

GROSSESSES ET FECONDITE DES ADOLESCENTES

INTRODUCTION

La population des adolescentes est un groupe particulièrement sensible aux transformations qui s'opèrent dans leur milieu de vie. La jeune mère et son enfant sont exposés aux risques médicaux, psychologiques et sociaux importants. Ces risques sont certes d'importance variable selon le contexte familial, culturel et socio-économique. Néanmoins, l'immaturation psychologique et psychoaffective liée à l'âge constitue un facteur en commun : « elles n'ont pas fini d'être filles qu'elles sont déjà mères ». C'est pourquoi, la grossesse et la fécondité chez l'adolescente est considérée comme un problème important de santé publique, aussi bien dans les pays en développement que dans les pays industrialisés.

A l'occasion du 20^{ème} anniversaire de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement qui s'est tenue au Caire en 1994, un « *rapport global au-delà de 2014* » a été lancé. Ce rapport montre qu'il y'a des progrès, mais aussi des défis à relever en matière de la fécondité des adolescentes même si elles sont moins en moins à faire des bébés.

Quelle proportion de "filles mères" pour la Mauritanie ? Comment se répartissent-elles sur le territoire mauritanien ? Qui sont-elles ? Qu'est-ce qui les caractérise ?...

Le RGPH de 2013 a fait état de 9% des adolescentes âgées de 10-19 ans déjà mères. Ces grossesses s'expliqueraient par la pauvreté, le manque d'instruction et d'information ainsi que le mariage précoce et la faible utilisation des méthodes de contraception. Elles s'accompagnent également des multiples complications avec comme conséquences, des problèmes sur le plan de la santé, de la vie en société et perturbation de l'éducation et la scolarisation. Ces jeunes mères qui pour la plupart ne bénéficient d'aucun appui psychologique.

Face à cette situation, qui entravent la santé sexuelle et reproductive des adolescentes en Afrique en générale et en Mauritanie en particulier, qui pourtant sont appelés à être les adultes de demain, leur bien-être social et économique peut être compromis. C'est pourquoi, la thématique « *Grossesses et la fécondité des adolescentes* » a été identifiée par les organisateurs de la septième conférence africaine sur la population qui se tiendra en Afrique du Sud du 30

novembre au 4 décembre 2015 sous le thème “ **Dividende démographique en Afrique : perspectives, opportunités et défis**” comme un phénomène à documenter. La communication a pour objectif, de mettre à la disposition des décideurs les informations nécessaires à une orientation efficace des programmes d’amélioration de la santé de la reproduction des adolescentes en Mauritanie. De manière plus spécifique il s’agit de :

- étudier les variations différentielles de la maternité précoce au cours des périodes 2007 et 2011 ;
- mettre en évidence l’évolution des inégalités en matière de la maternité précoce des adolescentes au cours de la période 2007-2011 ;
- dresser le profil sociodémographique des adolescentes déjà mères ;
- identifier les facteurs qui expliquent la maternité précoce chez les adolescentes pour les périodes 2007 et 2011.

I. CONTEXTE

Le caractère prédominant de la population mauritanienne est sa jeunesse, puisque les enfants et les jeunes de moins de 18 ans représentent plus de la moitié de la population totale. L’âge moyen est de 22 ans pour l’ensemble du pays avec de faibles disparités entre le milieu rural et le milieu urbain. La population est à dominance féminine et rurale : 49,7% de la population mauritanienne sont des hommes et 50,7% sont des femmes, soit un rapport de masculinité de 0,97 hommes pour 100 femmes. En outre, 49,78% de la population vivent en milieu rural en 2013.

Les adolescents représentent 41,2% de la population des enfants de moins de 20 ans en 2013. Le nombre des adolescentes domine ce de leurs homologues masculins avec un rapport de masculinité de 96,76%. Le rapport de masculinité est plus faible pour le milieu rural (91,4%) que pour le milieu urbain (102,2%) et pour les nomades (106,3%).

Par rapport à la fécondité en Mauritanie, son niveau a amorcé une baisse tendancielle depuis 1981 : le nombre moyen d’enfants par femme (Indice synthétique de fécondité) est passé de 6,24 enfants par femme, à 4,7 en 2001, puis à 4,3 en 2013 (ENMF, EDS et RGPH). En dépit de la baisse amorcée, la fécondité en Mauritanie reste encore élevée. Les causes du niveau élevé

de la fécondité en Mauritanie sont la précocité du mariage, la faible prévalence contraceptive (11,4% en 2011), une universalité du mariage (près de 90 % des femmes sont déjà mariées entre 30 et 34 ans contre 80 % des hommes). La même enquête MICS montre un taux de natalité chez les adolescentes qui s'élève à 71 pour 1000.

Environ un quart (26%) des jeunes femmes âgées de 15-19 ans sont actuellement mariées. Cette proportion varie beaucoup entre zones urbaines (18%) et rurales (32%), et elle est très liée au niveau d'instruction (48% parmi les femmes non instruites pour seulement 13% pour les filles de niveau secondaire ou plus). Le mariage précoce, avant l'âge de 15 ans, a concerné 15% des femmes de 15-49 ans et celui avant 18 ans a concerné 37% des femmes de 20-49 ans.

En outre plus d'une femme mariée sur dix (11%) est dans un mariage polygame. La prévalence de la polygamie est particulièrement élevée au Guidimakha (29%).

Le taux de mortalité maternelle pour la période 2004-2011 était de 715 décès pour 100 000 naissances vivantes.

II. CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL

Cette partie vise à faire une synthèse de travaux antérieurs ayant spécifiquement porté, les grossesses et la fécondité des adolescentes. Cette revue débouchera sur le cadre conceptuel et les hypothèses qui conviendront à examiner la problématique de cette communication.

1. SYNTHÈSE SUR LES ÉTUDES EMPIRIQUES DE LA FÉCONDITÉ DES ADOLESCENTES

Facteurs socioculturels :

Comme dans la plupart des études sur la fécondité, l'approche socioculturelle dans cette communication sera opérationnalisée par l'ethnie, le niveau d'instruction et la région de résidence.

L'ethnie : L'ethnie, comme il a été déjà souligné plus haut, se présente comme le cadre de production des modèles socioculturels propre à chaque société. Elle façonne et oriente les représentations en matière de sexualité et de fécondité des individus. Dans le contexte

traditionnel africain, la procréation est moins une affaire du couple mais celle de la famille, du groupe et de la communauté qui ont a priori une emprise sur la volonté individuelle (Bledsoe et al ., 1993). D'où une grande propension ou non à une conception précoce.

C'est aussi le cas des ethnies dont le système de parenté serait matrilineaire. Dans ces ethnies, les jeunes filles et leurs mères, du fait de l'indépendance et l'autonomie qui leur sont accordées, se livrent plus précocement aux rapports sexuels (qui se soldent souvent par des grossesses précoces).

Dans le cas de la Mauritanie, la famille, pour la plupart des groupes ethniques qui composent le pays, est organisée sur la base d'un pouvoir de type patriarcal fortement centralisé et hiérarchisé. La virginité de l'adolescente est considérée comme une sacrée valeur à préserver car la perte de la virginité est une honte pour toute la famille voire de tout le lignage.

La religion¹ : La relation entre la religion et la grossesse et fécondité des adolescentes n'est pas clairement définie et souvent ambiguë. Delaunay montre en effet, que la relation observée entre la religion et le statut de la conception n'est plus significative après neutralisation des effets des autres variables. La religion n'est donc pas indépendante des autres facteurs. A même niveau d'instruction et à même expérience urbaine, les chrétiennes n'ont pas plus de conceptions pré-nuptiales. De même, Kouton (1992) aboutit au résultat que la religion semble avoir très peu d'influence sur la précocité de la première grossesse chez les adolescentes (...). L'auteur poursuit en faisant remarquer que les adolescentes pratiquant les religions "traditionnelle" ou "musulmane" ont des risques relatifs presque identiques par rapport à leurs homologues catholiques.

Le milieu de socialisation : Son importance vient du fait qu'il détermine l'imaginaire des adolescentes en matière de sexualité, de mariage et de procréation. Plusieurs études ont montré que les adolescentes ayant grandi en milieu rural ont plus tendance à respecter les règles traditionnelles de reproduction que celles qui ont grandi en milieu urbain. En effet, en milieu rural, l'éducation des enfants se fait par la transmission des valeurs normatives et religieuses de la société ; de plus elle se réalise dans un contexte dominé et contrôlé par les aînés. L'emprise

¹ La religion (car l'ensemble de la population mauritanienne est constituée des Musulmans) et le milieu de socialisation (cette variable n'a pas été saisie par les enquêtes MICS) ne seront pas tenus en compte dans cette communication.

sociale pousse donc les adolescentes à adopter un comportement en matière de sexualité et de procréation dicté par sa famille et les normes sociétales. En milieu urbain, la situation est tout à fait différente. Le comportement des adolescentes est fortement influencé par l'éducation et les valeurs occidentales importées.

Le niveau d'instruction : Plusieurs études ont montré que le niveau d'instruction est un déterminant pour l'explication du comportement sexuel et procréateur des adolescentes, plus particulièrement en Afrique où la scolarisation n'est pas donnée à tout le "monde". Au Sénégal, Delaunay (1994) a montré que le niveau d'instruction a un effet significatif sur le risque d'avoir une naissance prénuptiale à Niakar, mais dans un sens aussi non escompté. En effet, les conceptions prénuptiales sont généralement plus fréquentes parmi les jeunes filles scolarisées.

En outre, plusieurs recherches montrent qu'il existe une association négative entre le niveau d'instruction des parents (ou du chef de ménage) et la précocité de fécondité chez l'adolescente : *« plus le père ou la mère est instruit, moins l'adolescente court de risque d'avoir une grossesse. Le risque d'avoir une grossesse adolescente est près de quatre fois plus élevé chez l'adolescente dont le père n'a jamais été à l'école par rapport à celle dont le père a atteint le niveau supérieur »* (Evina,1998).

La région de résidence : L'effet de la région de résidence sur le risque de fécondité des adolescentes est beaucoup plus influencé par les réalités socioculturelles, socio-économiques, et institutionnelles des populations. Les différences entre milieu de résidence peuvent s'expliquer par les différences socioculturelles entre entités géographiques, par exemple les flux migratoires, la religion, l'ethnie ou le comportement fécond du milieu de résidence.

Le milieu de résidence : Le milieu de résidence est un déterminant récurrent des grossesses et la fécondité des adolescentes dans de nombreuses études. En fonction du milieu d'habitat, il y a une liaison étroite entre la sexualité précoce et la fécondité précoce, car la plupart des adolescentes en milieu rural entrent en vie féconde avant 18 ans. Au Sénégal, DIOP (1995) a montré que les adolescentes qui arrivent en ville à la recherche de plus de pouvoirs économiques n'ont souvent pas d'autres choix que de compter sur l'aide d'un "ami" pour leur payer leurs études ou leur offrir des cadeaux, des habits, de l'argent ou du travail en échange de faveurs sexuelles. Les hommes trouvent que les jeunes femmes sont devenues plus matérialistes et

qu'elles sont plus préoccupées par les avantages financiers qu'elles peuvent tirer de leurs partenaires.

Le niveau de vie du ménage : Pour ce qui est de niveau de vie du ménage, il est souvent établi que les filles appartenant aux ménages pauvres sont plus exposées précocement aux grossesses et à l'entrée en vie féconde, faute d'un encadrement matériel et financier. Autrement dit, de la revue de la littérature, il ressort que les adolescentes issues des familles pauvres ont plus de chances de contracter une grossesse précoce que celles des familles aisées. Les jeunes filles sont souvent abandonnées à elles même pour la satisfaction de leurs besoins. Cette situation de précarité les contraint à se livrer très précocement et naïvement aux activités sexuelles qui peuvent entraîner une grossesse non planifiée.

Facteurs sociodémographiques :

Les facteurs sociodémographiques des grossesses et la fécondité des adolescentes comprennent les facteurs biologiques tels que l'âge à la puberté et les facteurs de comportements notamment l'âge aux premiers rapports sexuels, l'âge au premier mariage, l'âge à la première maternité et la pratique contraceptive.

L'âge à la puberté : La puberté est définie comme étant le stade du passage de l'enfance à l'adolescence marqué par des développements psychiques et physiques. Les modifications physiologiques qui surviennent à la puberté sont responsables de l'apparition des pulsions sexuelles. La satisfaction de ces pulsions est encore compliquée par de nombreux tabous sociaux et par le manque de connaissances sur la sexualité.

Le calendrier de mariage selon l'âge auquel les femmes ont eu leur puberté montre que, lorsque l'âge à la puberté est précoce, l'âge au mariage l'est également. Il apparaît également que l'intervalle entre la puberté et le mariage est très court. En effet, la relation qui a été établie entre l'âge à la puberté et l'âge au mariage montre que l'apparition des menstruations entraîne une reconnaissance de la fille par la société car celle-ci est considérée comme physiquement mûre pour la reproduction et donc pour le mariage.

Dans la société traditionnelle, la puberté de la jeune fille est un évènement important tant pour la jeune fille elle-même que pour son entourage. En effet, la survenance des premières menstruations est un indicateur de maturité sociale de la jeune fille et prédispose celle-ci à une

sortie prochaine du domicile paternel pour le mariage. En Mauritanie, les Arabes pratiquent le « gavage » afin de favoriser le mariage précoce. Cette pratique *consiste à forcer les jeunes filles à manger de grandes quantités de nourriture, particulièrement du lait et de la bouillie, afin qu'elles deviennent grosses, ce qui est dans une partie de la société Maure perçu comme un gage de beauté, d'aisance sociale et favorise le mariage* ».

L'âge aux premiers rapports sexuels : L'âge aux premiers rapports sexuels est un indicateur important du début et de la durée de la vulnérabilité au risque de grossesse désirée ou non. Il est un facteur d'exposition au risque de grossesse surtout dans les pays en développement. Le calendrier d'activité sexuelle est donc susceptible d'influencer sur celui de la maternité. Par ailleurs (de même), l'intervalle de temps entre le premier rapport sexuel et le premier mariage laisse un laps de temps durant lequel les adolescentes sont exposées aussi bien aux infections sexuellement transmissibles qu'aux grossesses non désirées.

L'âge au premier mariage : L'âge au premier mariage ou à la première union est un facteur intermédiaire des grossesses et la fécondité des adolescentes. En effet, dans la plupart des sociétés africaines dont la Mauritanie où le mariage est précoce, on enregistre un nombre important de naissances au sein de la population des adolescentes quand on sait que l'écart entre l'âge à la première union et l'âge à la première maternité est faible voire très négligeable. Kouton (1992) a abouti au résultat selon lequel l'âge à la première union est un déterminant de la fécondité précoce dans le contexte béninois en affirmant que « *Dans l'échantillon, les filles ayant acquis le statut d'épouse avant le 18^{ème} anniversaire ont 23 fois plus de risque de contracter une grossesse précoce que celles demeurées célibataires jusqu'au 18^{ème} anniversaire* ». En effet, le mariage ou l'entrée en union suivie de cohabitation des conjoints augmente les risques d'exposition de la jeune épouse à une grossesse.

Connaissance et utilisation de la contraception : La connaissance et l'utilisation de la contraception sont des facteurs importants de régulation de la fécondité en général, et celle des adolescentes en particulier. En effet, la fréquence des rapports est un facteur majeur de la probabilité de concevoir dans les sociétés où les méthodes contraceptives sont sous-utilisées.

2. Cadre conceptuel

Les hypothèses retenues dans la recherche des déterminants de la maternité précoce en Mauritanie sont les suivantes :

Hypothèses de la communication :

H1 : L'appartenance ethnique influence le comportement procréateur des adolescentes : *les adolescentes issues des ethnies matrilineaires seront plus susceptibles d'avoir une maternité précoce que celles des ethnies patrilineaires.*

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

H3 : Les adolescentes résident dans la zone du Fleuve, du Centre et du Sud-est courent plus de risque² de la maternité précoce que celles qui résident dans les autres zones. La population résident dans la capitale (Nouakchott) ainsi que les régions du Nord sont plus ouvert aux facteurs modernisme ;

H4 : Les adolescentes de niveau de vie faible sont plus exposées à la maternité précoce que leurs homologues de niveau de vie élevé. Car le niveau de vie du ménage de résidence détermine la fécondité de l'adolescente.

H5 : Le niveau d'instruction de l'adolescente influence indirectement sa fécondité à travers un recul de l'âge d'entrée en mariage et l'utilisation des méthodes contraceptives : plus l'adolescente a un niveau d'instruction élevé, plus le risque d'avoir une maternité précoce diminue.

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

H7 : L'utilisation d'une méthode contraceptive quelconque réduit le risque de maternité précoce. Donc les adolescentes qui n'utilisent aucune méthode sont plus disposées à la fécondité précoce que celles qui utilisent au moins une méthode.

² Le terme de « risque » est ici utilisé dans son acception statistique, correspondant à la propension.

Les principaux concepts :

-Variable dépendante : Maternité précoce

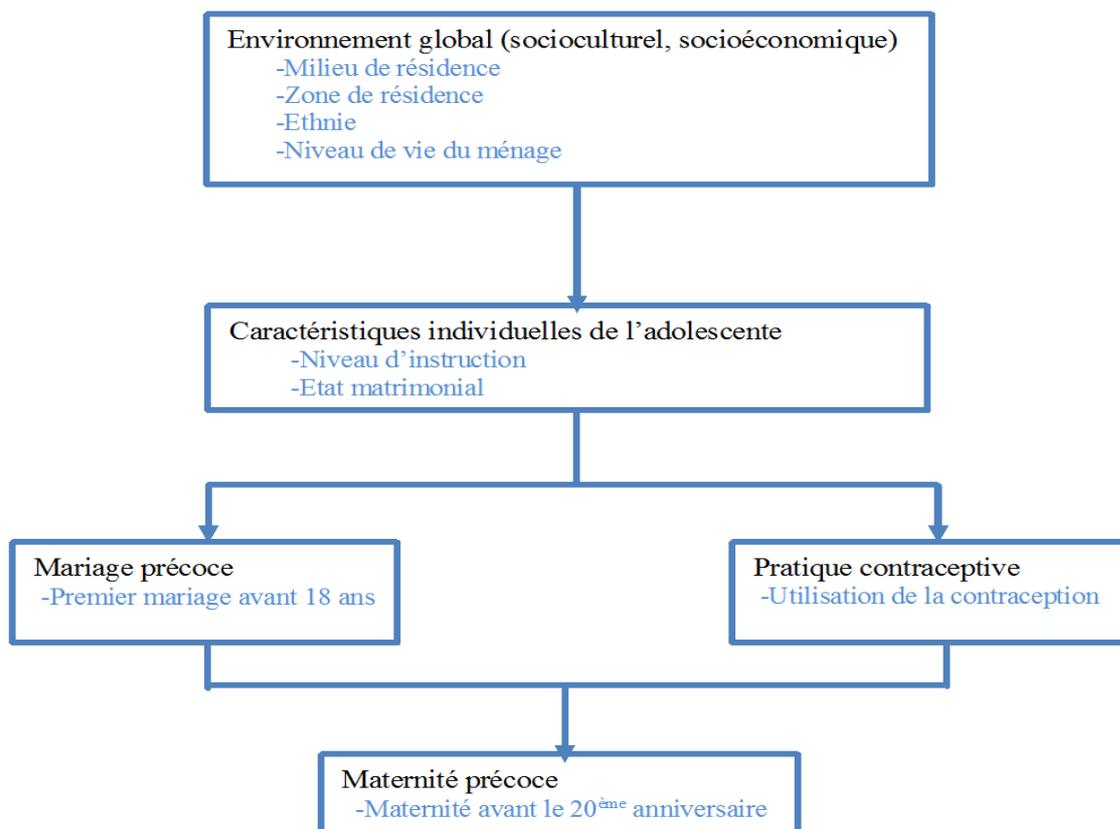
Nous allons approcher la grossesse et la fécondité des adolescentes à travers une variable construite à partir du nombre d'enfants nés vivants, de manière à renseigner uniquement sur le fait pour l'adolescente d'être déjà entrée en vie féconde. Ce sera une variable dichotomique obtenue après recodage. Elle sera appelée : « maternité précoce ».

-Variables indépendantes :

Les variables indépendantes utilisées dans cette communication sont :

Le milieu de résidence, la zone de résidence, l'ethnie, le niveau de vie du ménage, le niveau d'instruction, l'état matrimonial, l'utilisation de la contraception, l'âge à la première maternité et le mariage précoce.

Figure 1 : Schéma analytique de la maternité précoce au niveau individuel



III. ASPECTS METHODOLOGIQUES

La collecte de données est une étape importante dans la recherche en sciences sociales pour vérifier les hypothèses formulées. Cette étude va utiliser les données collectées à travers des enquêtes MICS disponibles en Mauritanie. Cette partie a pour but de présenter la source de données utilisée, l'échantillon de l'étude et des méthodes statistiques appropriées à l'étude.

3.1 Sources de données

Les enquêtes MICS permettent de collecter plusieurs informations sur le thème d'étude. La Mauritanie en a réalisé deux tout récemment (2007 et 2011). Ces enquêtes comportent généralement des informations sur la grossesse et la fécondité des adolescentes : le nombre des naissances vivantes, l'âge au premier mariage, état matrimonial, connaissance et utilisation de la contraception, sexe, âge, exposition aux médias et d'autres variables sur les caractéristiques individuelles et familiales des membres du ménage. Les enquêtes MICS réalisées en Mauritanie en 2007 et 2011 correspondent au mieux les besoins en information de cette étude.

Objectifs des enquêtes

Les enquêtes MICS ont plusieurs objectifs. Elles permettent entre autres d'estimer de nombreux indicateurs socio-économiques pour l'ensemble de la population, de déterminer les niveaux de la fécondité chez les adolescentes, de calculer certains indicateurs de bien-être des ménages, d'analyser et de diffuser des données relatives à la population et à la santé de la famille, d'évaluer l'impact des OMD et des politiques et programmes de développement notamment ceux liés aux femmes et aux enfants.

Ainsi, les MICS répondent à l'aspiration des programmes (santé, éducation, etc.) de la Politique Nationale de Population pour le développement économique, social et sanitaire du pays. Les indicateurs estimés aideront les planificateurs et responsables pour élaborer des plans et de stratégie de développement économique et social (MICS, 2007 et 2011).

Outils de collecte et informations recueillies

Les deux enquêtes MICS ont été réalisées par interview direct à l'aide de trois types de questionnaires afin d'atteindre les objectifs fixés. Il s'agit du questionnaire ménage, du questionnaire individuel femme et du questionnaire individuel enfant moins de cinq ans.

Toutefois, en plus de ces trois questionnaires, le questionnaire individuel homme a été administré lors de l'enquête MICS réalisée en 2007.

Le questionnaire ménage a permis, entre autres, de collecter les informations sur membres du ménage et sur les Caractéristiques du ménage etc. A travers le questionnaire ménage, on a identifié la population cible (femme de 15-19 ans) ou population des adolescentes.

Dans chaque ménage enquêté, un questionnaire femme âgée de 15-49 ans était administré à chaque femme éligible à l'enquête individuelle. C'est ce questionnaire qui a permis de collecter les données que nous utilisons ici. Il a permis aussi de collecter les informations sur les caractéristiques sociodémographiques, sur la mortalité des enfants, sur la santé maternelle et des nouveaux nés, les soins prénatals et post-natals, sur le mariage et la nuptialité, l'utilisation des méthodes de planning familial, notamment la contraception, leur comportement sexuel, le VIH/Sida. Il a permis aussi de recueillir des informations sur la polygamie et en fin sur les mutilations génitales féminines.

3.2 Echantillonnage

Du point de vue de la méthodologie d'échantillonnage, les deux enquêtes MICS ont le même plan de sondage. Il s'agit d'un échantillon aréolaire, stratifié et tiré à deux degrés. L'unité primaire de sondage est le District de Recensement (DR) tel que défini au Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2000. Au premier degré, les grappes sont tirées avec une probabilité proportionnelle à leur taille ; la taille étant le nombre de ménages dans le DR en 2000. Les grands DR sont divisés en segments dont un seul est retenu dans l'échantillon. L'enquête MICS met un accent particulier sur le choix et le nombre d'unités primaires de sondage (DR), car de leur nombre dépend la précision de l'enquête. Elle privilégie un nombre plus grand de DR avec des tailles plus petites. Le deuxième degré est le tirage des ménages dans chaque strate pour constituer une liste finale des ménages à enquêter.

Pour la MICS de 2007, parmi les 10937 ménages sélectionnés pour l'ensemble du pays, 10616 ont été identifiés sur le terrain et 10361 ménages ont pu être interviewés avec succès, soit un taux de réponse de 98 %. Dans les ménages interrogés, 13416 femmes (âgées de 15 à 49 ans) ont été identifiées. Sur ce nombre, 12549 ont été normalement interrogées, soit un taux de

participation des femmes de 94 %. Toutefois, il convient de signaler que, les taux de réponse en milieu urbain est légèrement supérieur à ceux du milieu rural.

Pour la MICS de 2011, un échantillon de 10320 ménages a été constitué pour l'enquête, dont 10255 ont été trouvés occupés. Parmi ceux-ci : 10116 ont été interviewés avec succès, soit un taux de réponse des ménages de 99 % ; 13657 femmes âgées de 15-49 ans ont été identifiées et 12754 interrogées avec succès, soit un taux de réponse pour les femmes de 93 %.

3.3. Population cible

Les deux enquêtes MICS ont collecté de données relatives aux différents types d'individus tels que les femmes de 15 à 49 ans, des hommes de 15 à 49 ans ainsi que tous les membres de ménages. Pour les femmes, on leur pose la question si « elles ont donné une naissance vivante ». D'autres informations relatives à leur grossesse ont été également renseignées mais, la population ciblée par l'étude est l'ensemble des adolescentes âgées de 15 à 19 ans. Le tableau 3.1 suivant illustre l'effectif de la population ciblée par les deux MICS.

Tableau 3.1 Répartition des adolescentes par âge selon la période de MICS

Ages	MICS 2007		MICS 2011	
	Effectif	%	Effectif	%
15 ans	544	20,2	600	22,4
16 ans	502	18,6	550	20,6
17 ans	664	24,6	470	17,6
18 ans	542	20,1	631	23,6
19 ans	444	16,5	424	15,9
Total	2696	100,0	2675	100,0

Source : exploitation des données des enquêtes MICS3 et MICS4

L'enquête MICS réalisée en 2007 a touché 13 802 femmes âgées de 15-49 ans. Elle comporte aussi 2 696 adolescentes âgées entre 15-19 ans, soit 19,5% de l'ensemble. Celle réalisée en 2011 concerne 13 889 femmes dont 2 675 adolescentes. Cette proportion est restée à peu près la même entre ces deux enquêtes.

3.4 Techniques d'analyse des données

Afin de tester nos hypothèses, nous allons recourir à deux méthodes d'analyse : l'analyse descriptive et l'analyse explicative. Dans l'analyse descriptive, il s'agira d'examiner d'une part la liaison entre la maternité précoce et les autres variables indépendantes par l'analyse bivariée et d'autre part les interrelations entre variables indépendantes, à l'aide de la méthode d'Analyse Factorielle des Correspondances Multiples (AFCM).

3.4.1. Analyses descriptives

Analyse bi-variée

La méthode d'analyse bivariée présente les niveaux différentiels de la maternité précoce chez les adolescentes selon les différentes variables explicatives. La production des tableaux croisés avec les statistiques du khi deux (Compte tenu de la nature qualitative des variables de notre étude) permet de dégager les associations au niveau brut entre la variable naissance vivante et les variables indépendantes. Il faut noter que pour cette communication, la probabilité du khi² sera considérée comme significative lorsqu'elle est inférieure à 5%.

Analyse Factorielle des Correspondances Multiples (AFCM)

La méthode descriptive est celle de l'Analyse Factorielle des Correspondances Multiples (AFCM). Elle est une technique d'analyse des interdépendances entre des variables qu'on veut analyser simultanément. Cette méthode n'impose aucune contrainte au niveau de la taille et du nombre des variables. Ses deux principaux avantages sont la réduction de l'information par la définition des dimensions principales ou axes principaux, et la possibilité de représentation graphique pour une visualisation des « points-caractères », ou « points-individus » et qui sont des représentations des groupes d'individus caractérisés par la variable. Deux points-individus sont d'autant plus proches que leurs profils sont semblables.

3.4.2. Analyse explicative

L'analyse explicative sera faite au moyen de la régression logistique binaire, grâce à laquelle il est possible d'estimer la survenance d'un événement en tenant compte des renseignements

auxiliaires, ce qui permet de déterminer les effets nets des facteurs qui expliquent la maternité précoce chez les adolescentes.

Le choix du modèle a été fait pour tenir compte de la nature des données à analyser, de leur structure et des objectifs de l'étude. La variable dépendante est dichotomique (le fait pour une adolescente d'avoir donné une naissance vivante ou non), tandis que les variables explicatives sont nominales. L'analyse de régression logistique permet de décrire les interdépendances entre les variables explicatives et la variable dépendante. Elle permet aussi d'évaluer les risques relatifs de la maternité des adolescentes.

IV. MATERNITE PRECOCE EN MAURITANIE

1. NIVEAUX ET TENDANCE DE LA MATERNITE PRECOCE EN MAURITANIE

Rappelons d'abord qu'il existe des naissances vivantes pour les filles âgées de moins de 15 ans en Mauritanie. Mais les enquêtes MICS n'enregistrent que les naissances des femmes âgées de 15-49 ans. C'est pourquoi, l'analyse de la maternité précoce se limite aux adolescentes âgées de 15 à 19 ans.

A. Evolution du pourcentage des adolescentes ayant eu au moins une naissance vivante

L'activité sexuelle et la maternité précoce comportent des risques importants pour les jeunes partout dans le monde. Le tableau 4.1 présente certains indicateurs de maternité précoce pour les femmes âgées de 15-19 ans en Mauritanie. L'examen du pourcentage des adolescentes ayant eu une naissance vivante, montre globalement que la proportion des adolescentes qui sont touchées par la maternité précoce est plus faible que celles qui ne sont pas touchées. Cependant, il ressort de ce tableau que 18 % des femmes âgées de 15-19 ans ont déjà eu un enfant en 2007 contre 17% en 2011, soit une baisse de 5,6%. Ces résultats montrent aussi que 90% des adolescentes ont eu leur premier enfant avant l'âge de 18 ans en 2007 et 79,2% en 2011, soit une baisse de 12%. En outre, 1,3% des adolescentes sont enceintes de leur premier enfant en 2007 contre 1,7% en 2011, soit une hausse de 30,8%.

Tableau 4.1 : Evolution du pourcentage des adolescentes selon les indicateurs de base

Evolution des indicateurs de base pour la grossesse et la maternité précoce	Année		Baisse (en%)
	2007	2011	
A déjà eu une naissance vivante			
-Oui	18,0	17,0	5,6
-Non	82,0	83,0	-1,2
-Total	100,0	100,0	-
L'âge au premier mariage			
-Précoce	90,0	79,2	12,0
-Non précoce	10,0	20,8	-108,0
-Total	100,0	100,0	-
Enceinte d'un premier enfant			
-Oui	1,3	1,7	-30,8
-Non	98,7	98,3	0,4
-Total	100,0	100,0	-

Sources : exploitation des enquêtes MICS 2007-2011

Le tableau montre que 90% des adolescentes se sont mariées avant d'atteindre l'âge de 18 ans en 2007 contre seulement 74,2 en 2011. Ainsi l'analyse de l'évolution temporelle du phénomène met en évidence une légère baisse de la proportion des adolescentes ayant eu au moins une naissance vivante entre 2007 et 2011 (soit une baisse de 5,6%). Or, la baisse de l'âge au premier mariage est beaucoup plus significatif (17,6%) ; ce qui semble indiquer une renonciation graduelle à la maternité précoce.

2. ANALYSE DIFFERENCIELLE DE LA MATERNITE PRECOCE

Au niveau bi-varié, le test du Khi-deux révèle que la plupart des variables explicatives retenues dans l'étude sont, au seuil de 5%, significativement associés à la maternité précoce pour les périodes 2007 et 2011.

A. Influence des facteurs de l'environnement

a. Milieu de résidence et la maternité précoce

Globalement, le tableau ci-dessous révèle que la maternité précoce est significativement associée au milieu de résidence. Quelle que soit la période considérée, les adolescentes résident en milieu rural sont plus concernées par la maternité précoce comparativement à leurs consœurs résident en milieu urbain. En effet, la proportion des adolescentes ayant eu au moins un enfant avant leur 20^{ième} anniversaire 11,3% en 2007 contre 12% en 2011 en milieu rural. En 2011, ces proportions s'élevaient, respectivement à 6,7% et 5% en milieu urbain montrant ainsi une légère diminution de la maternité précoce dans ce milieu. Durant cette période, la proportion des adolescentes ayant eu au moins un enfant né vivant a connu une baisse relativement faible (25,37%) en milieu rural et une faible hausse (6%) en milieu urbain.

b. Zone de résidence et maternité précoce

La variation différentielle selon la zone de résidence est statistiquement significative avec la maternité précoce. Les Wilayas du Nord se signalent déjà comme étant les moins touchées par la maternité précoce et les wilayas les plus touchées sont celles du Sud-est.

En 2007, la proportion des adolescentes ayant eu au moins une naissance vivante est plus élevée dans la zone fleuve où elle enregistre 7,2%. Par contre, en 2011, la proportion la plus élevée des adolescentes déjà mère est enregistrée dans la zone du Sud-est (10,2%).

c. Ethnie et maternité précoce

La maternité précoce varie significativement (au seuil de 5% en 2007 et au seuil de 10% en 2011) suivant l'ethnie de l'adolescente. En effet, en 2007, l'appartenance aux ethnies Arabe (15,4%), Peulh (2,2%), Soninké (0,3%) et Wolof (0,1%) sont associées à la maternité précoce. En 2011, cette tendance reste la même pour ces trois ethnies (Tendance à la hausse). Cependant, chez les Arabe, la proportion des adolescentes ayant eu une maternité précoce a baissé de 15% entre les deux périodes.

d. Niveau de vie et maternité précoce

La maternité précoce chez les adolescentes semble dépendre du niveau de vie des ménages en 2007. Par contre, en 2011, le niveau de vie du ménage n'est pas associé avec la maternité précoce. Cependant, la proportion des adolescentes qui avaient déjà eu un enfant né vivant en

2007 est plus élevée (8,9%) chez les adolescentes appartenant aux ménages de niveau de vie faible comparativement aux ménages dont de niveau de vie moyen (4,0%) ou riche (5,2%). Il faut noter par ailleurs une baisse importante de la proportion des adolescentes ayant eu au moins un enfant né vivant chez les pauvres entre 2007 et 2011.

Tableau 4.2 : Evolution du pourcentage des adolescentes ayant au moins un enfant né vivant selon l'environnement global durant les périodes 2005 et 2010

Environnement global	A déjà eu un enfant né vivant (en %)		Baisse en (%)
	2007	2011	
Milieu de résidence			
-Urbain	14,8	12,4	16,22
-Rural	20,7	20,0	3,38
-Khi-deux de Pearson	16,35***	26,4***	-
-V de cramer	0,078***	0,1***	-
Wilaya de résidence			
-Sud-est	20,3	23,5	-15,76
-Fleuve	21,8	17,3	20,64
-Centre	15,5	18,5	-19,35
-Nord	17,1	13,1	23,39
-Nouakchott	13,3	11,3	15,04
-Khi-deux de Pearson	20,72***	27,17***	-
-V de cramer	0,09***	0,10***	-
Ethnie			
-Arabe	19,2	14,7	23,44
-Poular	15,2	16,4	-7,89
-Soninké	7,9	20,3	-156,96
-Wolof	5,6	34,1	-508,93
-Khi-deux de Pearson	18,10**	8,86*	-
-V de cramer	0,078**	0,07*	-
Niveau de vie du ménage			
-Pauvre	23,5	12,8	45,53
-Moyen	19,2	17,1	10,94
-Riche	12,5	17,1	-36,80
-Khi-deux de Pearson	44,4***	8,46 ^{ns}	-
-V de cramer	0,13***	0,06 ^{ns}	-

Source : exploitation des données des MICS de 2007 et de 2011.

*** : significatif au seuil de 1%.

ns : non significatif au seuil de 10%.

B. Caractéristiques individuelles de l'adolescente et maternité précoce

a. Niveau d'instruction et maternité précoce

L'instruction est un facteur important de changement social. En ce sens, elle apparaît comme une variable pouvant influencer la maternité précoce. Les résultats de l'analyse montrent que

quelle que soit la période considérée, le niveau d’instruction de l’adolescente est associé significativement à la maternité précoce. Contre toute attente, la proportion des adolescentes ayant eu une naissance vivante est plus élevée chez celles qui ont le niveau primaire pour les deux périodes (9,2% pour MICS 2007 et MICS 2011) comparativement à celles n’ayant aucun niveau. Le niveau primaire et le niveau Mahadra/Coranique affichent des proportions similaires pour les deux périodes.

b. Etat matrimonial et maternité précoce

Le mariage des enfants a été identifié par le forum africain contre l’exploitation sexuelle des enfants comme un type d’exploitation sexuelle commerciale des enfants.

L’examen du tableau 4.3, montre que près d’un quart des adolescentes mariées sont déjà entrées en vie féconde quelle que soit la période considérée. La proportion des adolescentes veuves déjà entrées en vie féconde est la plus réduite et est quasiment nulle pour les deux périodes. En ce qui concerne les adolescentes célibataires et les divorcées, les proportions des celles ayant eu une naissance vivante reste aussi très faibles quelle que soit la période considérée.

Tableau 4.3 : Evolution du pourcentage des adolescentes ayant au moins un enfant né vivant selon leurs caractéristiques individuelles durant les périodes 2007 et 2011

Caractéristiques individuelles de l’adolescente	A déjà eu un enfant né vivant (en %)		Baisse en (%)
	2007	2011	
Niveau d’instruction			
-Aucun niveau	30,3	27,8	8,25
-Primaire	17,7	17,9	-1,13
-Secondaire et plus	8,0	9,3	-16,25
-Coranique/Mahadra	30,8	24,2	21,43
-Khi-deux de Pearson	110,8 ***	64,57***	-
-V de cramer	0,20***	0,15***	-
Etat matrimonial			
-Célibataire	1,9	0,0	100,0
-Mariée	57,9	56,1	3,11
-Veuve	33,3	(0,0)	100,0
-Divorcée	57,3	62,9	-9,77
-Khi-deux de Pearson	1172,07***	1291,43***	-
-V de cramer	0,67***	0,70***	-

() Effectif théorique inférieur à 25

Source : exploitation des données des MICS de 2007 et de 2011.

*** : significatif au seuil de 1%.

ns : non significatif au seuil de 10%.

C. Variables intermédiaires et maternité précoce

a. Age au premier mariage et maternité précoce

Des différences significatives apparaissent entre les proportions d'adolescentes ayant eu au moins une naissance vivante et l'âge au premier mariage. Sur l'ensemble des adolescentes au moment de l'enquête, c'est parmi celles qui sont mariées précocement qu'on retrouve (55% en 2007 et 48,8% en 2011) les plus grandes proportions des adolescentes ayant eu au moins un enfant né vivant. La proportion des adolescentes ayant au moins un enfant né vivant est relativement faible chez celle ayant acquis le statut d'épouse après leurs 18^{ième} anniversaire (2,6% en 2007 contre 8,7 en 2011).

b. Utilisation de la contraception et maternité précoce

En rapport avec la maternité précoce, les différences observées entre les proportions d'adolescentes utilisant ou non des méthodes contraceptives (modernes ou traditionnelles) sont statistiquement significatives. C'est dire que l'utilisation des méthodes contraceptives influence la maternité de l'adolescente. En effet, la proportion des adolescentes ayant eu au moins un enfant né vivant non-utilisatrice de la contraception est de 52,7% en 2007 contre seulement 14,9% en 2011, soit une baisse de 72%. Par contre, les utilisatrices de la contraception moderne ayant eu au moins un enfant né vivant représentent 4,8% en 2007 contre 1,7% en 2011. En ce qui concerne les adolescentes utilisatrices des méthodes contraceptives traditionnelles, elles sont moins nombreuses à avoir un enfant né vivant avant leur 20^{ième} anniversaire.

Autrement dit, les adolescentes qui utilisent une méthode de contraception et ayant eu un enfant né vivant sont plus nombreuses que les non-utilisatrices de la contraception ayant un enfant. Une femme qui utilise la contraception plus susceptible à ne pas du tout avoir d'enfant ou limiter le nombre d'enfant. Il peut arriver qu'une femme veuille planifier ses naissances. Avoir d'abord avoir son premier enfant puis utiliser la contraception par la suite.

Tableau 4.4 : Evolution du pourcentage des adolescentes ayant au moins un enfant né vivant selon les variables intermédiaires durant les périodes 2007 et 2011

Variables intermédiaires	A déjà eu un enfant né vivant (en %)		Baisse en (%)
	2007	2011	
Age au premier mariage			
-Précoce	61,1	61,1	0,0
-Non précoce	25,7	41,8	-62,65

-Khi-deux de Pearson	34,23***	19,87***	-
-V de cramer	0,21***	0,16***	-
Utilisation de la contraception			
-Aucune	55,9	15,2	72,81
-Moderne	91,4	93,8	-2,63
-Traditionnelle	100,0	91,7	8,30
-Khi-deux de Pearson	19,36***	254,01***	-
-V de cramer	0,17***	0,31***	-

Source : exploitation des données des MICS de 2007 et de 2011.

*** : significatif au seuil de 1%.

ns : non significatif au seuil de 10%.

Classification des facteurs associés à la non-utilisation de la contraception moderne

Au niveau bivarié, l'on peut classifier les facteurs associés à la maternité précoce en examinant la statistique "V de Cramer" associée et son seuil de significativité. Seules les variables associées à la maternité précoce au seuil de 1% sont retenues. En effet, les relations d'interdépendance entre les variables de l'environnement global, des caractéristiques individuelles de l'adolescente, des variables socioculturelles et intermédiaires et la maternité précoce, même si elle existe, demeure faible. Ainsi, les facteurs associés à la maternité précoce se présentent dans les tableaux 4.6, comme suit :

Tableau 4. 5 : Classification des facteurs associés à la maternité précoce en 2007

N° d'ordre	Variable	V de cramer
1	Etat matrimonial	0,67***
2	Age au premier mariage	0,21***
3	Niveau d'instruction	0,20***
4	Utilisation de la contraception	0,17***
5	Niveau de vie du ménage	0,13***
6	Wilaya de résidence	0,09***
7	Milieu de résidence	0,08***

(***) $prob \leq 0,01$.

Source : Traitement des données, MICS 2007.

Plus que tout autre facteur, l'état matrimonial de l'adolescente est fortement associé au seuil de 1% à la maternité précoce (V de Cramer = 0,67) en 2007. On pourrait penser à ce niveau qu'il est un important facteur de différenciation de la maternité précoce en Mauritanie. Ce facteur est suivi respectivement par l'âge au premier mariage et le niveau d'instruction (V de cramer=0,21 et 0,20).

Tableau 4. 1 : Classification des facteurs associés à la maternité précoce en 2011

N° d'ordre	Variable	V de cramer
1	Etat matrimonial	0,70***
2	Utilisation de la contraception	0,31***
3	Age au premier mariage	0,16***
4	Niveau d'instruction	0,15***
5	Milieu de résidence	0,10***
6	Wilaya de résidence	0,08***

(***) $prob \leq 0,01$

Source : Traitement des données, MICS 2011.

Comme en 2007, l'état matrimonial de l'adolescente reste le premier facteur de la maternité précoce en 2011 (V de Cramer =0,70) ; mais il est suivi ici de l'utilisation de la contraception et l'âge au premier mariage (V de Cramer =0,31 et 0,16).

Par ailleurs, il faut signaler que l'appartenance ethnique de l'adolescente n'est pas associée à la maternité précoce quelle que soit la période considérée. De même, le niveau de vie du ménage n'est pas associé à la maternité précoce en 2011.

3. PROFIL DES ADOLESCENTES AYANT EU UNE NAISSANCE VIVANTE

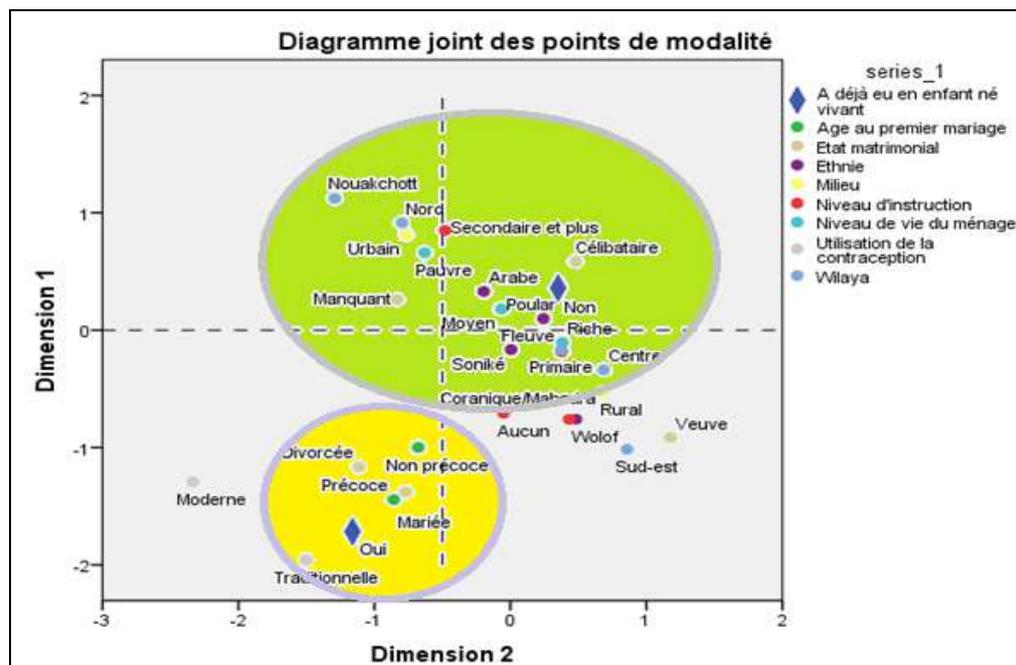
Après la caractérisation des principaux axes factoriels pour chacune des périodes des enquêtes, nous utiliserons le plan factoriel pour affiner notre typologie afin de dégager les profils des adolescentes ayant une maternité précoce.

Profil des adolescentes ayant eu une naissance vivante en 2007

Les variables ont dégagé deux facteurs qui expliquent 34,3% (inertie) de l'information. La fiabilité d'Alpha de Cronbach est 81,3% pour le premier facteur et de 58,0% pour le second facteur. La fiabilité du premier facteur est excellente, puisqu'elle dépasse le seuil minimum requis de 0,70 (Nunnaly, 1978). Cette balise est arbitraire, mais largement acceptée par la communauté scientifique.

Figure 2 profile des adolescentes ayant eu une naissance vivante en 2007

Figure 3 profile des adolescentes ayant eu une naissance vivante en 2011



Le plan factoriel formé par les deux axes explique 33,1% du total de l'information contenu dans le nuage de points. Nous pouvons identifier la formation de deux groupes distincts (nuages factoriels), qui dans leur intérieur, sont plus homogènes.

GROUPE I

Ce groupe concerne les adolescentes ayant eu au moins un enfant né vivant. Elles sont mariées précocement ou pas et utilisent la contraception traditionnelle.

GROUPE II

Il s'agit des adolescentes n'ayant pas eu d'enfants nés vivant, qui résident en milieu urbain dans les zones du Fleuve, de Nouakchott, du Nord et du Centre du pays. Elles sont d'ethnie Arabe, Poular et Soninké ; de niveau primaire et plus. Ces adolescentes sont célibataires de toutes les catégories de niveau de vie.

V. A LA RECHERCHE DES DETERMINANTS DE LA MATERNITE PRECOCE EN MAURITANIE

Ce chapitre tente de déterminer les facteurs explicatifs de la maternité précoce en Mauritanie après contrôle des effets des autres variables. Nous allons ensuite procéder à une hiérarchisation des facteurs à partir de leur contribution.

Le chapitre est articulé en trois sections. La première section permet de spécifier les modèles d'analyse tout en vérifiant l'adéquation des modèles. La deuxième section met en exergue les facteurs influençant la maternité précoce ainsi que leurs mécanismes d'action. Il est également question dans cette deuxième section de confronter les résultats issus des modèles d'analyse des données observées (MICS-2007 et MICS 2011) aux hypothèses émises dans le chapitre 2. La troisième et dernière section est une vue d'ensemble permettant de discuter les résultats obtenus.

Contribution des modèles :

Nous nous intéresserons aux facteurs explicatifs de la maternité précoce. Les effets nets des variables indépendantes sur la maternité précoce en Mauritanie sont présentés dans les tableaux des risques relatifs. Les variables ayant des modalités à effet net significatif dans le modèle sont les déterminants de la maternité précoce des adolescentes en Mauritanie. En effet, en incluant toutes les variables dans le modèle, on constate qu'il explique respectivement en 2007 et en 2011 près de 20% et 13 % des variations de la variable dépendante.

Le milieu de résidence :

Quelle que soit l'année de l'enquête, le milieu de résidence apparaît comme un déterminant important de la maternité précoce chez les adolescentes en Mauritanie. Comme on s'y attendait, les adolescentes résident en milieu rural courent plus de risque de la maternité précoce comparativement à leurs consœurs qui résident en milieu urbain. Toutes choses égales par ailleurs, les rapports de cotes montrent que les adolescentes du milieu rural ont plus de risque d'avoir un enfant précocement que celles résidents en milieu urbain (2,45 fois plus de risque en 2007 et 2,82 fois en 2011). Ceci n'est pas un hasard car le milieu rural traduit le contexte traditionnel de la société mauritanienne.

Région de résidence :

Toutes choses étant égales par ailleurs, la wilaya de résidence de l'adolescente n'est pas un déterminant de la maternité précoce. On observe qu'il n'existe pas des différences très

significatives entre les adolescentes résidant dans la zone de Nouakchott et celles qui vivent dans les autres zones quelles que soit l'année de l'enquête.

Ethnie :

La variable ethnie n'a pas été considérée en 2011, car elle n'est associée à la maternité précoce. Le tableau montre qu'en 2007, il existe des différences significatives (au seuil de 5%) entre les adolescentes de l'ethnie Wolof et les ethnies Peul et Soninké. En effet, toutes choses étant égales par ailleurs, ces adolescentes ont un risque plus élevé d'avoir un enfant précocement que celles appartenant de l'ethnie Wolof.

Niveau de vie du ménage :

Comme l'ethnie, le niveau de vie du ménage n'a pas été introduit dans le modèle (variable statistiquement non significative au seuil de 5% avec la maternité précoce).

Les adolescentes vivant dans les ménages pauvres ont 1,45 fois plus de risque d'avoir un enfant précocement que celles vivant dans les ménages de niveau de vie moyen. Par contre, les adolescentes vivant dans les ménages riches sont moins exposées à la maternité précoce par rapport.

Niveau d'instruction :

L'instruction semble être positivement corrélée à la maternité précoce. Les jeunes filles sans niveau d'instruction ou ayant le niveau coranique/Mahadra sont, en effet, respectivement 2,5 fois (en 2007) et 1,52 fois plus susceptibles de connaître une maternité précoce à l'adolescence que leurs homologues possédant le niveau secondaire ou plus. En 2011, ce risque s'élève à 2,8 fois pour les adolescentes n'ayant aucun niveau d'instruction et de 1,88 fois pour celles qui justifient le niveau Coranique/Mahadra. En outre, quelle que soit l'année de l'enquête, les adolescentes ayant le niveau primaire ont le même risque que celles ayant le niveau secondaire et plus en matière de la maternité précoce.

Etat matrimonial :

La variable état matrimonial n'est pas significatif au seuil de 10%. Les effectifs des adolescentes veuves, divorcées sont très faibles. Il faut noter par ailleurs que, les adolescentes célibataires ont moins de risque d'avoir une maternité précoce que celles qui sont mariées.

Age au premier mariage :

L'âge au premier mariage est également associé significativement à la maternité précoce. Conformément à nos attentes, le fait de se marier précocement accroît considérablement le risque à une maternité précoce. En effet, la probabilité pour une adolescente qui s'est mariée précocement d'avoir un enfant né vivant est plus de deux fois plus élevée à celles qui ne sont pas mariées précocement.

Tableau 5.1 Résultats de la régression logistique des déterminants de la maternité précoce en 2007 et en 2011

Variables de base	Année 2007		Année 2011	
	Rapport de chance	Seuil de signification	Rapport de chance	Seuil de signification
Milieu de résidence				
-Urbain	Ref	***	Ref	***
-Rural	2,452	***	2,825	***
Wilaya de résidence				
-Sud-est	1,757	*	1,659	*
-Fleuve	0,559	ns	0,912	ns
-Centre	1,402	ns	1,651	*
-Nord	0,887	ns	0,569	ns
-Nouakchott	Ref	*	Ref	*
Ethnie				
-Arabe	1,096	ns	-	-
-Pouilar	2,921	**	-	-
-Soninké	2,729	**	-	-
-Wolof	Ref	**	-	-
Niveau de vie du ménage				
-Pauvre	1,449	**	-	-
-Moyen	Ref	***	-	-
-Riche	0,612	**	-	-
Niveau d'instruction				
-Aucun niveau	2,507	***	2,853	***
-Primaire	0,854	**	0,476	**
-Secondaire et plus	Ref	***	Ref	***
-Coranique/Mahadra	1,527	***	1,887	***
Etat matrimonial				
-Célibataire	-	-	0,219	ns
-Mariée	-	-	Ref	Ref
-Veuve	-	-	(0,000)	ns
-Divorcée	-	-	(0,000)	ns
Age au premier mariage				
-Précoce	2,193	***	2,445	***
-Non précoce	Ref	**	Ref	***
Utilisation de la contraception				
-Aucune	Ref	***	Ref	Ref
-Moderne	1,213	***	0,963	***
-Traditionnelle	0,000	ns	0,694	***

Source : exploitation des enquêtes MICS 2007 et 2011

() Faible effectif des adolescentes célibataires et les divorcées

Utilisation de la contraception :

Quant à l'influence de l'utilisation de la contraception, on note une association significative au seuil de 1% en 2007 et en 2011. Cette influence est entièrement positive en 2007 et négative en 2011. Lorsque l'adolescente utilise une méthode de contraception moderne, elle a 1,2 fois plus de risque d'une maternité précoce que celle n'ayant pas utilisé une méthode de contraception.

CONCLUSION

Cette communication s'est donné pour objectif de mettre à la disposition des décideurs les informations nécessaires à une orientation efficace *des programmes d'amélioration de la santé de la reproduction des adolescentes en Mauritanie*. Plus spécifiquement, elle cherchait à :

- étudier les variations différentielles de la maternité précoce au cours des périodes 2007 et 2011 ;
- mettre en évidence l'évolution des inégalités en matière de la maternité précoce des adolescentes au cours de la période 2007-2011 ;
- dresser le profil sociodémographique des adolescentes déjà mères ;
- identifier les facteurs qui expliquent la maternité précoce chez les adolescentes pour les périodes 2007 et 2011.

Elle partait du constat qu'en Mauritanie, 9% des adolescentes étaient enceinte au moment du RGPH 2013. Le taux de fécondité reste encore élevé dans le pays malgré une légère baisse enregistré entre 2001 et 2013.

Nous nous sommes donc servis d'une démarche intégrant les facteurs environnementaux, les facteurs familiaux, les caractéristiques individuelles des adolescentes et les facteurs comportementaux afin de déceler les principaux facteurs explicatifs de la maternité précoce des adolescentes. Ceci en se basant sur une littérature exposant les différentes approches explicatives ayant énoncé de diverses manières l'influence qu'exercerait différents éléments sur le phénomène.

En définitive, cette étude démontre qu'en Mauritanie, la maternité précoce chez les adolescentes s'expliquerait à la fois par les facteurs socioculturels, socioéconomiques, familiaux et comportementaux. Les caractéristiques individuelles de l'adolescente constituent, en quelque sorte, des canaux permettant de percevoir son comportement à l'égard de la procréation. En effet, le niveau d'instruction de l'adolescente, l'âge au premier mariage et l'utilisation de la contraception sont des facteurs explicatifs de la maternité précoce chez les adolescentes en Mauritanie.