

**Projet Renforcement des structures de santé dans le domaine de la planification
familiale et de la santé et des droits sexuels et reproductifs**

**Rapport d'analyse du profil des mères célibataires
identifiées dans les 29 CDS à réseaux socio
communautaires appuyés par la GIZ/SDSR**

BUJUMBURA, SEPTEMBRE 2019

***Champ d'action : « Collaboration avec la société civile et
les leaders religieux en SDSR »***

Table des matières

SIGLES ET ABREVIATIONS	3
SYNTHESE DES INFORMATIONS CLES.....	4
I. INTRODUCTION	8
I.1. Contexte et justification de l'étude	8
I.2. Objectifs de l'étude	8
I.3. Méthodologie.....	8
I.3.1. Organisation préliminaire de l'identification	8
I.3.2. Groupe cibles de l'étude	9
I.3.3. Déroulement de la collecte de données	9
II. RESULTATS ET ANALYSE.....	9
II.1. Caractéristiques sociodémographiques des mères célibataires identifiées.....	9
II.2. Période de survenue la grossesse	15
II.2.1. Répartition des mères célibataires par âge à la 1ère grossesse	15
II.2.2. Gestité et parité chez les mères célibataires identifiées.....	16
II.3. Connaissances sur la santé sexuelle et reproductive	18
II.3.1. Age au 1er rapport sexuel.....	18
II.3.2. Période de constat de leur grossesse	19
II.3.3. Exposition des mères célibataires à l'information ou sur les IST/VIH/SIDA.....	20
II.3.4. Exposition à l'information ou à la formation sur les méthodes contraceptives modernes	21
II.3.5. Lieux d'approvisionnement des informations sur les méthodes contraceptives modernes	21
II.3.6. Fréquentation des CDS pour demander conseils ou informations sur les méthodes contraceptifs.....	23
II.4. Identification du profil des partenaires des mères célibataires	24
II.4.1. Age du partenaire à la naissance de l'enfant	24
II.4.2. Profession des partenaires	25

II.4.3. Conditions de vie des mères célibataires identifiées	25
II.4.4. Type de famille des mères célibataires identifiées	26
II.5. Violence sexuelle subies par les MC	26
II.5.1. Effectif de mères célibataires ayant déjà subi un viol	26
II.5.2. Sollicitation d'aide dans une formation sanitaire par les mères célibataires	27
II.5.3. Reconnaissance de la paternité	28
II.5.4. Réactions des parents vis-à-vis de la grossesse de leur enfant	29
II.6. La sante mère-enfant et l'avenir de l'enfant	30
II.6.1. Lieux d'accouchement pour les mères célibataires identifiées.....	30
II.6.2. Pratique de la CPON chez les mères célibataires	30
II.6.3. Nombre de mères célibataires ayant fait vacciner les enfants	31
II.6.4. Enregistrement des enfants à l'état civil.....	31
II.7. Facteurs favorisant les grossesses non désirées, contribution pour la réduction de cas de grossesses	32
II.7.1. Les facteurs favorisant les grossesses non désirées.....	32
II.7.2. Les mesures à envisager pour diminuer les grossesses non désirées au niveau des écoles	35
II.7.3. Les mesures à envisager pour diminuer les grossesses en dehors du milieu scolaire.	37
CONCLUSION.....	37
ANNEXES.....	38

Sigles et abréviations

ASC	: Agent de Santé Communautaire
CDS	: Centre de Santé
CPN	: Consultation Prénatale
CPON	: Consultation Postnatale
CR	: Croix Rouge
DS	: District Sanitaire
GIZ	: Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
IST	: Infections Sexuellement Transmissibles
MC	: Mères Célibataires
MCD	: Médecin Chef de District
MCM	: Méthodes Contraceptives Modernes
PS	: Province Sanitaire
SDSR	: Santé et Droit Sexuels et Reproductive
SSR	: Santé Sexuelle et Reproductive
%	: Pourcentage
SSR	: Santé Sexuelle et Reproductive
SIDA	: Syndrome d'Immuno- Déficience Acquise

SYNTHESE DES INFORMATIONS CLES

➤ Caractéristiques socio-démographiques des mères célibataires identifiées

- L'identification a porté sur 3679 mères célibataires dont 1630 (soit 44.31%) dans le district sanitaire de Gitega, 1256 (34.14%) dans la province de Muramvya et 793 (21.55%) dans la province de Mwaro,
- Les mères célibataires identifiées qui sont encore dans la catégorie de jeunes et adolescentes (10-24 ans) constituent **47.82%**
- Plus de grossesses surviennent à l'école primaire (soit dans **43.1%** des cas). Il est donc nécessaire de prévoir des interventions musclées d'éducation des élèves à la sexualité pour les élèves du 1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} cycle de l'école fondamentale avec des messages adaptés pour prévenir les grossesses à temps.
- La grande majorité (soit **75,7%**) de mères célibataires ont comme profession l'agriculture, bien que l'analyse du niveau d'étude montre **15.3%** n'ont pas été sur le banc de l'école. Ceci explique que la majorité des filles qui sont engrossées sont éjectées du système scolaire et ont peu de chances de réintégrer l'école.
- L'appartenance à une religion ne prévient pas les grossesses, ne réduit pas la sexualité et ne protège pas les jeunes filles contre les VS/VBG. Très peu de jeunes (**0.4%**) n'appartiennent pas à une confession religieuse. Cette répartition de jeunes mères célibataires se calque à la prédominance de ces confessions au Burundi. La majorité des mères célibataires (2670) soit, **72,6 %** sont des catholiques, (813 soit, **22,1%**) sont des protestantes, sont en peu tolérantes par rapport à la contraception moderne, 110 mères célibataires soit, **3%** issues de la religion musulmane. Les acteurs communautaires, y compris les Eglises doivent fournir des messages complets (adresser les connaissances, attitudes, savoir-faire et savoir-être afin d'aider les jeunes et adolescentes à adopter des comportements sexuels responsables.

➤ Circonstances auxquelles des grossesses chez les adolescentes sont survenues

- 1.72% avaient un âge compris entre 10-14 ans, 41,27% étaient dans la tranche d'âge 15-à 19 ans, 43% étaient âgées de 20-24 ans et 14.01% avaient 25 ans et plus. Curieusement, l'analyse par niveau d'étude a montré que la majorité ont eu leurs grossesses étant à l'école primaire ou dans les trois 1^{ers} cycles de l'ECOFO.
- Certaines d'entre elles ont évoqué les rapports sexuels comme des « jeux d'enfants » et par conséquent, elles ont des grossesses à risques car, leur physiologie n'est pas encore prête pour avoir l'accouchement à moindre risque.
- 36.04% ont eu plus d'une grossesse, mais 7% des mères identifiés ont perdu leurs enfants pour des causes inconnues.
- 29,4% affirment que leurs enfants sont issus des pères différents

➤ Connaissances sur la santé sexuelle et reproductive

- La CPN au 1^{er} trimestre constitue la porte d'entrée pour la PTME (Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant). Or, l'étude montre qu'il y a certaines MC (20.1%) qui ont su leur grossesse au-delà des 12 semaines d'aménorrhée et

même jusqu'à terme pour certaines jeunes filles. La majorité (95%) affirment l'avoir fait mais tardivement.

- Les raisons évoquées est la négligence/manque d'importance, l'incapacité d'aller seule au CDS, la peur d'être vue, l'interdiction par le partenaire, l'exigence du CDS de venir avec le partenaire, le problème de trouble mental comme facteurs qui ont fait qu'elles ne fassent pas la CPN. D'autres disent qu'elles ignoraient qu'elles sont enceintes. Le manque connaissances sur la CPN a été aussi évoqué comme facteur de non consultation prénatale.
- Peu de filles, 30.4% ont été exposées à l'information sur leur SSR avant la 1^{ère} grossesse, 33.5% pendant la 1^{ère} grossesse et 36.1% après l'accouchement ou l'avortement. Il est donc nécessaire d'informer et de conscientiser les jeunes sur la santé sexuelle et reproductive avant d'être exposées aux rapports sexuels précoces.
- L'information sur la santé devient plus utile quand elle est donnée à titre préventive. Or, près de la moitié (49.5%) des MC identifiées ont accédé à l'information sur la contraception après l'accouchement.
- Les principaux cadres ou canaux d'information sur les MCM cités ont été, par priorité, les centres jeunes (26.84%), l'école (23.04%), la radio (22.39%), la communauté (19.16%) et le CDS (**8.58%**).
- Néanmoins, en dehors de ces cadres formels, d'autres cadres qui ont été évoqués sont surtout des affichages (**51.7%**), des Agents de santé communautaires, les Associations de jeunes, les amis etc...
- La grande majorité (**65,1%**) n'ont pas fréquenté le CDS pour y recevoir des conseils ou informations sur les méthodes contraceptives. Les **raisons expliquant la faible fréquentation du CDS** qui ont été évoquées est le manque de temps, l'éloignement du CDS (longues distances qu'il faut parcourir pour accéder au CDS), le manque de confiance aux méthodes contraceptives (peur des effets secondaires), le manque de sensibilisation, le manque d'intérêt des jeunes vis-à-vis des méthodes contraceptives, la peur que leurs parents ou autres adultes découvrent qu'ils ont sollicité des services de SSR, croyance selon laquelle les services SR sont seulement pour les personnes mariées.
- Les éléments **qui motiveraient les jeunes** à fréquenter leur CDS, les mères célibataires proposent que les prestataires gardent le secret médical, le bon accueil des clients, l'établissement d'un calendrier d'IEC spécifique aux jeunes, que les prestataires acceptent de faire la CPN aux mères célibataires et ne pas exiger qu'elles viennent avec les maris qu'elles n'ont pas, augmenter les sensibilisations des jeunes sur la SSR, utilisation des appareils audiovisuels dans la sensibilisation pour montrer les images sur les conséquences de ne pas observer les conseils sur la santé sexuelle et reproductive. Elles proposent aussi la paire éducation des jeunes comme moyen pour que les jeunes fréquentent leurs CDS pour demander conseils en matière de contraception.

➤ Identification du profil des partenaires des mères célibataires

- La majorité des partenaires des mères célibataires identifiées avaient essentiellement un âge compris entre 25-29 ans (soit 29.8%) et 20-24 ans (soit 28.5%) et étaient essentiellement des cultivateurs. Mais les filles avaient essentiellement un âge inférieur, pour la plupart compris entre 15-19 ans. Ceci

crée un déséquilibre de pouvoir entre le garçon et la fille et ouvre donc la porte aux VSBG chez les filles.

- Le revenu du partenaire influe sur la pratique sexuelle chez les jeunes filles. 34.6% des partenaires sexuels étaient des agriculteurs. Ceci est d'autant vrai ici parce que quand les garçons font le choix du métier agricole, ils pratiquent l'agriculture de marché.

➤ **Violences sexuelles chez les MC identifiées**

- Il est important de remarquer que même si, seulement 17,8% de mères célibataires affirment avoir été violées, 76,1% affirment avoir fait des rapports sexuels sans consentement. De plus, à peu près 50% avaient un âge inférieur à 19 ans et 5.1% étaient encore élève. Cela prouve donc une méconnaissance des VSBG.
- 31,4% des jeunes mères célibataires identifiées affirment que leurs partenaires sexuels ont refusé de reconnaître qu'ils sont responsables des grossesses. Certains des partenaires sexuels ont pris fuite d'autres refusent de reconnaître l'enfant parce que ce sont des hommes mariés ou des membres de la famille directs. Certaines mères célibataires ont déploré que leurs enfants ne peuvent pas bénéficier de la mesure de gratuité des soins faute d'attestation de naissance. Cela montre que certaines filles sont dans l'ignorance étant donné que l'accès à l'attestation de naissance n'a rien à voir avec la reconnaissance de la paternité. Il suffit que l'enfant soit enregistré au service d'état civil communal, et cet acte civil peut être rempli par la fille seule.

➤ **Santé de la mère et de l'enfant et droits civils**

- La précocité est l'un des facteurs qui confère le caractère risquant pour toute grossesse. Mais cette dernière devient plus risquant si la grossesse n'a pas été suivie et si l'accouchement se déroule en dehors du milieu de soins. Cette étude, a permis de constater que même si la majorité de mères célibataires a accouché dans les structures de santé (43.6% dans un hôpital et 42.5% dans un CDS), il y a 13% de mères célibataires qui ont accouché à domicile et 0.9% ailleurs dans un milieu non sain où les règles d'hygiène laissent à désirer.
- La majorité des mères célibataires identifiées (62,8%) n'a pas fait la consultation post natale et son importance semble méconnue pour la plupart bien que pas mal d'entre elles aient eu plus d'une grossesse.
- L'enregistrement des enfants est un droit pour tous. Le manquement à ce devoir prive les enfants de leurs droits fondamentaux, notamment la scolarisation de base gratuite et la gratuité des soins de santé jusqu'à l'âge de 5 ans. Or, 24% issues des mères célibataires identifiées ne sont pas enregistrées à l'état civil.

➤ **Les facteurs favorisant les grossesses non désirées :**

- L'insatisfaction des besoins de base en famille
- Les cadeaux des garçons
- L'adolescence/curiosité sexuelle
- L'ivresse des jeunes

- Les films pornographiques
- Les mauvaises compagnies
- L'incertitude d'avoir un conjoint
- Mauvais exemple des parents
- Le manque de sensibilisation sur la santé sexuelle et reproductive
- Non accès aux préservatifs
- Violences Sexuelles
- Le comportement démissionnaire des parents

➤ **Les mesures à envisager pour réduire les grossesses en milieu scolaire :**

- Dialogue parents/enfants sur la SSR
- La punition des auteurs des grossesses non désirées
- Témoignages de leur vécu par les mères célibataires
- Création des clubs des jeunes comme cadre de conseils
- Eviter les films pornographiques
- Cesser le viol des filles scolarisées, chasser de l'école les filles enceintes et les auteurs de la grossesse, éviter de s'enivrer et de rentrer la nuit, éviter les mauvaises compagnies, multiplier les sensibilisations sur la santé sexuelle et reproductive, rendre accessible les méthodes contraceptives aux jeunes et sensibiliser les jeunes à suivre les conseils.

I. INTRODUCTION

I.1. Contexte et justification de l'étude

L'identification des mères célibataires dans les aires de responsabilité des CDS à réseaux socio communautaires a été réalisée dans les périodes du 18 au 22 mars 2019 dans CDS des DS Kibumbu, Kiganda et Muramvya et du 29 Avril au 3 mai 2019 dans les CDS des DS Fota et Gitega par des jeunes filles et femmes (identificatrices) qui ont été formées à cet effet. Cette identification a été réalisée dans le but de renseigner l'ampleur du phénomène « grossesses chez les adolescentes » et identifier leur profil, leurs connaissances sur la SR, les comportements qui les exposent aux grossesses, les facteurs qui favorisent ces grossesses et leurs attitudes envers les structures de santé et leurs sources d'informations sur la SR.

I.2. Objectifs de l'étude

Cette étude a été menée pour documenter le phénomène de grossesses précoces dans les CDS à réseaux afin d'avoir une base de planification des mesures pour promouvoir les comportements responsables chez les jeunes et adolescents.

I.3. Méthodologie

I.3.1. Organisation préliminaire de l'identification

Cette identification s'est inspiré des leçons tirées de la collaboration avec un groupement des mères célibataires de Fota et Giheta. Cette expérience a permis au projet de comprendre que les mères célibataires peuvent sortir de leur discrimination et auto-discrimination pour devenir des agents de changement dans leur milieu de vie, une fois que leurs capacités sont renforcées.

Un questionnaire administré a été élaboré par l'équipe du projet SDSR, testé lors de la formation des identificatrices. Ainsi, avec cet outil, il a été possible d'identifier les caractéristiques sociodémographiques des mères célibataires identifiées, les périodes de survenue des grossesses non désirées, les connaissances sur la santé sexuelle et reproductive des mères célibataires. Nous avons aussi pu déterminer si les mères célibataires ont subi des violences sexuelles et quelles ont été les réactions de la mère célibataire, du partenaire et de la famille une fois appris la grossesse de la fille, la santé de la mère et de l'enfant et l'avenir de ce dernier. Nous avons pu collecter les principaux facteurs internes et externes favorisant les grossesses non désirées dans la communauté ainsi que les mesures à envisager pour la réduction de cas de grossesses.

Un atelier de réflexion sur les modalités d'identification des mères célibataires a été organisé à l'intention des administrateurs communaux, des Bureaux des Districts Sanitaires et des Bureaux Provinciaux de la Santé au cours duquel le questionnaire leur a été présenté pour validation et pour avoir l'accord de principe. Le profil des identificatrices a été aussi décidé à ce moment. Ainsi, les Asbl partenaires en collaboration avec les CDS, comités des réseaux sociocommunautaires et les BDS ont procédé au recrutement de ces équipes par CDS. Ainsi

une équipe de 48 jeunes filles a été mise en place pour mener cette identification sur les mères célibataires.

I.3.2. Groupe cibles de l'étude

L'identification a ciblé toutes les mères célibataires qui habitaient dans les aires de responsabilité des 29 CDS à réseau et qui vivaient encore sous le toit familiale (avec ses parents, tuteurs ou encore mère célibataire chef de ménage).

I.3.3. Déroulement de la collecte de données

L'organisation préliminaire a consisté à préparer les outils de collecte des données. A cet effet, un questionnaire pour les mères célibataires et une fiche de consentement ont été élaborés. Les identificatrices ont été sélectionnées et l'équipe du projet, les TPS et CPPS ont encadré les identificatrices dans la collecte de données sur terrain. Les identificatrices ont été préalablement formées sur les techniques et déontologie de la recherche. Au niveau des collines, les agents de santé communautaires ont servi de guides aux identificatrices. L'identification a été réalisée dans toutes les collines constituant les aires de responsabilité des CDS à réseaux appuyés par la GIZ SDSR dans les districts sanitaires de FOTA, KIBUMBU, KIGANDA, MURAMVYA et GITEGA.

II. RESULTATS ET ANALYSE

II.1. Caractéristiques sociodémographiques des mères célibataires identifiées

L'étude a cherché à savoir comment les mères célibataires se répartissent par localité, c'est-à-dire ; par colline, CDS, DS, commune et par province sanitaire. Il a aussi été question de savoir comment les mères célibataires se répartissent par âge, niveau d'éducation, profession ainsi que par confession religieuse lorsque la grossesse est survenue.

Le tableau ci-après montre les mères célibataires sont réparties par commune et par province.

Il est important de remarquer que la commune de Gitega a également une forte densité de la population par rapport aux communes qui hébergent les CDS à réseaux qui ont été concernées par cette identification.

Tableau n°1 : Répartition des mères célibataires identifiées par CDS, DS et par PS

Le tableau suivant montre la répartition des mères célibataires par centre de santé et par district sanitaire

Nom du DS	Commune	Nom du CDS	Effectif par CDS	Effectif par DS	PS	DS	CDS	
DS Kiganda	Mbuye	Rugari	135	672	1256	18,3	3,67	
		Kivoga	191				5,19	
	Rutegama	Kaniga	178				4,84	
		Marumane	63				1,71	
		Munyinya	105				2,85	
DS Muramvya	Bukeye	Teza	53	584		15,9	1,44	
		Giko	96				2,61	
	Muramvya	Muramvya	198				5,38	
		Bugarama	146				3,97	
		Rweza	91				2,47	
DS Gitega	Gitega	Gitega	247	1630	1630		44,3	6,71
		NDA	193					5,25
		Mushasha	198					5,38
		Mubuga	210					5,71
		Rutoki	72					1,96
		Mungwa	197			5,35		
		Ceru	120			3,26		
	Giheta	Giheta	182			4,95		
		Bukinga	62			1,69		
		Gasunu	149			4,05		
DS Kibumbu	Bisoro	Kanka	131	393	793	10,7	3,56	
	Kayokwe	Mwaro CR	62				1,69	
		Muyebe	129				3,51	
	Nyabihanga	Nyabihanga	71				1,93	
DS Fota	Gisozi	Gitara	49	400		10,9	1,33	
		Gisozi	74				2,01	
	Ndava	Buziracanda	132				3,59	
		Fota	93				2,53	
	Rusaka	Yanza	52				1,41	
	Total		3679	3679			3679	100

Il apparait que tous les CDS sont vulnérables par rapport au phénomène de grossesses chez les adolescentes avec un pic pour les CDS Kivoga, Muramvya, Gitega, Kanka et Buziracanda. Le CDS qui compte beaucoup de mères célibataires est le CDS de Gitega.

Tableau n° : Répartition des mères célibataires par tranche d'âge (actuel) et par CDS

CDS	Age non précisé	10 - 14 ans	15 - 19 ans	20 - 24 ans	Total<25 ans	25 ans et plus	Total
Rugari	13	0	7	44	51	71	135
Kivoga	0	0	10	62	72	119	191
Kaniga	13	0	16	64	80	85	178
Marumane	11	0	0	22	22	30	63
Munyinya	1	0	7	55	62	42	105
Teza	1	0	16	21	37	15	53
Giko	0	0	10	32	42	54	96
Muramvya	0	0	27	83	110	88	198
Bugarama	0	0	16	61	77	69	146
Rweza	0	0	9	28	37	54	91
Gitega	1	0	19	87	106	140	247
NDA	1	0	18	70	88	104	193
Mushasha	0	1	30	72	103	95	198
Mubuga	1	0	20	80	100	109	210
Rutoki	0	0	8	30	38	34	72
Mungwa	2	0	15	86	101	94	197
Ceru	8	0	14	39	53	59	120
Giheta	1	0	16	65	81	100	182
Bukinga	0	0	4	22	26	36	62
Gasunu	0	0	11	51	62	87	149
Kanka	0	0	18	49	67	64	131
Mwaro CR	0	0	3	19	22	40	62
Muyebe	1	0	15	52	67	61	129
Nyabihanga	0	0	6	34	40	31	71
Gitara	0	0	9	21	30	19	49
Gisozi	6	0	7	17	24	44	74
Buziracanda	0	0	20	56	76	56	132
Fota	1	0	13	43	56	36	93
Yanza	0	0	9	19	28	24	52
Total	61	1	373	1384	1758	1860	3679
%	1,65	0,03	10,15	37,65	47,82	50,60	100

Les mères célibataires qui sont encore jeunes ou adolescentes constituent **47.82%**. Le reste ont déjà atteint ou dépassé l'âge de 25 ans, à part 1.65% qui n'ont pas précisé leur âge, mais les raisons n'ont pas été recherchées.

Le tableau suivant illustre la répartition des mères célibataires identifiées par niveau d'éducation.

Tableau n°4 : Répartition des mères célibataires par niveau d'éducation

DS	Pas étudié	1 ^{ère} à 6 ^{ème}	7 ^{ème} à 9 ^{ème}	10 ^{ème} à 14 ^{ème}	Université	Total
Kiganda	87	244	153	143	0	627
Muramvya	93	260	141	90	0	584
Gitega	253	771	314	270	10	1618
Kibumbu	64	134	114	77	1	390
Fota	56	150	113	74	2	395
Total	553	1559	835	654	13	3614
%	15,3	43,1	23,1	18,1	0,4	100,0

Les données du tableau n°4 montrent que plus on avance du niveau d'étude plus les grossesses chez les adolescentes diminuent. Il apparaît donc que plus de grossesses surviennent à l'école primaire (soit dans 43.1% des cas). Et c'est aussi à ce moment-là que le taux de déperdition des jeunes filles devient plus élevé. Il est donc nécessaire de prévoir des interventions musclées d'éducation des élèves à la sexualité pour les élèves du 1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} cycle de l'école fondamentale avec des messages adaptés pour prévenir les grossesses à temps.

Le tableau suivant montre la répartition des mères célibataires par profession.

Tableau n°5 : Répartition de mères célibataires identifiées par profession

Profession des mères célibataires	Effectifs	Pourcentage
Principales activités		
Sans emploi	488	13,4
Ménagère/Bonne	21	0,6
Commerçante	70	1,9
Couturière	17	0,5
Elève	186	5,1
Cultivatrice	2747	75,7
Etudiante	4	0,1
Poterie	32	0,9
Sous total 1	3565	98

Autres activités		
Employé d'une institution	10	0,3
Incapable	2	0,1
Laveuse des habits pour publique	9	0,2
Prostituée	26	0,7
Travail temporaire	4	0,1
Travaille au couvent	1	0,0
Travaille pour un privé	3	0,1
Travaux à domicile	6	0,2
Vendeuse	4	0,1
Sous total 2	66	1,7
Total	3679	100

Les données de ce tableau n°5 montrent que la grande majorité (soit 75,7%) de mères célibataires ont comme profession l'agriculture, bien que l'analyse du niveau d'étude montre que seulement 15.3% n'ont pas été sur le banc de l'école. Ceci explique que la majorité des filles qui sont engrossées sont éjectées du système scolaire et ont peu de chances de réintégrer l'école.

Or, on sait qu'avec la problématique de l'héritage au Burundi, elles n'ont pas d'accès à la terre qui est le facteur clé de production pour l'agriculture et a encore moins de contrôle sur les bénéfices de cette agriculture (récoltes, argent en cas de vente, etc...). On sait également que les filles cultivatrices n'attendent que des garçons qui les demandent en mariage. Si alors les filles cultivatrices ont la chance d'avoir un garçon qui vient leur demander en mariage, elles acceptent facilement aux sollicitations à faire des rapports sexuels par peur qu'en refusant à ces propositions, ce garçon peut se détourner de son engagement et par conséquent vieillir sous le toit parental ce qui est dévalorisant pour une fille burundaise.

Par ailleurs, s'exprimant sur les facteurs favorisant les grossesses non désirées, certaines mères célibataires disent ce qui suit : « *Igituma inda z'indaro zigwira, biva k'ubukozi bw'ikibi bw'abahungu baduhenda ngo bazodutwara bagaca batwihakana* ». Pour dire : « *Les garçons nous proposent de faire les rapports sexuels avec eux en nous disant qu'ils vont nous prendre en mariage et une fois tombées enceintes, ils n'assument la responsabilité.* » On comprend aisément que ces filles ne font pas des rapports sexuels avec consentement. Elles sont alors en position de faiblesse pour négocier avec les garçons par rapport à leur sexualité.

Les données de ce tableau montrent que le manque d'emploi vient en deuxième position parmi les facteurs favorisant le phénomène de grossesses non désirées. En effet, 488 mères célibataires, soit 13,4% sont des sans emploi. Ici, c'est la vulnérabilité économique qui est en jeu. En effet, 1335 mères célibataires, soit 7% indiquent que l'insatisfaction des besoins en famille est un des facteurs qui favorisent les grossesses non désirées. Les jeunes filles incapables d'avoir ce dont elles ont besoin deviennent une proie facile pour les auteurs de grossesses. Il est clair que les hommes auteurs des grossesses non désirées profitent de la situation socioéconomique de la fille. La pauvreté est aussi en même temps la cause de la prostitution et des grossesses non désirées. En effet, 26 mères célibataires soit, 0,7% ont sombré dans la prostitution comme on peut le lire sur le tableau précédent.

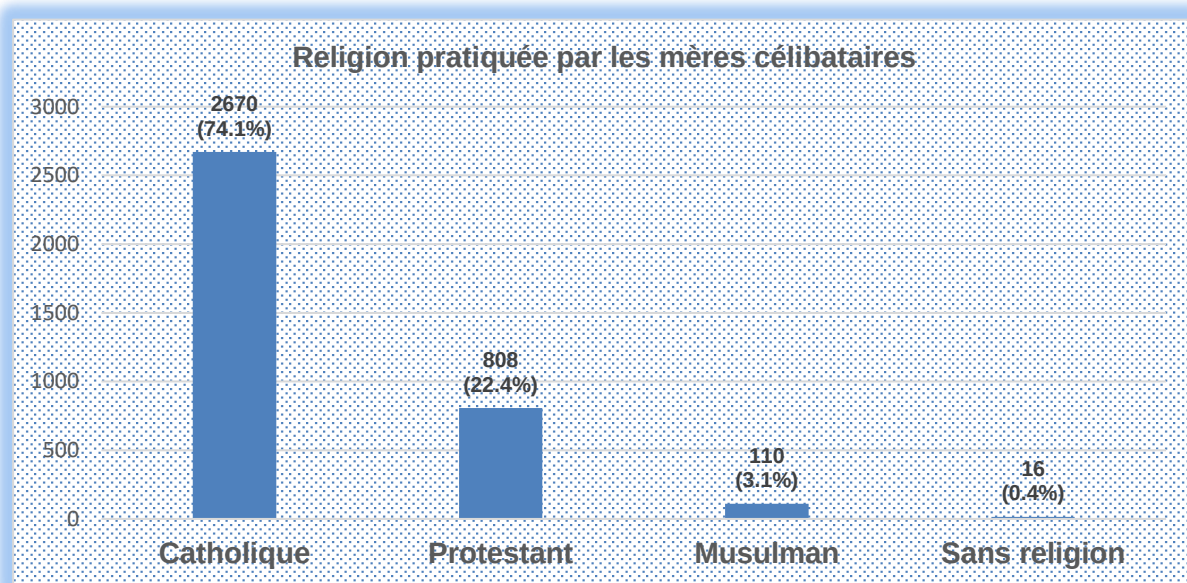
Les données de ce tableau montrent que 186 mères célibataires soit, 5,1% sont des élèves. 70 mères célibataires soit, 0,9 % sont des commerçantes. Il ressort que 4 mères célibataires soit, 0,1% célibataires sont des étudiantes. Nous trouvons que les étudiantes représentent un faible pourcentage et l'explication qui pourrait être donnée à cet état de choses, c'est que le niveau d'éducation fait que les filles aient une perspective d'avenir meilleur qui peut faire qu'elles disent non aux sollicitations à des rapports sexuels. Aussi, les étudiantes ont des connaissances suffisantes en matière de contraception et s'il arrive qu'elles fassent des rapports sexuels, elles osent demander à leurs partenaires sexuels d'utiliser le préservatif.

Le même tableau montre que, 32 mères célibataires soit, 0,9% font la poterie, métier pratiqué en principe par les Batwa au Burundi. Cela ne signifie pas que le phénomène de grossesses non désirées chez les Batwa est faible car, la population Batwa elle-même n'est pas nombreuse.

Les données consignées dans ce tableau indiquent aussi qu'il y a 21 mères célibataires ménagères ou bonnes, 17 couturières, 9 laveuses des habits pour public, 4 qui font un travail temporaire, 1 qui travaille au couvent, 3 qui travaillent pour un privé, 6 domestiques et 4 qui font le commerce ambulant. Toutes ces catégories se regroupent parmi les gens les plus pauvres et c'est leur situation de pauvreté qui les poussent à accepter les sollicitations des hommes aux rapports. Les hommes profitent de leur situation économique précaire. Il s'agit d'une forme de violence sexuelle car, ces filles font les rapports sexuels par contrainte financière.

Graphique n°1 : Répartition des mères célibataires identifiées par confession religieuse

Le graphique permet de visualiser la répartition des mères célibataires en fonction de leur confession religieuse.



Les données du graphique ci-dessus montrent très peu de jeunes (0.4%) n'appartiennent pas à une confession religieuse. Cette répartition de jeunes mères célibataires se calque à la prédominance de ces confessions au Burundi. La majorité des mères célibataires 2670 (soit, 72,6 %) sont des catholiques, 813 soit, (22,1%) sont des protestantes, seraient en peu tolérantes par rapport à la contraception moderne, 110 mères célibataires soit, 3% issues de la religion musulmane.

Ainsi, l'appartenance à une religion ne prévient pas les grossesses, ne réduit pas la sexualité et ne protège pas les jeunes filles contre les VS/VBG. Les acteurs communautaires, y compris les Eglises doivent fournir des messages complets (adresser les connaissances, attitudes, savoir-faire et savoir-être) afin d'aider les jeunes et adolescentes à adopter des comportements sexuels responsables.

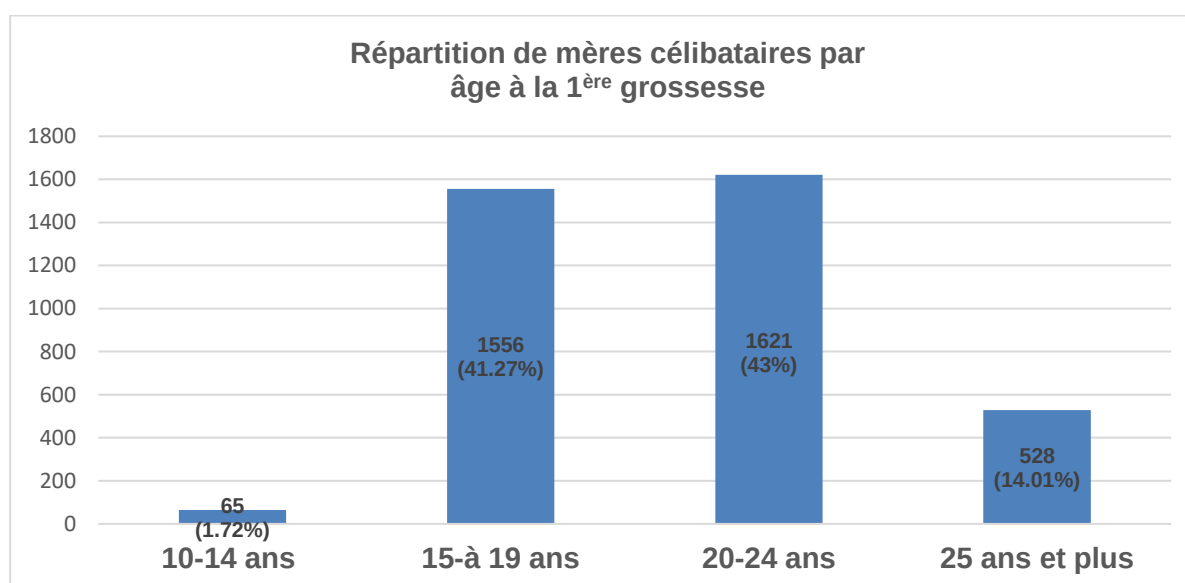
II.2. Période de survenue la grossesse

Ce point synthétise les circonstances et périodes pendant lesquelles sont survenues les grossesses chez les mères célibataires identifiées.

II.2.1. Répartition des mères célibataires par âge à la 1^{ère} grossesse

Le graphique suivant montre la répartition des mères célibataires par âge de leur première grossesse.

Graphique n°2 : Effectif de mères célibataires par âge à la 1^{ère} grossesse



Le graphique précédent montre que les mères célibataires sont devenues enceintes depuis leur très jeune âge. Curieusement, l'analyse par niveau d'étude a montré que la majorité ont eu leurs grossesses étant à l'école primaire ou dans les trois 1^{ers} cycles de l'ECOFO. Elles sont victimes du viol car, les jeunes filles de cette tranche d'âge ne peuvent pas donner un consentement ou soit encore, elles font ce que certaines d'entre elles ont appelé « jeux d'enfants » et par conséquent, elles ont des grossesses à risques car, leur physiologie n'est pas encore prête pour avoir l'accouchement à moindre risque. Il apparaît que 1.72% ont un âge compris entre 10-14 ans, 41,27% sont dans la tranche d'âge 15-à 19 ans, 43% étaient âgées de 20-24 ans et 14.01% avaient 25 ans et plus. En effet, les filles de cette tranche d'âge sont en pleine période d'adolescence. Elles veulent expérimenter la sexualité et elles tombent enceintes.

II.2.2. Gestité et parité chez les mères célibataires identifiées

Tableau n°6 : Gestité chez les mères célibataires identifiées

Nombre de grossesses	Effectifs	Effectif cumulés	%	% cumulé
9	1	1	0,03	0,03
8	4	5	0,11	0,14
7	10	15	0,28	0,41
6	25	40	0,69	1,10
5	58	98	1,60	2,71
4	140	238	3,87	6,57
3	289	527	7,98	14,55
2	811	1338	22,39	36,94
1	2284	3622	63,06	100,00

En analysant les données de ce tableau, nous remarquons que 36.04% ont plus d'une grossesse. Le nombre de grossesses varie de 1 à 9 chez les MC identifiées. Mais certaines MC ont avoué avoir pris des précautions pour ne pas retomber enceintes. 63,06 % des mères célibataires ont eu une seule grossesse au moment où une mère célibataire soit 0,03 de mères célibataires a eu 9 grossesses. Cela montre que certaines des mères célibataires après avoir tombé dans l'erreur, elles prennent des précautions qui s'imposent pour ne pas récidiver. Certaines mères célibataires le disent en ces termes : « *Jewe naciye nifatira ingingo yo kudasubira gukora imibonano mpuzabitsina ntarubaka urwanje.* » pour dire : « *Après avoir été tombée enceinte, j'ai pris la décision de ne plus faire les relations sexuelles avant le mariage.* »

D'autres mères célibataires ont approché les structures de santé pour demander la contraception afin de ne pas faire d'autres enfants avant le mariage. D'ailleurs, l'étude montre que le nombre de mères célibataires qui ont sollicité la contraception après l'accouchement est supérieur à celui d'avant de tomber enceinte. En effet, 566 mères célibataires soit, 36,1% sont allées solliciter la contraception au CDS tandis qu'avant la grossesse, c'est 477 filles soit, 30,4% qui sont allées solliciter les méthodes contraceptives et quand nous leur avons demandé ce qui pourrait être fait pour que les jeunes fréquentent beaucoup les structures de soins pour conseil en santé sexuelle et reproductive, elles disent ce qui suit : « *Twebwe twavyariye iwacu twobahanura twobabwira iciza co kuja kw'ivuriro* » pour dire ; « *Nous qui avons rencontré le problème de tomber enceinte, nous pouvons leur expliquer l'importance d'aller au CDS pour conseil en santé sexuelle et reproductive* » Ces déclarations des mères célibataires montrent qu'une fois tombées enceintes, elles ont compris l'importance de la contraception. Il est donc important de sensibiliser les jeunes filles sur la santé sexuelle et reproductive dès le bas âge pour prévenir les grossesses.

Tableau n°7 : Parité chez les mères célibataires identifiées

Nombre d'enfants	Effectifs	Effectif cumulé
9	1	1
8	1	2
7	3	5
6	12	17
5	36	53
4	125	178
3	257	435
2	737	1172
1	2247	3419
0	260	3679
Total	3679	

Même si les données de ce tableau montrent que l'effectif de mères célibataires diminue à mesure que le nombre d'enfants augmente, la situation reste alarmante car, le tableau n°7 montre qu'il y a des mères célibataires qui ont 9, 8, 7, 6, 4 enfants et ne peuvent subvenir aux besoins de leurs enfants étant seules. Il est difficile de subvenir aux besoins de scolarité, de santé, d'alimentation des enfants ce qui constitue une bombe à retardement car, ces enfants risquent de se retrouver dans la rue et on n'ignore pas les maux qu'amène le phénomène d'enfants de la rue. On remarque également que 7% des mères identifiées ont perdu leurs enfants pour des causes inconnues.

Tableau n°8 : Paternité pour les enfants nés des mères célibataires

Les enfants sont du même père	Effectifs	Pourcentage
Oui	2338	70,6
Non	972	29,4
Total	3310	100

Si 29,4 des filles identifiées affirment que leurs enfants sont issus des pères différents, avec toute la problématique de l'héritage au Burundi, ces enfants sont objet de conflits chez leurs grands-parents. Il est à noter que ces mères célibataires courent le risque de contracter les IST/VIH car le multi-partenariat occupe une part énorme, les relations sexuelles avec des partenaires multiples jouent un rôle clé dans la propagation des IST/VIH.

Tableau n°9 : Circonstances de survenue des grossesses

Période dans laquelle la fille est tombée enceinte	Effectifs	Pourcentage
Grandes vacances	780	28,7
Congés de Pâques	236	8,7
Vacance de Noël	331	12,2
Période des classes	728	26,8
Anniversaire	3	0,1
Saint Valentin	46	1,7
Fête de mariage	137	5,0
Ne sait pas	459	16,9
Total	2720	100,0

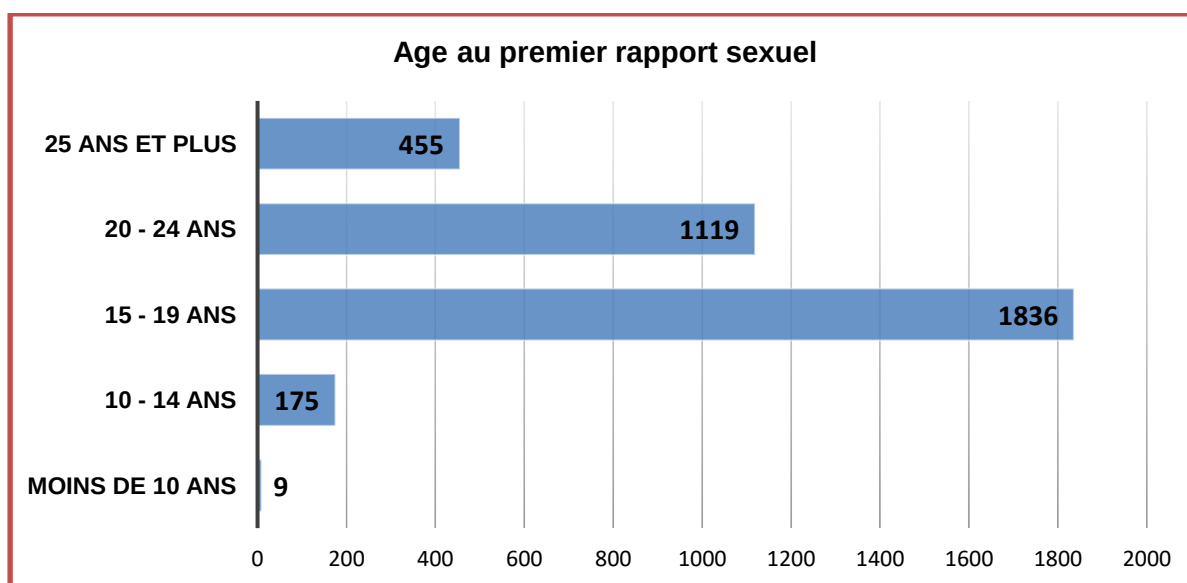
L'analyse des différentes périodes pendant lesquelles les élèves ont été engrossées, le constat est que 16.9% ignore à quelle période elles sont tombées enceintes, ce qui témoigne une non maîtrise de leur cycle menstruel. La même étude a montré que (53, soit 1.5% des mères célibataires identifiées) ont eu leurs grossesses avant d'avoir leurs règles. 28,7% ont eu leur grossesse pendant les grandes vacances et 26,8 % pendant les périodes de classe. Ceci montre qu'elles ont un besoin d'encadrement continu (à l'école comme chez eux).

II.3. Connaissances sur la santé sexuelle et reproductive

II.3.1. Age au 1er rapport sexuel

Les rapports sexuels avant l'âge de la maturité constituent un grand risque au IST/VIH aux fistules obstétricales etc...

L'étude a révélé que les filles commencent tôt les rapports sexuels.

Graphique n°3 : Age au 1^{er} rapport sexuel

Il apparaît déjà qu'à moins de 10 ans et entre 10-14 ans, respectivement 0.3 et 4.9% commencent à pratiquer les rapports sexuels ; un pic (51.1%) s'observe entre 15-19 ans. Ces rapports sexuels précoces sont à risque. Les complications de la grossesse et de l'accouchement sont la cause de décès chez les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans. Ce qui contribue à la mortalité maternelle et entraîne des problèmes de santé durables. Ces grossesses précoces accroissent donc les risques chez la mère comme pour l'enfant. Les décès néonataux sont parmi les enfants nés de mères âgées de moins de 20 ans que parmi ceux de mères âgées de 20 à 29 ans. Plus la mère est jeune, plus le risque est grand pour l'enfant.

II.3.2. Période de constat de leur grossesse

Selon le protocole national, chaque femme enceinte doit faire au minimum une consultation prénatale par trimestre. La CPN au 1er trimestre permet aux prestataires de détecter les difficultés éventuelles liés à la grossesse (chez la mère et chez l'enfant). C'est aussi une porte d'entrée pour la PTME (Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant).

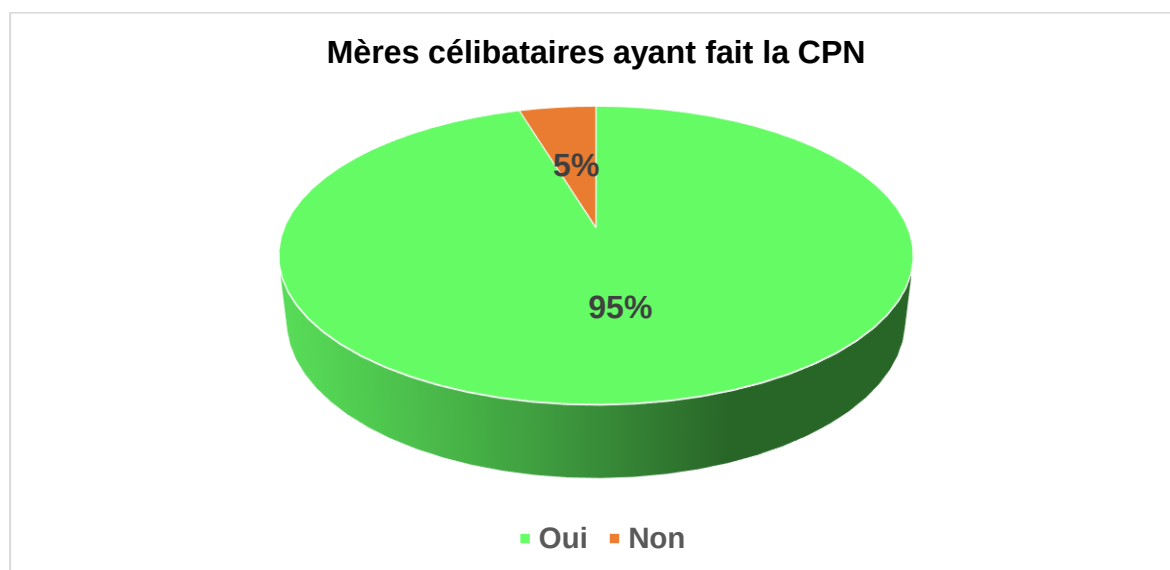
Tableau n°10 : Période de constat de la grossesse par les mères célibataires identifiées

Mois du constat de la grossesse	Effectifs	Effectifs cumulés	Pourcentage	Pourcentage cumulé
0	2	,1	,1	,1
1	1043	28,4	29,3	29,3
2	951	25,8	26,7	56,0
3	826	22,5	23,2	79,2
4	355	9,6	10,0	89,2
5	191	5,2	5,4	94,6
6	117	3,2	3,3	97,8
7	48	1,3	1,3	99,2
8	21	0,6	0,6	99,8
9	8	0,2	0,2	100,0
Total	3562	96,8	100,0	

Cette étude montre qu'il y a certaines filles (20.1%) qui ont su leur grossesse au-delà des 12 semaines d'aménorrhée et même jusqu'à terme pour certaines jeunes filles.

En effet, à la question qui demandait aux mères célibataires le nombre d'enfants qu'elles ont, certaines parmi elles disaient : « *Umwana yaciye apfa* » pour dire : « *L'enfant est décédé après quelques jours* » et d'autres mères célibataires disaient qu'elles ont avorté. Il est donc nécessaire de faire une sensibilisation sur l'importance de faire les consultations prénatales précoces et régulières.

Le graphique suivant illustre la pratique de la CPN chez les mères célibataires qui ont fait objet de l'identification, bien qu'elle a été réalisée tardivement.

Graphique n°4 : Pratique de la CPN chez les mères célibataires

En cherchant à savoir pourquoi certaines mères n'ont pas fait la CPN, elles évoquent le problème d'accès dans les structures de santé parce que c'était en période de guerre qui a sévi au Burundi. Elles mentionnent aussi la négligence/manque d'importance, l'incapacité d'aller seule au CDS, la peur d'être vue, l'interdiction par le partenaire, l'exigence du CDS de venir avec le partenaire, le problème de trouble mental comme facteurs qui ont fait qu'elles ne fassent pas la CPN. D'autres disent qu'elles ignoraient qu'elles sont enceintes. Le manque connaissances sur la CPN a été aussi évoqué comme facteur de non consultation prénatale.

II.3.3. Exposition des mères célibataires à l'information ou sur les IST/VIH/SIDA

L'exposition à l'information améliore les connaissances des jeunes sur les IST et VIH/SIDA et les bonnes connaissances leur conduisent à se protéger contre ces IST/VIH.

Tableau n°11 : Accès à l'information sur les IST/VIH

Formation/Information sur les IST/SIDA	Effectifs	Pourcentage
Oui	1569	43,7
Non	2021	56,3
Total	3590	100,0

Les données mis en exergue dans ce tableau montrent que le nombre de mères célibataires formées sur les IST/SIDA (1569, soit 43,7 %) est inférieur à celui de celles qui ne sont pas formées (2021 soit, 56,3%) ce qui montre que le travail de sensibilisation des jeunes sur les IST/SIDA reste encore grand. Peu de MC, 30.4% ont été exposées à l'information avant la 1^{ère} grossesse, 33.5% pendant la 1^{ère} grossesse et 36.1% après l'accouchement ou l'avortement.

Il est clair que beaucoup de MC ont eu des informations plus tard après qu'elles ont eu la grossesse, ce qui est un facteur favorisant les IST et le VIH/SIDA et la transmission mère-

enfant du VIH/SIDA. Certaines d'entre elles préfèrent aller dans d'autres CDS autres que celui qui est proche pour chercher conseils sur la santé sexuelle et reproductive : « *Jewe nja aho ntorera umuti w'umugera wa SIDA* » pour dire : « *moi je vais au CDS où je m'approvisionne en antirétroviraux.* » Il est donc nécessaire d'informer et de conscientiser les jeunes sur la santé sexuelle et reproductive avant d'être exposées aux rapports sexuels précoces.

II.3.4. Exposition à l'information ou à la formation sur les méthodes contraceptives modernes

L'information sur la santé devient plus utile quand elle est donnée à titre préventive. Or, près de la moitié (49.5%) des MC identifiées ont accédés à l'information sur la contraception après l'accouchement.

Tableau n°12 : Exposition à l'information sur les MCM

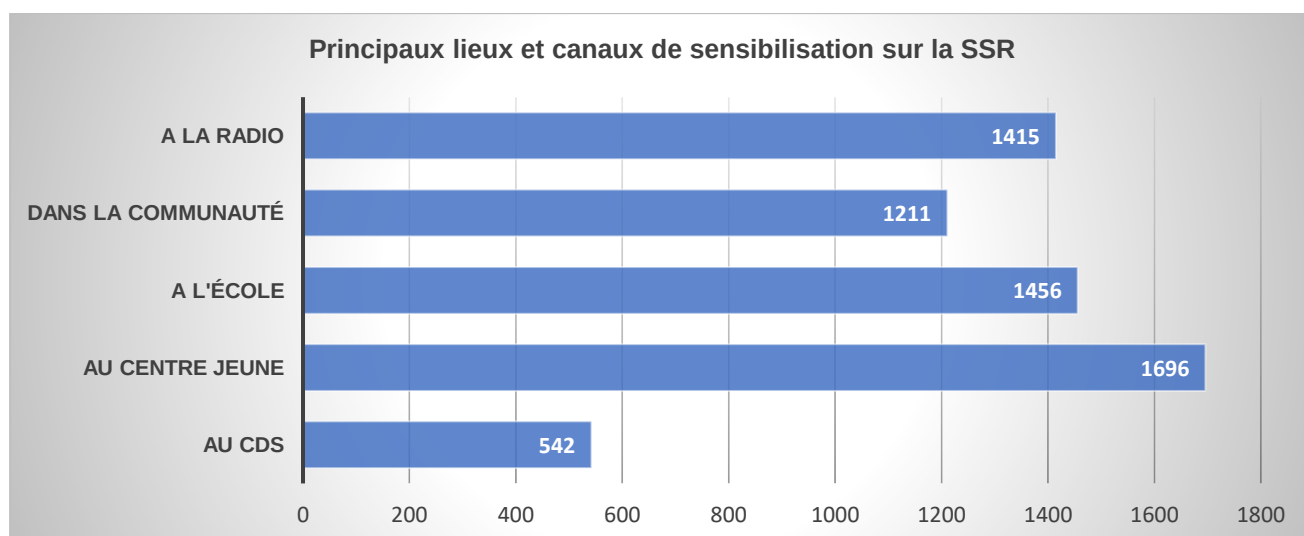
Période d'exposition à l'information sur méthodes contraceptives	Effectifs	Pourcentage
Avant la première grossesse	421	23,9
Pendant la première grossesse	468	26,6
Après l'accouchement	871	49,5
Total	1760	100,0

Certaines mères célibataires proposent ce qui pourrait être fait pour que les jeunes fréquentent les structures de santé pour demander des conseils sur la santé sexuelle et reproductive : « *N'ukubigisha iciza co kuja kwa muganga gusaba impanuro kuko benshi twagize ingorane zo gutwara imbanyi tutifuza kubera ukutamenya.* » ce qui signifie : « *Il faut expliquer aux jeunes l'importance d'aller chercher au CDS les conseils sur la santé sexuelle et reproductive car, la grande majorité parmi nous a eu le problème de tomber enceinte par manque d'information* ».

II.3.5. Lieux d'approvisionnement des informations sur les méthodes contraceptives modernes

Les principaux cadres ou canaux d'information sur les MCM cités ont été, par priorité, les centres jeunes (26.84%), l'école (23.04%), la radio (22.39), la communauté (19.16%) et le CDS (8.58%). Le graphique suivant permet de visualiser cette répartition :

Graphique n°5 : Lieux/canaux de sensibilisation sur la SSR



Il apparaît que le CDS est la source d'information la moins utilisée. Par contre le centre jeune constitue la source privilégiée par les jeunes. Mais, en dehors de ces cadres formels, d'autres cadres qui ont été évoqués sont surtout des affichages, des Agents de santé communautaires, les Associations de jeunes, les amis etc...

Tableau n°13 : Autres lieux/canaux d'approvisionnement d'informations cités

Autres endroits où elles ont entendu/été informées sur les méthodes contraceptives	Effectifs	Pourcentage
Par échanges avec les autres/amis	27	8,9
Par affichage/autre document	156	51,7
A travers ONG/ Association	30	9,9
A l'église	11	3,6
Dans les séances de sensibilisation des jeunes	10	3,3
Journaux	1	,3
Agent de santé communautaire	58	19,2
Autre endroit non précis	9	3,0
Total	302	100,0

Il ressort des données figurant dans ce tableau que les mères célibataires citent comme sources principales d'information sur la santé sexuelle et reproductive les centres jeunes, l'école, les émissions radiophoniques, la communauté et les centres de santé. En plus de ces sources d'informations sur la santé sexuelle et reproductive, les mères célibataires mentionnent qu'elles sont informées via les églises, les ONG/associations, les sensibilisations, les journaux, les ASC, les affichages et autres documents et les discussions entre les jeunes eux-mêmes.

II.3.6. Fréquentation des CDS pour demander conseils ou informations sur les méthodes contraceptifs

Tableau n°14 : Fréquentation des CDS par les MC pour demander les services SR

Fréquentation du CDS par les mères célibataires	Effectifs	Pourcentage
Oui	1250	34,9
Non	2330	65,1
Total	3580	100,0

Les données de ce tableau montrent que la grande majorité (2330) de mères célibataires soit, 65,1% n'ont pas fréquenté le CDS pour y recevoir des conseils ou informations sur les méthodes contraceptives. Les raisons expliquant la faible fréquentation du CDS qui ont été évoquées est le manque de temps, l'éloignement du CDS (longues distances qu'il faut parcourir pour accéder au CDS), le manque de confiance aux méthodes contraceptives (peur des effets secondaires), le manque de sensibilisation, le manque d'importance des jeunes vis-à-vis des méthodes contraceptives, la peur que leurs parents ou autres adultes découvrent qu'ils ont sollicité des services de SSR, Croyances selon laquelle les services SR sont seulement pour les personnes mariées. Certaines mères célibataires l'expriment en disant : « *Jewe sinja kw'ivuriro kurondera impanuro zijanye n'irondoka rijanye n'amagara meza kubera ata mugabo mfise* » pour dire : « *Puisque je n'ai pas de mari, je ne vais pas au CDS pour bénéficier de l'éducation sur la santé sexuelle et reproductive* ». **Il est clair que les adolescents et les jeunes ont l'impression que les services de santé sexuelle et reproductive ne sont prévus que pour les gens mariés.**

La lenteur des services de la part des prestataires de santé a été aussi évoqué par les mères célibataires identifiés. En effet, ces perceptions et les attitudes négatives qu'ont les jeunes envers les prestataires pourraient avoir une influence négative vis-à-vis des pratiques et choix sexuels, représentent une contrainte importante par rapport à l'accès des services, et elles pourraient entraver l'accès des adolescents et des jeunes à des services de santé sexuelle et reproductive de qualité.

Le personnel des structures sanitaires intervenant dans tout le circuit de l'offre des services aux jeunes, depuis le personnel chargé de la réception jusqu'aux prestataires, doivent savoir que les jeunes ont droit aux services de santé sexuelle et reproductive. L'accès limité des adolescents et des jeunes à des services de santé sexuelle et reproductive de qualité peut contribuer à l'augmentation des grossesses non désirées chez les jeunes par manque de connaissances et de capacités pour s'en prévenir. Il est impératif que les prestataires reconnaissent que les adolescents et les jeunes, tout comme les adultes, ont des droits sexuels et reproductifs fondamentaux dont : le droit d'être traité avec dignité et respect ; le droit d'avoir accès à une gamme de services accessibles ; le droit d'avoir accès à une gamme de méthodes contraceptives accessibles et le droit à des services privés et confidentiels.

Ces droits impliquent que les prestataires fassent la part des choses entre leurs valeurs personnelles et leur devoir professionnel afin d'offrir aux jeunes et aux adolescents des services de santé sexuelle et reproductive de qualité. La qualité des soins offerts aux adolescents et aux jeunes peut augmenter de manière significative. Tous les jeunes et

adolescents devraient pouvoir bénéficier de services de santé sexuelle et reproductive quel que soit leur statut matrimonial. Un prestataire doit fournir une prestation de qualité à un client jeune ou adolescent même s'il n'approuve pas le comportement sexuel du client.

Elles évoquent qu'elles vont dans d'autres structures de santé parce que le service est rapide, le CDS leur est proche, ces services sont donnés par des femmes, le personnel médical leur réserve un bon accueil, elles ont des connaissances au CDS, méconnaissance de la disponibilité des services SR dans le CDS qui leur est proche.

Quand nous avons cherché à savoir ce qui pourrait être fait pour que les jeunes fréquentent leur CDS, les mères célibataires proposent que les prestataires gardent le secret médical, le bon accueil des patients, l'établissement d'un calendrier d'IEC, que le personnel médical accepte de faire la CPN aux mères célibataires et ne pas exiger qu'elles viennent avec les maris qu'elles n'ont pas, augmenter les sensibilisations des jeunes sur la SSR, utilisation des appareils audiovisuels dans la sensibilisation pour montrer les images sur les conséquences de ne pas observer les conseils sur la santé sexuelle et reproductive. Elles proposent aussi la paire éducation des jeunes comme moyen pour que les jeunes fréquentent leurs CDS pour demander conseils en matière de contraception.

II.4. Identification du profil des partenaires des mères célibataires

L'écart d'âge entre partenaires sexuels crée généralement une différence de choix ou de pouvoir de décision sur la sexualité chez la plus jeune. La relation de pouvoir devient déséquilibrée quand il y'a un écart d'âge entre les partenaires.

II.4.1. Age du partenaire à la naissance de l'enfant

Tableau n°15 : Age du partenaire

Age du partenaire à la naissance du 1 ^{er} enfant	Effectifs	Pourcentage
10-14 ans	3	0,1
15-19 ans	206	5,8
20-24 ans	1012	28,5
25-29 ans	1057	29,8
30-34 ans	436	12,3
35- 39 ans	205	5,8
40-44 ans	75	2,1
45-49 ans	38	1,1
50 et plus	39	1,1
Ne sait pas	475	13,4
Total	3551	100,0

Il apparait que la majorité des partenaires des mères célibataires identifiées avaient essentiellement un âge compris entre 25-29 ans (soit 29.8%) et 20-24 ans (soit 28.5%). Mais les filles avaient essentiellement un âge inférieur, pour la plupart compris entre 15-19 ans. Ceci crée un déséquilibre de pouvoir entre le garçon et la fille et ouvre donc la porte aux VSBG

chez les filles. La majorité (**34,6%**) étaient essentiellement des cultivateurs comme l'indique le point suivant

II.4.2. Profession des partenaires

Les filles sont souvent exposées aux rapports sexuels en recevant des cadeaux ou des promesses empoisonnées. Le revenu du partenaire influe sur la pratique sexuelle chez les jeunes filles. Ceci est d'autant vrai parce que quand les garçons font le choix du métier agricole, ils pratiquent l'agriculture de marché. La plupart de partenaires sont des agriculteurs, suivi des élèves/étudiants comme le montre le tableau suivant :

Tableau n°16 : Profession des partenaires

Profession du partenaire	Effectifs	Pourcentage
Sans emploi	196	5,4
Ecolier/élève/Etudiant	614	17,0
Commerçant	305	8,5
Chauffeur de véhicule	132	3,7
Conducteur de moto	123	3,4
Conducteur de vélo	52	1,4
Cultivateur	1245	34,6
Policier / Militaire	219	6,1
Enseignant	53	1,5
Coiffeur	38	1,1
Travailleur domestique	201	5,6
autre	424	11,8
Total	3602	100,0

II.4.3. Conditions de vie des mères célibataires identifiées

Les conditions de vie précaires des jeunes filles ont aussi une influence sur la vie sexuelle des jeunes filles et garçons. Le point qui suit analyse la situation des mères célibataires identifiées.

Tableau n°17 : Résidence des mères célibataires identifiées

Résidence de la mère célibataire quand elle est tombée enceinte	Effectifs	Pourcentage
Chez mes parents	2697	75,0
Hors du toit familial	900	25,0
Total	3597	100,0

II.4.4. Type de famille des mères célibataires identifiées

L'absence de l'un des parents ou des deux parents dans le ménage crée un déséquilibre familial qui affecte l'éducation des enfants. Le point qui suit montre le type de famille des MC identifiées.

Tableau n°18 : Type de famille

Type de famille	Effectifs	Pourcentage
Tous	1855	51,5
Un seul	1303	36,2
Aucun des parents	444	12,3
Total	3602	100,0

Il ressort que 444 mères célibataires soit 12,3% n'ont aucun parent. Ces filles sont souvent des chefs de ménages où elles sont responsables de leur vie. Elles doivent chercher ce dont elles ont besoin pour leur survie. Pour s'en sortir, elles se livrent à une forme de prostitution déguisée ou non voilée comme seule moyen d'obtenir les moyens de subsistance.

Les orphelines de l'un des parents sont au nombre de 1303 soit 36,2%. Les parents qui restent veuf/ve n'ont pas assez de moyens pour satisfaire les besoins des enfants et ces derniers se débrouillent pour leur survie en s'adonnant à la prostitution voilée ou non voilée et par conséquent, elles tombent enceintes. En effet, certaines mères célibataires le disent en ces termes : « *kugira inda z'indaro zigabanuke nuko abavyeyi boha abana babo ico bakeneye* » pour dire : « *pour que les grossesses non désirées diminuent, il faut que les parents donnent à leurs enfants ce dont elles ont besoin.* » On comprend que les mères célibataires condamnent leurs parents de ne leur pas donner ce dont elles ont besoin alors qu'ils n'en aient peut-être pas.

II.5. Violence sexuelle subies par les MC

Les VSBG sont encore un concept non encore maîtrisé par la plupart et souvent aussi leur gestion dépend d'une personne à l'autre et d'un acteur à l'autre. Dans ce point, nous analysons l'état des lieux des VSBG chez les jeunes mères célibataires identifiés.

II.5.1. Effectif de mères célibataires ayant déjà subi un viol

Tableau n°19 : Avoir subi un viol

Viol subi	Effectifs	Pourcentage
Oui	637	17,8
Non	2950	82,2
Total	3587	100

Selon l'OMS, le viol est une pénétration par la force physique ou tout autre moyen de coercition de la vulve ou de l'anus, au moyen du pénis, d'autres parties du corps ou par un objet. Cet état de choses cause des problèmes tant à l'enfant qu'à sa mère. En effet, l'enfant issu du viol ne connaissant pas souvent son père, aura un grand problème car, il aura des blessures liées aux troubles d'identité. La mère de l'enfant issu d'un viol aura des blessures psychologiques (haïr l'enfant issu du viol, violée dans son intimité, etc).

Il est important de remarquer que même si, seulement 17,8% de mères célibataires affirment avoir été violées, 76,1% affirment avoir fait des rapports sexuels sans consentement. Cela prouve donc une méconnaissance des VSBG. De plus, à peu près 50% avaient un âge inférieur à 19 ans et 5.1% étaient encore élève. Cela est vrai car, parmi les propositions de mesures à prendre pour lutter contre les grossesses non désirées émises par les mères célibataires interviewées, figure la poursuite judiciaire des auteurs de viol.

II.5.2. Sollicitation d'aide dans une formation sanitaire par les mères célibataires

Les victimes des viols ont des besoins pour la prophylaxie post-exposition dont la satisfaction nécessite des interventions rapides. Or la sollicitation des services n'est pas toujours évidente et les services ne sont pas disponibles partout et à tout moment.

Tableau n°20 : Demande de service après viol

Gestion de la situation après viol	Effectif	Pourcentage
Allé au CDS/Hôpital	189	41,1%
Confié aux juridictions	168	36,5%
Résolution à l'amiable entre deux famille	167	36,3%
Rien n'a été fait	106	23,0%
Se confié au centre d'aide des victimes des VSBG	67	14,6%

Après l'agression, les victimes peuvent être en état de choc, et par la suite elles sont susceptibles de développer des syndromes de stress post-traumatique ou des dépressions d'où une prise en charge psychologique et médicale est nécessaire pour réduire la gravité des séquelles psychologiques et la protéger contre les IST/SIDA. Malheureusement, il n'est pas rare que les victimes des violences sexuelles préfèrent se taire face à cette situation de violence sexuelle. C'est le cas ici de 106 (soit, 23,0%) et de 36,3% dont les cas ont été réglés à l'amiable. De même seulement 41,1% ont sollicité une structure de santé et 67, soit, 14,6% ont sollicité d'autres centres d'aides aux VSBG.

En voulant faire le règlement à l'amiable, les parties, surtout celle de la victime, ignorent ce que l'auteur a pu déposer dans la victime comme le VIH/SIDA et les IST. Ils ignorent également les effets psychologiques qui s'ensuivent chez la victime qui se sent diminuée et humiliée et même menacée.

Notons que certaines victimes d'agressions sexuelles sont dans l'incapacité de porter plainte contre leurs agresseurs dans la mesure où, elles ont été violées par des rebelles (Certaines des mères célibataires affirment avoir été violées par des rebelles lors des conflits armés et

qu'elles ne les ont plus revus). Cette situation plonge les victimes des violences sexuelles dans un état de vulnérabilité exponentielle.

II.5.3. Reconnaissance de la paternité

Le Burundi est dans un système patriarcal. La reconnaissance de la paternité rassure en quelque sorte la jeune fille qui tombe enceinte, mais aussi rassure la famille de la jeune fille.

Tableau n°21 : Reconnaissance de la grossesse par le partenaire

Reconnaissance de la grossesse par l'auteur	Effectifs	Pourcentage
Oui	2462	68,6
Non	1126	31,4
Total	3588	100

L'analyse des données recueillies a montré que 31,4% des jeunes mères célibataires identifiées affirment que leurs partenaires sexuels ont refusé de reconnaître qu'ils sont responsables des grossesses. Les entretiens ont révélé certains des partenaires sexuels ont pris fuite une fois appris que la fille est enceinte et d'autres refusent de reconnaître l'enfant parce que ce sont des hommes mariés qui craignent que leurs femmes légitimes apprennent qu'ils ont commis l'adultère. D'autres mères célibataires ont été violées et le viol s'est opéré dans des conditions particulières (viol par des groupes armés) que la mère célibataire n'a plus revu. En effet, elles doivent travailler dur pour subvenir aux besoins de leurs enfants parce que le père de l'enfant ne l'a pas reconnu et pire encore, certains parents des mères célibataires se soustraient de leur rôle envers la mère célibataire, du fait que les grossesses non désirées sont considérées comme une honte à la famille. L'autre problème signalé est que l'enfant ne peut pas bénéficier de la mesure de gratuité des soins faute d'attestation de naissance.

Cela montre que certaines filles sont dans l'ignorance étant donné que l'accès à l'attestation de naissance n'a rien à voir avec la reconnaissance de la paternité. Il suffit que l'enfant soit enregistré au service d'état civil communal, et cet acte civil peut être rempli par la mère seule assistée par deux témoins.

II.5.4. Réactions des parents vis-à-vis de la grossesse de leur enfant

Les réactions des parents face à la grossesse chez son enfant varient d'un parent à l'autre mais la majorité a été grondé.

Graphique n°6 : Réactions des parents face à la grossesse

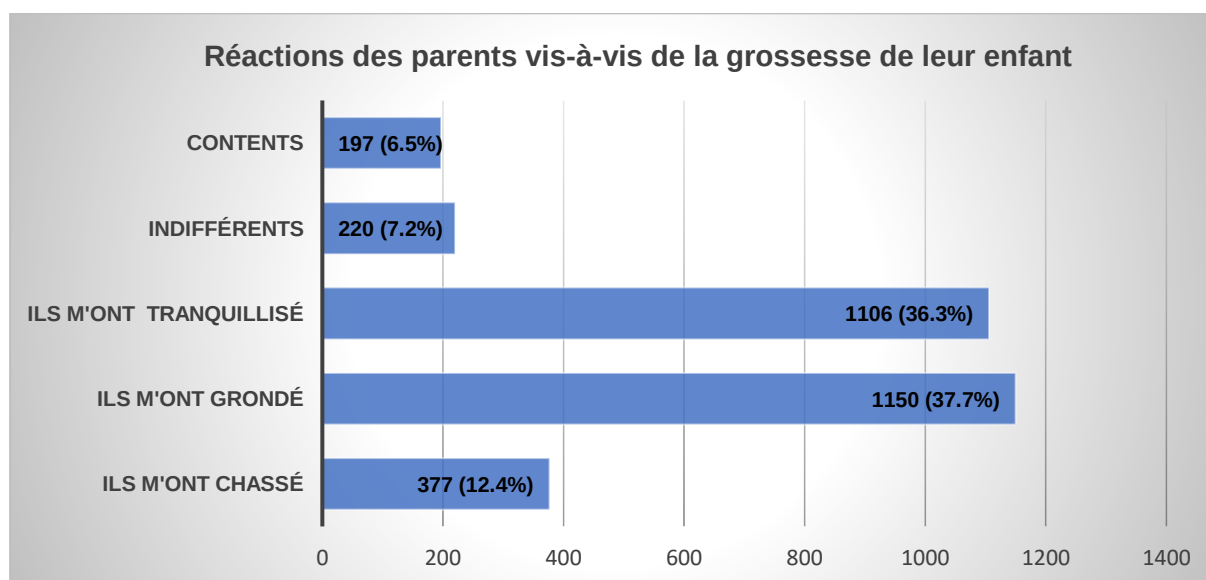


Tableau n°22 : Autres réactions des parents vis-à-vis de la grossesse

Autres réactions des parents	Effectifs	Pourcentage
Ont été tristes	101	38,7
L'ont mal accueilli	72	27,6
Se sont maitrisés	57	21,8
Ont été traumatisé	3	1,1
Risque de me chasser	6	2,3
N'ont jamais connu la grossesse	9	3,4
Ont été surpris	6	2,3
Frères/famille ont mal réagi	7	2,7
Total	261	100,0

Parmi les autres réactions des parents vis-à-vis des grossesses de leurs filles, la tristesse, la surprise, le mauvais accueil de l'information que leur fille est enceinte, la maîtrise de soi. D'autres se sont maitrisés, ont été traumatisés, ont risqué de chasser leur fille. Certaines mères célibataires disent que leurs frères ont mal réagi en interdisant leur père d'enregistrer l'enfant de leur fille sur son nom.

II.6. La sante mère-enfant et l'avenir de l'enfant

La précocité est l'un des facteurs qui confère le caractère risquant pour toute grossesse. Mais cette dernière devient plus risquant si la grossesse n'a pas été suivie et si l'accouchement se déroule en dehors du milieu de soins. Le point qui suit décrit le lieu d'accouchement, le suivi post natal et la vaccination etc ...

II.6.1. Lieux d'accouchement pour les mères célibataires identifiées

Tableau n°23 : Lieux d'accouchement

Lieu d'accouchement	Effectifs	Pourcentage
A l'hôpital	1501	43,6
Au CDS	1466	42,5
A domicile	447	13
Autre	31	0,9
Total	3446	100

Si la grossesse n'est pas une maladie, elle n'en comporte pas moins de risques pour la santé et la survie de la mère et l'enfant. La femme risque de souffrir de complications qui, faute de soins obstétricaux de qualité, risquent d'entraîner un décès ou une complication grave. Dans cette étude, nous constatons que même si la majorité de mères célibataires a accouché dans les structures de santé (43.6% dans un hôpital et 42.5% dans un CDS), 13% de mères célibataires a accouché à domicile et 0.9% ailleurs dans un milieu non sain où les règles d'hygiène laissent à désirer. Ces accouchements en dehors du milieu de soin sont assistés par des personnes non qualifiées et incapables de gérer des complications. Certaines des mères célibataires entretenues ont évoqué que leurs enfants sont morts quelques jours après l'accouchement et les autres ont avorté.

Un accouchement dans une structure de santé permet de réduire au maximum le risque transmission mère-enfant du VIH/SIDA au cours du travail ou de l'accouchement.

II.6.2. Pratique de la CPON chez les mères célibataires

Ne pas faire la consultation post natale c'est courir un grand risque. C'est aussi un bon moment pour bénéficier des conseils sur la PF.

Tableau n°24 : Consultation post natale chez les mères célibataires

Consultation post natal	Effectifs	Pourcentage
Oui	1234	37,1
Non	2087	62,8
Total	3322	100

La majorité des mères célibataires identifiées (62,8%) n'a pas fait la consultation post natale et son importance semble méconnue pour la plupart. Parmi les mères célibataires interrogées, pas mal d'entre elles ont eu plus d'une grossesse.

II.6.3. Nombre de mères célibataires ayant fait vacciner les enfants

La vaccination contre les pathologies qui étaient naguère courante tend de plus en plus à une couverture universelle.

Tableau n°24 : Etat des lieux de la vaccination des enfants des mères célibataires

Vaccination des enfants	Effectifs	Pourcentage
Oui	3161	92,9
Non	241	7,1
Total	3404	100

Les données de l'étude montrent que la majorité des mères célibataires (3161) soit, 92,9% ont fait vacciner leurs enfants mais, il faut toutefois remarquer que 241 mères célibataires soit, 7,1% n'ont pas fait vacciner leurs enfants ce qui peut avoir un impact négatif sur la santé de leurs enfants car, faire vacciner son enfant permet d'éviter que l'enfant contracte certaines maladies.

II.6.4. Enregistrement des enfants à l'état civil

L'enregistrement des enfants est un droit pour tous. Le manquement à ce devoir prive les enfants de certains de leurs droits notamment la scolarisation de base gratuite et la gratuité des soins de santé jusqu'à l'âge de 5 ans.

Tableau n°25 : Etat des lieux de l'enregistrement des enfants.

Enregistré à l'état civil	Effectifs	Pourcentage
Oui	2597	76
Non	556	16,3
Pas tous	262	7,7
Total	3416	100

L'étude montre que la majorité des mères célibataires (2597) soit, 76% ont fait enregistrer leurs enfants à l'Etat Civil, dont 67.7% ont été enregistré au nom de leurs pères, 556 mères célibataires soit, 16,3 % n'ont pas fait enregistrer leurs enfants et 262 mères célibataires soit, 7,7% disent qu'elles ont fait enregistrer leurs enfants mais pas tous. Les raisons évoqués les mères célibataires pour ce non enregistrement de leurs enfants sont : la négligence, l'ignorance de l'importance le manque d'amendes parce que le délai de faire enregistrer l'enfant est dépassé, le manque d'un écrit du chef collinaire. Elles évoquent aussi que c'est parce que la mère ignore le père de l'enfant, le père de l'enfant ne l'a pas reconnu, son père est encore à l'école, le père est décédé ou absent. D'autres évoquent que le père de l'enfant est lui-même non enregistré à l'Etat Civil.

Le fait que, pour une même mère, tous les enfants ne sont pas enregistrés (dans 7.7%) de cas, peut-être sources de conflits entre frères ou sœurs. L'étude a montré que dans 6,3% de cas, les enfants ne sont pas tous enregistrés au nom de leurs pères.

II.7. Facteurs favorisant les grossesses non désirées, contribution pour la réduction de cas de grossesses

II.7.1. Les facteurs favorisant des grossesses non désirées

Plusieurs facteurs favorisent les rapports sexuels précoces et partant, les grossesses chez les jeunes et adolescentes. Les mères célibataires identifiées évoquent les facteurs suivants :

Tableau n°26 : Facteurs favorisant les grossesses non désirées

Les facteurs favorisant les grossesses non désirées

	Effectif	Pourcentage
Insatisfaction des besoins de base en famille	2223	69,4%
Manque d'encadrement et de suivi à la maison	1222	38,2%
Manque d'encadrement et de suivi en vacances	910	28,4%
Manque d'informations sur SSR	1763	55,1%
Violences Sexuelles	1288	40,2%
Non accès aux préservatifs	879	27,5%
Peur de demander des méthodes contraceptives au CDS	1432	44,7%
Les films pornographiques	1168	36,5%
Ivresse des jeunes	1433	44,8%

Autres facteurs favorisant les grossesses non désirées

	Effectifs	Pourcentage
Cadeaux des garçons	387	10,5
Mauvais exemple des parents	4	,1
Manque de sensi. sur SSR	110	3,0
Traumatismes causés par leurs parents	10	,3
Manque d'abstinence	49	1,3
Trop d'ambiance/plaisir	53	1,4
Adolescente/curiosité sexuelle	56	1,5
Copinage	120	3,3
Manque d'écoute envers parents	27	,7
Mauvais compagnons	16	,4
Prostitution/pauvreté	80	2,2
Ligala/ivresse/rentre tard la nuit	12	,3
Incertitude d'avoir un conjoint	28	,8
Total	3679	100,0

Les facteurs favorisant les grossesses non désirées évoqués par les mères célibataires sont essentiellement les suivants :

- **L'insatisfaction des besoins de base en famille** : Un nombre non moins important (2223) de mères célibataires soit 10,5% indiquent que l'insatisfaction des besoins de

base en famille est l'un des facteurs qui favorisent les grossesses non désirées. En effet, **la vulnérabilité économique** serait une cause des grossesses non désirées chez les jeunes. Les filles qui vivent dans la pauvreté seraient plus susceptibles de chercher à subvenir à leurs besoins en s'engageant dans des relations sexuelles, augmentant ainsi le risque de tomber enceintes. Il serait clair que les jeunes filles incapables d'avoir ce dont elles ont besoin deviendraient une proie facile pour les auteurs de grossesses. Cette situation de pauvreté fait que les jeunes filles prennent le chemin de la prostitution. En effet certaines mères célibataires ont fait mention qu'à cause de la pauvreté, les jeunes filles sombrent dans la prostitution. Les auteurs des grossesses non désirées profitent de la situation socioéconomique précaire de la fille.

- **Les cadeaux des garçons :** Il s'agit du matérialisme des filles qui deviennent incapables de se passer des cadeaux que les garçons leur tendent en piège. Ce matérialisme des filles constituerait une des causes de grossesses non désirées. Certaines de nos interviewées explicitent en disant que les garçons leurs donnent des téléphones et autres biens matériels en échange aux rapports sexuels. Pour répondre à ces besoins, les jeunes interviewées affirment que les filles sont prêtes à s'adonner aux sollicitations des garçons en leur donnant des cadeaux.
- **L'adolescence/curiosité sexuelle :** Les jeunes adolescentes qui sont non ou mal informées en matière de sexualité font des rapports sexuels avec leurs copains et tombent enceintes. Il s'agirait ici de la crise d'adolescence qui est en jeu. Le copinage, le manque d'abstinence, le manque d'écoute envers parents, l'ambiance sont citées par les groupes de jeunes comme favorisant la survenue des grossesses non désirées. Ce sont là autant de caractéristiques de l'adolescence qui pourraient occasionner la survenue de grossesse chez les jeunes filles.
- **L'ivresse des jeunes :** Les mères célibataires évoquent aussi la consommation d'alcool comme facteur favorisant les grossesses non désirées. En effet, en consommant l'alcool, les jeunes s'enivrent et rentrent la nuit et par conséquent profiteraient de l'obscurité pour faire les rapports sexuels. Les habitudes de consommation d'alcool seraient une réalité chez les jeunes et on sait que l'ivresse contribue à des comportements sexuels et sous l'effet de l'alcool, ils oublient de se protéger.
- **Les films pornographiques :** L'internet, la télévision, les films, les cinémas sont des éléments qui présentent la pornographie comme une modernité et les jeunes pratiquent alors ce qu'elles ont vu dans les films et les cinémas.
- **Les mauvaises compagnies :** c'est-à-dire, la fréquentation des amis (es) à risque élevé (les prostituées, les consommateurs d'alcools et autres stupéfiants...), la proximité avec les pairs sans objectifs sûrs pour l'avenir (ceux qui font les ligalas) conduit dans de mauvaises conduites telles que les rapports sexuels débouchant à des grossesses non désirées se produisent dans ces circonstances. Les jeunes sont plus susceptibles d'avoir des rapports sexuels s'ils croient que leurs pairs qui sont sexuellement actifs sont plus avancés.

- **L'incertitude d'avoir un conjoint :** Les filles âgées se laissent tromper par les garçons qui leur disent qu'ils les prendront en mariage alors qu'il s'agit des pseudos fiancés ou séduction par promesses de mariage non tenue. Il s'agit d'un manque d'affirmation de soi qui fait qu'elles aient la peur de vieillir sous le toit parental. Certaines mères célibataires interviewées le disent en ces termes : « *Abahungu baraduhenda ngo bazodutwara natwe kukwanka gusazira iwacu tugaca twemera.* » ce qui signifie : « *Les garçons nous proposent de faire les rapports sexuels avec eux en disant qu'ils nous prendront en mariage et nous acceptons par peur de vieillir sous le toit parental.* »
- **Mauvais exemple des parents :** Certaines mères célibataires interviewées mentionnent le mauvais exemple donné par certains parents comme facteur favorisant les grossesses non désirées. Elles évoquent le comportement irresponsable des parents qui peuvent donner un mauvais exemple aux jeunes comme les papas qui engrossent des filles de l'âge de leurs enfants. Les enfants ont donc besoin d'un modèle et les parents doivent en être informés et en être convaincus. Les parents, les adultes doivent contrôler leurs comportements pour éviter d'inciter les jeunes à la débauche par mimétisme.
- **Le manque de sensibilisation sur la santé sexuelle et reproductive :** L'ignorance des notions sur la sexualité a été soulignée comme facteur favorisant les grossesses non désirées. Il s'agit d'un facteur lié au niveau d'information faible sur la santé sexuelle et la santé reproductive.
- **Non accès aux préservatifs :** Il s'agit ici de la peur de demander des méthodes contraceptives au CDS. En effet, les jeunes ont la peur d'être vu entrer dans une structure de santé qui peut être intimidant en particulier pour les jeunes, pour lesquels il est moins culturellement acceptable faire des rapports sexuels avant le mariage. Certaines mères célibataires disent qu'elles éprouvent la peur d'être jugée par le prestataire, qu'elles ont peur que leurs parents ou autres adultes découvrent qu'ils ont sollicité des services de santé sexuelle et reproductive.
- **Violences Sexuelles :** Les violences sexuelles ont été évoquées par les mères célibataires comme facteur favorisant les grossesses non désirées.
- Le traumatisme des parents, le manque d'encadrement et de suivi des enfants à l'école et après l'école et pendant les vacances (relâchement de l'autorité parentale et scolaire) sont aussi cités parmi les facteurs favorisant les grossesses non désirées.

II.7.2. Les mesures à envisager pour diminuer les grossesses non désirées au niveau des écoles

Partant des constats par district sanitaires, certaines mesures ont été proposées pour prévenir les grossesses en milieu scolaire. Le tableau suivant fournit les détails.

Tableau n°27 : Mesures à envisager pour diminuer les grossesses non désirées au niveau scolaire

Mesures pour diminuer les grossesses en milieu scolaire	DS Kiganda	DS Muramvya	DS Gitega	DS Kibumbu	DS Fota
Cesser le viol des filles scolarisées	1	2	12	1	2
Chasser de l'école les filles enceintes et les auteurs	6	6	23	6	6
Création des clubs des jeunes sur la bonne conduite	12	1	15	7	4
Dialogue parents/enfants sur la SSR	14	39	66	12	18
Eviter de s'enivrer et de rentrer la nuit	14	15	55	15	15
Eviter des films pornographiques aux jeunes	8	7	37	12	7
Eviter les mauvaises compagnies	1	0	11	1	4
Multiplier les cadres de sensibilisation sur SSR	514	490	1335	340	394
Punir les auteurs des viols	8	15	22	5	8
Rendre accessible les méthodes contraceptives aux jeunes	45	54	182	68	43
Sensibilisation des jeunes à suivre les conseils	129	127	401	138	97
Témoignages des mères célibataires	11	4	23	3	10
Total	763	760	2182	608	608

Certaines stratégies ou mesures de prévention des grossesses non désirées en milieu scolaire ont été proposées par des mères célibataires identifiées :

- **Dialogue parents/enfants sur la SSR** : Les mères célibataires interviewées évoquent comme stratégie de prévention des grossesses non désirées, le dialogue parents/enfants. Ils soulignent que les parents devraient briser les tabous et donner les

informations correctes et nécessaires à propos de la sexualité et la santé de la reproduction à leurs enfants. Les parents doivent donc accepter de discuter de la sexualité avec leurs enfants ceci du fait que les jeunes filles avec les médias et les influences exogènes, disposent des informations sur la sexualité, mais pas forcément des bonnes informations. Il faut alors améliorer la communication entre les parents et leurs enfants en insistant sur l'éducation sexuelle qui doit commencer à la maison. Le dialogue parents/enfants à propos de l'éducation sexuelle est essentiel car, la cellule familiale constitue le premier cercle de la construction de l'individu.

- **La punition des auteurs des grossesses non désirées :** Punir les auteurs des grossesses non désirées a été cité par les mères célibataires interrogées comme stratégie de prévention des grossesses non désirées. Elles soulignent qu'il faut sanctionner sérieusement les fonctionnaires et les hommes mariés qui abusent des filles qui sont sur le banc de l'école. Les mères célibataires enquêtées ajoutent que si l'auteur de la grossesse est un élève, il faut qu'il soit chassé de l'école comme cela est fait pour la fille.
- **Témoignages des mères célibataires :** Les mères célibataires interviewées soulignent que les témoignages des mères célibataires qui parleraient de leur vécu pourraient aider les autres à penser sur les conséquences des grossesses non désirées si une fois elles s'adonnent aux rapports sexuels non protégés.
- **Création des clubs des jeunes :** L'organisation des activités parascolaires pouvant servir de cadres d'échanges sur la problématique des grossesses précoces (clubs scolaires) a été évoqué par les mères célibataires comme stratégie de prévention des grossesses non désirées en milieu scolaire.
- **Eviter les films pornographiques :** Les mères célibataires interrogées disent qu'il faut éviter les films pornographiques comme stratégie de prévention des grossesses non désirées. Il faut alors que l'administration ferme les maisons qui montrent les films pornographiques qui montrent des images sur la sexualité et qui font par conséquent que les jeunes copient ce qu'elles ont vu dans les films et les cinémas.
- Les mères célibataires disent aussi qu'il faut **cesser le viol des filles scolarisées**, chasser de l'école les filles enceintes et les auteurs de la grossesse, éviter de s'enivrer et de rentrer la nuit, éviter les mauvaises compagnies, multiplier les sensibilisations sur la santé sexuelle et reproductive, rendre accessible les méthodes contraceptives aux jeunes et sensibiliser les jeunes à suivre les conseils.

II.7.3. Les mesures à envisager pour diminuer les grossesses en dehors du milieu scolaire.

Partant des constats par district sanitaires, certaines mesures ont été proposées pour prévenir les grossesses en dehors du milieu scolaire. Le tableau suivant fournit les détails.

Mesures pour diminuer les grossesses chez les non scolarisés	DS Kiganda	DS Muramvya	DS Gitega	DS Kibumbu	DS Fota
Cesser le viol des jeunes filles	2	2	3	0	1
Création des écoles techniques/occupations	2	28	13	3	17
Disponibilité des centres d'échange sur SSR	20	2	5	6	4
Eviter de s'enivrer et de rentrer la nuit	53	48	237	54	43
Eviter les mauvaises compagnies	7	8	61	13	10
Intégration des jeunes parmi les ASC	3	2	1	0	1
Interdire la vente des boissons prohibées	0	0	2	2	3
Interdire les films pornographiques	3	7	16	0	6
Inviter les jeunes à suivre les conseils	16	15	68	27	22
Inviter les parents à subvenir aux besoins des enfants	3	12	23	10	11
Multiplier canaux de sensibilisation sur SSR	560	693	1717	440	465
Punir les auteurs des viols	20	12	15	6	11
Rendre accessible les méthodes contraceptives aux jeunes	3	0	4	2	5
Témoignages des mères célibataires	18	25	55	8	22
Total	710	854	2220	571	621

Certaines stratégies de prévention des grossesses non désirées chez les jeunes et adolescentes non scolarisées, les mères célibataires interviewées disent qu'il faut cesser le viol des jeunes filles, créer des écoles techniques pour occuper les jeunes non scolarisés, créer des centres d'échange sur SSR, éviter de s'enivrer et de rentrer la nuit, éviter les mauvaises compagnies, intégrer les jeunes parmi les ASC, interdire la vente des boissons prohibées, interdire les films pornographiques, inviter les jeunes à suivre les conseils des parents, inviter les parents à subvenir aux besoins des enfants, multiplier les sensibilisations sur SSR, punir les auteurs des viols, rendre accessible les méthodes contraceptives aux jeunes. Elles évoquent aussi que les témoignages des mères célibataires aux autres jeunes pourraient leur servir de leçons.

CONCLUSION

Le présent rapport fournit les informations préliminaires sur le profil des mères célibataires, celui de leurs partenaires, leurs connaissances sur les IST/VIH et sur les méthodes contraceptives. Il fournit également les informations sur les facteurs qui exposent les jeunes filles aux VSBG. Ainsi, il donne des orientations sur des interventions potentielles en vue de réduire les grossesses chez les jeunes et les adolescentes.

ANNEXES

Annexe 1 : Répartition de mères célibataires identifiées par colline

Province	DS	Commune	CDS	Colline	Effectif
Muramvya	Kiganda	Mbuye	Rugari	GASENYI	9
				JANGA	31
				KIGABIRO	20
				MASAMA	29
				MUBUGA	17
				RUGARI	29
			Kivoga	BIGWANA	9
				BUHANGURA	20
				BUYAGA	11
				GIHINGA	1
				KIBUMBU	8
				KIGINA	15
				KIREMBERA	20
				KIRIBA	1
				KIRIKA	18
				KIVOGA	2
				KIZIBA	21
				MIGEZI	7
				MWEGERA	15
				NYAKIJWIRA	17
				TEKA	26
		Rutegama	Rutegama	Camumandu	57
				Kaniga	1
				Nyarukeke	19
				Nyarunazi	68
				Rutegama	42
			Marumane	MUNANIRA I	31
				MUNANIRA II	29
			Munyinya	Bupfunda	5
				Gashingwa	16
				Munyinya	14
				MURINZI	7
				Musave	6
				MUSHIKAMO	15
				NKONYOVU	16
				nyakararo	9
				NYAMITWENZI	15
				RUTEGAMA	2

			Bukeye	Teza	BUSEKERA	26
					KIBOGOYE	9
					Kigereka	16
					Kiziguro	1
					TEZA	1
				Giko	GIKO	1
					GIKONGE	26
					KIVOGERO	17
					KIZIGURO	17
					Rwetero	35
	Muramvya	Muramvya	Muramvya		BIGANDA	34
					BISONDA	1
					GISWAHIRI	1
					Kibogoye	7
					MASANGO	30
					MURAMVYA	228
					MUSAGARA	10
			Bugarama		BUGARAMA	1
					BUSIMBA	19
					GATEBE	18
					KAVYA	23
					KIBOGOYE	12
					Kirama	24
					KIVOMA	1
					MPEHE	47
			Rweza		BURAMBANA	23
					MPEHE	12
					MURAMMBI	24
					MURAMVYA	11
					MUSAGARA	6
					REMERA	13
Gitega	Gitega		Gitega		BUKWAZO	17
					KAVUMU	1
					MAGARAMA	93
					Musinzira	15
					nyakibingo	1
					Nyamugari	6
					NZOVE	1
					RUKOBA	1
					RYTOKI	1
					SHATANYA	19
					yoba	91
			NDA		Nyamugari	192
					Nyamuragi	1
			Mushasha		birohe	78

					borohe	1
					MUSHASHA	41
					NIROHE	1
					NYABIHAGARAGE	10
					NYABUTITSI	48
					RANGO	19
				Mubuga	A	1
					BUKWAZO	6
					karenda	16
					KIMANAMA	45
					Kumanama	1
					Mirama	7
					MIRAMA	15
					MUBUGA	65
					MUHIRWE	1
					Mukanda	9
					Murigwe	1
					MURIGWE	23
					MURIRWE	1
					MUTUMBA	1
					Ngobeke	17
					Rutoki	1
				Rutoki	BIHANGA	26
					Kibiri	1
					KIBIRI	15
					RANGO	1
					ROROKI	1
					Rutoki	15
					RUTOKI	13
				Mungwa	butamuheba	15
					Butamuheba	1
					BUTAMUHEBA	11
					JIMBI	43
					Mungwa	38
					MUNGWA	7
					mutamuheba	1
					Ntobwe	2
					NTOBWE	79
				Ceru	GITAMO	1
					Kubamvyi	1
					nyabikinga	1
					nyabikingo	2
					NYABUTUTS	1
					NYABUTUTSI	11
					nyakibingo	10

					Nyakibingo	5
					NYAKIBINGO	12
					Rubamvi	1
					rubamvyi	1
					Rubamvyi	37
					Rugari - Gitamo	3
					Rugari Gitamo	5
					RUGARI-GITAMO	25
					RUGARI-RUTAMO	2
					RUGARIRI-GITAMO	1
					RUUGARI-GITAMO	1
			Giheta	Giheta	Bihoro	1
					BIHORO	1
					Bihororo	29
					Blhororo	1
					BIHORORO	14
					BIORORO	1
					BOHORORO	2
					Buhanza	1
					BUHORO	1
					Buhororo	2
					GGISURU	1
					GIHETA	1
					GISURU	42
					KIBOGOYE	30
					KIBOYE	1
					KORANA	1
					KORANE	21
					Ruhanza	30
					Yوبا	1
				Bukinga	bukinga	9
					Bukinga	2
					BUKINGA	4
					KANYINYA	9
					mitimire	7
					Mitimire	1
					MITIMIRE	5
					MUBUGA	12
					MUYANGE	1
					Nyarunazi	12
				Gasunu	gasunu	11
					GASUNU	28
					GISAGARA	2
					GISARARA	5
					kamonyi	10

Mwaro	Kibumbu			KAMONYI	4
				kibande	2
				Kibande	22
				KIbande	1
				KIBANDE	7
				KIRIBA	25
				Rubarasi	15
				RUBARASI	17
		Bisoro	Kanka	Buhabwa	11
				BUHABWA	16
				KANKA	21
				KARIBA	31
				MASANGO	13
				NYABISIGA	5
				Rubamvuye	2
				Rubamvye	9
				RUBAMVYE	23
			Croix Rouge	gihinga	1
				GIHINGA	58
				KAYOKWE	1
				KIBOGOYE	1
			Muyebe	BISORO	10
				Gitunga	15
				GITUNGA	1
				Kibenga - Migenda	1
				Kibenga - Migende	12
				Kibenga - Migende	1
				Kibenga - Mirehe	1
				Kibenga - Mugende	1
				Kibenga - Murehe	5
				Kibenga - Muyebe	1
				KIBENGA-MIGENDE	2
				KIBENGA-MUREHE	8
				Kigende - Migende	1
				Kwankagoma	1
				Kwankangoma	3
				MUYBE	1
				Muyebe	14
				MUYEBE	19
				Nyakibaki	1
				Nyakibari	16
				Rwankangoma	8
				RWANKANGOMA	7
		Nyabihanga	Nyabihanga	GATWE	25
				GAZWE	1

	Fota	Gisozi		KIVUZO	13
				Miterama	1
				MITERAMA	10
				MUBUGA	11
				MURAMA	10
			Gitara	BUGENDANA	1
				BUTEGANA	13
				MUGERO	14
				RWEZA	21
			Gisozi	Buburu	2
				BUBURU	9
				Gatare	3
				GATARE	9
				Gisozi	8
				GISOZI	13
				Ndava	13
				Nyamiyaga	1
				NYAMIYAGA	16
			Buziracanda	Bugera	18
				BUGERA	2
				higiro	3
				HIGIRO	43
				kabogi	8
				KABOGI	16
				kobigi	1
				murago	9
				Murago	1
				MURAGO	7
				MURAMVYA	1
				murango	3
				rango	3
				Rango	1
				RANGO	15
			Fota	FOTA	16
				Gahondo	1
				GAHONDO	11
				Gatsinga	29
				GATsinga	2
				KIGARAMA	20
				Ngorore	14
			Yanza	KINYOVU	17
				KIYOVU	1
				MAHONDA	13
				NAMANDE	8
				Rucunda	13

Annexe 2. Age à la naissance du premier enfant

Age	Rugari	Kivoga	Kaniga	Marumane	Munyinya	Teza	Giko	Muramvya	Bugarama	Rweza	Gitega	NDA	Mushasha	Mubuga	Rutoki	Mungwa	Ceru	Giheta	Bukinga	Gasunu	Kanka	Mwaro CR	Muyebe	Nyabihanga	Gitara	Gisozi	Buziracanda	Fota	Yanza	Total	Cumile
11	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	3	
12	1	1	0	0	0	0	0	3	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	12	15
13	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	10	25
14	0	1	2	1	0	3	0	3	1	1	8	5	2	2	1	0	3	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	40	65
15	0	4	8	1	3	5	2	3	7	2	16	21	4	8	3	8	3	7	1	1	11	4	5	1	1	5	4	3	0	141	206
16	3	5	12	2	4	3	3	25	12	4	12	17	15	7	3	5	4	13	4	7	5	3	6	4	3	4	10	2	2	199	405
17	7	7	10	2	4	4	7	22	19	7	37	18	29	20	2	10	10	17	3	13	12	3	6	3	4	2	16	10	5	309	714
18	9	17	28	6	20	12	10	40	28	7	29	50	36	34	7	23	13	24	5	17	23	8	18	12	11	13	20	8	11	539	1253
19	15	14	16	4	8	3	10	16	15	11	25	20	25	20	8	29	14	18	2	14	11	10	8	8	10	1	15	13	5	368	1621
20	18	20	13	8	11	8	12	24	13	14	33	20	28	26	10	32	17	18	3	19	22	9	16	11	5	8	10	8	4	440	2061
21	9	18	6	5	10	3	6	14	5	3	15	11	17	14	6	12	9	9	8	13	6	5	7	7	1	3	7	10	4	243	2304
22	10	19	11	6	8	3	6	9	12	6	12	5	9	14	8	16	3	16	6	17	7	5	4	10	2	2	7	6	3	242	2546
23	12	16	7	6	12	0	8	5	5	5	14	5	13	16	6	16	7	7	8	11	4	2	8	0	2	1	6	8	4	214	2760
24	9	14	4	2	5	0	7	6	7	7	8	3	6	9	4	9	5	10	2	6	4	2	8	4	0	5	6	3	2	157	2917
25	8	7	9	2	4	2	5	6	3	3	9	6	2	9	3	6	6	9	3	10	6	2	11	2	3	1	6	1	1	145	3062
26	3	8	2	4	2	0	5	4	4	3	3	0	2	5	0	8	2	6	3	1	3	2	2	0	1	5	2	2	1	83	3145
27	3	9	1	0	1	1	5	6	1	4	6	3	1	1	1	6	1	7	1	3	1	0	1	1	1	1	3	2	4	75	3220
28	1	7	1	1	1	1	0	0	3	2	4	1	0	2	4	4	2	4	2	0	1	1	5	2	0	0	1	0	0	50	3270
29	0	1	4	0	1	0	3	3	0	3	2	0	1	3	0	1	1	1	0	1	6	0	4	0	1	3	1	0	0	40	3310
30	2	4	3	1	1	0	1	3	2	3	1	0	2	4	0	1	3	1	2	1	1	0	2	0	0	2	1	1	2	44	3354
31	2	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	10	3364
32	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	3	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	14	3378

Rapport d'identification des mères célibataires dans les DS de Kibumbu, Fota, Muramvya, Kiganda et Gitega

33	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	2	0	0	7	3385	
34	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	0	0	0	0	0	0	1	3	0	1	0	1	0	0	0	2	0	14	3399	
35	0	3	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	2	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	12	3411	
36	0	0	2	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	2	0	0	0	1	0	0	11	3422
37	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	5	3427
38	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	3431
39	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2	0	0	0	6	3437
40	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	6	3443
41	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	3444	
43	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3445	
Total	115	180	140	52	96	49	92	197	139	88	240	191	196	199	67	190	105	173	60	141	127	60	115	71	47	63	122	82	48	3445	

Annexe 3 : Cas de grossesse par année et par CDS

Année	Rugari	Kivoga	Kaniga	Marumane	Munyinya	Teza	Giko	Muramvya	Bugarama	Rweza	Gitega	NDA	Mushasha	Mubuga	Rutoki	Mungwa	Ceru	Giheta	Bukinga	Gasunu	Kanka	Mwaro CR	Muyebe	Nyabihang	Gitara	Gisozi	Buziracanda	Fota	Yanza	Total
1975	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
1979	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
1980	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
1984	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
1985	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3
1986	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
1987	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
1988	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	5
1989	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	8
1990	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	1	1	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
1991	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	1	0	0	2	2	0	0	0	0	1	0	0	12
1992	0	2	0	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	11
1993	1	1	0	2	1	0	0	3	0	2	0	3	0	0	0	3	3	3	0	0	5	1	1	0	0	0	0	0	0	29
1994	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	2	2	1	1	0	2	2	1	1	3	1	0	0	1	1	0	0	0	21
1995	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	0	1	3	0	1	0	0	0	0	0	0	12
1996	0	4	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	2	2	2	2	3	0	2	0	1	0	0	0	24
1997	0	4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4	1	3	1	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18
1998	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	10
1999	0	3	5	1	0	0	2	1	0	1	3	1	0	2	0	3	2	1	1	2	3	0	1	1	1	2	0	2	0	38
2000	2	5	2	0	0	2	1	4	1	1	5	3	1	3	1	1	0	1	0	1	1	2	1	0	1	0	2	0	0	41
2001	2	1	2	0	0	0	0	4	4	0	2	6	3	0	0	1	0	0	0	3	1	1	3	0	0	1	3	0	0	37
2002	1	1	2	1	2	1	2	6	1	1	4	4	2	3	0	1	0	6	0	2	1	1	0	1	2	3	1	1	2	52
2003	0	6	2	2	0	0	1	2	3	0	2	5	3	1	0	1	0	2	0	1	2	3	0	1	1	3	1	0	0	42
2004	5	3	1	0	0	1	2	1	1	3	10	3	1	3	1	2	3	2	2	3	3	5	1	2	0	2	1	2	0	63

Rapport d'identification des mères célibataires dans les DS de Kibumbu, Fota, Muramvya, Kiganda et Gitega

2005	2	5	8	1	2	0	0	2	1	3	6	5	2	5	2	1	2	1	0	1	0	2	3	0	1	1	2	1	0	59
2006	2	4	0	0	0	3	4	2	1	2	5	6	2	5	1	1	0	2	3	2	1	3	2	0	0	0	2	1	1	55
2007	1	1	1	1	0	1	4	6	2	1	6	2	5	9	0	4	3	1	4	3	3	3	3	4	0	1	1	2	1	73
2008	4	4	5	3	3	2	1	4	5	3	7	6	8	5	0	2	2	4	0	4	6	1	1	0	0	1	1	1	1	84
2009	0	3	3	1	3	3	2	5	10	6	17	6	3	4	1	8	4	7	3	6	4	2	2	4	1	2	5	2	0	117
2010	6	2	4	1	1	0	2	6	5	2	6	9	7	5	3	6	8	3	2	4	1	1	2	3	1	1	7	2	1	101
2011	6	8	2	0	4	2	3	5	4	5	7	8	9	6	0	3	5	6	3	6	4	0	3	1	0	2	5	1	2	110
2012	6	8	8	2	2	5	4	3	9	4	13	13	4	6	1	8	4	8	1	9	6	2	2	2	2	6	3	0	3	144
2013	7	10	5	4	6	3	5	15	7	2	13	15	18	5	4	7	5	5	0	5	7	0	6	4	1	1	4	6	1	171
2014	8	9	11	4	10	1	4	11	11	6	13	17	16	5	4	9	7	13	1	10	8	3	7	5	4	4	7	5	4	217
2015	5	14	12	5	8	4	6	18	13	9	26	16	18	17	3	19	6	17	3	12	9	2	12	7	5	5	10	6	4	291
2016	7	19	17	2	10	6	11	17	15	10	21	10	16	29	11	21	7	18	3	18	8	4	8	4	6	3	21	11	3	336
2017	23	19	18	9	10	4	11	21	18	9	32	15	23	25	10	27	11	21	5	13	15	5	21	10	4	4	13	8	5	409
2018	22	34	21	9	29	9	20	45	25	9	22	17	27	33	18	42	15	26	12	23	23	9	25	16	9	9	17	21	12	599
2019	5	8	9	1	1	2	3	10	3	7	15	10	17	15	4	13	14	14	8	4	5	0	11	4	7	7	14	9	6	226
Total	115	180	143	52	96	49	91	197	139	89	239	191	196	198	67	186	106	173	60	140	127	59	116	71	47	63	122	81	48	3441

Annexe 4 : Niveau d'étude des mères célibataires à un âge donné

Age	Pas étudié	1ère	2ème	3ème	4ème	5ème	6ème	7ème	8ème	9ème	10ème	11ème	12ème	13ème	14ème	Université	Total
11	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
12	4	0	1	0	2	1	2	0	0	1	0	0	0	1	0	0	12
13	2	0	1	0	1	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
14	11	3	0	3	7	6	7	1	0	2	0	0	0	0	0	0	40
15	29	6	4	7	16	30	26	2	5	7	1	4	1	1	2	0	141
16	42	1	4	14	14	17	45	24	12	10	2	3	5	3	3	0	199
17	44	5	6	19	25	37	61	24	30	25	4	10	10	7	1	0	308
18	80	6	21	23	30	47	127	52	44	45	10	23	12	13	4	0	537
19	33	2	12	9	16	29	70	39	33	56	12	22	21	10	3	0	367
20	72	2	16	20	18	31	79	33	37	42	16	28	22	19	2	2	439
21	17	0	6	5	7	18	64	12	30	34	7	14	12	13	3	1	243
22	22	4	5	4	8	19	51	16	21	27	14	16	12	17	4	2	242
23	26	1	6	5	6	12	46	8	17	22	9	14	11	26	3	2	214
24	25	1	5	5	9	5	30	1	7	18	13	9	8	18	3	0	157
25	28	2	5	3	7	14	31	0	8	4	4	6	10	17	6	0	145
26	18	2	0	7	3	4	19	4	0	1	4	0	6	7	6	2	83
27	19	1	1	3	1	3	21	0	0	4	3	3	8	5	1	2	75
28	11	1	0	3	2	4	17	1	0	1	2	1	0	5	2	0	50
29	4	0	0	2	5	5	8	1	1	1	4	0	4	4	0	1	40
30	15	0	1	3	3	1	12	0	0	2	0	0	2	3	1	1	44
31	3	0	0	0	3	0	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0	10
32	3	0	0	1	2	0	7	0	0	0	0	0	1	0	0	0	14
33	2	0	0	0	0	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	7
34	5	0	1	0	1	0	6	1	0	0	0	0	0	0	0	0	14
35	5	0	0	1	1	0	4	0	0	0	1	0	0	0	0	0	12
36	3	1	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11
37	4	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
38	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4
39	4	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
40	4	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	6
41	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
43	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Total	542	38	95	137	188	288	751	220	245	302	107	153	148	169	44	13	3440

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	880,619 ^a	465	,000
Rapport de vraisemblance	894,404	465	,000
Association linéaire par linéaire	4,467	1	,035
Nombre d'observations valides	3440		

a. 353 cellules (68,9%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,00.

L'âge et le niveau d'étude ont une influence significative sur le nombre de grossesse le test du Khi-deux.

NB : Ici il faudra nuancer entre cet âge de l'adolescence (période sexuellement active pour les jeunes) qui croisent les jeunes à un niveau d'étude correspondant et le fait de tomber enceinte parce qu'on n'a pas un niveau suffisant pour contourner les ruses des garçons.