

Rôle des parents dans l'activité sexuelle et la pratique contraceptive des adolescents, dans quatre pays d'Afrique

Par Ann Biddlecom,
Kofi Awusabo-
Asare et Akinrinola
Bankole

Au moment de la préparation de cet article, Ann Biddlecom était associée principale à la recherche au Guttmacher Institute, à New York. Akinrinola Bankole est directeur à la recherche internationale, au Guttmacher Institute. Kofi Awusabo-Asare est professeur au Department of Population and Health, University of Cape Coast, au Ghana.

CONTEXTE: Les parents exercent une influence sur la santé sexuelle et génésique des adolescents. Les données relatives à la question pour l'Afrique subsaharienne sont cependant limitées. Il serait utile de mieux comprendre le rapport entre les différentes dimensions du rôle parental, d'une part, et, d'autre part, l'activité sexuelle et pratique contraceptive récentes dans la région.

MÉTHODES: Les données ont été recueillies en 2004 dans le cadre d'enquêtes nationales représentatives auprès de jeunes de 12 à 19 ans du Burkina Faso, du Ghana, du Malawi et d'Ouganda. L'analyse bivariée a servi à comparer les différences entre les sexes pour deux résultats parmi les jeunes non mariés de 15 à 19 ans: rapports sexuels durant les 12 derniers mois et, parmi ceux qui avaient eu des rapports pendant cette période, pratique contraceptive lors des derniers rapports. L'analyse de régression logistique multivariée identifie les associations entre ces résultats et la co-résidence avec les parents ou figures parentales, la surveillance parentale et la communication parents-enfants.

RÉSULTATS: Les adolescents non mariés déclarent des niveaux de surveillance parentale moyens à élevés et de faibles niveaux de communication parents-enfants sur les questions de nature sexuelle. Dans tous les pays, chez les adolescents de sexe masculin, déclarant un faible niveau de surveillance est associé à un risque élevé d'avoir eu des rapports sexuels durant la dernière année écoulée (rapports de probabilités, 2,4–5,4). Il en va de même pour leurs homologues féminines dans trois des pays à l'étude (6,9–7,7). La communication avec les parents est associée positivement à l'activité sexuelle chez les garçons du Malawi et les filles d'Ouganda (2,2 et 1,5, respectivement). La surveillance parentale n'est pas associée à la pratique contraceptive lors des derniers rapports sexuels. En revanche, la communication parents-enfants l'est chez les filles du Ghana (3,0) et les adolescents ougandais des deux sexes (1,9 et 2,0, respectivement).

CONCLUSION: Les programmes visant à améliorer la santé sexuelle et génésique des adolescents doivent inclure des dimensions d'implication parentale aptes à renforcer leurs objectifs spécifiques de changement comportemental.

Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique, numéro spécial de 2010, pp. 2–11

Les parents et les figures parentales—adultes que les adolescents décrivent comme étant pour eux comme une mère ou un père—jouent un rôle important dans la vie des adolescents. Diverses études ont examiné l'influence de différents types de parentalité sur les comportements des jeunes, y compris en ce qui concerne la prise de risques.^{1–3} On attend généralement des parents qu'ils surveillent les activités de leurs enfants, et qu'ils identifient, passent au crible et enveloppent l'information et les services qui leur sont destinés. Parce qu'ils sont en contact régulier avec leurs enfants, les parents aident à façonner tant leurs comportements que le contexte social dans lequel ils grandissent. Étant donné les différents modes d'influence qu'ont les parents sur leurs enfants, les programmes d'éducation à la sexualité et à la vie familiale proposés dans les écoles et les communautés ont été mis au défi de sensibiliser les parents à leurs services et de chercher à s'assurer leur soutien. Les données laissent en effet entendre que les programmes ont plus de chances de réussir s'ils incluent de tels composants communautaires.⁴

CONTEXTE

Il existe une documentation grandissante sur le rôle des parents à l'égard de la santé sexuelle et génésique des adolescents, partout dans le monde, y compris en Afrique subsaharienne.² De plus, les organisations internationales et non gouvernementales ont entrepris la mise en œuvre d'activités couvrant explicitement le rôle des parents dans l'amélioration de ces aspects de la santé adolescente. Plus de 30 programmes sont ainsi décrits dans une publication récente de l'Organisation mondiale de la Santé.⁵ Certains—la campagne ougandaise Straight Talk, notamment—ont démontré la disposition générale des parents et autres adultes à créer un espace de soutien favorable aux jeunes. Ces programmes peuvent inclure l'apport d'information et de services de santé sexuelle et génésique, même si les parents eux-mêmes ne se sentent pas à l'aise pour parler directement de ces questions aux adolescents.^{6,7} D'autres, tels que l'initiative Families Matter! au Kenya, opèrent directement avec les parents et leurs enfants pour améliorer la communication intrafamiliale sur la sexualité et le risque sexuel.⁸

Il paraît de plus en plus clair que les différentes dimensions de la parentalité—connexité ou amour, soutien ma-

tériel, contrôle ou surveillance comportementale et communication entre parents et enfants—sont positivement associées à des niveaux réduits de comportements à risques chez les adolescents. L'association varie souvent selon les mesures employées, ainsi que selon d'autres facteurs de nature plus sexospécifique (suivant que l'adulte ou le jeune est de sexe masculin ou féminin, par exemple) et les rôles et attitudes normatifs.

Certaines études appuient la proposition selon laquelle les adolescents sont moins susceptibles de s'engager dans des comportements sexuels à risques quand ils résident avec un parent—et plus spécialement avec les deux parents—ou quand ils s'identifient aux vues et opinions de leurs parents.^{1,9,10} Une étude basée sur les données d'une enquête menée dans un bidonville de Nairobi, au Kenya, a découvert que lorsqu'un père vivait sous le même toit que ses filles non mariées de 12 à 19 ans, celles-ci étaient bien moins susceptibles d'avoir jamais eu de rapports sexuels, d'avoir vécu une grossesse non désirée ou d'avoir eu une activité sexuelle récente que si aucun parent ou la mère seulement vivait sous le même toit.¹¹ Au Ghana, selon les données d'une enquête nationale, les adolescentes qui vivent avec leurs deux parents sont moins susceptibles que celles soumises aux autres conditions de logement d'avoir jamais eu de rapports sexuels.¹² Il n'en va toutefois pas de même pour les adolescents de sexe masculin, et aucune association n'est relevée concernant le nombre de partenaires sexuels ou la pratique contraceptive, pour les filles comme pour les garçons. Une autre étude ghanéenne ne constate aucun effet protecteur, en matière d'activité sexuelle récente, dans les conditions de logement avec les deux parents par rapport à aucun, bien que les garçons paraissent moins ou plus susceptibles d'être sexuellement actifs, respectivement, lorsqu'ils vivent avec leur mère ou avec leur père (par rapport à aucun parent).¹³ En Côte d'Ivoire, une étude a observé que les adolescentes (mais pas leurs homologues de sexe masculin) qui avaient passé leur enfance sous le même toit que leur père étaient plus susceptibles que les autres de différer leurs premiers rapports sexuels.¹⁴

D'autres études encore révèlent un lien net entre la surveillance parentale et les comportements sexuels à moindres risques parmi les adolescents, principalement dans les pays développés. Ainsi, dans une étude de cohorte d'adolescents afro-américains de 14 à 19 ans, de hauts niveaux de surveillance parentale sont associés à une incidence réduite de gonorrhée et chlamydia (après correction d'âge et d'infection de base).¹⁵ Deux études menées sur les adolescents de quartiers américains à faibles revenus ont également observé des associations négatives entre la surveillance parentale et les IST¹⁶ et comportements sexuels à risques (tels que partenaires multiples ou absence du préservatif lors des derniers rapports sexuels).^{10,16} Sur la base de données longitudinales nationales s'étendant de la jeune adolescence (12 à 14 ans) au jeune âge adulte (19 à 21 ans), une autre étude américaine ne documente aucun effet de la surveillance parentale sur le début pré-

coce de l'activité sexuelle chez les filles comme les garçons, bien que la surveillance soit associée, chez les garçons, à un moindre nombre de partenaires à l'aube de l'âge adulte.¹⁷ En outre, une étude longitudinale relative aux adolescents d'Écosse (de 13 à 14 ans à la base et 15 à 16 ans au suivi) a constaté l'association d'une faible surveillance parentale avec une transition plus précoce vers l'activité sexuelle chez les filles comme chez les garçons, ainsi qu'avec un plus grand risque de rapports sexuels non protégés pour les filles.³

Autre dimension de la parentalité: la communication. En Afrique subsaharienne, les données disponibles laissent entendre que la communication entre parents et enfants sur les questions de nature sexuelle sont plutôt rares et qu'elles baignent parfois dans la gêne et le malaise, surtout avec les pères.^{7,18} L'association entre la communication, le comportement sexuel des adolescents et les issues de risque n'est du reste pas constante. En Côte d'Ivoire, la communication entre parents et enfants sur la question de l'abstinence présente des associations opposées chez les filles (premiers rapports sexuels différés) et chez les garçons (initiation plus précoce).¹⁴ Deux des études décrites plus haut mettent en contraste la surveillance parentale et la communication parentale, concluant que la communication ne joue, au mieux, qu'un très faible rôle dans l'activité sexuelle des adolescents par rapport aux autres dimensions parentales.^{3,15} Peu d'études ont toutefois testé le rapport entre la communication familiale et la surveillance, d'une part, et, d'autre part, le comportement sexuel des adolescents dans les pays d'Afrique subsaharienne. Cette étude examine trois dimensions de la parentalité: le soutien matériel (mesuré en termes de coresidence avec les parents ou figures parentales), la surveillance et la communication. Son but est de contribuer à la recherche de stratégies de participation optimale des parents à l'amélioration de la santé sexuelle et génésique de leurs enfants adolescents.

Paramètres de l'étude

L'étude repose sur les données d'enquêtes nationales représentatives des jeunes de 15 à 19 ans de quatre pays d'Afrique (Burkina Faso, Ghana, Malawi et Ouganda) participant à un projet de recherche intitulé «Protecting the Next Generation: Understanding HIV Risk Among Youth» (Protéger la prochaine génération: Comprendre les risques du VIH parmi les jeunes). Ces pays, sélectionnés pour représenter différentes sous-régions d'Afrique subsaharienne (Ouest, Est et Sud) et pour embrasser toute l'étendue de la prévalence du VIH dans la région, comprennent un pays de langue française (le Burkina Faso). En 2007, le taux de prévalence estimé du VIH parmi les jeunes de 15 à 24 ans d'Afrique subsaharienne était de 3,2% parmi les femmes et de 1,1% parmi les hommes.¹⁹ En Afrique occidentale, le Ghana et le Burkina Faso présentent des taux de VIH comparativement faibles dans cette tranche d'âges (0,4% et 0,5%, respectivement, côté masculin et 1,3% et 0,9%, respectivement, côté féminin).¹⁹ L'Ouganda et le Ma-

lawi, en Afrique orientale et australe, respectivement, sont plus gravement touchés par l'épidémie du sida: pour l'année 2007, les taux de prévalence du VIH y sont estimés à 1,3% et 2,4% chez les jeunes hommes, et à 3,9% et 8,4% chez les jeunes femmes, respectivement.

Les quatre pays sélectionnés représentent aussi des profils sexuels et génésiques d'adolescents légèrement distincts. Par exemple, les filles tendent à se marier jeunes dans tous, à l'exception du Ghana: dans la tranche de 20 à 24 ans, 54% sont mariées avant l'âge de 18 ans en Ouganda, 52% au Burkina Faso et 47% au Malawi, mais 28% seulement au Ghana.²⁰ Au Malawi et en Ouganda, environ une jeune femme sur trois, et environ une sur quatre au Burkina Faso et au Ghana, ont eu des rapports sexuels pré-nuptiaux avant l'âge de 18 ans.²⁰ Parmi les jeunes hommes qui ont eu des rapports sexuels en cours d'adolescence, la majorité les ont eus avant le mariage, étant donné leur âge beaucoup plus avancé, en moyenne, au moment du mariage. Les niveaux de pratique contraceptive des jeunes s'améliorent lentement dans la région, mais on y observe un accroissement notable du recours au préservatif.²¹ Dans l'ensemble, le pourcentage de jeunes femmes de 15 à 24 ans non mariées mais sexuellement actives qui pratiquent la contraception moderne est de 25% au Malawi, 33% au Ghana, 34% en Ouganda et 56% au Burkina Faso.²² Comme ces quatre pays reflètent différentes sous-régions à tendances de prévalence du VIH, de comportement sexuel et de pratique contraceptive différentes parmi les adolescents, la mesure dans laquelle des associations similaires sont observées entre les rôles parentaux, d'une part, et le comportement sexuel et contraceptif des adolescents, d'autre part, favorisera une meilleure compréhension de la problématique pour la région dans son ensemble.

Comme indiqué plus haut, certains programmes mis en œuvre dans ces pays font participer les parents à des efforts d'amélioration de la santé sexuelle et génésique des adolescents.⁵ Au Burkina Faso et au Malawi, ces programmes se concentrent sur l'amélioration de la communication entre parents et enfants sur les questions de santé sexuelle et génésique. Au Burkina Faso, l'intervention se caractérise par des activités plus étendues, où les parents aident notamment à identifier les besoins de santé génésique et sont sensibilisés à d'autres activités programmatiques au sein de la communauté (le rôle des pairs éducateurs, par exemple). Au Malawi, l'intervention est restée strictement axée sur l'amélioration de la communication des parents avec leurs jeunes adolescents (de 7 à 11 ans), moyennant la formation des parents à l'utilisation hebdomadaire d'un guide structuré devant les aider à dialoguer avec leurs enfants. Par contre, un programme ougandais s'est plutôt concentré sur l'amélioration des connaissances des adolescentes en matière de santé sexuelle et génésique,

y compris par la voie de stratégies aptes à différer l'activité sexuelle et d'autres méthodes de prévention du VIH. Ce programme a aussi formé les femmes adultes à assumer le rôle de «senga» (sœur du père, ou tante paternelle de l'enfant), traditionnellement appelée à fournir ce type d'information.

MÉTHODES

Les données proviennent d'enquêtes de ménage nationalement représentatives menées en 2004 auprès de jeunes filles et garçons de 12 à 19 ans au Burkina Faso, au Ghana, au Malawi et en Ouganda.* Les enquêtes ont été conçues pour être aussi comparables que possible et pour inclure un large éventail de mesures du contexte familial. Un plan d'échantillonnage en grappes à deux degrés a été utilisé: au premier degré, environ 200 districts de recensement ont été sélectionnés dans chaque pays, puis, au second, 27 à 48 ménages ont été choisis par district d'après une liste des ménages. Tous les résidents de fait de chaque ménage échantillonné ont été admis à participer à l'enquête. Nous avons cherché à obtenir le consentement éclairé direct des jeunes de 18 à 19 ans; pour les adolescents de moins de 18 ans, nous avons obtenu le consentement d'un parent ou tuteur avant d'aborder ceux et celles admis et de leur demander leur accord. Des entretiens ont ainsi eu lieu avec 5.955 adolescents au Burkina Faso, 4.430 au Ghana, 4.031 au Malawi et 5.112 en Ouganda. Le taux de réponse individuel global a varié entre 87% (Ouganda) et 95% (Burkina Faso).²³⁻²⁶

En raison des faibles niveaux de rapports sexuels auto-déclarés parmi les 12 à 14 ans²⁷ et d'une transition relativement rapide vers les premiers rapports parmi les adolescents plus âgés, nous avons limité notre analyse aux adolescents âgés de 15 à 19 ans au moment de l'enquête. Nous avons exclu les adolescentes mariées, les présumant sexuellement actives et plus susceptibles de vivre sous le toit et l'influence d'un conjoint plutôt que de parents ou figures parentales. L'analyse repose ainsi sur les données obtenues de 2.948 répondants du Burkina Faso, 2.426 du Ghana, 2.025 du Malawi et 2.363 d'Ouganda. L'activité sexuelle durant les 12 mois ayant précédé l'entretien et la pratique d'une méthode contraceptive lors des derniers rapports (pour ceux qui en avaient eus durant les 12 derniers mois) sont les deux variables dépendantes considérées.

Les variables indépendantes clés sont la coresidence avec les parents biologiques ou figures parentales, un indice de surveillance parentale perçue et deux mesures de communication parentale perçue sur les questions de nature sexuelle. La coresidence est mesurée comme variable à quatre catégories: résidence au foyer des deux parents ou figures parentales, avec la mère ou figure maternelle seulement, avec le père ou figure paternelle seulement, ou sans parents ni figures parentales. Elle indique la présence physique d'une figure parentale significative dans la vie d'un adolescent non marié. Les adolescents ayant déclaré le décès de leur mère ou de leur père biologique ont été invités à indiquer s'ils connaissaient quelqu'un qui était

*Quatre districts du nord de l'Ouganda ont été éliminés de l'échantillon pour cause d'insécurité pendant les travaux sur le terrain. Les enquêtes menées dans les quatre pays peuvent être consultées, à des fins de recherche, sur <<http://www.icpsr.umich.edu/cocoon/ICPSR/SERIES/00227.xml>>.

TABLEAU 1. Distribution en pourcentage des jeunes non mariés de 15 à 19 ans, par variables dépendantes et indépendantes, en fonction du sexe et du pays, données d'enquête nationale auprès des adolescents, 2004

Variable	Burkina Faso		Ghana		Malawi		Ouganda	
	Filles (N=1,279)	Garçons (N=1,669)	Filles (N=1,176)	Garçons (N=1,250)	Filles (N=890)	Garçons (N=1,135)	Filles (N=1,075)	Garçons (N=1,288)
DÉPENDANTE								
Rapports sexuels 12 derniers mois								
Oui	22.8	24.8	17.4	10.0	18.0	37.1	23.7	30.4
Non	77.2	75.2	82.6	90.0	82.0	62.9	76.3	69.6
Contraceptif lors des derniers rapports†								
Oui	55.1	51.1	55.6	52.8	36.9	40.8	49.9	56.1
Non	44.9	48.9	44.4	47.2	63.1	59.2	50.1	43.9
INDÉPENDANTE								
Logement								
Avec 2 parents/figures parentales s	54.9	59.7	40.7	41.8	42.3	45.2	39.9	40.9
Avec mère seulement	9.2	9.8	24.3	23.2	21.1	20.1	18.9	19.3
Avec père seulement	5.7	8.7	4.4	8.9	5.1	4.8	9.7	10.3
Avec aucun	30.1	21.9	30.7	26.2	31.5	29.9	31.5	29.4
Parents/figures parentales savent où l'adolescent passe ses soirées								
Non	7.4	17.8	6.3	10.7	18.9	30.4	12.3	24.3
Parfois	17.7	30.1	19.6	31.5	21.5	25.2	16.7	30.5
Toujours	74.9	52.2	74.1	57.8	59.6	44.4	71.0	45.2
Parents/figures parentales savent ce que l'adolescent fait pendant ses loisirs								
Non	9.6	15.4	6.9	10.8	18.1	19.1	12.7	18.8
Parfois	37.5	50.6	23.0	38.2	22.7	34.7	23.5	38.4
Always	52.9	34.0	70.0	51.0	59.2	46.2	63.9	42.8
Parents/figures parentales savent qui l'adolescent fréquente								
No	9.2	7.8	8.4	9.2	13.5	12.1	17.6	17.9
Parfois	22.7	28.9	22.4	36.9	16.2	42.0	22.5	42.3
Toujours	68.1	63.4	69.2	53.9	70.3	45.9	60.0	39.9
Surveillance parentale								
Faible	8.9	16.4	6.7	11.4	16.8	25.5	15.0	24.1
Moyenne	48.6	59.1	40.6	57.2	43.2	53.4	38.8	53.7
Haute	42.5	24.5	52.7	31.4	40.0	21.1	46.3	22.2
Parents/figures parentales ont parlé à l'adolescent sur les méthodes contraceptives								
Oui	13.5	7.7	37.9	22.3	30.5	25.6	38.1	19.6
Non	86.5	92.3	62.1	77.7	69.5	74.4	61.9	80.4
Parents/figures parentales ont informé l'adolescent sur les méthodes contraceptives								
Oui	5.1	1.3	8.0	5.8	10.1	5.1	23.6	7.8
Non	94.9	98.7	92.0	94.2	89.9	94.9	76.4	92.2
Âge								
15	31.5	26.1	26.4	26.5	24.9	25.3	29.0	25.7
16	26.8	20.1	24.3	19.4	24.9	20.7	24.7	22.5
17	19.7	20.2	20.0	22.2	22.5	18.7	18.3	19.4
18	13.1	18.9	17.7	20.2	17.1	18.9	17.6	19.1
19	8.9	14.7	11.6	11.8	10.6	16.5	10.4	13.4
Fréquentation scolaire								
Oui	20.7	21.8	60.9	66.8	63.2	68.8	61.3	66.4
Non	79.3	78.2	39.1	33.2	36.8	31.2	38.7	33.6
Fréquentation de services religieux								
<une fois/semaine	44.0	36.4	8.5	15.4	3.6	4.2	8.3	12.6
Une fois/semaine	25.4	25.6	47.2	47.6	68.0	67.5	75.5	65.7
>une fois/semaine	30.7	38.1	44.3	36.9	28.4	28.4	16.2	21.7
Résidence								
Milieu urbain	35.9	24.4	51.9	46.4	25.2	24.3	15.5	11.3
Milieu rural	64.1	75.6	48.1	53.6	74.8	75.7	84.5	88.7
Indice de richesse des ménages								
Les plus pauvres	14.9	14.4	14.9	16.6	20.6	15.8	17.2	18.1
2 ^e degré	17.1	19.7	17.1	20.3	14.7	21.6	18.6	21.1
3 ^e degré	15.9	20.0	20.0	20.6	17.4	20.9	17.1	21.0
4 ^e degré	15.5	21.3	21.6	21.9	23.7	19.0	20.8	19.5
Les plus riches	36.6	24.7	26.4	20.6	23.7	22.8	26.3	20.3

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001. †Parmi ceux qui ont eu des rapports sexuels durant les 12 derniers mois. N.B.: Les différences entre les distributions de filles et garçons sont évaluées, et les plans d'échantillonnage complexes des enquêtes sont corrigés, par tests chi carré. Les nombres N ne sont pas pondérés.

TABLEAU 2. Parmi les jeunes non mariés de 15 à 19 ans, rapports de probabilités ajustés d'analyse de régression logistique identifiant les associations entre les mesures de participation parentale et l'activité sexuelle pendant les 12 derniers mois, par sexe et par pays

Variable	Burkina Faso		Ghana		Malawi		Ouganda	
	Filles (N=1,279)	Garçons (N=1,669)	Filles (N=1,175)	Garçons (N=1,249)	Filles (N=890)	Garçons (N=1,133)	Filles (N=1,075)	Garçons (N=1,288)
Logement								
Avec 2 parents/figures parentales	0.88	0.91	0.65	0.65	0.80	1.21	0.56*	1.17
Avec mère seulement	1.26	1.05	1.21	0.53	0.82	1.03	1.02	1.25
Avec père seulement	0.78	1.04	1.16	1.33	0.41	1.73	1.10	1.37
Avec aucun (réf.)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Surveillance parentale								
Faible	6.94***	5.35***	7.73***	4.37***	1.49	2.36**	7.28***	5.10***
Moyenne	2.71***	1.74**	2.70***	2.37**	0.79	1.24	3.15***	2.39***
Haute (réf.)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Parents/figures parentales ont parlé à l'adolescent de questions de nature sexuelle								
Oui	1.08	1.33	1.34	1.04	0.95	2.19***	1.53*	0.95
Non (réf.)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Parents/figures parentales ont informé l'adolescent sur les méthodes contraceptives								
Oui	1.11	2.98	1.07	1.64	0.67	1.00	1.31	1.58
Non (réf.)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Âge								
	2.59***	3.08***	2.35***	2.61**	2.14**	1.99***	1.85**	2.19***
Fréquentation scolaire								
Oui	0.47*	0.47*	0.30***	0.51*	0.33***	0.46***	0.31***	0.46***
Non (réf.)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Fréquentation de services religieux								
<une fois/semaine (réf.)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Une fois/semaine	0.67	1.05	1.32	1.22	0.63	2.05	1.36	2.03**
>une fois/semaine	0.77	1.07	1.08	1.32	0.69	1.89	1.04	2.57***
Résidence								
Milieu urbain	1.21	0.94	1.36	1.12	1.95*	0.62	0.57	1.08
Milieu rural (réf.)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Indice de richesse des ménages								
Les plus pauvres (réf.)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
2 ^e degré	0.94	1.04	1.44	0.92	1.91	1.22	1.07	1.22
3 ^e degré	1.04	1.21	1.26	1.22	1.41	1.19	1.15	1.13
4 ^e degré	1.30	1.32	1.23	0.99	1.47	0.98	1.19	1.13
Les plus riches	1.24	2.31**	0.43*	0.73	1.06	0.72	1.57	1.31

*p<0,05. **p<0,01. ***p<0,001. N.B.: Analyse corrigée en fonction des plans d'échantillonnage complexes des enquêtes. Les nombres N ne sont pas pondérés. réf.=catégorie de référence.

pour eux comme une mère ou un père et, si oui, si cette personne vivait sous le même toit qu'eux. Ces adultes ont été codés comme «figures parentales».

L'indice de surveillance parentale repose sur la perception que se fait l'adolescent de ce que savent ses parents ou figures parentales sur les trois points suivants: où il/elle passe ses soirées, ce qu'il/elle fait pendant ses loisirs et qui il/elle fréquente (qui sont ses amis). Ces questions font explicitement mention des parents et figures parentales. Elles incluent donc les adultes qui, même s'ils ne sont pas les parents biologiques de l'adolescent, assument effectivement leurs rôles parentaux vis-à-vis de celui-ci. À chaque question correspondent trois catégories de réponse: le parent ou la figure parentale ne sait pas (un point), le sait parfois (deux points) ou le sait toujours (trois points). Pour résoudre l'apparition d'une certaine colinéarité entre ces trois mesures au Burkina Faso et au Ghana, les valeurs de

chacune ont été totalisées pour créer un indice de surveillance qualifiée de faible (3 à 5 points), moyenne (6 à 8 points) ou haute (9 points). Pour les adolescentes, la moyenne varie entre 7,4 au Malawi et 7,9 au Ghana; côté masculin, elle va de 6,7 en Ouganda à 7,3 au Ghana (non indiqué).

La première des deux mesures de communication entre parents et enfants était une question ouverte invitant les jeunes à identifier les types de personnes qui leur ont parlé de «questions de nature sexuelle». L'expression utilisée est intentionnellement vague, car les questions antérieures touchent aux aspects spécifiques de la santé génésique et une mesure supplémentaire était nécessaire pour les questions générales de nature intime. Pour cette première question, l'énoncé indiquait que cette question et la suivante faisaient référence aux personnes qui avaient peut-être parlé au répondant de choses personnelles.

TABEAU 3. Parmi les jeunes non mariés de 15 à 19 ans sexuellement actifs durant les 12 derniers mois, rapports de probabilités ajustés d'analyse de régression logistique identifiant les associations entre les mesures de participation parentale et la pratique d'une méthode contraceptive lors des derniers rapports

Variable	Burkina Faso		Ghana		Malawi		Ouganda	
	Filles (N=290)	Garçons (N=403)	Filles (N=184)	Garçons (N=118)	Filles (N=174)	Garçons (N=406)	Filles (N=250)	Garçons (N=390)
Logement								
Avec 2 parents/figures parentales	0.74	1.36	0.58	1.02	0.69	1.29	0.60	0.81
Avec mère seulement	0.68	1.17	0.45*	0.40	2.78	1.11	1.01	1.15
Avec père seulement	0.76	1.18	0.41	0.63	0.31	1.66	2.59*	1.59
Avec aucun (réf.)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Surveillance parentale								
Faible	0.71	1.56	1.24	0.39	1.00	1.71	0.78	0.81
Moyenne	0.65	1.53	0.90	0.86	1.62	1.56	0.64	1.09
Haute (réf.)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Parents/figures parentales ont parlé à l'adolescent de questions de nature sexuelle								
Oui	2.74	0.73	2.97**	1.17	1.63	1.67	1.98*	1.85*
Non (réf.)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Parents/figures parentales ont informé l'adolescent sur les méthodes contraceptives								
Oui	1.25	ne	1.56	0.62	0.76	0.69	1.23	0.92
Non (réf.)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Âge								
	1.43	1.47	0.94	0.93	0.35*	2.70***	1.46	2.08**
Fréquentation scolaire								
Oui	1.98	1.66	2.15	1.25	1.52	0.81	2.15*	1.27
Non (réf.)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Fréquentation de services religieux								
<une fois/semaine (réf.)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Une fois/semaine	0.82	1.17	1.20	1.21	3.26	2.58	1.17	1.81
>une fois/semaine	0.82	1.09	1.64	0.71	1.82	3.31	1.46	1.72
Résidence								
Milieu urbain	3.35*	3.97**	0.30*	0.86	0.28*	1.28	2.53	1.39
Milieu rural (réf.)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Résidence								
Les plus pauvres (réf.)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
2e degré	0.93	2.27	0.81	4.14	0.80	1.75	1.03	1.31
3e degré	1.68	3.87*	0.79	3.16	1.25	1.68	2.20	2.13*
4e degré	1.70	2.35	1.22	9.77**	3.41	2.42*	1.18	2.57**
Les plus riches	1.49	6.69***	3.15	7.72*	7.81*	2.11	2.22	4.44**

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001. N.B.: Analyse corrigée en fonction des plans d'échantillonnage complexes des enquêtes. Les nombres N ne sont pas pondérés. ne=non estimé; variable abandonnée pour cause de colinéarité. réf.=catégorie de référence.

La seconde mesure de la communication entre parents et enfants repose sur une question ouverte invitant les jeunes à identifier les types de personnes ou autres sources dont ils ou elles ont obtenu une information relative aux méthodes contraceptives. Aucun type de méthode n'y est spécifié (préservatif par rapport aux autres méthodes, par exemple), pas plus que la nature de l'information obtenue (mode d'emploi des méthodes, effets secondaires sur la santé, efficacité, etc.) La question précise cependant la prévention de la grossesse et non celle des IST ou du VIH, dans laquelle le préservatif joue un rôle critique.

Les caractéristiques socioéconomiques et culturelles considérées sont l'âge, la fréquentation scolaire, la fréquentation de services religieux (moins d'une fois par semaine, une fois par semaine ou plus d'une fois par semaine), le lieu de résidence urbain ou rural et le quintile de richesse du ménage dont l'adolescent fait partie. La der-

nière mesure repose sur les réponses obtenues à des questions relatives à 20 biens, services et confort de ménage, et les quintiles sont basés sur l'état de richesse de tous les ménages compris dans l'enquête nationale de chaque pays, suivant un protocole utilisé dans les Enquêtes démographiques et de santé.²⁸

L'analyse bivariée des différences sexospécifiques concernant l'activité sexuelle, la pratique contraceptive, les dimensions clés de la parentalité et les caractéristiques socioéconomiques et culturelles a été effectuée par tests chi carré des différences de distribution. L'analyse de régression logistique a ensuite permis d'identifier les associations entre les variables dépendantes et indépendantes, sous contrôle de toutes les caractéristiques socioéconomiques et culturelles et séparément pour les filles et pour les garçons. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide de STATA version 10, avec correction des erreurs

types par la procédure svyset pour tenir compte du plan d'échantillonnage complexe de chaque enquête.

RÉSULTATS

Résultats bivariés

Les niveaux d'activité sexuelle autodéclarée parmi les jeunes non mariés de 15 à 19 ans varient d'un pays à l'autre et suivant le sexe du répondant. Côté féminin, 17% à 24% des adolescentes avaient eu des rapports sexuels durant les 12 mois précédant l'enquête; côté masculin, la plage est plus large et s'étend de 10% au Ghana à 37% au Malawi (tableau 1, page 5). Au Malawi et en Ouganda, des proportions significativement supérieures de garçons, par rapport aux filles, ont déclaré avoir eu des rapports pendant cette période. Par contre, les Ghanéennes se sont révélées plus susceptibles que leurs homologues masculins de déclarer une activité sexuelle, selon une tendance conforme aux données de l'Enquête démographique et de santé, dans lesquelles les filles paraissent plus susceptibles de déclarer des rapports sexuels pré-nuptiaux.²⁹ Des adolescents sexuellement actifs durant les 12 mois précédant l'enquête, 50% à 56% des répondants du Burkina Faso, du Ghana et d'Ouganda déclarent avoir utilisé une méthode contraceptive lors de leurs derniers rapports, par rapport à 37% à 41% seulement pour le Malawi. Aucune différence statistiquement significative de pratique contraceptive n'apparaît en fonction du sexe des répondants dans aucun des pays.

La proportion des adolescents non mariés qui vivaient avec leurs deux parents ou avec deux figures parentales varie entre 40% et 60% dans les quatre pays, par rapport à 22% à 32% ne vivant avec aucun parent ni aucune figure parentale. Dans cette dernière catégorie, la plupart vivaient avec d'autres adultes (non indiqué). Dans tous les pays, les adolescents ont déclaré des niveaux de surveillance parentale moyenne à haute. Ainsi, 44% à 75% estiment que leurs parents ou figures parentales savent toujours où ils vont le soir; 34% à 70% pensent que leurs parents savent toujours ce qu'ils font pendant leurs loisirs et 40% à 70%, que leurs parents savent toujours qui ils fréquentent comme amis. De nettes différences apparaissent cependant clairement entre les sexes, une plus grande proportion de filles faisant état d'un haut niveau de surveillance parentale. L'indice de surveillance parentale reflète ces différences de simple mesure: dans chaque pays, près de deux fois plus de garçons que de filles font état du plus faible niveau de surveillance perçue.

En revanche, la communication parentale sur les questions de nature sexuelle paraît faible: entre 8% et 38% des adolescents déclarent qu'un parent ou une figure parentale leur a jamais parlé de la question et, dans trois des quatre pays, les garçons sont moins susceptibles que les filles d'avoir déclaré ce type de communication. En Ouganda, par exemple, 38% des filles indiquent qu'un parent leur a parlé de questions de nature sexuelle, par rapport à 20% des garçons. Les parents semblent moins susceptibles encore d'être source d'information en ce qui concer-

ne les méthodes contraceptives. À l'exception des jeunes Ougandaises, pas plus de 10% des adolescents disent qu'un parent ou une figure parentale leur a jamais fourni d'information sur la contraception et, dans trois des quatre pays, les garçons sont moins susceptibles que les filles de déclarer ce type de communication.

Résultats multivariés

Les analyses multivariées révèlent des associations négatives significatives entre la surveillance par les parents ou figures parentales et la probabilité que les adolescents aient eu des rapports sexuels durant les 12 mois précédant l'enquête. Ce facteur présente la plus forte et plus constante association avec l'activité sexuelle (tableau 2, page 6). Dans les quatre pays, les adolescents de sexe masculin qui perçoivent un faible niveau de surveillance parentale sont plus susceptibles d'activité sexuelle que ceux percevant un degré de surveillance élevé (rapports de probabilités, 2,4–5,4). À l'exception du Malawi, même un niveau de surveillance moyen est associé, côté masculin, à une probabilité supérieure d'activité sexuelle (1,7–2,4). La même tendance est observée parmi les adolescentes du Burkina Faso, du Ghana et d'Ouganda: moins elles pensent que leurs parents ou figures parentales savent où elles se rendent le soir, ce qu'elles font pendant leurs loisirs et qui elles fréquentent comme amis, plus elles sont susceptibles d'avoir eu des rapports sexuels durant la dernière année écoulée (6,9–7,7 pour un niveau de surveillance faible; 2,7–3,2 pour une surveillance moyenne).

Une seule association significative est observée concernant les conditions de logement des adolescents et leur activité sexuelle: parmi les Ougandaises, celles qui vivent avec leurs deux parents ou figures parentales sont moins susceptibles que leurs homologues ne vivant avec aucun d'avoir eu des rapports sexuels durant la dernière année écoulée (rapport de probabilités, 0,6). Il est notable que le logement avec un parent ou une figure parentale, indépendamment du sexe de l'adolescent, n'est associé à un risque ni supérieur, ni inférieur d'activité sexuelle.

De plus, la communication des parents avec leurs adolescents sur les questions de nature sexuelle ne présente, dans les quatre pays, aucune association constante quant à la probabilité d'activité sexuelle. Cette communication n'est associée à une probabilité élevée de sexualité active durant la dernière année écoulée que parmi les garçons du Malawi et les filles d'Ouganda (2,2 et 1,5, respectivement). Aucune association significative ne se révèle entre les parents sources d'information sur la contraception et l'activité sexuelle de leurs fils ou filles adolescents.

Nous nous attendions, de manière générale, à une association positive entre la présence et participation parentale—par coresidence, surveillance ou communication—et la pratique contraceptive des adolescents sexuellement actifs. Aucune association n'est cependant apparue entre la surveillance parentale et l'usage d'une méthode lors des derniers rapports sexuels, et les associations entre les deux autres dimensions de la parentalité et l'usage d'un contra-

ceptif ne sont pas constantes d'un pays à l'autre (tableau 3, page 7). Seules deux associations significatives sont observées au niveau de la corésidence: en Ouganda, les filles qui vivent avec leur père ou une figure paternelle seulement sont plus susceptibles que celles ne vivant avec aucun parent ni figure parentale d'avoir utilisé un contraceptif lors de leurs derniers rapports sexuels (rapport de probabilités, 2,6) et, au Ghana, les filles vivant avec leur mère ou une figure maternelle seulement sont moins susceptibles d'avoir utilisé une méthode (0,5). La communication entre parents et enfants sur les questions de nature sexuelle présente une association positive avec la pratique contraceptive des Ghanéennes (3,0) et des Ougandais des deux sexes (2,0 pour les filles et 1,9 pour les garçons). Enfin, aucune association n'est observée entre les parents sources d'information relative à la contraception et la pratique contraceptive des adolescents.

DISCUSSION

De manière générale, les adolescents non mariés des quatre pays d'Afrique subsaharienne à l'étude avaient (ou percevaient avoir) des parents ou figures parentales impliqués dans leur vie, surtout en ce qui concerne les filles. Dans cette étude, les parents et figures parentales sont le plus présents à travers la corésidence, la surveillance des mouvements des adolescents le soir et pendant leurs loisirs et la connaissance de leurs amis. Leur participation est moindre en termes de communication effective avec les adolescents sur les questions de nature sexuelle ou d'apport d'information sur la contraception. Étant donné les inhibitions culturelles qui font obstacle aux conversations entre parents et enfants sur les questions de nature sexuelle³⁰ et, tout aussi important peut-être, les attitudes parentales négatives à l'égard de l'activité sexuelle des adolescents non mariés, il n'est pas surprenant qu'environ une fille sur trois seulement et un garçon sur cinq aient fait état de telles conversations au Ghana, au Malawi et en Ouganda. Les données de l'enquête révèlent par ailleurs une connexion beaucoup plus étroite entre les filles qu'entre les fils et leurs parents et figures parentales en ce qui concerne les mesures de surveillance et de communication. La raison en est peut-être la plus grande vulnérabilité perçue des filles, ou peut-être les plus graves conséquences sociales des rapports sexuels non protégés pour les filles non mariées et les doubles mesures culturelles, concernant la sexualité des garçons et des filles, dans les quatre pays à l'étude. Les résultats de discussions de groupe parmi les adolescents de ces pays viennent étayer l'argument des sanctions sociales plus graves pour les filles non mariées qui se retrouvent enceintes et font la honte de leur famille que pour les garçons non mariés responsables de leur grossesse.^{30,31}

Un haut niveau de surveillance parentale perçue s'est avéré le facteur le plus fortement associé à une moindre probabilité d'activité sexuelle des adolescents, dans les quatre pays pour les garçons et dans trois (l'exception étant le Malawi) pour les filles. Les dimensions de corési-

dence et de communication présentent une association plus faible et moins constante avec l'activité sexuelle. L'association positive entre la communication parentale sur les questions de nature sexuelle et l'activité sexuelle des adolescents au Malawi et en Ouganda pourrait s'expliquer par une discussion intervenue après la découverte de cette activité par les parents—dans un effort de précaution après coup, en quelque sorte. Faute de spécificité de la mesure de communication, ces observations ne doivent cependant pas être interprétées comme concluantes.

Contrairement à son association avec l'activité sexuelle, la surveillance parentale ne présente aucune association avec la pratique contraceptive des adolescents. La communication entre parents et enfants sur les questions de nature sexuelle est associée positivement à la pratique d'une méthode dans deux pays seulement, alors que l'apport parental d'information sur la contraception ne l'est nullement à des rapports sexuels protégés. De plus, la relation négative entre le fait d'être fille ghanéenne vivant avec sa mère ou figure maternelle seulement et la pratique contraceptive semble étrange et pourrait être attribuée peut-être à des facteurs tels que le désir de l'adolescente de ne pas «décevoir» sa mère, car certaines discussions de la pratique contraceptive impliquent que le parent ou la figure parentale parle «à» plutôt qu'«avec» la jeune personne.¹³

Dans l'ensemble, nos résultats donnent à penser que la surveillance parentale peut être une dimension digne de renforcement à travers les initiatives programmatiques (en aidant par exemple les parents à soutenir davantage leurs adolescents plus âgés en sachant où ils vont et qui ils fréquentent) et qu'une surveillance accrue pourrait aider les adolescents à différer leur sexualité active (même si elle n'encourage pas leur pratique contraceptive une fois qu'ils deviennent sexuellement actifs). Les implications programmatiques d'une meilleure communication entre parents et enfants ne sont pas définitives étant donné le manque de spécificité des mesures utilisées. Si l'on considère toutefois les niveaux de communication relativement faibles observés dans cette étude sur les questions de nature sexuelle et, comme l'indiquent d'autres études,^{7,18,30} les difficultés qu'éprouvent les adolescents (aussi bien que les parents) à parler de sexualité, la nécessité de meilleures communications sur ces questions sensibles est claire. Les communications entre parents et enfants sont souvent problématiques.¹⁸ Il serait dès lors utile d'explorer d'autres stratégies—telles que l'appel traditionnel aux adultes de confiance de la communauté pour l'apport d'information et de services aux jeunes (les «sengas», ou tantes paternelles, par exemple, en Ouganda). Dès le moment où ils sont sexuellement actifs, les adolescents pourraient être mieux aptes à se protéger s'ils disposent de canaux de communication ouverts et bienveillants avec leurs parents et figures parentales. L'approche pourrait être plus bénéfique si les adolescents pouvaient demander conseil à leurs parents sur leurs questions de nature sexuelle ou même leur demander leur aide pour l'obtention de mé-

thodes contraceptives, plutôt que de voir les parents assumer un rôle d'enseignant, vis-à-vis de leurs enfants adolescents, en ce qui concerne la contraception.

Notre étude contribue, certes, à la base factuelle relativement limitée aujourd'hui disponible sur le rôle des parents à l'égard de la santé sexuelle et génésique des adolescents, mais elle présente plusieurs limites. D'abord, étant donné la difficulté d'établir l'ordre temporel des variables, les données transversales ne permettent aucune interprétation causale basée sur les caractéristiques de la famille ou du répondant, particulièrement en ce qui concerne la communication entre parents et enfants et les comportements sexuels et contraceptifs des adolescents. De plus, l'absence de mesure de facteurs causaux importants ne permet pas d'exclure la possibilité d'influence de ces facteurs sur les facteurs familiaux, le comportement sexuel et la pratique contraceptive.

Deuxième limite, la dimension de communication a été mesurée de manière générale, laissant incertaine la direction de l'association (ou même d'influences contraires susceptibles de s'annuler l'une l'autre). La mesure de la communication entre parents et enfants n'identifie par ailleurs aucun thème spécifique (abstinence ou pratique contraceptive, par exemple) ou ton (de soutien ou disciplinaire, etc.). Cela sans compter que certains adolescents sans parents biologiques ni figures parentales peuvent avoir pensé que cette question ne les concernait pas, même si elle était formulée pour inclure les expériences antérieures avec des parents désormais absents. La question relative à l'information reçue sur les méthodes contraceptives n'évalue non plus ni le ton de l'échange, ni le message sous-jacent: dans les cas où le message est négatif, on peut donc s'attendre à ce qu'il dissuade les adolescents de pratiquer la contraception (produisant donc l'effet contraire à celui recherché).

Troisième limite de l'étude, les mesures de la surveillance et de la communication parentale reposent sur les perceptions des adolescents et ne reflètent donc pas nécessairement l'intervention réelle des parents ou figures parentales. On pourrait cependant défendre l'argument que ce sont ces mêmes perceptions qui influencent en fait directement les décisions que les adolescents prennent (ou non) concernant leur vie.

Malgré ces limites, l'observation effective de fortes associations positives entre certaines dimensions de parentalité et les comportements sexuels et contraceptifs des adolescents donne à penser qu'une recherche approfondie de ces aspects de participation parentale pourrait être utile. Étant donné l'importance des parents dans la vie de leurs enfants et le débat sur l'utilité de la participation parentale à la santé sexuelle et génésique des adolescents, on peut conclure sans nul doute que certains aspects de la participation parentale, mais probablement pas tous, jouent vraisemblablement un rôle fondamental dans l'établissement et la poursuite par leurs adolescents d'une vie sexuelle et génésique saine. Il serait utile aux programmes de tenir compte de certains éléments de participation parentale

dans les efforts qu'ils déploient pour aider les jeunes à se protéger contre le VIH, les grossesses non planifiées et autres risques de santé sexuelle et génésique.

RÉFÉRENCES

1. Rodgers K, Parenting process related to sexual risk-taking behaviors of adolescent males and females, *Journal of Marriage and Family*, 1999, 61(1):99-109.
2. Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Helping Parents in Developing Countries Improve Adolescents' Health*, Genève: OMS, 2007 (publié en français en 2008 sous le titre *Aider les parents à améliorer la santé de l'adolescent dans les pays en développement*).
3. Wight D, Williamson L et Henderson M, Parental influences on young people's sexual behaviour: a longitudinal analysis, *Journal of Adolescence*, 2006, 29(4):473-494.
4. Ross DA, Dick B et Ferguson J, *Preventing HIV/AIDS in Young People: A Systematic Review of the Evidence from Developing Countries*, WHO Technical Report Series, Genève: OMS, 2006, n° 938.
5. OMS, *Summaries of Projects in Developing Countries Assisting the Parents of Adolescents*, Genève: OMS, 2007.
6. Diop NJ et al., *Improving the Reproductive Health of Adolescents in Senegal*, Washington, DC: Population Council/FRONTIERS Program, 2004.
7. Kiragu K et al., *Straight Talk Campaign in Uganda: Parent Survey*, Washington, DC: Horizons/Straight Talk Foundation, 2007.
8. Miller KS et Vandenhoudt H, Youth prevention activities in western Kenya: the Families Matter program, document présenté à la rencontre de l'Interagency Youth Working Group, Washington, DC, 6 déc. 2007.
9. Borawski EA et al., Parental monitoring, negotiated unsupervised time, and parental trust: the role of perceived parenting practices in adolescent health risk behaviors, *Journal of Adolescent Health*, 2003, 33(2):60-70.
10. Li X, Stanton B et Feigelman S, Impact of perceived parental monitoring on adolescent risk behavior over 4 years, *Journal of Adolescent Health*, 2000, 27(1):49-56.
11. Ngom P, Magadi MA et Owuor T, Parental presence and adolescent reproductive health among the Nairobi urban poor, *Journal of Adolescent Health*, 2003, 33(5):369-377.
12. Karim AM et al., Reproductive health risk and protective factors among unmarried youth in Ghana, *International Family Planning Perspectives*, 2003, 29(1):14-24.
13. Kumi-Kyereme A et al., Influence of social connectedness, communication and monitoring on adolescent sexual activity in Ghana, *African Journal of Reproductive Health*, 2007, 11(3):133-147.
14. Babalola S, Tambah BO et Vondrasek C, Parental factors and sexual risk-taking among young people in Côte d'Ivoire, *African Journal of Reproductive Health*, 2005, 9(1):49-65.
15. Bettinger JA et al., Does parental involvement predict new sexually transmitted diseases in female adolescents? *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2004, 158(7):666-670.
16. DiClemente RJ et al., Parental monitoring: association with adolescents' risk behaviors, *Pediatrics*, 2001, 107(6):1363-1368.
17. Roche KM, Ahmed S et Blum RW, Enduring consequences of parenting for risk behaviors from adolescence into early adulthood, *Social Science & Medicine*, 2008, 66(9):2023-2034.
18. Awusabo-Asare K, Bankole A and Kumi-Kyereme A, Views of adults on adolescent sexual and reproductive health: qualitative evidence from Ghana, *Occasional Report*, New York: Guttmacher Institute, 2008, No. 34.
19. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), 2008 *Report on the Global AIDS Epidemic*, Genève: ONUSIDA, 2008.
20. Mensch BS, Grant MJ et Blanc AK, The changing context of sexual initiation in Sub-Saharan Africa, *Population and Development Review*, 2006, 32(4):699-727.

21. Cleland J et Ali MM, Sexual abstinence, contraception, and condom use by young African women: a secondary analysis of survey data, *Lancet*, 2006, 368(9549):1788-1793.
22. Khan S et Mishra V, *Youth Reproductive and Sexual Health*, DHS Comparative Reports, Calverton, MD, USA: Macro International, 2008, No. 19.
23. Awusabo-Asare K et al., Adolescent sexual and reproductive health in Ghana: results from the 2004 National Survey of Adolescents, *Occasional Report*, New York: Guttmacher Institute, 2006, No. 22.
24. Guiella G et Woog V, Santé sexuelle et reproductive des adolescents au Burkina Faso: résultats d'une enquête nationale en 2004, *Occasional Report*, New York: Guttmacher Institute, 2006, No. 21.
25. Munthali A et al., Adolescent sexual and reproductive health in Malawi: results from the 2004 National Survey of Adolescents, *Occasional Report*, New York: Guttmacher Institute, 2006, No. 24.
26. Neema S et al., Adolescent sexual and reproductive health in Uganda: results from the 2004 National Survey of Adolescents, *Occasional Report*, New York: Guttmacher Institute, 2006, No. 25.
27. Bankole A et al., Sexual behavior, knowledge and information sources of very young adolescents in four Sub-Saharan African countries, *African Journal of Reproductive Health*, 2007, 11(3):28-34.
28. Rutstein SO et Johnson K, *The DHS Wealth Index*, DHS Comparative Reports, Calverton, MD, USA: ORC Macro, 2004, No. 6.
29. Curtis SL et Sutherland EG, Measuring sexual behaviour in the era of HIV/AIDS: the experience of Demographic and Health Surveys and similar enquiries, *Sexually Transmitted Infections*, 2004, 80(Suppl. 2): ii22-ii27.

30. Amuyunzu-Nyamongo M et al., Qualitative evidence on adolescents' views of sexual and reproductive health in Sub-Saharan Africa, *Occasional Report*, New York: Alan Guttmacher Institute, 2005, No. 16.
31. Bleek W, Avoiding shame: the ethical context of abortion in Ghana, *Anthropological Quarterly*, 1981, 54(4):203-209.

Remerciements

Les auteurs remercient les chercheurs du projet *Protecting the Next Generation*, source des données originales d'enquête: Akwasi Kumi-Kyereme, de l'University of Cape Coast, au Ghana; Christine Ouedraogo et Georges Guiella, anciennement de l'Institut Supérieur des Sciences de la Population, au Burkina Faso; Stella Neema et Richard Kibombo, du Makerere Institute of Social Research, en Ouganda; Alister Munthali et Sidon Konyani, du Centre for Social Research, au Malawi; Alex Ezeh, de l'African Population and Health Research Center (APHRC), au Kenya; Eliya Zulu, anciennement de APHRC; Nyovani Madise, de l'University of Southampton, au Royaume-Uni; et Susheela Singh et Ann Moore, du Guttmacher Institute, aux États-Unis. Ce projet a bénéficié du financement de la Bill & Melinda Gates Foundation, de la Rockefeller Foundation et de l'U.S. National Institute of Child Health and Human Development (don 5 R24 HD043610). Cette recherche a été présentée à la conférence «Investing in Young People's Health and Development: Research That Improves Policies and Programs» tenue à Abuja (Nigéria) du 27 au 29 avril 2008.

Coordonnées de l'auteur: biddlecom@un.org