

Planning Familial chez les Adolescentes Mères d'Enfants dans un Centre Urbain du Cameroun

Touko Adonis¹, Kemmegne Joseph¹, Nissack Françoise², Schmidt-Ehry Bergis² et Kamta Charles³

RÉSUMÉ

Une enquête a été réalisée à Yaoundé (Cameroun) au courant de l'année 1995 pour déterminer les connaissances, les attitudes et les pratiques des adolescentes mères d'enfants face au planning familial. L'enquête a été effectuée sur la base d'un questionnaire standardisé; ayant servi aux entretiens dans les ménages des quartiers de la ville, préalablement constitués en grappes. Elle a abouti au recrutement de 462 filles-mères dont les âges variaient entre 14 et 19 ans et qui avaient entre 1 et 3 enfants. 93,9% d'entre elles avaient déjà entendu parler du planning familial, 72,5% avaient déjà entendu parler des centres de planning familial, mais seulement 43% s'étaient déjà rendues une fois au moins dans un de ces centres. S'agissant de la prévalence contraceptive au moment de l'enquête, 62,1% des enquêtées affirmaient qu'elles utilisent une méthode contraceptive; la méthode la plus utilisée étant l'abstinence périodique (35,9%). En plus des méthodes contraceptives classiques, certaines filles-mères faisaient usage de décoction d'herbes ou de racines, de douche vaginale avec quelquefois du permanganate. 19% des enquêtées avaient déjà effectué entre une et quatre épisodes d'interruption volontaire de grossesse. L'âge idéal à la première maternité tel que déclaré par les enquêtées était en moyenne de $19,7 \pm 2,5$ ans; l'âge idéal à la nubilité étant de $22,8 \pm 3,3$ ans, soit un écart de 3 ans. Ceci traduit le fait que dans le vécu réel comme dans les représentations, les enquêtées sont d'avis que la première naissance doit avoir lieu avant l'entrée dans la vie matrimoniale. (*Rev Afr Santé Reprod* 2001; 5[2]:105-115)

ABSTRACT

Family planning among teenage mothers in a Cameroonian centre. This study was carried out in Yaounde (Cameroon) in 1995 to determine the knowledge, attitude and behaviour of teenage mothers towards family planning. The study was based on a questionnaire administered at household level drawn from previously determined clusters. It was accomplished by recruiting 462 teenage mothers with ages ranging from 14 to 19 years and who had 1 to 3 children. On the whole, 93,9% had heard of family planning, 72,5% had heard of family planning centres, but only 43% had been to one of these centres at least once. With regards to contraceptive prevalence, 62.1% affirmed the use of a contraceptive method at the time of the study with periodic abstinence being the most widely used (35.9%). Besides the common methods, some teenage mothers made use of herbal concoctions and vaginal douching, sometimes with permanganate or the taking of tablets. Nineteen per cent of respondents had had between one and four episodes of induced abortion. According to these teenagers, the ideal average age for first delivery is $19,7 \pm 2,5$ years, whereas that of nubility is $22,8 \pm 3,3$ years, a difference of 3 years. This suggests that on the whole, teenage mothers believe that first delivery must precede marriage. (*Afr J Reprod Health* 2001; 5[2]:105-115)

MOTS CLÉS: Filles-mères, adolescentes, planning familial, grossess non désirées, interruption volontaire de grossesse, Cameroun

¹Forum Camerounais de Psychologie/ Université de Yaoundé I, Yaoundé, Cameroun. ²Programme Germano-Camerounais d'Appui au Planning Familial, Yaoundé, Cameroun. ³Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales/ Université de Yaoundé I, Yaoundé, Cameroun.

Correspondance: Touko Adonis, FOCAP, B.P. 8030 Yaoundé, Cameroun. Tél/Fax: (237) 22.37.33 E-mail: fokap@camnet.cm

Introduction

La morosité du climat économique dans les pays d'Afrique subsaharienne et la chute conséquente du pouvoir d'achat des populations a donné un regain d'intérêt aux questions de croissance démographique en général, et de planification des naissances en particulier. D'une manière générale, la situation économique paraît plus cruciale partout où les indicateurs de la croissance démographique restent assez élevés; ce qui est particulièrement vrai pour les pays d'Afrique subsaharienne. Ainsi, de 1990 à 1995, pendant que le Taux Brut de Natalité était de 13%, en France et 11% en Allemagne, il s'élevait à 50% en Côte d'Ivoire, 43% au Sénégal et 41% au Cameroun.¹ Dans ce dernier pays, le Taux Global de Fécondité Générale atteignait 205% en 1991, et le Taux Synthétique de Fécondité ou nombre d'enfants qu'une femme est supposée avoir durant sa vie féconde était de 5,8 pour la même année.² La proportion de ménages qualifiés de pauvres et dont le revenu se situe en dessous du seuil de pauvreté est passé de 40% en 1983/84 à 50,5% en 1996.³ Les familles les plus nombreuses étant généralement celles dont le revenu per capita est le plus faible, on constate que pour le cas de Yaoundé par exemple, le nombre moyen de personnes par ménage baisse, en partant des classes les plus démunies vers les classes aisées: l'on passe de 9,9 personnes par ménage à 7% et à 2,8% respectivement pour les ménages de classe pauvre, intermédiaire et riche.⁴

Une des explications du caractère élevé des indicateurs démographiques réside dans l'attitude et le comportement de la population féminine vis-à-vis du planning familial. En 1978, les résultats de l'Enquête Nationale sur la Fécondité ont insisté sur "le manque de connaissances des femmes camerounaises en matière de planification des naissances, et sur la très faible prévalence contraceptive".⁵ Treize ans plus tard, l'Enquête Démographique et de Santé 1991 rapporte que les femmes camerounaises ont une très forte fécondité, et que l'une des principales caractéristiques de cette fécondité élevée est sa précocité. Dans ce sens, les résultats de cette étude relèvent aussi que plus d'une femme sur deux donne naissance à son premier enfant avant l'âge de 19 ans. Pour le cas de Yaoundé particulièrement, la contribution des adolescentes à la natalité est considérable et s'élève à 15,7% selon

certaines sources,⁶ qui signalent en même temps que 79,6% des femmes de Yaoundé âgées entre 15-19 ans sont célibataires. Il n'est pas rare de rencontrer dans un tel groupe, des sujets ayant déjà connu au moins une naissance vivante. Une étude révèle que sur 259 adolescentes de 13 à 19 ans enceintes, 61 étaient à leur deuxième ou troisième grossesse.⁷ Ce sont des adolescentes mères d'enfants, que l'on qualifie encore de "filles-mères".

Le problème des adolescentes mères d'enfants n'a préoccupé que rarement les chercheurs au Cameroun. Certes, il est possible de retrouver ici ou là, des évocations sur le phénomène; telle cette étude qui fait valoir qu'en 1993, les grossesses précoces ont représenté 14,7% des grossesses au Cameroun⁸ ou cette autre qui s'appesantit entre autres sur les conséquences d'un tel phénomène pour l'adolescente.⁹ Mais à ces exceptions près, on cherche en vain des études ayant circonscrit le phénomène particulier des adolescentes mères d'enfants. Or il s'agit là d'une orientation de recherche certainement porteuse et féconde, non seulement sous un angle purement épistémologique, mais aussi sur le plan socio-économique, en même temps que sous l'angle de la planification des politiques de développement. Par rapport à la science, nombre d'études relèvent que la sexualité des adolescents est de plus en plus précoce dans plusieurs pays,¹⁰ et des recherches menées au Cameroun corroborent cette assertion, tout en ajoutant qu'elle est assez intense, notamment avant la nuptialité.¹¹ Ceci entraîne des implications dont il est tout aussi important d'étudier, de comprendre et de documenter. Le phénomène des filles-mères s'inscrit dans l'ordre de ces implications et revêt donc de ce point de vue, une importance de taille pour la recherche.

L'immatunité de l'adolescente sur les plans psychologique et économique apparaissent également comme d'autres facteurs critiques tout autant pour la jeune mère personnellement que pour l'avenir de sa grossesse, et pour le devenir de ses relations avec son entourage; étant entendu que dans de nombreux cas, le géniteur est également un adolescent, peu apte à supporter les charges liées au nouveau né. La fille-mère est donc très souvent appelée à supporter des charges auxquelles elle et son entourage ne sont généralement pas préparés; ce qui ouvre sur des implications socio-économiques et sanitaires évidents.¹² Enfin l'on a davantage be-

soin d'informations de terrain pour la planification des politiques d'encadrement des jeunes en matière de santé de la reproduction,¹³ et cette planification gagnerait en efficacité si elle s'appuyait sur des données ciblées, relativement à des groupes particuliers comme celui des filles-mères; ce qui permettrait de mieux adapter les réflexions et les actions à leur égard.

Pour toutes ces raisons, il est apparu intéressant de proposer cette cible comme objet de préoccupation scientifique, dans le but principal de recueillir des informations de base sur les connaissances, les attitudes et les pratiques de cette population vis-à-vis du planning familial.

Methodologie

Le site de la recherche est Yaoundé, capitale du Cameroun. Les investigations de terrain se sont déroulées en août 1995. Selon les données du dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitat,¹⁴ la ville de Yaoundé compte 703.588 individus. Mais il convient de relever que cette ville connaît une forte croissance démographique estimée à 6,86 % par an¹⁵ et sous-tendue par une immigration élevée.¹⁶ Toutes choses qui font de cette cité un véritable pôle de convergence, notamment pour la population des jeunes: 75,8% des migrants étaient âgés entre 15 et 34 ans en 1990. Toutes ces données laissent supposer que la population de Yaoundé grandirait rapidement, et qu'elle aurait depuis, franchi le cap du million. Les experts la projetaient à 1.080.400 habitants pour l'année 1995.¹⁷

L'estimation du revenu par personne laissait ressortir dès les années 80, une grande pauvreté des populations dans les quartiers spontanés périphériques dont on pensait qu'ils abritaient alors plus de 80%¹⁸ de la population de la ville. Depuis, des structures nouvelles chargées de la viabilisation de l'habitat MAETUR (Mission d'Aménagement et d'Équipement des Terrains Urbains et Ruraux), SIC (Société Immobilière du Cameroun), CFC (Crédit Foncier du Cameroun) se sont rendues actives; quoique le pays ait par ailleurs connu une récession économique sans précédent. Le marché du travail s'est profondément dégradé avec un taux de chômage estimé à 24,6% en 1993, et qui atteignait surtout les jeunes et notamment les jeunes diplômés. 39,9% des chômeurs sont des sujets de sexe féminin.¹⁹

La procédure d'échantillonnage utilisée dans cette étude est la méthode probabiliste appliquée au

sondage par grappes. Les grappes ont été constituées grâce à la base de sondage de l'Enquête Démographique et de Santé, 1991. Cette enquête présentait l'avantage d'avoir procédé à un repérage géographique des quartiers de la ville, avec cartographie. Les fonds de carte ainsi constitués ont permis aux enquêteurs de se déplacer à travers les artères des grappes. Au total, les zones échantillonnées ont été morcelées en 100 grappes. Pour ce qui est de la sélection des ménages à visiter dans les grappes, les enquêteurs devaient systématiquement repérer le centre de la grappe, choisir une rue par tirage aléatoire simple, puis choisir un foyer entre les cinq premiers, également par tirage aléatoire simple. Après quoi, les foyers suivants étaient inclus systématiquement jusqu'à l'obtention du nombre total de filles-mères à interroger, fixé à 5 par grappe.

Les critères d'inclusion comprenaient, en plus de la disponibilité à se prêter à l'entretien, le fait d'être célibataire mère d'enfant, âgée entre 13 et 19 ans et d'avoir séjourné dans la ville pour les deux derniers mois précédant l'enquête. Les enquêteurs étaient tenus de mener l'entretien en toute confidentialité, et de rassurer l'interviewée sur les conditions d'anonymat caractérisant cet exercice de recherche, avant d'entamer le remplissage de l'outil de collecte.

L'outil de collecte était un questionnaire structuré et pré-codé, alternant questions fermées et questions à éventail. Les thèmes structurant cet outil incluaient entre autres: les sources d'information sur le concept de planning familial, la connaissance des centres de planning familial, la question des grossesses non désirées, la contraception, la parenté responsable, les maladies sexuellement transmissibles et le SIDA. Un test de cet outil a été mené auprès de 15 filles-mères rencontrées dans 3 quartiers de la ville de Mbalmayo, ville secondaire à la population cosmopolite, située à environ 50 km de Yaoundé. Des améliorations ont dû être apportées, notamment sur la forme du document final.

À l'issue de la collecte des données et après l'opération d'épuration du fichier, un ensemble de 462 questionnaires ont été validés. Les données ont été analysées sur le logiciel Epi Info 6 monté sur micro ordinateur type PC. L'analyse a consisté en la production de tableaux de contingence, au calcul des indices de tendance centrale appropriés. L'interprétation des résultats a fait appel à la technique du Chi pour les cas qui s'y prêtaient, afin d'établir les liaisons probables entre les variables.

Resultats

Les données de cette étude concernent un échantillon de 462 filles-mères âgées de 14 ans à 19 ans, avec une moyenne de $18 \pm 1,2$ ans. 413 (89,4%) sujets avaient 1 enfant au moment de l'enquête; 45 (9,7%) en avaient 2 et 1 sujet (0,2%) en avait 3. L'âge déclaré au premier rapport sexuel variait de 10 à 19 ans, avec une moyenne de 15 ± 1 ans, et l'âge à la première maternité variait de 13 à 19 ans avec une moyenne de $16,7 \pm 1,3$ ans; les grossesses à haut risque (≤ 16 ans) représentant 43,5% de l'échantillon. De la première à la seconde maternité, l'intervalle intergénésiq ue moyen était de 25 ± 9 mois, mais l'on notait que la proportion des intervalles intergénésiq ues courts (< 24 mois) s'élevait à 39,9%. En ce qui concerne le statut professionnel, l'échantillon était constitué dans la majorité des cas d'élèves (41,8%) et de filles sans profession (31%). Les niveaux d'instruction des enquêtées étaient le Primaire, le Secondaire et le Supérieur, avec les pourcentages respectifs de 24,5%, 73,6% et 1,5%; deux sujets (0,4%) n'avaient jamais été à l'école. A propos de l'appartenance ethnique, 61,5% des sujets interrogés provenaient des provinces du Centre, du Sud et de l'Est qui partagent des valeurs culturelles communes. 23,4% des enquêtées étaient originaires des provinces de l'Ouest et du Nord-Ouest chez qui l'on reconnaît des soubassements culturels et sociaux semblables et que l'on qualifie de peuples des "Grassfields".²⁰ Le reste des sujets (15,1%) venant de diverses autres provinces du pays.

Planning Familial et Centres de Planning Familial

Trois composantes principales reviennent dans les définitions que les sujets donnent du planning familial à savoir: éviter les grossesses non désirées (26,9%); limiter les naissances (26,8%) et espacer les naissances (24,9%). 9,2% déclarant ne rien en savoir. Les informations que les enquêtées ont reçues au sujet du planning familial leur sont venues en général des mass-média (radio, 26,6%; télévision, 31,2%); les centres de santé et les unités spécialisées de planning familial ne représentant que 13,2% et 7,3% respectivement des sources d'information.

Tableau 1 Description de la Population d'Étude

Description	Effectif	Pourcentage
<i>Age</i>		
14-15 ans	22	4,7
16-17 ans	86	18,6
18-19 ans	354	76,6
Ensemble	462	100
<i>Statut scolaire</i>		
Scolaire/etudiant	193	41,8
Non scolaire	269	58,2
Ensemble	462	100
<i>Niveau d'instruction</i>		
Jamais été à l'école	2	0,4
Primaire	133	24,5
Secondaire	340	73,6
Supérieur	7	1,5
Ensemble	462	100
<i>Profession</i>		
Elève/etudiant	193	41,8
Sans emploi	143	31
Commerce	64	13,9
Couture	36	7,8
Coiffure	16	3,5
Autres	10	2,1
Ensemble	462	100
<i>Nombre d'enfants</i>		
1	416	90
2	45	9,7
3	1	0,2
Ensemble	462	100
<i>Age à la première grossesse</i>		
13	1	0,2
14	22	4,8
15	67	14,5
16	111	24
17	112	24,2
18	93	20,1
19	56	12,1
Ensemble	462	100
<i>Intervalle intergénésiq ue</i>		
Court (< 24 mois)	19	41,3
Long (≥ 24 mois)	27	58,7
Ensemble	46	100
<i>Groupe ethnique</i>		
Centre/Sud/Est	284	61,4
Ouest/Nord-ouest	108	23,3
Autres	70	15,1
Ensemble	462	100

Dans l'ensemble, 93,9% des personnes interrogées ont déjà entendu parler du planning familial, 72,5% ont déjà entendu parler des centres de planning familial et seulement 43% se sont déjà rendus une fois au moins dans un centre de planning familial. Les motifs de fréquentation les plus courants se répartissent en deux groupes dont le premier directement lié à la contraception (62,6%) et le second relatif aux soins médicaux de la mère et de l'enfant (31,2%). Les deux raisons principales que l'on retrouve dans le premier groupe de motifs sont : la recherche des conseils sur le planning familial, et la demande de contraceptifs. Dans le second groupe, ce sont la vaccination et les maladies de la mère et de l'enfant qui prédominent.

De l'avis des enquêtées, plusieurs facteurs empêchent la fréquentation des centres de planning familial par les jeunes filles, notamment l'ignorance de l'existence et des activités de ces centres (52,6%), la peur et la honte (15,2%), l'absence de motivation externe (12,9%), l'hostilité de l'entourage (3,6%), l'éloignement des centres (5%), la qualité et le coût des prestations de service (5%). Les propositions des enquêtées visant à encourager la fréquentation des centres vont dans le sens de l'utilisation de la radio et de la télévision pour diffuser des émissions spécialement consacrées au planning familial à l'intention des jeunes, la pose des affiches dans les lieux les plus fréquentés par les jeunes ainsi que dans les journaux et brochures les plus prisés auprès des jeunes.

Connaissance et Utilisation des Méthodes Contraceptives

À la question de savoir quels sont les moyens d'éviter les grossesses qu'elles connaissent, les filles-mères citent plusieurs méthodes, et à différentes proportions. En plus des méthodes classiques évoquées, elles énumèrent au même titre de méthodes contraceptives, certains outils ou pratiques utilisés après le rapport sexuel. Ce sont:

- administration par purge ou par voie orale de décoction (racine, herbe), prise d'alcool (whisky et "arky");
- douche vaginale (quelques fois avec du permanganate de potassium);
- prise de comprimés (nivaquine, aspirine, at-siquinoforme, apioline, etc).

Pour ce qui est de la pratique contraceptive actuelle, 62,1% de la population enquêtée affirme utiliser une méthode de contraception au moment de l'enquête; la méthode la plus utilisée étant l'abstinence périodique. Les méthodes les plus utilisées sont les mêmes que celles les plus citées comme moyens d'éviter les grossesses; mais l'on observe des dégradations de l'ordre de la moitié, du quart, et du dixième entre le taux d'évocation et le taux d'utilisation des trois méthodes les plus citées (Tableau 2): abstinence périodique (79,9%, 35,9%); pilule (71,9%, 7,1%); condom (55,4%, 14,1%) La proportion des sujets qui utilisent une méthode contraceptive est plus élevée chez les enquêtées les plus âgées, passant de 0,02% à 15 ans, à 54,7% à 19 ans. Par contre, le taux d'utilisation des méthodes contraceptives ne varie pas avec la parité.

Tableau 2 Connaissance et Utilisation Actuelle des Méthodes Contraceptives

Méthode	Connaissance (%)*	Utilisation (%)
Pilule	71,9	7,1
DIU	24,2	0,0
Mousse gelée	10,8	0,9
Abstinence périodique	79,9	35,9
Coit interrompu	16,2	0,2
Condom	55,4	14,1
Injection	15,4	0,9
Norplant/implant	9,5	0,0
Autres méthodes	16	3
Aucune	4,1	37,9

* Choix multiples.

On constate que les facteurs qui limitent le recours à la contraception varient suivant la méthode considérée:

- pour la pilule, l'augmentation anormale du poids (35%), la stérilité (25%) et les contraintes de posologie (20%), les plaintes de dysménorrhées (5%), les craintes de malformations congénitales (12%) sont les principales barrières énoncées; 3% de sujets parlant de troubles mineurs tels : les nausées, les maux de tête.
- pour l'abstinence périodique et le coït interrompu on relève principalement le manque d'assurance.

- en ce qui concerne le condom on note davantage la diminution du plaisir (36,8%) et le risque d'éclatement (32,8%); le refus du partenaire représente 15,7%. Un dernier groupe d'arguments (13,6%) concerne les démangeaisons post-coïtales, les blessures et les douleurs de bas ventre que le condom provoque.

Grossesses Non Désirées et Interruptions Volontaires de Grossesses

Le 75% des grossesses concédées par les enquêtées étaient non désirées, contre 25% qui étaient désirées. Les grossesses non désirées sont survenues à un plus jeune âge ($X = 16,5 \pm 1,3$) que celles qualifiées de désirées ($X = 17,4 \pm 1,3$), la différence étant hautement significative ($p < 0,001$).

Un peu plus de 3 filles sur 5 (61,3%) déclarent ne pas être capables de déterminer leur période féconde; et l'on remarque que plus de 4 grossesses non désirées sur 5 (86%) sont causées par le mauvais calcul de la période féconde (63,3%), la non connaissance de la période féconde (14,4%) et l'irrégularité du cycle (8,3%). Les autres causes évoquées étant la défaillance du condom et le refus d'utilisation, le harcèlement sexuel, et le vagabondage sexuel (14%).

Dans l'ensemble, 87 (19%) filles-mères ont déjà procédé à des interruptions volontaires de grossesses: 69 (79,3%) l'ont fait une seule fois, 15 (17,2%) deux fois, 1 (1,1%) trois fois et 2 (2,2%) quatre fois.

Les coûts de cette opération varient de 0 f CFA à 75.000 f CFA (\approx US \$150).** En cette année, 1

dollar US était approximativement l'équivalent de 500 FCFA., avec une moyenne de 23.371 f CFA (\approx US \$48). La grande variation observée dans les coûts s'explique par la diversité des méthodes utilisées; celles les moins coûteuses étant les décoctions obtenues à partir des essences de plantes naturelles. Dans l'ordre des méthodes les plus utilisées, on a les décoctions (22,6%), le curetage (17,8%), l'absorption de comprimés divers (17%), l'intromission d'un objet solide dans le vagin (13,5%), la technique d'aspiration (10,0%).

Le corps médical est impliqué à 46,8% dans les actions d'interruption volontaire de grossesse, avec les proportions respectives de 21,1%; 16,3%; 8,6% et 0,8% pour les infirmiers, les médecins, les sage-femmes et les étudiants de la Faculté de Médecine de la ville. Le reste des intervenants est constitué d'amis (36,3%) et des tradipraticiens (8,7%) (Figure 1). Par rapport au site d'intervention, à peu près la moitié (47%) des interventions sont effectuées dans des domiciles privés; ce qui suggère qu'elles se déroulent dans des conditions d'asepsie douteuses.

Parenté Responsable

La question de la parenté responsable a permis de cerner les représentations des filles-mères sur certains indicateurs de la sexualité reproductive. Selon les filles interrogées, l'âge idéal à la première maternité est en moyenne de $19,7 \pm 2,5$ ans. L'âge effectif observé à leur première maternité étant en moyenne de $16,7 \pm 1,3$ ans. Pour ce qui est de la nubilité, l'âge idéal mentionné par les enquêtées varie de 15 à 30 ans, la moyenne étant de $22,8 \pm 3,3$ ans.

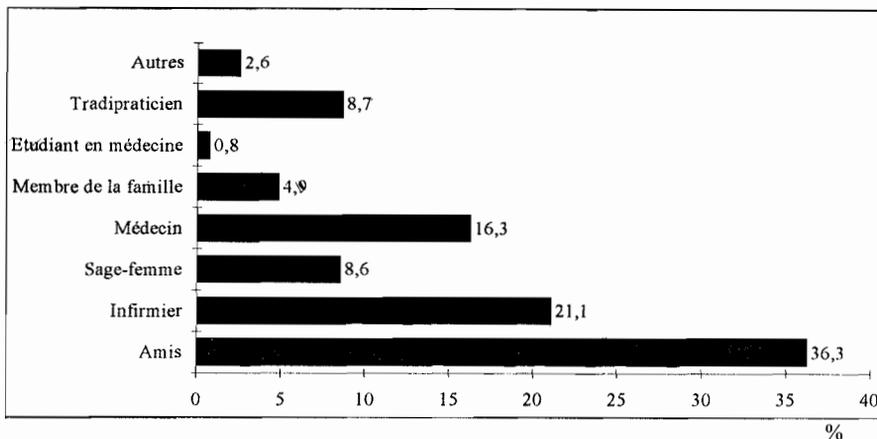


Figure 1 Intervenants dans l'Acte d'Interruption Volontaire de Grossesse

La lecture de ces données relève un écart de 3 ans entre l'âge effectif à la première maternité et l'âge idéal à la première maternité. Entre l'âge effectif à la première maternité et l'âge idéal à la primo-nuptialité, on observe un écart de 6 ans. L'écart idéal entre l'âge à la première maternité et l'âge à la primo-nuptialité est de 3 ans. Il ressort de la compréhension de ces données que, autant dans le vécu réel que dans les représentations, les personnes interrogées estiment que la première naissance doit avoir lieu avant l'entrée dans la vie matrimoniale. Le nombre idéal d'enfants le plus sollicité par les filles interrogées est de $4,3 \pm 1,57$ et l'intervalle intergénéral idéal est en moyenne de 2,4 ans; cette valeur est assez proche de l'intervalle intergénéral réel chez celles des enquêtées qui avaient deux enfants.

En ce qui concerne le rôle du partenaire dans la prise en charge des enfants, 47,8% des enquêtées se disent non satisfaites de l'encadrement dont elles bénéficient de la part du père de leur enfant.

Maladies Sexuellement Transmissibles

L'exploration des questions se rapportant aux maladies sexuellement transmissibles a été entamée par une compréhension de la perception du condom chez les personnes interrogées. Dans l'ensemble, 4 enquêtées sur 5 (80,7%) émettent une opinion favorable vis-à-vis du principe d'utilisation du condom. Mais cette proportion baisse de 10% quand on considère les sujets ayant déjà utilisé au moins une fois le condom, et de la moitié (40%) quand il s'agit de l'utilisation lors du dernier rapport sexuel.

Les raisons les plus prévalantes de la non utilisation lors de ce dernier rapport sexuel sont: l'hostilité vis-à-vis du condom, le refus du partenaire, la confiance au partenaire quant à l'éventualité d'une maladie sexuellement transmissible.

Par rapport aux maladies sexuellement transmissibles, on relève que 21,8% de la population interrogée déclare n'en connaître aucun symptôme. Les autres évoquent entre 2 et 4 symptômes, aux proportions respectives de 47,9%, 41,4% et 10,1%. Parmi les maladies sexuellement transmissibles citées, le SIDA, la syphilis et la blennorrhagie rassemblent à eux seuls 95% des évocations; laissant croire que ce sont là les seuls MST connues par les filles-mères.

Discussion

Notre échantillon est constitué de 462 filles-mères, sur un maximum de 500 prévus dans le cadre de cette étude. La différence représente les questionnaires non validés à l'issue de l'opération de nettoyage du fichier, mais aussi les cas de refus. Le taux de réponse de cette étude se situe en définitive autour de 92%. Un tel taux peut être qualifié de relativement bas, si l'on le compare aux taux de réponse chez la population féminine lors des deux dernières enquêtes de démographie et de santé réalisées au Cameroun en 1991 (94,3%) et en 1998²¹ (95,5%). Cela pourrait s'expliquer par la nature plus intime des questions abordées dans la présente étude, tout autant que par le profil psychologique généralement bas d'une grande partie de la population abordée. Du reste, il convient de reconnaître que l'échantillon aurait gagné en représentativité et l'effectif des personnes interrogées aurait pu être plus élevé si les critères d'inclusion à l'étude prenaient en compte les jeunes filles ayant connu des grossesses dont les enfants sont décédés lors de la naissance ou après. Mais l'on avait jugé que ces sujets seraient plus difficiles à identifier et à circonscrire, en relation avec le temps imparti à la présente étude.

L'échantillon est composé en majorité de filles originaires des provinces du Centre, du Sud et de l'Est, Cameroun. L'enquête s'est en effet déroulée à Yaoundé, capitale de la province du Centre et ville la plus développée de toute la région. Les ressortissants de la province de l'Ouest représentent 1/5 de l'échantillon; ce qui se justifie par la tradition de peuples migrants reconnue à ces populations.²² Pour ce qui est du niveau d'instruction, la plupart des enquêtées ont dépassé le niveau du Primaire; mais au moment de l'enquête, moins de la moitié des filles étaient encore engagées dans le système scolaire; ce qui suggère -comme le relève des sources concordantes²³ que le phénomène d'abandon et de déperdition scolaire affecte considérablement cette population; et ce malgré l'assouplissement de la législation camerounaise sur le traitement des élèves victimes de grossesses en période scolaire. Les mesures actuelles tendent en effet à accorder un congé de maternité à la jeune fille enceinte, plutôt que de l'exclure définitivement de l'établissement comme le préconisaient les anciens textes. Du reste, il y a lieu de penser que la situation

economique morose du pays et celle de la ville de Yaoundé en particulier aurait des incidences directes sur l'expression du phénomène des filles-mères; quoique l'on ne dispose pas de statistiques précises à ce sujet.

Les enquêtées ont presque toutes déjà entendu parler du planning familial; mais pour un peu plus du quart, elles le conçoivent encore comme une pratique de limitation des naissances. Une telle conception va à l'encontre des visées des programmes de planning familial, et prouve que dans le contexte pro-nataliste de la société camerounaise,²⁴ certaines populations perçoivent le planning familial comme une entrave à la libre manifestation des désirs de procréation. La tradition nataliste pèserait donc de toute son influence sur la formulation de l'opinion de la population au sujet du planning familial. Mais en dehors de cet argument, l'éclairage historique peut permettre de donner du sens à cette perception sociale. En effet, la position du Cameroun en matière de planning familial a souvent été imprécise et alambiquée; passant d'un discours quelque peu favorable à un accroissement accéléré de la population, à une douce atténuation de la vitesse d'accroissement de celle-ci. Les chercheurs ont ainsi parlé d'un natalisme nuancé.²⁵ L'émergence d'un discours tranché et nettement moins favorable au natalisme ne date que des années 80, suite notamment à des pressions internationales²⁶ et au constat des erreurs de projections démographiques.²⁷ Certes, un document portant Déclaration de Politique Nationale de la Population du Cameroun a été élaboré;²⁸ mais les analystes estiment^{25,29} qu'il ne tranche pas les imprécisions, présentant lui-même une politique qui n'est ni véritablement pro-nataliste, ni anti-nataliste à proprement parler. On peut en définitive penser que de telles imprécisions auraient elles aussi eu des influences sur la compréhension que les populations en général et nos enquêtées en particulier ont de la notion de planning familial.

Quoique les enquêtées aient en majorité déjà entendu parler du planning familial et des centres de planning familial, très peu se sont déjà rendues dans un de ces centres. La raison majeure de cette non fréquentation étant l'ignorance de l'existence des centres; ce qui a déjà été montré par ailleurs.³⁰ On peut penser que le nombre de centres de planning familial existant reste encore très insuffisant, et que l'implantation de ces centres n'est pas tou-

jours suivie d'une information et d'une incitation conséquente en faveur du public, notamment des jeunes. Par ailleurs, l'intégration des activités de planning familial dans les soins de santé primaires entreprise par les pouvoirs publics³¹ resterait peu comprise de la population; les jeunes filles interrogées ne sachant pas toujours que l'on pourrait bénéficier des services de planning familial dans tout centre de santé quelconque. Ceci amène à s'interroger sur le contenu des messages qui est généralement véhiculé. De ce point de vue, les mass média apparaissent comme les canaux d'information les plus cités; mais des études ont montré que les messages véhiculés ne sont pas toujours adaptés; autant du point de vue de la forme que du fond.³² Ainsi, des programmes conçus spécifiquement pour des cibles particulières telles les jeunes ou par exemple des jeunes mères feraient encore défaut.

Dans l'ensemble, les filles-mères de Yaoundé citent la plupart des méthodes de contraception. Ce résultat corrobore les observations déjà faites à l'échelle de la population générale en Afrique subsaharienne et au Cameroun.³³ On relève toutefois un contraste entre le niveau d'information sur les méthodes contraceptives, notamment modernes, et leur taux d'utilisation. L'antécédent d'information sur une méthode contraceptive ne donnant lieu à son utilisation que dans très peu de cas. Ceci donne à penser soit que les filles-mères interrogées drainent avec elles une proportion considérable de "besoins non satisfaits"³⁴ en matière de planification familiale, soit qu'il existe d'autres pesanteurs et/ou entraves sociales à l'utilisation du planning familial. Dans ce sens, il a été décrit dans certains groupes sociaux camerounais, des obstacles anthropologiques à la planification des naissances.³⁵ Parmi les entraves les plus récurrentes, l'on évoque les préférences relatives à la taille de la famille, le désir ardent des chefs de famille d'avoir un enfant de sexe masculin, perçu comme garant d'une continuité de la lignée, les pressions natalistes véhiculées par les rites traditionnels.

Comme attendu, certaines méthodes contraceptives citées ne sont pas du tout utilisées (DIU, Norplant), l'expertise qu'elles impliquent n'étant pas aisément accessible à la couche de population interrogée. Pour ce qui est des méthodes naturelles, l'abstinence périodique qui se dégage comme la méthode la plus utilisée ne donne pas toujours des

résultats à la hauteur des espoirs que les filles-mères placent en elle; en ce sens qu'elle est la méthode la plus incriminée dans les épreuves de grossesses non désirées. Les raisons principales tiennent dans les connaissances limitées des filles sur les principes de cette méthode et sur leur propre physiologie. Ces informations s'accordent avec des données relatives à l'Afrique subsaharienne, et qui rapportent que la connaissance de la période de fécondité chez les filles sexuellement expérimentées reste médiocre dans cette région.

Sur un autre plan, il convient de relever une certaine confusion sur le sens réel de la contraception. En effet, les méthodes contraceptives ont essentiellement pour but d'empêcher la rencontre entre le spermatozoïde et l'ovule. Or certaines des pratiques énumérées par les filles sont utilisées après le rapport sexuel et pourraient donc intervenir après la fécondation ou même la nidation. Dans ce cas, elles jouent le rôle d'outils d'interruption de grossesses et non plus de contraception. Ceci se justifie en cela que les mêmes pratiques sont évoquées par les enquêtées comme méthodes abortives. Au rang de celles-ci, on cite l'absorption de certains antimalariques (nivaquine, arsiquinoforme...) qui dans l'imaginaire des jeunes filles sont perçus comme de véritables outils de prévention et d'interruption de grossesses. Au regard du caractère répandu³⁶ de cette représentation et du crédit accordé aux capacités de ces produits, il y a lieu d'affirmer qu'il s'agit là d'un enjeu que doivent affronter les programmes de planning familial à l'intention des jeunes.

Dans la population des femmes en union, l'Enquête Démographique et de Santé 1991 observait que le taux d'utilisation des méthodes contraceptives variait avec la parité; ce qui contraste avec les résultats de la présente étude. Cette absence de concordance pourrait être simplement statistique, au regard du nombre limité des sujets ayant plus d'un enfant dans notre étude. Aussi, on pourrait penser que les femmes en union sont davantage plus proches du nombre total d'enfants qu'elles souhaitent avoir que les filles-mères; et que de ce fait les premières se montrent plus astreintes à la contraception. De même serait-on tenté de croire que les unes sont plus conscientes des charges et responsabilités liées à une progéniture nombreuse que les autres.

Les grossesses des jeunes filles célibataires, bien que généralement taxées de grossesses non désirées,

sont quelques fois le produit de décisions rationnelles, ou la manifestation d'un désir de maternité inavoué mais intensément fantasmé. Ceci est clairement apparu dans les propos relevés chez 25% des filles qui ont reconnu leur désir de maternité.

On peut penser d'un côté, que ces sujets ne sont pas suffisamment sensibilisés sur les risques encourus dans des cas de grossesses à risque.³⁷ Mais d'un autre côté, l'âge idéal à la première maternité tel que choisi par les enquêtées précède de 3 ans l'âge idéal à la première nuptialité. Ce qui veut dire que les jeunes filles aimeraient avoir leur premier enfant avant leur entrée en union. L'interprétation socio-culturelle révèle que dans les provinces du Centre, du Sud et de l'Est d'où sont originaires 61,5% de notre échantillon, la procréation pré-nuptiale est tolérée et pratiquement admise.³⁸ Elle est perçue comme garantie de fécondité, mais aussi comme atout supplémentaire aux possibilités de la jeune fille de se trouver un époux. Les travaux portant sur l'organisation sociale traditionnelle des peuples de cet espace décrivent la structure sociale comme étant acéphale;³⁹ donnant lieu à une norme sociale peu rigide, qui laisse une marge de manœuvre assez large à la libre décision de l'individual.

A contrario, dans les provinces des Hauts plateaux d'où relèvent 23,4% de notre échantillon, la structure socio-traditionnelle est originellement plus hiérarchisée avec un contrôle assez strict des comportements sociaux, y compris en matière de sexualité. Dans ce sens, l'activité sexuelle fait l'objet d'une régulation sociale assez rigide; la société ayant établi des marges dans lesquelles l'acte sexuel est admis et au delà desquelles il est difficilement toléré. Traditionnellement, l'activité sexuelle vise uniquement la procréation, et seules les personnes mariées sont autorisées à procréer, tandis que tout accouplement hors mariage est réprimandé.⁴⁰ Ceci étant, il faut souligner que cette dernière disposition culturelle est de moins en moins respectée dans son contexte originel; et que dans le cadre de la ville, on assiste à un syncrétisme culturel dû au brassage des populations. De plus, la libéralisation des mœurs favorise une activité sexuelle et une procréation précoces, tandis que des facteurs tels la scolarisation contribuent à un renvoi de l'âge de la première nuptialité. Toutes ces raisons peuvent expliquer sous l'angle purement sociologique, la tolérance qui affecte les jeunes filles elles-mêmes, et quelques fois les parents vis-à-vis des maternités

conçédées en jeune âge.

- Les interruptions volontaires de grossesses sont interdites par la loi camerounaise, quoiqu'elles continuent à être pratiquées, notamment en clandestinité. Le code pénal camerounais⁴¹ dispose à cet égard en son article 337 alinéas 1 et 2.
- Est punie d'un emprisonnement de quinze jours à un an et d'une amende de 5.000 à 200.000 francs ou de l'une de ces deux peines seulement la femme qui se procure l'avortement à elle-même ou qui y consent.

"Est puni d'un emprisonnement de un à cinq ans et d'une amende de 100.000 à 2 millions de francs celui qui, même avec son consentement, procure l'avortement à une femme.

Au regard de l'allure des statistiques sur le phénomène des interruptions volontaires de grossesses et surtout des risques additionnels auxquels sont exposés les acteurs du fait des conditions approximatives dans lesquelles ces interventions sont exécutées, la question se pose de savoir s'il vaut mieux continuer à interdire cette pratique ou au contraire la libéraliser.

Remerciements

Cette étude a été réalisée grâce à un financement du Programme Germano-camerounais d'Appui au Planing Familial (GTZ/PF), Yaoundé, Cameroun. Nous tenons à remercier tout particulièrement les enquêteurs et les filles-mères qui ont bien voulu se prêter aux entretiens.

REFERENCES

1. United Nations. Department for Economic and Social Information and Policy Analysis, Population Division. *World Abortion Policies*, 1994.
2. Direction Nationale du Deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitat, Macro International Inc. Enquête Démographique et de Santé 1991, Cameroun. Maryland, 1992, 287.
3. Pnud Cameroun: Rapport sur le développement humain 1998. Yaoundé, PNUD, 1999, 100.
4. Ngassam A et Tchamda C. Enquête rapide sur la consommation des ménages à Yaoundé, Rapport d'étude. DIAL/DSCN, Yaoundé, 1993, 33.

5. Dscn/Emf Enquête Nationale sur la Fécondité du Cameroun 1978: rapport principal, tableaux statistiques, Yaoundé, 1983; (2): 888.
6. Crdi, 2è RGPH. Migrations et urbanisation: le cas de Yaoundé et Douala, Yaoundé, 1993: 307.
7. Dackam N, Mfoulou R et Sala Diakanda M. Population et santé familiale en Afrique Centrale. *IFPF* 1990: 125.
8. Oum T. Maternité et paternité précoces au Cameroun, Rapport d'étude, FESADE, Yaoundé, 1993, 87.
9. Evina A. Vie féconde des adolescentes en milieu urbain camerounais. *Les Cahiers de l'IFORD* 1998; 16.33.
10. Oms Education sexuelle et enseignement du planning familial à l'intention des jeunes. *Série de Rapports Techniques*, Genève, 1988.
11. Abéga SC. Apprentissage et vécu de la sexualité chez les jeunes camerounais de 15 à 30 ans. Rapport de mi-parcours, OMS/Université de Yaoundé, Yaoundé, 1994, 177.
12. Calvès AE. Sexualité prémaritale des adolescents à Yaoundé : les hommes et les femmes ont-ils les mêmes stratégies et motivations in KUATE-DEFO B. Sexualité et santé reproductive durant l'adolescence en Afrique, Québec, EDICONSEIL INC., 1998, 153-75.
13. Kathleen MK et Ngo Som J. Perceptions, nutrition et santé des adolescents: une approche comparative. In: Kuate-Defo B. Sexualité et santé reproductive durant l'adolescence en Afrique, Québec, EDICONSEIL INC., 1998, 239-79.
14. 2^{ème} RGPH, DEMO 87, Résultats bruts: République du Cameroun, Yaoundé, 2(1):836.
15. Minef, Rapports sectoriels dans le cadre de l'étude sur l'environnement et le développement durable au Cameroun, Yaoundé, 1992, 248.
16. Timnou JP. Migration, urbanisation et développement au Cameroun. *Les cahiers de l'IFORD*, 1993 ; (4): 115.
17. Minpat, Indicateurs démographiques sur le Cameroun, plaquette, Yaoundé, 1993.
18. Youana J. Quartiers spontanés péri-centraux de Yaoundé : une contribution à l'étude des problèmes de l'habitat du grand nombre en Afrique. *Thèse de Doctorat 3ème cycle en géographie*, Yaoundé, 1983.
19. Minefi/Dcsn, Conditions d'activité de la population de Yaoundé en Mars 1994 : premiers résultats. Yaoundé, 1994:34.
20. Warnier JP. L'esprit d'entreprise au Cameroun. Paris, KARTHALA, 1993: 306.
21. Bucrep-Minpat, Macro International Inc. Enquête Démographique et de Santé, Cameroun, 1992, 328.
22. Dongmo JL. Le dynamisme bamiléké: la maîtrise de l'espace urbain. 1981; 2:293.

23. Mineduc Unicef. *Pourquoi devons-nous envoyer nos filles à l'école?* Dépliant.
24. Minas, Recherche sur la famille camerounaise: famille et parenté responsable. Yaoundé, 1988; 5:101.
25. Gubry P. Cameroun: d'un natalisme nuancé vers un anti-natalisme modéré. *Dossiers*, Paris, CEPED, 1988; 2:25.
26. Sala Diakanda M., De Bucarest à Mexico: évolution des positions africaines en matière de population. *Les cahiers de l'ORSTOM*, Paris, 1988; 24(2).
27. Bella JN. Les politiques de population dans deux pays en développement : le Cameroun et la Thaïlande. *Les cahiers de l'IFORD*, Yaoundé, 1998; 17:156.
28. Minpat Cnp. Déclaration de la politique nationale de population. 1993, 62.
29. Touko A, Kemmegne J et Nayah F. Santé sexuelle et reproductive au Cameroun: analyse de situation. *Rapport d'étude* Yaoundé, FOCAP/CAMNAFAW, 1999, 60.
30. Betbout H, Ngueyap F, Konande ML, et al. Santé de la reproduction au Cameroun: situation dans les formations sanitaires. *Les cahiers de l'IFORD*, Yaoundé, 1998; 23:139.
31. Minsap Déclaration nationale de la mise en œuvre de la réorientation des soins de santé primaires, Yaoundé, 1993: 18.
32. Menye-Langue, Evina A et Songue P. Communication et maîtrise de la fécondité: un mariage de raison. *Rapport de synthèse*, Dakar, UEPA, 1999; 38:30.
33. Anastasia J, Gage Brandon et Meekers D. Relations sexuelles, contraception et procréation pré-nuptiales en Afrique subsaharienne. *Persp Int Plan Fam* 1993; Numéro spécial: 12-17.
34. Lori S. Nouvelles perspectives sur la population: les leçons du Caire, *Pop Bull* 1995; 50(1).
35. Touko A, Meloni R et Libite PR. Les obstacles anthropologiques à la planification familiale dans la province du Nord-ouest, Cameroun. *Rapport d'étude*, FO-CAP/GTZ, 1997, 75.
36. Touko A, et al. Attitudes, croyances et comportements des jeunes de Bangui face à la sexualité: Etude qualitative. *Rapport d'étude*, FO-CAP-GTZ/PAJESR, Yaoundé, 1994, 56.
37. Nasah BT et Drouin P. Care of the mother in the tropics. Yaoundé, CEPER, 1982, 292.
38. Laburthe-Tolra P. Les seigneurs de la forêt : essai sur le passé historique, l'organisation sociale et les normes éthiques des anciens Beti du Cameroun. Paris, Publications de la Sorbonne, 1981; 48:490.
39. Ekambi MJ. A la recherche d'interlocuteurs chez les Maka du Sud-Est du Cameroun. In *Travaux et documents de l'ORSTOM*. Nature et formes de pouvoir dans les sociétés dites acéphales: exemples camerounais. 1982: 71-80.
40. Tindo JP. Sexualité extra-conjugale et prostitution en milieu rural Bamiléké: le cas des Nguimba des Bamboutos. *Mémoire de Maîtrise*, Université de Yaoundé, 1982.
41. Code pénal, Mimos, Yaoundé, 2000, 637.