

ENFANTS D'AUJOURD'HUI DIVERSITÉ DES CONTEXTES PLURALITÉ DES PARCOURS

*Colloque international de Dakar
(Sénégal, 10-13 décembre 2002)*



Numéro 11

**ASSOCIATION INTERNATIONALE DES DÉMOGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE
AIDELF**

La santé des enfants de mères adolescentes en milieu urbain dans trois pays en Afrique de l'Ouest et du centre

A. M. Rachelle DJANGONE *, Agbessi AMOUZOU **, Sethson KASSENE ***,
O. Basile TAMBASHE ****

* SFPS/Tulane University, Abidjan, Côte d'Ivoire

** Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health

*** PSI/TOGO, Lomé, Togo

**** SFPS, Tulane University, New Orleans, USA

Introduction

L'Afrique au Sud du Sahara est l'une des parties du monde où les niveaux de morbidité et de mortalité infanto-juvénile restent les plus élevés. Ces niveaux sont encore plus élevés chez les enfants nés de mères adolescentes. Dans le but de réduire cette mortalité et morbidité infanto-juvénile, l'intérêt s'est porté sur la prévention de la fécondité précoce à travers des programmes de sensibilisation et d'éducation organisés à l'intention des jeunes adolescents.

Les résultats encourageants produits par ces programmes ne sont cependant pas encore suffisants pour modifier le niveau de priorité accordé à la fécondité des adolescentes en Afrique sub-Saharienne. La fécondité précoce et non désirée demeure non négligeable dans les pays de cette sous-région. Au Togo, par exemple, l'enquête démographique et de santé (EDS) réalisée en 1998 a montré que près d'un cinquième des filles de 15-19 ans sont mères ou déjà enceintes d'un premier enfant. Les adolescentes participent ainsi pour près de 8% à la fécondité totale en 1998 dans ce pays (EDST, 1998). Cette contribution est nettement plus élevée au Burkina Faso (14%) (EDSBF, 1998-99), au Cameroun (11%) (EDSC, 1998), et proche de celle observée en Côte d'Ivoire (9%) (EDSCI, 1998-99). Ces niveaux relativement élevés de la fécondité des adolescentes sont le fruit en partie d'une activité sexuelle précoce et non protégée, et de l'entrée précoce en union.

Il devient donc impératif que les programmes ne s'intéressent plus seulement à la prévention des risques de grossesses précoces et non désirées mais aussi à l'éducation des mères adolescentes en matière de prise en charge de leurs enfants. Afin de mieux orienter ces programmes, il est utile d'examiner dans quelle mesure la santé des enfants nés de mères adolescentes diffère de celle des enfants de mères jeunes ou de mères adultes. C'est l'objectif que se fixe cet article qui examine la prévalence de la diarrhée et des infections respiratoires, ainsi que le recours thérapeutique et l'état nutritionnel des enfants nés de mères de moins de 20 ans, 20-24 ans et 25-49 ans au Togo, au Burkina Faso et au Cameroun.

Cet article est structuré en trois points. Le premier présente le contexte et la méthodologie de l'étude. Le second qui présente les résultats de l'étude comprend deux sections : la première examine la prévalence de la diarrhée et des infections respiratoires parmi les enfants et le recours thérapeutique des mères en cas de diarrhée, tandis que la seconde analyse le retard de croissance et l'insuffisance pondérale des enfants nés de mères appartenant aux trois groupes sous examen. La discussion des résultats et les recommandations qui s'en dégagent font l'objet du troisième point de l'étude.

1. Fécondité précoce et santé des enfants

L'adolescence est la période transitoire entre l'enfance et l'âge adulte. Elle est marquée par l'apprentissage de la vie en général et de la vie reproductive en particulier. C'est ainsi que la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) du Caire (Égypte) a

consacré une attention particulière à la santé reproductive des adolescents et jeunes adultes, considérée désormais comme une composante essentielle de la santé de la reproduction en général. La santé reproductive des adolescents revêt deux aspects principaux. Un aspect de prévention qui concerne toutes les interventions visant à permettre aux jeunes de préserver leur santé sexuelle et reproductive, et un aspect de prise en charge des conséquences (par exemple la maternité précoce) des comportements à risque des adolescents et jeunes adultes.

La fécondité précoce a souvent un effet négatif sur la santé des mères et des enfants et le risque de morbidité et de mortalité est nettement plus élevé chez les enfants nés de mères adolescentes ou jeunes adultes. D'après les dernières enquêtes démographiques et de santé réalisées dans la plupart des pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre, les risques de mortalité infantile ou infanto-juvénile les plus élevés sont observés chez les enfants nés de mères âgées de moins de 20 ans (EDSC, 1998 ; EDSCI, 1998-99 et EDSBF, 1998-99). Ces jeunes mères, qui contribuent pour une part relativement importante (estimée au moins à 10%) à la fécondité totale dans ces pays, ne maîtrisent pas suffisamment les différentes recommandations en matière de vaccination, de médication et de nutrition ni pour elles-mêmes ni pour les enfants. Par ailleurs, puisque leurs connaissances en matière d'hygiène laissent à désirer, la vulnérabilité de leurs enfants vis-à-vis des maladies infectieuses ou parasitaires, notamment les diarrhées et les maladies respiratoires, tend à augmenter.

Aussi bien pour l'adulte que pour l'enfant, la diarrhée est souvent liée à la mauvaise qualité de l'alimentation, à une mauvaise hygiène alimentaire et en particulier à la consommation d'une eau de mauvaise qualité (Prost, 1996 ; OMS, 1997 ; OMS, 1999). De même, certaines études comme celles menées par Kassegne (1999) au Togo, ont montré que les infections respiratoires étaient liées à la mauvaise qualité du milieu de vie et constituaient avec la diarrhée les premières causes de décès dans l'enfance. Selon le Programme pour le Développement de la petite enfance au Sénégal (2002), ces deux affections aggravées par une forte malnutrition, sont identifiées comme étant les principales causes de morbidité. La diarrhée, en particulier, constitue un facteur favorisant de la malnutrition avec laquelle elle entretient un cercle vicieux, offrant un terrain propice à la survenue des maladies infectieuses ou parasitaires. Un enfant malnutri est en situation de faiblesse physique, son système immunitaire est davantage fragilisé et donc vulnérable aux maladies. La malnutrition est de manière générale associée à 60% des décès survenant dans l'enfance (Masuy-Stroobant, 1997). L'état nutritionnel, tout comme la prévalence des diarrhées, donne une idée des pratiques alimentaires, mais il est également lié à la situation économique des parents (Ntsame Ondo, 1999).

Or, les filles adolescentes qui sont déjà mères sont plus susceptibles de se retrouver parmi les plus pauvres, maîtrisant mal ou peu les comportements en matière d'alimentation des enfants. Les enfants issus de ces mères sont donc exposés à des risques élevés de maladies et de décès. Mais, dans les pays pauvres, la santé des enfants issus de mères adolescentes est-elle plus précaire que celle des enfants issus des mères plus âgées ? C'est à cette question que cette étude va tenter de répondre.

1.1 Source des données

Les enquêtes démographiques et de santé du Togo (EDST, 1998), du Cameroun (EDSC, 1998) et du Burkina Faso (EDSBF, 1998-1999) servent de source de données pour cette étude. Ces enquêtes, représentatives au niveau national, ont été réalisées sur des échantillons de femmes âgées de 15-49 ans, soit 8 569 au Togo, 6 445 au Burkina Faso et 5 501 au Cameroun. Outre les données de caractère démographique, elles ont recueilli des informations sur la santé de la mère et de l'enfant. C'est ce dernier aspect qui constitue le centre d'intérêt pour la présente étude, qui porte en particulier sur les enfants nés au cours des trois dernières années ayant précédé l'enquête dans chaque pays.

1.2 Méthode d'analyse

Cette étude cible particulièrement les mères adolescentes. Mais pour atteindre nos objectifs de comparaison et d'identification des groupes d'âges à risques, nous travaillerons sur les adolescentes, les jeunes et les adultes.

L'adolescence marque la période de la vie d'un individu qui sépare son enfance de son âge adulte. Presque toutes les études quantitatives ramènent l'adolescence à une certaine tranche d'âge identifiée comme celle durant laquelle la plupart des individus connaissent leur développement sexuel et leur maturation physiologique. L'adolescent est alors l'individu dont l'âge est compris par exemple entre 10-19 ans, 15-19 ans ou 15-24 ans (Kouton, 1992 ; Population Report, n. 41, 1997 ; Evina et Alam-Beleck, 1998).

Dans le cadre de cette étude, une distinction est faite entre les adolescentes (15-19 ans), les jeunes (20-24 ans) et les adultes (25 ans ou plus). Certaines caractéristiques socio-démographiques telles que l'instruction et l'état matrimonial pourraient influencer sur les résultats de l'étude. Une analyse faite de ces variables indique que l'entrée en union est positivement corrélée avec l'âge, quel que soit le pays considéré. Autrement dit, les femmes les plus âgées sont plus nombreuses à vivre en union que les plus jeunes. Par ailleurs, bien qu'il n'apparaisse pas de différence significative entre le niveau d'instruction et l'âge de la mère (15-19 ans, 20-24 ans, 25 ans ou plus), les résultats montrent qu'au niveau des 15-19 ans, les filles-mères sont moins instruites que celles du même âge qui n'ont pas encore d'enfant.

Les analyses sont essentiellement descriptives et la signification des différences observées est testée par le Test chi-carré et le Test de Fisher pour les petits effectifs.

2. Présentation des résultats

Les résultats des analyses sont articulés en deux points. Le premier examine la prévalence des infections respiratoires aiguës (IRA) et de la diarrhée chez les enfants nés des femmes des 3 groupes d'âges considérés à savoir les adolescentes (15-19 ans), les jeunes adultes (20-24 ans) et les adultes (25-49 ans). Il examine également le recours thérapeutique des femmes en cas de diarrhée chez les enfants et leurs connaissances en matière de Sels de Réhydratation Orale (SRO). Le deuxième point analyse l'état nutritionnel de ces enfants.

2.1 Les infections respiratoires aiguës (IRA)

Les infections respiratoires aiguës se manifestent généralement par une toux avec respiration courte et rapide. Ces signes permettent de saisir l'existence de cette maladie dans les EDS. L'analyse des résultats indique que 12% des enfants de moins de 3 ans au Burkina Faso contre environ 20% au Togo et 19% au Cameroun ont déjà contracté un épisode d'IRA au moment des différentes enquêtes. Il n'apparaît pas de différence significative entre les enfants suivant l'âge de la mère, mais les IRA sont souvent dues à un environnement pollué par la poussière, la fumée de cigarettes et d'automobiles. Ce résultat peut être le fait d'une non corrélation entre l'âge des femmes et le milieu dans lequel elles vivent. Les femmes, quel que soit leur âge, vivent dans le même type d'environnement et donc soumettent leurs enfants aux mêmes risques d'IRA.

TABLEAU 1 : PRÉVALENCE DES INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGÜES (IRA) CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 3 ANS SELON LE PAYS ET L'ÂGE DE LA MÈRE

Âge de la femme	Burkina Faso		Cameroun		Togo	
	A eu une IRA	N	A eu une IRA	N	A eu une IRA	N
15-19	12,5	32	20,0	70	21,3	61
20-24	10,9	110	21,6	172	18,0	183
25 -49	12,7	205	19,6	379	18,9	620
Ensemble	12,1	347	20,2	622	18,9	864

Chi-deux non significatif quel que soit le pays
Sources : EDSBF, 1998-99 ; EDSC, 1998 ; EDST, 1998.

2.2 La diarrhée

La prévalence des épisodes de diarrhée, le recours thérapeutique en cas de diarrhée et la connaissance de la SRO sont l'objet d'analyse dans cette section.

2.2.1 La prévalence de la diarrhée

Au moins un enfant sur 6 a eu des épisodes de diarrhée dans les deux semaines ayant précédé l'enquête. Au Togo par exemple, plus d'un enfant sur 4 a eu des épisodes diarrhéiques au cours de la période de référence. Signalons que, dans les trois pays, de 2% à 4% des enfants ont souffert d'une dysenterie (avec sang dans les selles).

TABLEAU 2 : PRÉVALENCE DE LA DIARRHÉE CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE TROIS ANS SELON LE PAYS ET L'ÂGE DE LA MÈRE

Âge de la mère	Burkina Faso			Cameroun			Togo		
	Toute diarrhée ¹	Diarrhée avec du sang dans les selles	N	Toute diarrhée ¹	Diarrhée avec du sang dans les selles ²	N	Toute diarrhée ¹	Diarrhée avec du sang dans les selles	N
15-19	31,3	3,2	32	24,3	5,7	70	47,5	6,9	59
20-24	25,0	2,8	110	19,7	0,6	173	30,6	3,9	180
25-49	23,4	2,5	205	14,5	2,4	379	24,7	3,4	612
Ensemble	24,6	2,6	347	17,0	2,3	622	27,5	3,8	851

¹ Chi-carré significatif à 5%
² Test exact de Fisher, significatif à 5%.
Sources : EDSBF, 1998-99 ; EDSC, 1998 ; EDST, 1998.

Aussi bien au Burkina Faso qu'au Cameroun et au Togo, les enfants nés de mères adolescentes ont été plus nombreux que ceux nés de mères plus âgées à avoir connu des épisodes de diarrhée. Les plus grands risques de diarrhée pour des enfants issus des mères adolescentes par rapport à ceux des mères adultes s'observe principalement au Togo où 48% de ces enfants en sont touchés, contre 25% chez les enfants de mères de 25 ans ou plus. Au Burkina Faso, la prévalence de la diarrhée varie de 29% chez les enfants dont la mère est âgée de 15-19 ans à environ 20% chez ceux nés de mères plus âgées. Au Cameroun, elle se situe entre 24% et 15% dans les groupes d'âges extrêmes. Il apparaît, quel que soit le pays, que la forme la plus mortelle de la diarrhée matérialisée par la présence de sang dans les selles est observée plus fréquemment chez les enfants issus de mères adolescentes que chez ceux issus des autres femmes, mais la différence n'est significative qu'au Cameroun.

2.2.2 Connaissance et traitement de la diarrhée

En elle-même, la diarrhée n'est pas dangereuse pour l'enfant lorsque la mère connaît le traitement approprié, notamment la thérapie par réhydratation orale (TRO) qui évite à l'enfant d'être déshydraté, et y recourt en temps opportun.

TABLEAU 3A : PROPORTION DES FEMMES AYANT EU DES NAISSANCES AU COURS DES 3 DERNIÈRES ANNÉES PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE QUI ONT ENTENDU PARLER DES SACHETS SRO (SELS DE RÉHYDRATATION PAR VOIE ORALE) SELON LE PAYS ET L'ÂGE DE LA MÈRE.

Âge de la mère	Burkina Faso		Cameroun ¹		Togo	
	%	N	%	N	%	N
15-19	81,8	33	40,5	79	60,9	64
20-24	79,7	130	52,4	188	59,7	176
25-49	84,4	308	69,9	503	71,4	613
Ensemble	82,9	471	62,6	770	68,2	853

¹ Chi-Carré significatif à 5%
Sources : EDSBF, 1998-99 ; EDSC, 1998 ; EDST, 1998.

En cas de diarrhée, il est recommandé à la mère de le traiter en lui donnant beaucoup d'eau, et particulièrement une solution de SRO préparée à cet effet. Les données du tableau 3a indiquent qu'au Burkina Faso et au Togo, la connaissance du traitement de la diarrhée ne varie guère selon l'âge de la mère. Par contre, au Cameroun, les mères de moins de 20 ans sont moins nombreuses (40%) à avoir entendu parler du traitement par SRO que celles qui sont plus âgées (plus de 50%).

Par ailleurs, une diarrhée peut entraîner une déshydratation grave de l'enfant et le conduire au décès si elle est mal traitée. Lors des EDS, on a demandé aux mères les comportements qu'elles avaient adoptés vis-à-vis de leurs enfants en cas d'épisodes de diarrhée survenus au cours des deux semaines précédant l'enquête. Le tableau 3b indique, qu'une proportion importante d'enfants n'a reçu aucun traitement en SRO, et ce quel que soit le pays. En effet, seuls 38% au Burkina Faso, 27% au Cameroun et 28% au Togo des enfants concernés ont bénéficié d'un traitement en SRO.

L'analyse selon l'âge de la mère montre que les SRO et la solution préparée à la maison sont généralement plus administrées par les mères adolescentes que par leurs aînées, excepté au Togo.

TABLEAU 3B : PROPORTION D'ENFANTS DE MOINS DE 3 ANS AYANT SOUFFERT DE DIARRHÉE ET AYANT REÇU UN TRAITEMENT PAR TRO SELON LE PAYS ET L'ÂGE DE LA MÈRE

Âge de la mère	Burkina Faso			Cameroun			Togo		
	SRO ¹	Solution préparée à la maison ¹	N	SRO ¹	Solution préparée à la maison	N	SRO	Solution préparée à la maison	N
15-19	50,0	22,2	10	37,5	25,0	16	22,2	8,0	28
20-24	46,2	14,8	26	26,5	26,5	34	29,6	11,3	55
25-49	31,3	14,6	48	23,6	27,3	55	27,7	11,4	151
Ensemble	38,1	15,5	84	26,7	26,7	105	27,5	11,0	234

¹ Chi-carré significatif à 5%.
Sources : EDSBF, 1998-99 ; EDSC, 1998 ; EDST, 1998.

2.3 État nutritionnel des enfants

La croissance normale d'un enfant dépend fortement de son alimentation régulière et des éléments nutritifs composant cette alimentation. Un enfant aura une croissance retardée, une insuffisance pondérale par rapport à sa taille et à son âge s'il est mal nourri. L'état nutritionnel de l'enfant est alors approché par trois indices anthropométriques mettant en rapport sa taille, son âge et son poids : ce sont les rapports « taille pour âge », « poids pour taille » et « poids pour âge ». Ces indicateurs d'état nutritionnel sont comparés au standard de NCHS/CDC/WHO obtenu à partir d'une population de référence composée d'enfants américains de moins de cinq ans en bonne santé. Pour les différents indices étudiés, on compare la situation des enfants considérés avec le standard de la population internationale en calculant la proportion d'enfants observés qui se situent à moins de 2 écart-type (-2ET) en dessous de la médiane de la population de référence (EDSC, 1998). En effet, selon les recommandations de l'OMS, les enfants sont atteints de malnutrition s'ils se trouvent à -2ET.

2.3.1 Le retard de croissance

La malnutrition chronique se manifeste à long terme par une taille trop petite pour l'âge : l'enfant accuse un retard de croissance. Le tableau 4a présente la proportion des enfants identifiés en situation de malnutrition selon l'âge de la mère et le pays. Cette proportion d'enfant accusant un retard de croissance varie de 15% au Togo à 22% au Cameroun en passant par 21% au Burkina Faso.

Dans ces différents pays, les enfants issus des mères adolescentes sont significativement plus nombreux à connaître un retard de croissance que ceux issus d'autres femmes. Cette différence est plus prononcée au Togo où les enfants nés d'une mère adolescente sont environ 2 fois plus nombreux à souffrir d'un retard de croissance que ceux nés d'une mère âgée de 20-24 ans.

TABLEAU 4A : PROPORTION D'ENFANTS DE MOINS DE 3 ANS EN RETARD DE CROISSANCE SELON L'ÂGE DE LA MÈRE ET LE PAYS

Âge de la mère	Burkina Faso ¹		Cameroun ¹		Togo ¹	
	%	N	%	N	%	N
15-19	24,1	29	27,1	59	19,2	52
20-24	23,7	97	24,1	137	10,6	161
25-49	18,2	181	20,6	310	15,6	557
Ensemble	20,7	307	22,3	506	14,8	770

¹ Chi-Carré significatif à 5%.

Sources : EDSBF, 1998-99 ; EDSC, 1998 ; EDST, 1998.

2.3.2 L'émaciation

Tandis que l'indice « taille pour âge » donne le niveau de la malnutrition chronique, le rapport « poids pour taille » donne la situation nutritionnelle actuelle de l'enfant. On parle de malnutrition aiguë lorsque l'enfant présente un poids plus petit que sa taille.

Le tableau 4b montre que près de 1 enfant sur 10 souffre de malnutrition signalée par une perte de poids dans les différents pays analysés. Au Burkina Faso et au Cameroun, il n'apparaît pas de différence significative de taux d'émaciation chez les enfants, quel que soit l'âge de la mère. Les différences sont en revanche significatives au Togo, où les enfants dont la mère a moins de 20 ans (15%) sont plus nombreux à être émaciés que ceux dont la mère a un âge compris entre 20-24 ans (9%) et entre 25-49 ans (8%).

TABLEAU 4B : PROPORTION D'ENFANTS DE MOINS DE 3 ANS ÉMACIÉS SELON L'ÂGE DE LA MÈRE ET LE PAYS

Âge de la mère	Burkina Faso		Cameroun		Togo ¹	
	%	N	%	N	%	N
15-19	13,8	29	6,8	59	15,4	52
20-24	13,5	97	6,5	137	9,3	161
25-49	12,7	181	4,2	310	8,3	557
Ensemble	13,1	307	5,1	506	9,0	770

¹ Chi-deux significatif à 5%.
Sources : EDSBF, 1998-99 ; EDSC, 1998 ; EDST, 1998.

2.3.3 Insuffisance pondérale

L'indice « poids pour âge » combine les deux indices précédents. Un faible poids par rapport à l'âge peut en effet être dû à un retard de croissance ou une émaciation momentanée ou alors une combinaison des deux. Dans les trois pays étudiés, une proportion non négligeable d'enfants souffre d'insuffisance pondérale. Elle varie de 14% au Cameroun à 25% au Burkina Faso (tableau 4c).

TABLEAU 4C : PROPORTION D'ENFANTS DE MOINS DE 3 ANS SOUFFRANT D'INSUFFISANCE PONDÉRALE SELON L'ÂGE DE LA MÈRES ET LE PAYS

Âge de la mère	Burkina Faso ¹		Cameroun ¹		Togo ¹	
	%	N	%	N	%	N
15-19	31,0	29	18,6	59	26,9	52
20-24	25,8	97	18,1	137	15,5	161
25-49	23,2	181	11,9	310	15,3	557
Ensemble	24,8	307	14,4	506	16,1	770

¹ Chi-deux significatif à 5%.
Sources : EDSBF, 1998-99 ; EDSC, 1998 ; EDST, 1998.

Il ressort de ce tableau que les enfants de mères adolescentes et, dans une moindre mesure, ceux nés de jeunes mères sont plus nombreux à accuser une insuffisance pondérale que les enfants issus de mères adultes.

3. Discussion et recommandations

En analysant quelques indicateurs de santé de l'enfant selon le groupe d'âge de la mère, cette étude veut mettre en exergue l'exposition probable des enfants à des risques plus élevés quand la mère est adolescente.

Les résultats indiquent que dans les trois pays considérés, les enfants ont presque le même risque d'infection respiratoire aiguë quel que soit l'âge de la mère. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les adolescentes, les jeunes et les adultes vivent dans le même environnement. Par contre, les enfants de mères adolescentes ont une propension plus grande à développer des épisodes diarrhéiques dans l'ensemble des trois pays étudiés. Cependant, alors que le niveau de connaissance des SRO est le même quel que soit l'âge de la mère, excepté au Cameroun, il ressort qu'au Burkina Faso et au Cameroun, les mères adolescentes sont plus nombreuses que les autres à y recourir en cas de diarrhée chez les enfants. En ce qui concerne l'état nutritionnel, il apparaît que les enfants issus de mères adolescentes et jeunes sont plus susceptibles d'être malnutris que ceux de mères plus âgées. Les différences en termes de retard de croissance, de

malnutrition aiguë et d'insuffisance pondérale sont particulièrement importantes. Ceci pourrait résulter d'une mauvaise maîtrise des pratiques alimentaires nécessaires pour un développement normal de l'enfant chez les mères adolescentes et d'un niveau relativement plus élevé de pauvreté qui frappe ces jeunes mères. Puisqu'elles sont pour la plupart en union, les femmes plus âgées sont probablement plus à même de subvenir aux besoins alimentaires de leurs enfants que les plus jeunes qui assumeraient la plupart du temps seules cette responsabilité. Il est également possible que les enfants issues de grossesses précoces soient physiologiquement et biologiquement plus faibles et donc demanderaient plus d'attention et des soins plus spécifiques. Des études complémentaires sont nécessaires pour confirmer ou infirmer cette hypothèse.

Ces résultats sur la relation entre l'âge de la mère et l'état nutritionnel des enfants sont corroborés par des études antérieures qui ont également mis en évidence une corrélation entre ces deux variables (Akoto et Hill, 1988 ; Ntsame Ondo, 1999). Elles ont montré que le risque de malnutrition est relativement plus élevé chez les enfants nés de mères de moins de 20 ans que chez ceux nés de mères plus âgées.

Il résulte de l'ensemble de ces résultats, et au regard des risques auxquels les jeunes filles sont exposées, la nécessité de renforcer les structures d'accueil pour les adolescentes pour la prévention des risques de grossesses précoces et non désirées et des infections sexuellement transmissibles, ainsi que pour la prise en charge des conséquences liées à leurs comportements sexuels à risque. Les actions à envisager ne doivent pas se limiter à la sensibilisation et à l'éducation des jeunes à la vie familiale. Elles doivent aussi se concentrer sur l'éducation en matière d'hygiène alimentaire et nutritionnelle des jeunes femmes qui ont fait l'expérience d'une maternité précoce.

BIBLIOGRAPHIE

- AKOTO E. et HILL A., 1988. « Morbidité, malnutrition et mortalité des enfants » in *Population et Société en Afrique au Sud du Sahara*. Éditions L'Harmattan, pp. 309-334.
- ANIPAH K., MBOUP G., OURO-GNAO A. M., BOUKPESSI B., MESSAN P. A., SALAMI-ODJO., 1999. *Enquête Démographique et de Santé, Togo 1998*. Calverton, Maryland, USA. : Direction de la Statistique et Macro International Inc.
- DÉVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE (Sénégal). (2002). « La situation des petits enfants au Sénégal ». <http://www.silup.sn/dpesenegal/situation.htm>.
- EVINA A. et ALAM-BELECK A., 1998. *Vie féconde des adolescentes en milieu urbain camerounais*. Les cahiers de l'IFORD, numéro 16, 117 pages.
- FOTSO M., NDONOU R., LIBITÉ P. R., TSAFACK M., WAKOU R., GHAPOUTSA A., KAMGA S., KEMGO P., KWEKEM F. M., KAMDOUM A., BARRÈRE B. (1999). *Enquête Démographique et de Santé, Cameroun 1998*. Calverton, Maryland, USA. : Bureau Central des Recensements et des Études de Population et Macro International Inc.
- INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DÉMOGRAPHIE, et Macro International Inc., 2000. *Enquête Démographique et de Santé, Burkina Faso 1998-1999*. Calverton, Maryland (USA) : Macro International Inc.
- INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE (Côte d'Ivoire) et ORC Macro., 2001. *Enquête Démographique et de Santé, Côte d'Ivoire 1998-1999*. Calverton, Maryland (USA) : Institut National de la Statistique et ORC Macro.

- KASSENE S., 1999. *Environnement Urbain et Mortalité des enfants à Yaoundé et Douala : Cameroun*. Mémoire de DESS en démographie, IFORD, Cameroun, 100 pages.
- KOUTON E., 1992. *Évaluation et recherche des facteurs de la fécondité précoce au Bénin*. Les Cahiers de l'IFORD, n° 3, 113 pages.
- MASUY-STROOBANT G., 2002. « Les déterminants de la santé et de la mortalité infantiles », in : G. Caselli, J. Vallin, G. Wunsch (sous la dir.), *Démographie : analyse et synthèse. Vol. III Les déterminants de la mortalité*, PUF-INED, Parispp. 129-144.
- MCCAULEY A.P., SALTER C., KIRAGU K., SENDEROWITZ J., 1997. « Répondre aux besoins des jeunes adultes », *Population Report Série J*, n° 41, Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins School of Public Health, Baltimore, Maryland, 47 p.
- NTSAME ONDO N., 1999. *Impact de la fécondité sur la qualité des enfants : Recherche des mécanismes d'action*. Mémoire de DESS en démographie, IFORD, Cameroun, 124 pages + annexes.
- O.M.S., 1997. « *Forum mondial de la santé* ». Collection Revue Internationale de Développement Sanitaire, vol. 18, n° 1, Genève, 35 p.
- O.M.S., 1999. *Rapport sur les maladies infectieuses : Faire tomber les obstacles au développement dans la Santé*. WHO/CDC/99.1
- PROST A., 1996. « L'eau et la santé », in : *Populations et environnement dans les pays du Sud* (sous la dir. F. Gendreau, P. Gubry et J. Véron), Karthala, Paris, pp. 231-51.

Cette communication est tirée des études sur « La santé des enfants de mère adulte est-elle meilleure que celle des enfants de mères adolescentes : une analyse à travers les principaux indicateurs de survie des enfants » réalisée par le Programme Recherche Opérationnelle du Projet Régional Santé Familiale et Prévention du SIDA (SFPS/RO, Abidjan, Côte d'Ivoire).