvent lorsqu'ils sont sans aucun niveau d'instruction. Tandis que, parmi ceux qui désapprouvent l'utilisation de la contraception, 1 sur deux est instruit et vice versa pour ceux qui ne sont pas instruits. L'analyse par le test du khi2 montre une différence fortement significative. L'éducation joue ainsi un rôle important dans la décision de l'utilisation de la contraception chez le partenaire. Plus le partenaire est instruit, plus il approuve l'utilisation de la contraception (90%).

Par contre, l'éducation ne semble pas influencer l'utilisation de la contraception chez l'adolescente elle-même. Parmi les adolescentes qui approuvent la contraception, 89% sont instruites et seulement 11% des filles n'ont aucun niveau d'instruction et parmi celles qui désapprouvent l'utilisation de la contraception, 80% sont instruites, tandis que 20% d'entre elles ne le sont pas. La différence n'est pas significative. L'éducation ne semble pas jouer un rôle important chez l'adolescente sur son approbation de l'utilisation de la contraception ou non.

L'avis du partenaire et celui de l'adolescente sur la contraception est très important pour savoir si une naissance est planifiée ou si la responsabilité des deux partenaires est assumée.

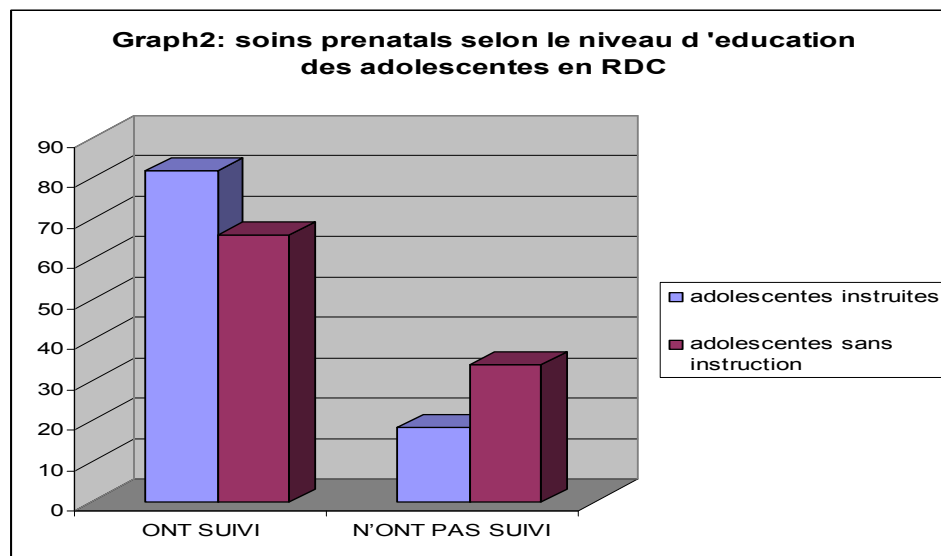
La cote des adolescentes dénote les pesanteurs culturelles qui prônent une forte fécondité, ceci ne pouvant être réalisé qu'en commençant tôt la maternité. Par ailleurs, EDS a trouvé des taux faibles de l'utilisation de la contraception chez les jeunes femmes en union, le désir d'avoir d'abord un enfant prime : la quasi-totalité des femmes nullipares (93 %) souhaitent avoir un enfant, soit immédiatement (77 %), soit un peu plus tard (16 %). EDS-RDC, 2007. L'adoption des comportements sexuels sains (utilisation des préservatifs) doit résulter d'une concertation entre les deux personnes en présence. Malheureusement, cette négociation n'est pas toujours de règle à cause du rapport de genre déséquilibré. (Frédéric KOBEMBI, 2005)

4°. Les soins prénatals plus suivis par les adolescentes instruites

Parmi les ado qui ont bénéficié des soins prénatals, 82% sont instruites contre 18% qui ne le sont pas, alors que parmi celles qui n'ont pas reçu ces soins, 66% ont un certain niveau d'instruction contre 34% qui sont sans instruction. (voir graphique 2). L'apport de l'éducation est important. L'éducation est ainsi un facteur qui influence positivement l'attitude des ado en faveur des soins prénatals. Plus elle est instruite, plus elle va bénéficier de ces soins et moins elle est instruite, moins elle se tourne vers les structures appropriées pour recevoir ces soins. Les consultations prénatales permettent de prévenir les risques et les complications pendant la grossesse et l'accouchement.

Les soins prénatals des adolescentes posent encore problème en RDC et l'éducation est un facteur certain qui détermine les ado à se rendre dans les établissements sanitaires pour

bénéficier des soins prénatals. Ceci rejoint l'affirmation de Frédéric KOBEMBI : La dissémination des services de SR dirigés spécifiquement vers les jeunes leur permettrait d'être mieux informés des questions relatives aux risques liés à l'activité sexuelle.



L'âge aux premiers rapports sexuels, l'âge à la première maternité et le nombre d'enfants des cinq dernières années ne semblent pas influencés significativement par l'éducation. Cependant, des adolescentes dont l'âge à la 1ère maternité est inférieure à 15 ans, celles qui sont sans instruction constituent 30%, ce qui semble important par rapport aux deux autres groupes d'âge suivants où les ado sans aucun niveau d'instruction ne constituent que 15%. L'éducation semble agir en faveur d'un âge plus avancé à la 1ère maternité. Plus la fille est instruite, plus son âge à la première maternité augmente. Moins elle l'est, plus sa première maternité survient précocement.

L'éducation n'influence pas le type de l'accouchement (normal ou par césarienne), ni le fait que l'ado ait connu un avortement ou une fausse couche. Il est important de noter que seuls les avortements involontaires⁴ sont concernés dans notre étude.

la pauvreté non favorable à une bonne santé de la reproduction des adolescentes

Un risque relatif plus grand que 1 indique qu'il y a une plus grande probabilité que l'adolescente soit pauvre et un risque relatif plus petit que 1 signifie une probabilité plus faible que l'adolescente soit pauvre.

En ce qui concerne notre variable explicative, à savoir la pauvreté, les adolescentes pauvres courent deux fois plus de risques de ne pas connaître leur période féconde que les non pauvres, elles courent le risque de désirer une naissance de 95% supérieur que celles qui sont non pauvres, par contre celles qui sont non pauvres ont 30% moins de risque de ne pas suivre les soins prénatals. Le test de signification traduit des différences significatives pour ces variables.

Toutefois, une seule différence statistiquement significative a pu être relevée. Le désir de l'adolescente pauvre de la dernière naissance par rapport à l'adolescente non pauvre qui a déclaré ne pas avoir désiré cette dernière naissance à ce moment. Est-ce le début d'une transition anti-nataliste ou ceci ne fait-il que confirmer la pensée des auteurs qui affirment que « le grabat du pauvre est riche » rejoignant aussi les résultats de Pilar MARTIN-

⁴ L'enquête EDS n'a pas mesuré les avortements volontaires parce que ceux-ci sont interdits par la loi congolaise et les ado qui peuvent l'avoir commis, ne l'auraient pas déclaré pour cette raison.

GUZMAN qui établissent une relation significative entre pauvreté et fécondité élevée : « Poverty seems to have yet a significant connection with high fertility rates »

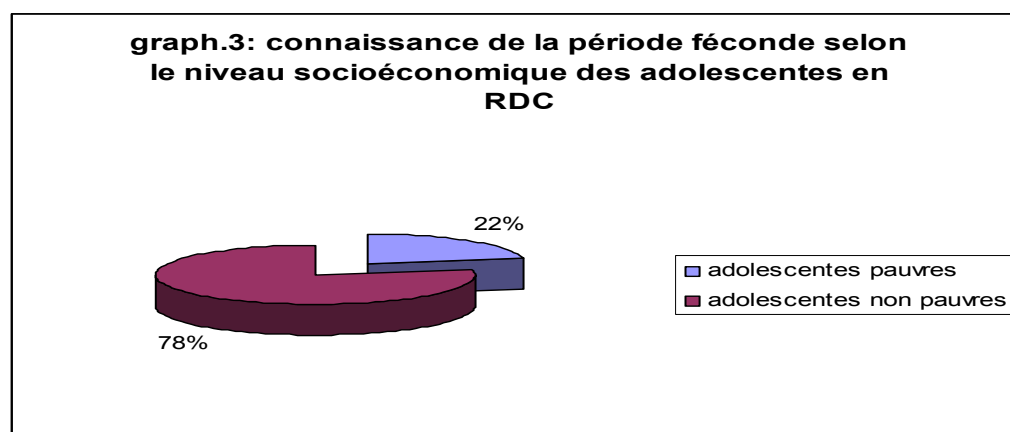
La pauvreté a été éclatée en deux modalités⁵. Cette variable rendue dichotomique pour des raisons d'analyse prend la valeur 0 si non pauvre et la valeur 1 si pauvre.

Contrairement à l'éducation, la pauvreté semble constituer un frein sur l'amélioration de la santé de la reproduction des adolescentes en RDC.

1° Les adolescentes pauvres connaissent moins bien leur période féconde

La connaissance de la période féconde est influencée par la pauvreté. De toutes les adolescentes qui connaissent cette période, 22% sont pauvres et 78% sont non pauvres (voir graphique 3), tandis que de celles qui ne connaissent pas leur période féconde, 34% sont pauvres et 66% sont non pauvres. Bien que cette « non pauvreté » est relative, les adolescentes non pauvres connaissent 3 à 4 fois mieux leur période féconde que celles qui sont pauvres et parmi celles qui ne connaissent pas, les ado non pauvres comptent seulement pour 2 fois plus que leurs congénères pauvres.

L'influence de la pauvreté sur la connaissance de la période féconde par l'ado est très significative. Plus l'adolescente est pauvre, moins bien elle connaît sa période féconde et moins elle est pauvre, mieux elle connaît cette période. Les adolescentes pauvres courent 37% de risque de plus de ne pas connaître leur période féconde que les adolescentes non pauvres. Une relation négative est établie entre la pauvreté et la SR via la connaissance de la période féconde de l'adolescente.



2° Les adolescentes non pauvres ont moins d'enfants que leurs paires pauvres

La pauvreté agit 2 à 3 fois plus sur les naissances des 5 dernières années de la catégorie des ado non pauvres à celle des ado pauvres. Les ado qui n'ont pas encore d'enfants sont 3 fois plus importantes parmi les non pauvres que les pauvres. Parmi celles qui ont déjà un enfant, celles qui sont non pauvres sont 2 fois plus importantes que celles qui sont pauvres et parmi celles qui ont déjà 2 enfants et plus, seule un peu plus d'une ado sur 2 est non pauvre (56%). La différence est très significative. Le nombre d'enfants des 5 dernières années augmente avec la pauvreté. Plus l'ado est pauvre, plus elle aura des enfants et moins elle est pauvre, moins elle a des enfants.

La pauvreté exerce donc une influence négative sur la SR. En effet, un nombre élevé d'enfants dans les ménages pauvres contribue à accentuer cette pauvreté. La propension à avoir des enfants à un âge précoce surtout chez les ado pauvres confirme la thèse de quelques auteurs qui militent pour l'éradication de la pauvreté pour une meilleure scolarisation des enfants. Plus la fille est issue d'un ménage pauvre, moins elle est scolarisée et donc elle va se tourner plus vite vers le mariage précoce.

⁵ La catégorie des pauvres regroupe les quintiles des plus pauvres et des pauvres, tandis que tous les trois autres quintiles (définis par EDS) représentent la catégorie des non pauvres.

Sachant que la tradition les destine au mariage, beaucoup de filles sont peu assidues aux études. Les mariages précoces surviennent surtout dans les milieux ruraux (reconnus plus pauvres que les villes en RDC) et dans certaines provinces tel que le Kasaï Oriental, il a été rapporté que de nombreuses filles se marient à 13 ans parce que l'oncle qui est reconnu comme bénéficiaire de la dot fait pression pour entrer en possession de la somme qui lui revient de droit » (RDC, 2003).

Par ailleurs, ces résultats se rapprochent de ceux de P. Madungu : Du fait de la non scolarisation des filles, la fécondité des adolescentes contribue en raison de 13% dans la fécondité totale des femmes.(Madungu, 2005). L'examen de la part de cette fécondité selon le niveau de pauvreté des mères montre que la proportion des adolescentes mères les plus pauvres (26%) est deux fois plus élevée que celles des adolescentes les plus riches.

3° Les filles non pauvres plus libérées pour le désir d'avoir un enfant ou pas

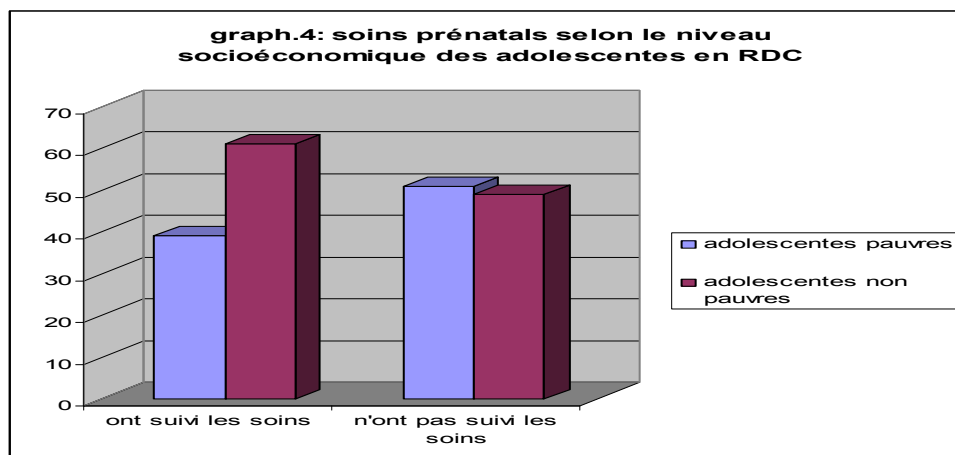
Savoir si la dernière naissance de l'adolescente était désirée ou pas à ce moment par l'ado subit une forte influence de la pauvreté : les ado pauvres (51%) ont désiré la dernière naissance un peu plus d'une fois plus que celles qui sont non pauvres(49%), tandis que les ado non pauvres (76%) qui n'ont pas désiré la dernière naissance à ce moment sont près de 3 fois plus importantes que celles qui sont pauvres (24%). La pauvreté agit sur cette variable de manière négative, plus l'adolescente est pauvre, moins elle est prédisposée à ne pas désirer un enfant à ce moment. Cependant, même libérée, elle est encore sous l'emprise des pesanteurs culturelles qui prônent une forte fécondité comme richesses et qui sacralise la venue d'un enfant au monde.

Par contre, la fille non pauvre se libère de plus en plus de cette emprise car bien qu'ayant eu cet enfant, elle a la capacité de déclarer qu'elle n'a pas souhaité sa venue à ce moment-là. Plus une ado est pauvre, plus elle désire un enfant à quelque moment que ce soit, moins l'ado est pauvre plus elle s'exprime et moins elle désire un enfant en ce moment. La pauvreté a un impact significatif sur le désir d'avoir un enfant ce moment. C'est donc une relation négative entre la SR et la pauvreté. Le risque relatif est très significatif entre les ado pauvres et non pauvres.

Les ado pauvres courent presque à 100% fois plus de risque de désirer le dernier enfant que leurs paires non pauvres. La différence significative de la plus value est confirmée par l'OD qui reste statistiquement très significatif. Peu d'auteurs y ont fait allusion dans la littérature. L'adolescent n'a pas le pouvoir de décision. Ce sont les parents qui concluent les unions entre fils et filles de la communauté, sans la moindre référence à leurs sentiments. De cette façon, l'activité sexuelle, même si elle est précoce (stratégie de la plupart des sociétés africaines traditionnelles pour obtenir une progéniture élevée), est dirigée par les aînés. (Frédéric Kobelembi, ...)

4°. Les adolescentes non pauvres mieux cotées pour les soins prénatals :

Bien que la pauvreté ne semble pas influencer significativement les soins prénatals des adolescentes, de l'analyse ressort une différence d'attitudes entre les ado pauvres et non pauvres. De celles qui ont suivi ces soins, 60% sont non pauvres tandis que 40% sont pauvres. La chance est de 31 fois plus pour les filles non pauvres de suivre les soins prénatals que les adolescentes pauvres.(voir graphique 4).



5°. Les adolescentes pauvres accouchent moins dans les services hospitaliers

3 ado sur 10 sont pauvres lorsqu'elles accouchent dans une structure médicale, 7 sont non pauvres, tandis que plus de six ado sur 10 qui accouchent en dehors d'une structure médicale sont pauvres et moins de 4 seulement sont non pauvres. Une fois de plus la pauvreté exerce une influence négative sur cette variable de la SR. Plus l'ado est pauvre, plus elle accouche en dehors des structures médicales et moins elle est pauvre, plus elle accouche dans une structure médicale. Les services hospitaliers sont déterminants dans la SR. Lorsqu'une femme accouche dans une structure médicale, elle bénéficie d'une assistance technique en la matière. L'accès aux soins de santé est assez réduit en RDC surtout en milieu rural pour des raisons d'éloignement de ces structures par rapport aux bénéficiaires. Ceci conforte ce qu'ASEF a trouvé.

La pauvreté ne semble influencer ni l'âge à la maternité, ni celui des premiers rapports sexuels de manière statistiquement significative. Elle ne semble pas non plus agir sur le fait qu'un accouchement soit dystocique ou eutocique et si l'ado a fait un avortement ou une fausse couche.

De ce qui précède, il se dégage que la pauvreté exerce une influence négative sur la Santé de la Reproduction des adolescentes de la RDC. Plus l'adolescente est pauvre, moins elle sera cotée pour sa Santé Reproductive et moins elle est pauvre, plus sa santé de la reproduction se portera mieux. En effet, l'adolescente non pauvre connaît mieux sa période féconde, le nombre des naissances des 5 dernières années est réduit, elle exprime mieux son désir ou non d'avoir un enfant à ce moment, elle suit plus les soins prénatals et elle accouche dans une structure médicale. Eradiquer la pauvreté serait un bon marchepied pour une amélioration rapide de la SR des adolescentes en RDC.

Conclusion

La scolarisation des filles est bénéfique pour tout pays qui aspire à un développement durable. Elle est reconnue comme un bienfait aussi bien pour elles-mêmes que pour l'ensemble de la société. On note généralement une attitude positive des femmes instruites en matière de santé de la reproduction. Celles-ci sont en général plus armées pour faire face au monde qui les entoure.(Banza Baya,...). D'autres aspects de la santé de la reproduction ont un lien positif avec l'instruction de la femme (Elo, 1992; Baya, 1999; Zanou et al.,2002; Fassassi et Vimard, 2002).

Par contre la pauvreté est un frein certain pour le bien-être de toute une société qui prétend se développer. Les femmes congolaises sont plus pauvres que les hommes et sont souvent dépourvues mêmes des réflexes élémentaires de la gestion du quotidien suite à cette pauvreté accrue. Il est évident que leur santé de la reproduction en subit les affres, à plus forte raison celle des adolescentes !

La santé de la reproduction serait donc positivement corrélée au niveau d'instruction et serait corrélée négativement à la pauvreté.

Les résultats de l'analyse multivariée font ressortir un risque d'une mauvaise santé de la reproduction des adolescentes qui sont sans niveau d'instruction que celui des filles qui ont un certain niveau d'instruction, toutes choses étant égales par ailleurs. D'autre part, le risque d'une moins bonne santé de la reproduction des adolescentes pauvres est vérifié par rapport à celui des ado non pauvres.

La relation "niveau d'instruction – santé de la reproduction" est du type inverse que la relation "pauvreté - santé de la reproduction". En effet, environ 1/3 des jeunes filles (30,8%) qui n'ont pas été à l'école n'ont pas été en mesure de reconnaître leur période féconde contre seulement 13,9% pour celles qui ont fréquenté l'école. Ici encore, l'analyse selon le niveau d'instruction montre que le taux de connaissance de la période féconde, le taux des filles actuellement enceintes, le taux de l'avis favorable à la contraception du partenaire, celui de la fréquentation des structures sanitaires pour les soins prénatals, le lieu de l'accouchement et le désir de la dernière naissance à un moment, croissent avec l'augmentation du niveau d'instruction.

Par contre cette analyse selon la pauvreté montre que le taux de connaissance de la période féconde, le taux de fréquentation des services des soins prénatals, les accouchements dans un établissement de santé, etc.. décroissent avec l'augmentation de la pauvreté.

Les risques relatifs sont très significatifs pour certaines variables.

L'éducation et la pauvreté sont des déterminants importants de la santé de la reproduction des adolescentes en RDC. Il serait donc indiqué de promouvoir l'éducation des filles et de réduire la pauvreté pour connaître des améliorations significatives de la santé de la reproduction des adolescentes en RDC.

Cette étude est une contribution importante à l'amélioration de la connaissance des déterminants de la santé de la reproduction des adolescentes en RDC.

Toutefois, d'autres investigations seraient nécessaires pour mieux cerner tous les paramètres dont la maîtrise permettrait la définition des stratégies globales d'amélioration de la santé de la reproduction des adolescentes en RDC.

De l'analyse descriptive, il est ressorti que le parcours des adolescents du Congo est caractérisé par une proportion plus importante des ado mineurs que majeurs, une précocité du mariage chez les filles, des écarts importants de genre dans l'éducation et l'activité économique, plus d'adolescents riches que pauvres, une précocité de l'âge aux premiers rapports sexuels et enfin, une faible connaissance du sida.

Le fait qu'un tiers des filles adolescentes soient déjà en union, que 80% d'entre elles aient déjà eu des rapports sexuels avant quinze ans, révèle une activité sexuelle précoce chez les ado en RDC et des filles plus que des garçons. Par ailleurs, la faible connaissance du sida parmi les adolescents nous pousse à d'autres investigations : sont-ils assez informés et comment se protègent-ils des risques qu'ils encourent? Les grossesses précoces et souvent non désirées, les comportements sexuels à risque avec comme effet d'entraînement, le VIH/Sida et les maladies sexuellement transmissibles(MST) font-t-ils une préoccupation des ado? Pour quelle part l'éducation et la pauvreté expliquent-elles ces comportements ?

Des études ultérieures pourront nous éclairer sur ces questions.

Par ailleurs, afin d'assurer une protection efficace de la jeunesse contre les conséquences néfastes d'une SR mal gérée, il serait aussi intéressant de mener une recherche sur la nécessité d'une dissémination des services de SR dirigés spécifiquement vers les adolescentes comme facteur favorisant une meilleure information sur les questions relatives à ce domaine en vue de les amener à adopter les attitudes favorables à une amélioration de leur santé reproductive.

BIBLIOGRAPHIE

1. Banza BAYA, 200., Fréquentation scolaire des jeunes filles et risques d'infection à VIH : espoir ou inquiétude ? Le cas de Bobo-Dioulasso in *Etude de la population africaine Supplément B du vol. 19*, p 73-p.93, Burkina Faso, Université de Ouagadougou,
2. Elisabeth KAYIBA MBELU 2005, les causes de l'évolution de l'âge moyen au premier mariage, de l'écart d'âge entre les époux, de la dot et de la polygamie dans la ville de Kinshasa de 1967 à 2004, 19p.
3. Frédéric KOBEMBI 200., Le comportement sexuel des adolescents à Bangui (RCA), Bangui, République Centrafricaine in *Etude de la population africaine vol. 20 n° 2*, p65-p99.
4. Pilar MARTIN-GUZMAN 2005, Population and poverty, in Trends and problems of the world population in the XXI century 50years since Rome 1954. *GENUS: Proceeding of the International Conference*, Rome, 26-28 May 2005, p.
5. Perpétue MADUNGU TUMWAKA 2004, *l'exploitation sexuelle des enfants à Kinshasa*, communication présentée à la 4eme conférence Africaine sur la population organisée par l'Union pour l'Etude de la Population Africaine(UEPA), Tunis décembre 2004
6. Perpétue MADUNGU TUMWAKA 2007, *Les déterminants de la violence faite à la femme en RDC*, communication présentée à l'atelier sur les méthodologies de recherche sur les violences organisée par le Centre Population et Développement à Paris, Novembre 2005
7. UNFPA 1997, Atelier National de « *Préparation de la jeunesse zaïroise pour le prochain millénaire : défi de la santé de la reproduction* », Ministère de la Jeunesse, des sports et Loisirs SG/J, Kinshasa, 12-13janvier 1997.
8. UNDP/RDC 2009, *Brève présentation de la situation socioéconomique de la Province du Katanga*, UNITE DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETE, Kinshasa 2009.
9. *REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO 2007, Enquête démographique et de santé 2007*, Ministère du Plan en collaboration avec le Ministère de la Santé, 482p.
10. *REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO 2002, Enquête Nationale sur la situation des enfants et des femmes MICS2/ 2001*, RDC, UNICEF, USAID, 234p.
11. *REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO 2003*, Analyse de la situation des enfants et des femmes(ASEF), Ministère du Plan, 150p.
12. *REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO 2006*, Document de la stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté (DSRP), Kinshasa 2006.
13. *REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO 2008*, Annuaire statistique de l'enseignement primaire, secondaire et professionnel 2007-2008, Ministère de l'enseignement primaire, secondaire et professionnel, 2009

Annexe 1.

Tableau 2. Impact de l'éducation sur la Santé de la reproduction des adolescentes.

Variable dépendante (SR)	Analyse bivariée			Analyse multivariée	
	instruite	Sans instruction	Plus value	O.R.	Plus value
Connaissance de la période féconde (l'ovulation)					
• Oui	91,3	8,7	0,000*	0,04	0,07
• non	85,3	14,7		1	Réf.
Age aux premiers rapports sexuels					
<15 ans	86,8	13,2		0,00	0,99
15-17 ans	89,4	10,6	0,015	0,00	0,99
18-19 ans	81,7	18,3		1	Réf.
Age à la première maternité					
• <15 ans	69,3	30	0,015	0,00	0,99
• 15-17 ans	85,1	14,9		0,00	0,99
• 18-19 ans	84,7	15,3		1	Réf.
Actuellement enceinte					
Oui	81,0	19	0,002*		
Non	88,7	11,3			
Nb de naissances au cours des cinq dernières années					
• 0	87,1	12,9	0,077	0,65	0,73
• 1	87,1	12,9		0,65	0,73
• 2 et +	89,6	10,3		1	Réf.
Dernière naissance désirée a ce moment					
• Oui	70,9	29,1	0,000*	1,98	0,60
• Non	90,3	9,7		1	Réf.
soins prénatals					
• Oui	81,7	18,3	0,001*	0,31	0,36
• Non	66,0	34,0		1	Réf.
Avis du partenaire sur la contraception					
Approuve	88,8	11,2	0,000*		
Désapprouve	50	50			
Avis de l'adolescente sur la contraception					
Approuve	88,3	11,8	0,011		
Désapprouve	77,8	22,2			
Lieu d'accouchement					
• Etablissement de sante	83,7	16,8	0,001*	0,85	0,60
• Autre	68,9	31,1		1	Réf.
Type d'accouchement					
• Normal	79,2	20,8	0,051	7,81	1,00
• Par césarienne	84,6	15,4		1	Réf.
A déjà fait un avortement ou une fausse couche					
• oui	93,3	6,7	0,019	0,11	0,35
• non	86,7	13,3		1	Réf.
Pauvreté					
Oui	26,1	61,7	0,000*	0,05	0,73
Non	73,9	38,3		1	Réf.

* significatif au seuil de 5%

Annexe 2.**Tableau 3.** Impact de la pauvreté sur la Santé de la reproduction des adolescentes.

Variable dépendante (SR)	Analyse bivariée			Analyse multivariée	
	pauvre	Non pauvre	Plus value	O.R	Plus value
Connaissance de la période féconde (l'ovulation)					
• Oui	22,0	78,0		0,37	
• non	33,9	66,1	0,000*	1	Réf.
Age aux premiers rapports sexuels					
<15 ans	30,5	69,5	0,043	17,42	0,55
15-17 ans	29,2	70,8		17,42	0,55
18-19 ans	36,6	63,4		1	Réf.
Age à la première maternité					
• <15 ans	43,3	56,7	0,056	0,37	0,25
• 15-17 ans	37,0	63,0		0,37	0,25
• 18-19 ans	40,7	59,3		1	Réf.
Actuellement enceinte					
Oui	39,5	60,5	0,007		
Non	30,0	70,0			
Nb de naissances au cours des cinq dernières années					
• 0	28,6	71,4	0,000*	0,93	0,95
• 1	36,3	63,7		0,93	0,95
• 2 et +	43,6	56,3		1	Réf.
Dernière naissance désirée a ce moment					
Oui	50,7	49,3	0,000*	0,05	0,01*
Non	23,9	76,1		1	Réf.
soins prénatals					
• Oui	38,7	61,3	0,007	1,31	0,82
• Non	51,1	48,9		1	Réf.
Avis du partenaire en union sur la contraception					
Approuve	29,5	70,5	0,027		
Désapprouve	41,7	58,3			
Avis de l'adolescente en union sur la contraception					
Approuve	29,3	70,7	0,026		
Désapprouve	37,0	63,0			
Lieu d'accouchement					
• Etablissement de sante	31,3	68,8	0,000*		
• Autre	64,2	35,8			
Type d'accouchement					
• Normal	40,7	59,3	0,022	1,35	1,00
• Par césarienne	30,8	69,2		1	Réf.
A déjà fait un avortement ou une fausse couche					
• oui	42,2	57,8	0,007	0,23	0,39
• non	30,5	69,5		1	Réf.
Education	*				
Oui	73,6	92,7	0,000*	3,68	0,25
Non	26,4	7,3		1	Réf.

* significatif au seuil de 5%