



**HAL**  
open science

# L'ENTREE EN VIE FECONDE A L'ADOLESCENCE AU BENIN : UNE ANALYSE EXPLORATOIRE

Mahouli Mireille-Marie Mintogbe, Mouftaou Amadou Sanni

► **To cite this version:**

Mahouli Mireille-Marie Mintogbe, Mouftaou Amadou Sanni. L'ENTREE EN VIE FECONDE A L'ADOLESCENCE AU BENIN : UNE ANALYSE EXPLORATOIRE. Journal de la recherche scientifique de l'Université de Lomé, 2019, 21 (4-3), pp.171-180. halshs-03749782

**HAL Id: halshs-03749782**

**<https://shs.hal.science/halshs-03749782>**

Submitted on 11 Aug 2022

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

ISSN 1727 – 8651

**JOURNAL**  
*de la*  
**RECHERCHE SCIENTIFIQUE**  
*de*  
**l'UNIVERSITÉ DE LOMÉ**



**LOME - TOGO**

Le Journal de la Recherche Scientifique de l'Université de Lomé est  
référéncé dans African Journal on Line (AJOL) [[www.inasp.org/ajol](http://www.inasp.org/ajol)]

**VOLUME 21**  
**(2019)**

**Numéro 4-3**

|

|

## **Instructions aux auteurs (Directives aux auteurs)**

Le Journal de la Recherche Scientifique de l'Université de Lomé est un journal international et pluridisciplinaire qui publie des travaux de recherche rédigés en français ou en anglais. Les domaines couverts par le journal sont les huit définis par le Réseau pour l'excellence de l'enseignement supérieur en Afrique de l'Ouest (REESAO) :

- *Lettres, Langues et Arts ;*
- *Sciences de l'Homme et de la Société*
- *Sciences de l'éducation et de la Formation*
- *Sciences et Technologies*
- *Administration, Sciences Juridiques et Politiques*
- *Sciences Economiques et de Gestion*
- *Sciences de l'agriculture, de l'alimentation et de la nutrition*
- *Sciences de la Santé*

Le journal reçoit des articles originaux, des revues de la littérature, des petites communications, des commentaires et critiques d'articles et des études de cas. Les articles soumis ne doivent pas avoir été publiés antérieurement, ni être actuellement soumis au processus d'évaluation d'une autre revue scientifique.

Le journal s'engage à ce qu'il n'y ait pas de retard dans la procédure d'évaluation, et réduire considérablement le délai pour émettre l'avis final : (au plus tard quatre (4) semaines après la soumission). Les articles soumis doivent impérativement suivre le format de l'article type (exemplaire).

### **Périodicité**

Chaque volume du journal paraît en quatre numéros par an (mars, juin, septembre, décembre).

Le comité de rédaction fixe le délai des appels à contribution à un mois avant le numéro à venir.

### **Processus de Soumission**

Les auteurs doivent lire attentivement les instructions aux auteurs avant d'entamer le processus de soumission.

La soumission d'articles est acceptée exclusivement via la page de soumission sur

le site du journal. En cas de difficultés, les manuscrits seront soumis par voie électronique à l'adresse suivante : [jrsultg@gmail.com](mailto:jrsultg@gmail.com) ou [jrsultg@univ-lome.tg](mailto:jrsultg@univ-lome.tg).

Les manuscrits doivent être soumis via Open Journal Systems (OJS), pour la préparation des manuscrits, voir les lignes directrices de l'auteur.

Le manuscrit doit être accompagné d'une lettre d'engagement (exemplaire disponible) signée par l'auteur correspondant. La Lettre d'engagement, datée et signée à l'encre bleue, doit être soumise en tant que fichier supplémentaire pendant la procédure de soumission du manuscrit (en format pdf). Les manuscrits qui ne sont pas accompagnés d'une lettre d'engagement seront automatiquement rejetés.

### **Présentation du manuscrit**

Le manuscrit, saisi en format A4, colonne double avec 2,0 cm de marges et (Word : Times New Roman, 12, interligne simple), doit comprendre les parties suivantes :

- **Titre de l'article** : En majuscule, il doit être court et très explicite, en français et en anglais
- **Les auteurs** : Les noms et prénoms des auteurs (le nom en Majuscule et les initiales des prénoms ex : AGBAVON K. J., les affiliations (noms et adresse des institutions) ainsi que leurs adresses email. Le nom de l'auteur correspondant doit être identifié par un astérisque (\*) et son adresse électronique doit être fournie.
- **Un résumé (français) et un abstract (anglais)** : le résumé doit indiquer brièvement les objectifs de l'étude, la méthodologie suivie et les matériels, les principaux résultats obtenus (résultats qualitatifs et quantitatifs) et la conclusion. Il doit être court et précis. Le résumé est un bloc de 250 mots au maximum. Un résumé doit pouvoir présenter le travail de recherche indépendamment de l'article. Les références doivent être évitées dans le résumé. Ne pas utiliser d'abréviations, des caractères spéciaux et des formules mathématiques dans le résumé.
- **Les mots clés en français et keywords en anglais** : au maximum six (6). Les mots-clés ne doivent pas répéter les termes du titre.
- **Introduction** : elle fait le point de la revue de la littérature récente sur le sujet (justification du sujet), soulève de façon précise la problématique de la présente étude, les hypothèses ou objectifs scientifiques, les approches et énonce le plan du manuscrit.

- **Matériel et méthodes/Méthodologie** : on y décrit clairement la méthodologie utilisée. Les références des méthodes d'analyse, des équipements et des produits chimiques doivent être fournies.
- **Résultats** : cette section renferme les principaux résultats obtenus. Les résultats peuvent être présentés sous forme de figure ou de tableau dans la mesure du possible. Toutes les illustrations doivent être claires et faciles à reproduire. Elles seront insérées dans le texte et à la bonne place. On évitera les couleurs dans les tableaux. Pour les équations, il est recommandé d'utiliser un éditeur d'équations compatible en traitement de texte word. Les tableaux et les figures doivent être numérotés en chiffres arabes et doivent comporter une légende courte et explicite en français. Les unités doivent être choisies dans le Système International. Il est souhaitable d'utiliser les puissances négatives à la place des barres ( $\text{mg l}^{-1}$  et non  $\text{mg/l}$ ). Pour les noms scientifiques dans les systématiques, utiliser l'italique plutôt que souligner.
- **Discussion** : il est souhaitable de séparer la discussion des résultats. Dans la discussion, on apportera des interprétations approfondies des résultats, on montrera les liens de l'étude avec les travaux récents de la littérature et on mettra en évidence l'apport de la contribution. La discussion peut être associée directement au résultat.
- **Conclusion** : une conclusion retrace les principaux résultats et leurs contributions.
- **Remerciements** : les remerciements suivent directement la section de la conclusion. Cette section non numérotée est utilisée pour identifier les personnes qui ont aidé les auteurs dans l'accomplissement du travail présenté et de reconnaître les sources de financement. (Remerciements des contributions techniques importantes et des sources de financement de l'étude)
- **Références** (Cette section ne doit pas être numérotée.)
  - ✓ Essayez de s'assurer que toutes les références citées dans le texte sont également présentées dans la liste des références (et vice versa).
  - ✓ Évitez d'inclure des citations dans le résumé.
  - ✓ Le fait de citer une référence en tant que 'in press' signifie qu'elle fait référence à un article accepté pour publication.
  - ✓ Les citations dans le texte doivent être marquées consécutivement par des nombres arabes entre crochets (par exemple [1]).
  - ✓ Lorsque vous faites référence à un élément de référence, s'il vous plaît utilisez simplement le numéro de référence, comme dans [2].
  - ✓ Ne pas utiliser « Réf. [3] » ou « de référence [3] », sauf au début d'une

phrase, par exemple, « La référence [3] montre ... ».

- ✓ Plusieurs références sont numérotées avec des crochets distincts (par exemple [2], [6], [7], [8], [9]) Et non [2,6,7,8,9].
- ✓ Les résultats non publiés ne doivent pas figurer dans la liste des références, mais ils peuvent être mentionnés dans le texte.
- ✓ Les références doivent être présentées dans un ordre consécutif (dans l'ordre de leur apparition dans le texte).
- ✓ Pour la présentation des références on distinguera les cas suivants :

#### ✚Exemples : (en général)

##### **Des articles de revues :**

[1] S. K. Srivastava and K. Kaur, “Stability of Impulsive Differential Equation with any Time Delay,” *International Journal of Innovation and Applied Studies*, vol. 2, no. 3, pp. 280–286, 2013.

[2] O. V. ADEOLUWA, O. S. ABODERIN, and O. D. OMODARA, “An Appraisal of Educational Technology Usage in Secondary Schools in Ondo State (Nigeria),” *International Journal of Innovation and Applied Studies*, vol. 2, no. 3, pp. 265–271, 2013.

##### **Des livres:**

[11] C. Tichi, *Electronic Hearth: Creating an American Television Culture*. Oxford University Press, 1991.

[12] A. R. Jennings, *Financial Accounting*. Cengage Learning EMEA, 2001.

##### **Un chapitre dans un livre :**

[7] Mettam, G. R., and Adams, L. B., How to prepare an electronic version of your article, In: B. S. Jones, and R. Z. Smith (Eds.), *Introduction to the electronic age*, New York: E-Publishing Inc, pp. 281-304, 1994.

[8] O'Neil, J. M., and Egan, J., Men's and women's gender role journeys: A metaphor for healing, transition, and transformation, In: B. R. Wainrib (Ed.), *Gender issues across the life cycle*, New York, NY: Springer, pp. 107-123, 1992.

**Sites Internet** : A n'utiliser que dans des cas exceptionnels ; préciser si possible les noms des auteurs et la date de consultation

[5] Smith, Joe, One of Volvo's core values, 1999. [Online] Available: <http://www.volvo.com/environment/index.htm> (July 7, 1999).

## **Comité du Journal**

Le *Journal de la Recherche Scientifique de l'Université de Lomé* est cogéré par trois comités, à savoir un **Comité scientifique**, un **Comité de rédaction** et un

## **Comité de lecture**

### **Sous-comité scientifique Sciences de la Santé**

Le comité scientifique est dirigé par un Directeur Scientifique qui est le Président de l'Université de Lomé.

#### ➤ Composition

- Neurologie : Pr A. Balogou (Togo), Pr Ag BELO
- Chirurgie Viscérale/ Générale : Pr DOSSEH(Togo), Pédiatrie : Pr AGBERE (Togo) ; Pr GNASSINGBE (Togo) ; Pr AKAKPO-NUMADO (Togo); Pr BALAKA (Togo)
- Ophtamologie : Pr BALO (Togo); Dr AYENA, MCA (Togo) ; Orthopédie/Traumatologie : Dr ABALO, MCA (Togo)
- Oto-Rhino : Pr KPEMISSI (Togo) ; Pr BOKO (Togo)
- Radiologie : Pr ADJENOU(Togo), Dr AGODA KOUSSEMA MCA (Togo)
- Rhumatologie : Pr ONIANKITAN (Togo)
- Cardiologie : Pr DAMOROU (Togo) ; Pr GOEH-AKUE (Togo)
- Psychiatrie d'adultes : Pr DASSA (Togo)
- Hématologie: Pr SEGBENA (Togo)
- Anatomie et Cytologie Pathologiques : Dr AMEGBOR MCA (Togo)
- Bactériologie – Virologie : Pr DAGNRA (Togo)
- Médecine Interne : Dr DJIBRIL MCA (Togo)
- Vénérologie / Dermatologie : Dr KOMBATE MCA (Togo)
- Pharmacologie Dr POTCHOO MCA (Togo)
- Anesthésie – Réanimation : Dr TOMTA MCA (Togo)
- Maladies Infectieuses : Dr WATEBA MCA (Togo)
- Bactériologie Virologie : Dr SALOU MCA (Togo)

## **Comité de Rédaction**

Le comité de rédaction participe à la mise en œuvre de la politique éditoriale. Il est dirigé par un Directeur de Publication qui est le Directeur de la Recherche et un responsable de section.

### **Secretariat**

Dr KOLEDZI K. Edem, MC

Dr NAPO Luc, MC

Dr ADJONOU Kossi, MA



M. Komi AGBAVON

M. Tata Koffi KUWONU

M N N'SILE

---

**JOURNAL DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE  
DE L'UNIVERSITE DE LOME (TOGO)**

---

**VOLUME 21, Numéro 4-3, Spécial, (2019)**

**SOMMAIRE**

**Sciences de la Santé**

1. ADEKANMBI A. & *al.*, (Nigeria)  
Renal replacement therapy in acute kidney injury in children: available options in Nigeria,..... 1
2. KOUASSI-AGBESSI B.T. & *al.* (Côte d'Ivoire)  
Etude de la sensibilité aux antibiotiques d'*escherichia coli* responsable d'infections urinaires à l'institut national d'hygiène publique (INHP) à Abidjan, ..... 7
3. AKPOVI D. C. & *al.* (Benin)  
Exploration de la fonction hépatique chez les conducteurs de taxi-moto priseurs de tabac au Bénin, ..... 5
4. NAOUNOU Amédée (Côte d'Ivoire)  
The dialectic tensions between guiltiness sensation and bravery in the psychological growth of Fleming, ..... 21
5. FIOGBE E.M. S., & *al.* (Benin)  
Exploration de la fonction hépatique chez les nouveau-nés déficitaires en G6pd au Bénin, ..... 33
6. MARTELOT G. & *al.* (Benin)  
Impact du traitement antirétroviral au Tenofovir sur les fonctions rénales chez les Pvvih au Chu de Surulere, Bénin, ..... 41
7. SAWADOGO Y.A., & *al.* (Burkina Faso)  
Pathologies et affections en consultation externe de gynécologie obstétrique au Chu Yalgado Ouedraogo de Ouagadougou, Burkina Faso, ..... 49
8. BAWE L.D., & *al.* (Togo)  
Prévalence de l'antigène de surface du virus de l'hépatite B chez le personnel des centres hospitaliers universitaires de Lomé et de Kara (Togo), ..... 55
9. MBA MBA C. & *al.* (Gabon)  
La clavicule flottante post-traumatique : à propos d'un cas rare traite au centre hospitalier universitaire d'Owendo et revue de la littérature, ..... 63

10. MBA MBA C. & al. (Gabon)	
Rupture bilatérale simultanée du ligament patellaire : à propos d'un cas rare traité au centre hospitalier universitaire d'Owendo et revue de la littérature, .....	69
11. DO SANTOS ZOUNON A. & al. (Benin)	
Fréquence et prise en charge des problèmes otologiques en pratique courante ORL, .....	75
12. BALAKIME E. (Togo)	
Contexte résidentiel et pratique des soins postnatals moderne après accouchement au Togo, ....	81
13. BAGNY A. & al. (Togo)	
Pathologies œsophagiennes au chu campus de Lomé, .....	95
14. BOTTI R. P. & al. (Côte d'Ivoire)	
Tuméfaction scrotale révélant un lymphome malin non hodgkinien t a localisation testiculaire au service d'hématologie clinique du chu de Yopougon à Abidjan en Côte d'Ivoire, .....	101
15. M'BORTCHE B K. & al. (Togo)	
Connaissances, attitudes et pratiques des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes (FSF) sur le risque des infections sexuellement transmissibles (Ist) et le Vih à Lomé,.....	107
16. FIANYO E. & al. (Togo)	
Automédication en milieu rhumatologique à Lomé (Togo), .....	115
17. TRAORE F. & al. (Côte d'Ivoire)	
Profil épidémiologiques et clinique des candidats hypertendus au hadj 2017,.....	121
18. DEGBOE Z. S. & al. (Togo)	
Alcoolodépendance : analyse factuelle d'un cas reçu au Chu Kara (Togo), .....	129
19. MAHAMAT ALI. M. A. & al. (Tchad)	
Urgences urologiques à l'hôpital général de référence nationale de N'Djamena (Tchad),.....	137
20. MOUSSA OUNTEINI A. & al. (Niger)	
Tumeur de Wilms chez les filles : aspects épidémiologiques, diagnostic et thérapeutique à propos de 33 cas,.....	143
21. SAKIYE K. A. & al. (Togo)	
Perforation de la vésicule biliaire d'origine typhique : à propos d'un cas à l'hôpital périphérique Saint Joseph de Datcha (Togo),.....	149
22. SORO T. A. & al. (Côte d'Ivoire)	
Indices biotiques et évaluation de la qualité des eaux des lacs Lokpoho et Morrisson (Haut-Bandama, côte d'ivoire), .....	155

23. MINTOGBE M. M.-M. & AMADOU SANNI M. (Benin) L'entrée en vie féconde à l'adolescence au Bénin : une analyse exploratoire,.....	171
24. BADJABAISSI E. & al. (Togo) Usage des médicaments à des fins abortives chez les adolescentes coiffeuses et couturières dans deux banlieues de Lomé, .....	181
25. EKOUEVI D. K. & al. (Togo) Bilan de la formation initiale à la faculté des sciences de la santé de l'université de Lomé entre 1975 et 2015, .....	189
26. DJAGADOU K. A. & al. (Togo) Parasitoses intestinales chez les revendeurs des denrées alimentaires dans la ville de Sokodé,	199
27. EKOUEVI D. K. & al. (Côte d'Ivoire) Évaluation du risque de décès dans les syndromes coronariens aigus par le score de grâce en Côte d'Ivoire, .....	201
28. AFASSINOU Y. M. & al. (Côte d'Ivoire) L'infarctus du myocarde chez le diabétique : aspects évolutifs et facteurs pronostiques à l'institut de cardiologie d'Abidjan,.....	213
29. AHOUANDJINO M. H. & al. (Benin) Internet des objets pour l'amélioration des soins de santé au Bénin, .....	223

## L'ENTREE EN VIE FECONDE A L'ADOLESCENCE AU BENIN : UNE ANALYSE EXPLORATOIRE

MINTOGBE M. Mireille-Marie & AMADOU SANNI Mouftaou

Laboratoire de Recherche en Sciences de la Population et du Développement (LaReSPD) de  
l'Université de Parakou

Adresse de l'auteur correspondant : [clema.mintogbe@gmail.com](mailto:clema.mintogbe@gmail.com),  
[mouftaouamadousanni@yahoo.fr](mailto:mouftaouamadousanni@yahoo.fr)

### RESUME :

La vie féconde se confondait classiquement à la vie conjugale matrimoniale. La situation a évolué et les grossesses en dehors d'un cadre d'union conjugale quelconque deviennent courantes. L'entrée en vie féconde correspond ainsi aujourd'hui à l'âge à la première grossesse. Cet âge recule de plus en plus ; il survient à l'adolescence, c'est-à-dire, avant 18 ans. Au Bénin, en particulier, l'intensité de ce phénomène prend d'ampleur avec de nouvelles générations. Grâce aux données des quatre dernières Enquêtes Démographiques et de Santé (2012, 2006, 2001 et 1996), nous décrivons ici cette dynamique de l'entrée en vie féconde, étape préliminaire à la recherche de ses facteurs explicatifs.

Mots clés : vie féconde, intensité, phénomène fécondité, adolescence

### ABSTRACT:

Fertile life was classically confused with marital conjugal life. The situation has evolved and pregnancies outside of any conjugal union framework are becoming commonplace. The entry into fertile life thus corresponds today to the age at first pregnancy. This age is decreasing more and more; it occurs in adolescence, that is before 18 years. In Benin, in particular, the intensity of this phenomenon is increasing with new generations. Using data from the last four Demographic and Health Surveys (2012, 2006, 2001 and 1996), we describe here this dynamic of fertile life entry, a preliminary step in the search for its explanatory factors.

Key words: fertile life, intensity, fertility phenomenon, adolescence

### INTRODUCTION :

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), environ 16 millions des grossesses adolescentes sont enregistrées tous les ans de par le monde et 2 millions d'adolescentes de moins de 15 ans accouchent, soit plus de 11% des naissances enregistrées. Ces grossesses et naissances sont dans leur majorité (95%), des cas enregistrés dans les pays à revenu faible et intermédiaire (OMS, 2018).

Le Bénin, en particulier, fait face à une fécondité élevée avant l'âge de 20 ans. Le taux de fécondité selon l'enquête démographique et de santé de 2017, est de 108 naissances pour milles adolescentes de moins de 20 ans (INSAE, 2018).

Pour réduire ce phénomène qui ne cesse de prendre de l'ampleur, les gouvernants avaient engagés plusieurs actions dont la lutte contre i) le harcèlement sexuel, ii) les mariages précoces et forcés et les violences basées sur le genre, iii) toutes les filles à l'école, etc. En effet, conformément aux prédictions des différentes approches théoriques, la baisse de la mortalité, l'instruction et le développement socioéconomique et sanitaire améliorent les conditions socioéconomiques des femmes et par conséquent, retarde le début de la vie procréative et limite le niveau de fécondité individuel et collectif des femmes. Par ailleurs, la société traditionnelle Béninoise repose sur des normes et règles socioculturelles qui modèlent les

comportements sexuels et de fécondité des femmes. Ainsi, la primo-sexualité avait lieu dans le cadre nuptial et ce premier rapport sexuel peut donner lieu à la première grossesse. Le mariage des filles était aussi précoce dans plusieurs cultures et ethnies afin d'éviter une grossesse hors union qui est généralement considérée comme un déshonneur pour la famille. Mais de nos jours, du fait de l'effritement social, du relâchement du contrôle parental, de la modernisation, de l'urbanisation, etc. la première expérience sexuelle n'a plus toujours lieu dans le cadre nuptial.

L'environnement social ci-dessus décrit contribue à faire de l'adolescence une période de transition sensible caractérisée par l'immaturation, le manque de connaissance sur les questions de sexualité, l'insuffisance du dialogue entre parent et enfant, ainsi que le manque d'expériences de la jeune génération. Tout cet ensemble favorise chez les adolescents l'adoption de pratiques et des comportements sexuels à risque qui les exposent aux grossesses précoces et/ou non planifiées chez les filles, aux infections sexuellement transmissibles et à l'infection à VIH. En effet, l'enquête à indicateurs multiples (MICS) réalisée en 2016 au Bénin, a montré que deux filles sur dix (20 %) du milieu urbain contre un sur dix (12 %) du milieu rural ont eu leur premier rapport sexuel avant 15 ans. Par ailleurs, en termes de comportements sexuels à risque, sur plus du quart des filles âgées de moins de 25 ans (28 %) qui ont eu des rapports sexuels à risque avec un partenaire irrégulier, seulement 34 % de ces rapports étaient protégés (INSAE, 2016).

La question de la santé sexuelle et reproductive des adolescents est inscrite comme une préoccupation de santé publique depuis 1976 suite à la première conférence sur la fécondité des adolescentes. L'objectif de cette conférence était d'étudier l'ampleur des implications et de la fécondité des adolescentes afin de définir les stratégies d'action. Deux autres conférences internationales : celles de Mexico en 1984 et du Caire (Egypte) en 1994 ont eu comme l'un des thèmes centraux, la thématique des

grossesses précoces et leurs conséquences sur la santé et l'avenir des adolescentes dont le programme d'actions a été ratifié par 179 pays dont le Bénin. Toutes ces décisions devant conduire à la mise en œuvre d'actions concrètes par les pays signataires de ces programmes viennent en amont des quatre opérations des enquêtes démographiques et de santé que le Bénin a conduit entre 1996 et 2017 et qui traitent de plusieurs sections relatives à la santé et au bien-être des populations dont celle portant sur la reproduction et la fécondité des femmes en âge de procréer âgées de 15 à 49 ans.

Pour mieux comprendre l'effet du contexte ci-dessus décrit sur l'entrée en vie féconde qui matérialise le début de la vie génésique chez la femme, la présente étude vise à évaluer l'intensité de l'entrée en vie féconde à l'adolescence de 1996 à 2012 à travers une analyse démographique transversale.

Dans cette étude, le terme entrée en vie féconde désigne le fait d'avoir au moins un enfant ou de porter une première grossesse au moment de l'enquête. Quant à l'adolescence, l'OMS, la définit comme une période qui se situe entre 10 et 19 ans et caractérisée par la puberté qui est un processus naturellement engagé par le corps entre 12 et 17 ans.

Après cette introduction, sera présentée d'abord une revue de littérature synthétique sur les grandes théories explicatives de la fécondité. Ensuite, nous décrivons les données et la méthode d'analyse utilisées. Les résultats des analyses sont présentés à la suite de ces sections. Enfin, nous terminons par une conclusion.

## **REVUE DE LA LITTÉRATURE**

Plusieurs approches théoriques ont été développées sur la fécondité et résumées dans les travaux de Bart & De Bruijn (2003) et de Leridon (2015). Ces différentes théories de la fécondité sont principalement : i) la théorie malthusienne de la population (de Thomas R. Malthus), ii) la théorie de la transition démographique, iii) la théorie des déterminants proches de la fécondité, iv) les théories économiques de la fécondité, v) les approches psychologiques et sociologiques

de la fécondité, vi) la théorie de la diffusion des idées et de la technologie et vii) les théories basées sur la culture, la structure et l'organisation sociale. Dans le cadre de cette étude, l'accent sera mis sur la théorie démographique de la fécondité qui adopte une démarche interdisciplinaire (économie, sociologie, histoire, géographie, anthropologie, sciences médicales) pour mieux comprendre l'évolution de la fécondité.

Selon cette approche démographique, la transition de la fécondité est un processus qui a lieu dans un contexte de modernisation et de développement économique et sociale marqué au départ par une situation de forte mortalité et de forte fécondité et évolue vers une situation de faible mortalité et de faible fécondité. Ainsi, la baisse sera de plus en plus importante étant donné que les systèmes normatifs et idéologiques qui sous-tendaient la forte fécondité vont disparaître suite à la baisse de la mortalité, du développement socio sanitaire et économique.

De ces différentes approches théoriques sont formulées des hypothèses explicatives de la fécondité. Une de ces hypothèses attribue la baisse de la fécondité et de la natalité au mariage tardif, à la baisse de la mortalité et à l'utilisation de la contraception. Une autre hypothèse met en exergue l'allaitement et le mariage, qui seraient responsables de la forte fécondité dans les pays en développement. Une nuance doit cependant être faite en ce qui concerne l'effet des variables : mariage et contraception dans le contexte Africain et au Bénin en particulier. En effet, la conceptualisation selon laquelle le mariage précède la fécondité, entre temps propre à la société traditionnelle africaine n'est plus en accord avec les réalités sociales d'aujourd'hui. Considéré l'âge d'entrée en union comme facteur d'exposition à la fécondité ne permet pas de mieux apprécier l'évolution du phénomène dans le temps. Par contre, l'âge au premier rapport sexuel pourrait être un indicateur plus favorable à l'analyse de la dynamique de la fécondité ; car, les femmes n'attendent plus nécessairement d'être mariées ou de vivre en union stable pour avoir des enfants.

A titre illustratif, une étude réalisée sur les facteurs associés à l'entrée en vie féconde au Bénin montre que les filles sexuellement actives avant 15 ans courent 8,5 fois plus de risque d'entamer leur vie féconde que celles qui ont eu leurs premiers rapports sexuels après 18 ans (Salifou & Alladatin, 2017). Une étude similaire en Côte d'Ivoire a montré que les filles qui ont des rapports sexuels précoces (avant 15 ans) courent 2,83 fois plus de risques d'entamer leur vie féconde plus tôt (Kouamé, 2015). Ailleurs au Tchad, les résultats d'une recherche menée à partir des enquêtes démographiques et de santé montrent que sur dix femmes ayant eu leurs premiers rapports sexuels avant 15 ans, sept (73,1%) ont eu une maternité précoce contre 49,6% de celles qui avaient eu leur premier rapport sexuel après 18 ans (Ngaba, 2012).

Quant au rôle de la contraception dans la dynamique de la fécondité, très variant d'un contexte à l'autre, Coale (1973) dans ses travaux sur l'analyse des théories sur la fécondité, explique que certaines conditions préalables sont nécessaires à la mise en place des techniques efficaces de maîtrise de la fécondité (programme de planification) : i) la fécondité doit entrer dans la sphère des choix conscients, du calcul rationnel et ii) une fécondité réduite doit être jugée avantageuse, compte tenu de l'environnement économique et social.

L'hypothèse ci-dessus fait intervenir le rôle des pesanteurs socioculturelles qui déterminent les mentalités et les comportements reproductifs de la fécondité, surtout dans les sociétés africaines. Au Bénin, face aux constats des programmes et projets de contraception mise en œuvre dans les années 1990 qui tardent à prendre, et de la réticence des femmes à adhérer aux méthodes contraceptives, une étude a été menée pour identifier facteurs déterminants de la pratique contraceptive au Bénin. Les résultats de cette étude montrent que les pratiques contraceptives restent encore très faibles. La prévalence de la contraception parmi les femmes en âge de procréer se situe à 20,4 % avec une prévalence des méthodes modernes de 7,4 %. Les principaux déterminants de la

pratique contraceptive moderne sont : l'appartenance ethnique, le niveau d'instruction, l'accès à un médium audio, le milieu de socialisation (la capitale ou les villes moyennes), la fréquence des entretiens avec le conjoint ou la planification familiale, la perception du contrôle des naissances, le désir de ne plus avoir d'enfant, l'approbation du conjoint, un niveau de vie assez élevé, une connaissance des sources d'approvisionnement en produits contraceptifs et un accès facile (Attanasso et al., 2005). L'usage de la contraception étant sous l'influence de facteurs multidimensionnels, elle connaît par conséquent une faible évolution, ainsi, en 2017 les résultats des EDS révèlent que parmi les femmes de 15-49 ans, une personne sur quatre (16 %) utilise une méthode quelconque de contraception, en majorité une méthode moderne : 12 % (INSAE, 2018).

Toutes fois, plusieurs autres facteurs contribuent à l'explication de l'évolution de la fécondité. Le cadre conceptuel d'analyse de la fécondité de Blake et Davis adopte une approche globale en regroupant les facteurs de la fécondité en quatre (04) catégories : i) les variables intermédiaires : i) les facteurs socioculturels, ii) les variables d'état socio-économique, iii) les variables environnementales et iv) les variables psychologiques et biologiques. Par ailleurs, la croissance économique et le développement humain jouent un rôle déterminant de l'influence de chaque groupe de variables sur la fécondité. Ainsi la baisse de la fécondité serait liée à un meilleur développement social et économique (Schoumaker et Tabutin, 1999 ; Fassassi et Vimard, 2012).

La plus part des travaux empiriques utilisent des données individuelles pour expliquer la fécondité au niveau micro. Ainsi, le statut économique des femmes (revenu et opportunités économiques), l'instruction sont des facteurs importants de la fluctuation de la fécondité en Afrique et ailleurs (Doliger, 2006 ; Fassassi et Vimard, 2012 ; Trovato, 2016).

En dehors des facteurs comportementaux

jusqu'à-là évoqués, les facteurs biologiques aussi contribuent à l'explication de la fécondité. En effet, la capacité biologique de la femme à donner naissance à des enfants dépend de la durée de la période de vie fertile. Si la capacité de procréation commence avec les premières règles dont l'âge varie d'une femme à l'autre (en moyenne à 12 ans) et l'âge de la ménopause qui commence en moyenne vers 50 ans, alors une femme aura au moins 38 ans de vie fertile. Ce paramètre couplé avec un intervalle minimum de 2 ou 3 ans entre deux naissances conduit théoriquement à 19 enfants par femme en moyenne au cours de sa vie. Pourtant, d'après les statistiques internationales, dans les pays de l'Afrique de l'Ouest et Centrale, les femmes ont en moyennes 5,4 enfants au soir de leur vie reproductive avec des disparités selon le pays et même à l'intérieur d'un pays (UNFPA, 2016). Au Bénin, selon les résultats des enquêtes démographiques et de santé de 1996 (EDSB-I) et de 2017 (EDSB-V), l'indicateur de l'indice synthétique de fécondité (ISF) indique 5,7 enfants par femme en 2018 (INSAE, 2018) contre 6,0 enfants par femme en 1996 (INSAE, 1996). Ces niveaux demeurent néanmoins élevés au Bénin avec des variations selon le milieu de résidence et d'autres facteurs multidimensionnels.

Les travaux explorés ne rendent pas compte spécifiquement de la dynamique de la fécondité au niveau désagrégé au Bénin. C'est l'objectif que vise cette étude à travers l'analyse de l'entrée en vie féconde selon l'âge et les générations face à la tendance presque stationnaire de l'ISF.

#### **DONNEES ET METHODE :**

Les données des quatre éditions d'Enquête Démographique et de Santé (EDS) réalisées en 1996, en 2001, en 2006 et 2012 par l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE) du Bénin sont exploitées



pour la réalisation des objectifs de cette étude<sup>2</sup>. Réalisée pour la première fois en 1996, l'objectif des EDS est de collecter, d'analyser et de diffuser des données relatives à la population et à la santé de la famille, d'évaluer l'impact des programmes mis en œuvre et de planifier de nouvelles stratégies pour l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Elles permettent également de collecter de façon exhaustive auprès des femmes en âge de procréer âgées de 15 à 49 ans des données sur la reproduction et la fécondité, lequel volet des EDS permet de mieux aborder les objectifs de cette étude. Ainsi, les unités statistiques pour cette recherche sont constituées des filles et des femmes de 15 à 49 ans, mais c'est la première naissance ou grossesse subvenue avant l'âge de 18 ans qui est étudiée chez l'ensemble de ces femmes dans cette étude. Pour les différentes éditions d'EDS, il s'agit d'un échantillonnage représentatif au niveau national, basé sur un sondage par grappes stratifié à deux degrés. Au premier degré, les grappes sont tirées au hasard à partir de la liste des zones de dénombrement établies pour les RGPH et au deuxième degré, les ménages sont tirés à partir de la liste des ménages dénombrés dans chaque grappe. Dans chaque ménage échantillonné, toutes les femmes de 15 à 49 ans qui s'y trouvent ont été individuellement enquêtées. La collecte des données a été effectuée à l'aide de trois types de questionnaires élaborés et structurés en plusieurs modules dont le questionnaire individuel femme structuré en plusieurs sections avec un volet santé de la reproduction.

La taille des échantillons des ménages et des femmes varie d'une édition d'EDS à l'autre. Mais ces tailles représentatives au niveau national ont été fixées afin de permettre une comparaison entre les différentes éditions. La synthèse des échantillons des ménages et des femmes effectivement enquêtés avec succès à chaque EDS est présentée dans le tableau 1.

**Tableau I:** Effectifs des échantillons des

ménages et des femmes enquêtés à chaque EDS

Edition	Nombre de ménages	Nombre de femmes de 15 à 49 ans	Période de collecte
1996	4 499	5 491	Juin - Août 1996
2001	5 769	6 219	Août-novembre 2001
2006	18 000	18 147	Août -novembre 2006
2012	17 422	16 599	Décembre 2011-mars 2012

L'analyse est descriptive en s'appuyant sur l'examen du tableau des caractéristiques sociodémographiques des femmes échantillonnées. Cette description porte également sur l'intensité et les tendances dans le temps de l'entrée en vie féconde selon les générations et les années d'observation. Outre les tableaux et graphiques descriptifs, l'analyse démographique transversale (analyse du moment) a été réalisée. Elle a consisté à la représentation graphique du phénomène dans un diagramme de Lexis puis à la détermination de deux indicateurs clés que sont : l'intensité et le calendrier de l'entrée en vie féconde à l'adolescence chez les femmes de 15 à 49 ans. En effet, le diagramme de Lexis est un système d'axes rectangulaires qui permet de préciser comment se combinent les mesures de temps en termes de calendriers et de temps puis en termes de durée écoulée depuis un événement antérieur.

L'analyse transversale, a permis de répertorier les cas de grossesses avant 18 ans selon les déclarations des femmes au cours de chaque période d'observation selon les groupes d'âge. Ainsi, le couloir vertical contient les informations sur l'occurrence de l'entrée en vie féconde avant 18 ans durant chaque année d'observation (1996, 2001, 2006 et 2012).

L'intensité de l'entrée en vie féconde dans les différents groupes d'âges des femmes en âge de procréer au cours d'une période d'observation est le nombre moyen de

<sup>2</sup> Le rapport de l'EDS 2017 est disponible mais la base de données n'est pas encore accessible, raison pour laquelle cette étude

ne couvre par la situation mis en exergue par l'EDS 2017

grossesses avant 18 ans enregistrés à l'issue de cette période d'observation. Elle s'obtient avec la formule suivante :

$$I = \frac{E}{N} * 100 \text{ avec}$$

- E=Nombre total de grossesse avant 18 ans au cours de la période d'observation.
- N= Effectif initial des femmes de 15 à 49 ans échantillonné pendant l'année d'observation.

En utilisant le test de comparaison de deux proportions d'échantillons indépendants ( $\chi^2$  de Person), des comparaisons ont été faites suivant l'évolution du phénomène à l'intérieur des groupes d'âges extrêmes et entre périodes d'observation. Cette mesure d'association a permis d'apprécier le niveau de significativité de l'occurrence du phénomène entre deux dates.

Le calendrier de l'entrée en vie féconde à l'adolescence est la distribution des cas de grossesses enregistrés au cours de chaque période d'observation selon l'âge des femmes au moment de la grossesse. Le rapport entre l'effectif des grossesses à chaque âge sur le nombre total de grossesses enregistrés avant 18 ans permet d'obtenir les proportions de grossesses adolescentes à chaque âge au cours de l'année d'observation.

Le calendrier de l'entrée en vie féconde à l'adolescence a ainsi permis de déterminer la valeur moyenne du calendrier à partir des pourcentages élémentaires calculés : il s'agit de l'âge moyen auquel subvient une grossesse adolescente.

Soit  $\bar{\alpha}$  la valeur de l'âge moyen à une grossesse adolescente, la formule de calcul est la suivante :

$$\bar{\alpha} \frac{1}{100} = [10,5 * \alpha (10,11) + 11,5 * \alpha (11,12) + 12,5 * \alpha (12,13) + 13,5 * \alpha (13,14) + 14,5 * \alpha (14,15) + 15,5 * \alpha (15,16) + 16,5 * \alpha (16,17) + 17,5 * \alpha (17,18)]$$

Avec  $\alpha$  l'intensité (%) de l'entrée en vie féconde déterminée dans le calendrier.

## RESULTATS

Dans cette section, est d'abord présentée les caractéristiques sociodémographiques des femmes en âge de procréer des quatre éditions d'EDS considérées. Par la suite, les résultats de l'analyse démographique transversale de l'entrée en vie féconde à l'adolescence par générations et par année d'observation sont abordés.

Le tableau 2 montre que, quelle que soit l'édition d'EDS considérée, les femmes de moins de 30 ans restent majoritaires.

Selon le niveau d'instruction, les proportions de femmes instruites varient d'un minimum de 26,7% en 1996 à un maximum de 37,10% en 2012. En 2001 et en 2006, les proportions des instruites sont respectivement de 35,1% et 34,9%. Parmi ces femmes, quelle que soit l'année d'observation considérée, la majorité d'elles sont de religion chrétienne (43,7% en 1996 ; 51,7% en 2001 ; 53,3% en 2006 et 55,6% en 2012).

Le statut matrimonial révèle qu'à chaque période, plus de la moitié des femmes vit en union ; soit huit femmes sur dix en 1996 (77,7%) ; sept femmes sur dix en 2001 (73,8%) et en 2012 (71,6%) puis trois sur quatre (75,8%) en 2006. Suivant le milieu de résidence, plus de la moitié des femmes en âge de procréer provient du milieu rural quel que soit l'EDS : 66,9% en 1996, 61,7% en 2001, 58% en 2006 et 57,4% en 2012.

Suivant l'occurrence du phénomène étudié il ressort que les proportions varient d'une période d'observation à l'autre et l'analyse révèle des disparités importantes selon l'âge (figure 1 et 2).

**Tableau II** : profil sociodémographique des échantillons selon la période d'observation.

Variables	Années d'observation							
	1996		2001		2006		2012	
Groupe d'âge	n	%	n	%	n	%	n	%
15-19	1049	19,1	1223	19,7	3036	17,1	2922	17,6
20-24	1022	18,6	1210	19,5	3117	17,5	2820	17,0
25-29	961	17,5	1177	18,9	3640	20,5	3147	19,0
30-34	766	14	866	13,9	2801	15,7	2720	16,4
35-39	703	12,8	748	12	2151	12,1	2185	13,2
40-44	530	9,7	554	8,9	1626	9,1	1667	10,0
45-49	460	8,4	441	7,1	1423	8,0	1138	6,9
<b>Niveau d'étude</b>								
Aucun	4026	73,3	4039	64,9	11577	65,1	10383	62,6
Primaire	1018	18,5	1346	21,6	3460	19,4	2766	16,7
Secondaire	425	7,7	782	12,6	2595	14,6	3219	19,4
Supérieur	22	0,4	52	0,8	162	,9	231	1,4
<b>Statut matrimonial</b>								
Célibataire	1069	19,5	1466	23,6	3801	21,4	4294	25,9
En union	4264	77,7	4587	73,8	13486	75,8	11880	71,6
Veuve/divorcée	158	2,9	166	2,7	507	2,8	425	2,6
<b>Religion</b>								
Endogène	1283	23,4	1131	18,2	3178	17,9	2284	13,8
Musulmane	1153	21	1366	22,0	3878	21,8	3919	23,6
Chrétienne	2400	43,7	3218	51,7	9484	53,3	9226	55,6
Sans religion	655	11,9	504	8,1	1254	7,0	1170	7,0
<b>Milieu de résidence</b>								
Urbain	1819	33,1	2384	38,3	7471	42,0	7070	42,6
Rural	3672	66,9	3835	61,7	10323	58,0	9529	57,4
<b>Départements</b>								
Atacora/Donga	1021	18,6	748	12,0	2399	13,5	2426	14,6
Atlantique/Littoral	1041	19	1599	25,7	3819	21,5	3815	23,0
Borgou/Alibori	991	18	988	15,9	2732	15,4	2323	14,0
Mono/Couffo	909	16,6	832	13,4	2726	15,3	2268	13,7
Ouémé/Plateau	735	13,4	1037	16,7	3004	16,9	2857	17,2
Zou/Collines	794	14,5	1015	16,3	3114	17,5	2910	17,5

La représentation graphique de l'entrée en vie féconde selon les groupes d'âges dans le diagramme de Lexis (figure 1) permet d'apprécier les fréquences de l'entrée en vie féconde avant 18 ans par groupe d'âges selon les années d'observation. A cet effet, les effectifs des femmes en âge de procréer qui ont commencé leur vie féconde avant 18 ans sont inscrits et encerclés dans les carrés correspondants à chaque groupes d'âges élémentaires et par période d'observation tandis que, les effectifs des femmes en âge de procréer calculés aux extrémités des périodes élémentaires d'âge sont inscrits non encerclés sur les segments verticaux de droite du diagramme de Lexis situés à l'intérieur des générations de femmes étudiées.

L'analyse transversale du diagramme de Lexis représenté ci-dessous montre que, en 1996, 194 adolescentes de 15-19 ans ont eu leur première grossesse avant l'âge de 18 ans contre 219 chez les femmes de 45-49 ans. En

2001, 212 adolescentes de 15-19 ans et 189 femmes de 45-49 ans sont entrées en vie féconde précocement. Par ailleurs, en 2006 et en 2012, c'est respectivement 565 et 446 adolescentes de 15-19 ans puis 546 et 390 femmes de 45-49 ans qui ont eu une grossesse adolescente. Il ressort de cette analyse qu'en dehors de l'année 1996 ou les femmes des générations 1947 et 1951 entrent plus précocement en vie féconde, quel que soit l'année d'observation considérée entre 2001 et 2012, c'est la tendance inverse qui s'observe. En effet, les adolescentes de moins de 20 ans entrent plus précocement en vie féconde que leurs aînées.

Âges	1996		2001		2006		2012		Années
[45-49]	219	3375	189	3959	546	11210	390	11210	10903
[40-44]	241	3835	236	4384	691	12447	629	11922	
[35-39]	291	4126	321	4705	912	13359	765	12687	
[30-34]	371	4497	390	5095	1244	14603	1060	13747	
[25-29]	411	4908	471	5566	1490	16093	1316	15063	
[20-24]	389	5297	441	6007	1136	17229	1090	16153	
[15-19]	194	5491	212	6219	565	17794	446	16599	

Figure 1 : Représentation graphique du diagramme de Lexis sur l'entrée en vie féconde avant 18 ans selon l'année d'observation

Le graphique 2 présente l'intensité de

l'entrée en vie féconde à l'adolescence selon les groupes d'âge par année d'observation. Il se dégage une tendance à la hausse du phénomène de l'entrée en vie féconde à l'adolescence au fil des ans en particulier chez les adolescentes de 15-19 ans. Par ailleurs, la tendance est en baisse parmi les femmes de 45-49 ans des générations 1947 et 1951 interrogées en 1996 puis celles des générations 1963 et 1967 interrogées en 2012. En effet, l'intensité de l'entrée en vie féconde avant 18 ans est passée de 80% en 2001 à 88,3% en 2012 chez les adolescentes de 15-19 ans ; soit un accroissement de 10%. Alors que, la tendance baissière dans le groupe des femmes de 45-49 ans se situe entre 44% en 2001 et 35,5% en 2012 ; soit un taux de réduction de 19% chez les aînées. Ces différences entre les deux périodes dans les groupes d'âge extrêmes sont statistiquement significatives au seuil de un pour mille ( $p < 0,001$ ).

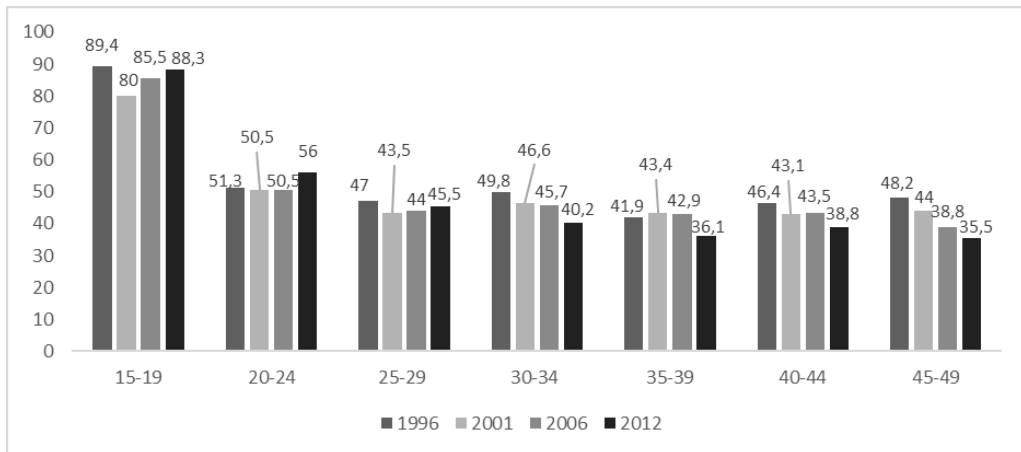


Figure 2 : Intensité de l'entrée en vie féconde à l'adolescence au Bénin selon l'âge

L'âge moyen à l'entrée en vie féconde (tableau) année d'observation est de 10 ans. 3) représente le nombre moyen d'années Par ailleurs les résultats montrent que, l'âge vécues avant la première grossesse adolescent moyen à la première grossesse, est par les femmes en âge de procréer. Deux approximativement de 16 ans. Mais reste principaux résultats se dégagent de l'analyse de presque invariable entre 1996 et 2006 (15,95 ce tableau. En 1996, 0,95% des femmes en âges à 15,69 ans) contre 15,44 ans en 2012. de procréer ont leur première grossesse à 11 En somme, contrairement aux prédictions ans contre plus de deux pour cent au cours de théoriques, l'âge moyen de l'entrée en vie trois autres périodes d'observation (2,57% en féconde à l'adolescence après 16 ans de 2001 ; 2,95 en 2006 et 4,51% en 2012). L'âge période d'observation n'a connu qu'un recul de minimal d'entrée en vie féconde quelle que soit 0,51 ans. Portant, pour espérer tendre vers une

baisse de la fécondité, l'âge de l'entrée en vie féconde est un facteur déterminant

**Tableau III** : Calendrier de l'entrée en vie féconde à l'adolescence entre 1996 et 2012

Age 1 <sup>ère</sup> G	1996		2001		2006		2012	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
10	5	0,24	10	0,44	34	0,52	32	0,56
11	20	0,95	58	2,57	194	2,95	257	4,51
12	44	2,08	98	4,34	276	4,19	331	5,81
13	124	5,86	189	8,36	517	7,85	521	9,15
14	321	15,17	312	13,81	1010	15,34	968	16,99
15	447	21,12	486	21,50	1228	18,65	1033	18,14
16	553	26,13	535	23,67	1568	23,82	1235	21,68
17	602	28,45	572	25,31	1757	26,69	1319	23,16
<b>Total</b>	<b>2116</b>	<b>100,00</b>	<b>2260</b>	<b>100,00</b>	<b>6584</b>	<b>100,00</b>	<b>5696</b>	<b>100,00</b>
<b>Age moyen</b>		<b>15,95</b>		<b>15,68</b>		<b>15,69</b>		<b>15,44</b>

### CONCLUSION

Une grossesse à l'adolescence est une grossesse à risque non seulement pour la jeune mère mais aussi pour l'enfant qui va naître. Elle comporte également de nombreuses conséquences socio-économiques dans la vie de la jeune femme. La présente étude a eu pour objectif de décrire la dynamique de l'entrée en vie féconde à l'adolescence chez les femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) au Bénin entre 1996 et 2012. Globalement, l'intensité de l'entrée en vie féconde avant 18 ans présente une tendance à la hausse. Ainsi, l'analyse de l'entrée en vie féconde à l'adolescence selon l'âge et les générations révèle que le phénomène prend de l'ampleur et devient de

plus en plus précoce en particulier dans le groupe des femmes de 15 à 19 ans comparées à leurs aînées de 45 à 49 ans quel que soit l'année d'observation considérée. De plus, même si l'âge moyen tourne autour de 15 ans quelle que soit l'année d'observation, cet âge tend vers un rajeunissement d'une édition d'EDS à l'autre : soit 15,95 ans en 1996 et 15,44 ans en 2012.

De ces résultats, il ressort la nécessité de mener une étude approfondie sur les déterminants de l'entrée en vie féconde avant 18 ans chez les adolescentes de moins de 20 ans afin d'identifier les facteurs explicatifs et de mieux comprendre la dynamique du phénomène dans la jeunes génération.

### RÉFÉRENCES

- [1] Attanasso, O., Fagninou, R., M'Bouke, C., & Amadou Sanni, M. (2005). Les facteurs de la contraception au Bénin. Analyse des données de l'enquête démographique et de santé de 2001. Gripps. La planification familiale en Afrique. Documents d'analyse n° 4.
- [2] Bart, J. and De Bruijn. (2003). Fécondité : Théories, structures, modèles, concepts. In : Graziella Caselli, Jacques Vallin et Guillaume Wunch. Démographie : Analyse et synthèse. II. Les Déterminants de la fécondité. INED, pp.407-447.
- [3] Coale A., (1973). La transition démographique. Actes Conférence UIESP, Liège, vol 1, p. 53-72.
- [4] Doliger, C. (2006). Démographie, fécondité et croissance économique en France. Thèse de doctorat. 404p. Faculté des Sciences Economiques et de Gestion de Strasbourg, Université Louis Pasteur.
- [5] Fassassi, R., Vimard, P. (2012). Évolution de la fécondité, croissance économique et développement humain en Afrique sub-saharienne. Working Paper, ENSEA-LPED, Abidjan-Marseille, 2012. 21

p. DOI: 10.13140/RG.2.1.4708.7128.

Cameroun.

[6] INSAE. (1996). Enquête Démographique et de Santé (Rapport définitif, p. 344). Bénin: Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE) [Bénin] et Macro International Inc.

[7] INSAE. (2016). Enquête par grappes à indicateurs multiples 2014 (Rapport final). Cotonou, Bénin: Institut national de la statistique et de l'analyse économique (INSAE).

[8] INSAE. (2018). Enquête Démographique et de Santé (Rapport provisoire, p. 74). Bénin: Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE) [Bénin] et Macro International Inc.

[9] Kouamé, C. A. (2015). Disparités régionales du début de la vie féconde chez les adolescentes en Côte d'Ivoire. Côte d'Ivoire: Institut National de la Statistique-Côte d'Ivoire.

[10] Leridon, H. (2015). Théories de la fécondité : des démographes sous influence ? *Population-F*, 70 (2), 331-374 ; DOI : 10.3917/popu.1502.0331

[11] Ngaba, N. (2012). Fécondité des adolescentes au Tchad : recherche des facteurs explicatifs. Institut de Formation et de Recherche Démographiques (IFORD),

[12] OMS. (2018). Grossesse chez les adolescentes. Consulté 29 août 2018, à l'adresse <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

[13] Salifou, M., & Alladatin, J. (2017). Profil et facteurs explicatifs de la maternité des adolescentes dans la commune de Tchaourou : une approche basée sur les variables intermédiaires. *El Paradigm Journal*, n°4. Consulté à l'adresse [http://www.w3.org/2000/svg" viewbox="0 0 512 512">](http://www.w3.org/2000/svg)

[14] Schoumaker, B., Tabutin, D. (1999). Relations entre pauvreté et fécondité dans les pays du sud : connaissances, méthodologie et illustrations. Institut de Démographie de l'Université catholique de Louvain. Document de Travail n° 2.

[15] Trovato, F. (2016). Analyse sociodémographique de la fécondité d'après-guerre au Canada, 1947-2011. *Cahiers québécois de démographie*, 45(1), 27-49. <https://doi.org/10.7202/1037272ar>

[16] UNFPA. (2016). Etat de la population mondiale 2016 (french): comment cet âge déterminant chez les filles conditionne notre avenir. S.I.: UNITED NATIONS UNFPA FOR POPULATION