



HAL
open science

Prévalence et facteurs explicatifs des grossesses non planifiées chez les adolescentes au Bénin

Mahouli Mireille-Marie Mintogbe, Elihou Adje, Victorien Tamègnon Dougnon, Clément Ahoussinou, Pierre Gandji, Mouftaou Amadou Sanni

► To cite this version:

Mahouli Mireille-Marie Mintogbe, Elihou Adje, Victorien Tamègnon Dougnon, Clément Ahoussinou, Pierre Gandji, et al.. Prévalence et facteurs explicatifs des grossesses non planifiées chez les adolescentes au Bénin. 2023. halshs-04235816

HAL Id: halshs-04235816

<https://shs.hal.science/halshs-04235816v1>

Preprint submitted on 12 Oct 2023

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.

Prévalence et facteurs explicatifs des grossesses non planifiées chez les adolescentes au Bénin

Prevalence of unplanned pregnancies among adolescent girls and explanatory factors in Benin

Auteurs : Mahouli Mireille-Marie MINTOGBE^{1,2}, Elihou ADJE¹, Victorien Tamègnon DOUGNON³, Clément AHOSSINOU², Pierre GANDJI², Mouftaou AMADOU SANNI¹

Affiliations : ¹Laboratoire de Recherche en Sciences de la Population et du Développement (LaReSPD) de l'université de Parakou ²Institut d'Analyse de la communication et des ensembles sociaux (INACES), Missérété ³Université d'Abomey Calavi (UAC),

Auteur Correspondant : Mahouli Mireille-Marie MINTOGBE ;

Adresse e-mail : clema.mintogbe@gmail.com

Résumé

Les grossesses non planifiées chez les adolescentes ont des impacts non négligeables sur leur santé reproductive. Cette étude vise à déterminer la prévalence des grossesses non planifiées et leurs facteurs explicatifs chez les adolescentes. La population d'étude est composée des adolescentes âgées de 15 à 19 ans. Les données sont celles collectées dans le cadre d'une enquête quantitative réalisée en mai 2019 dans les douze départements du Bénin. Des méthodes d'analyse descriptive, bi variée et une régression logistique ont été mises à profit.

Sur dix adolescentes, six (57,3 %) étaient âgées de 18 à 19 ans et quatre d'entre elles (38,9 %) avaient atteint le premier cycle du cours secondaire. La prévalence des grossesses non planifiées est de 80,1 % (n=270). Les fréquences des premières grossesses non planifiées sont plus élevées chez: i) les adolescentes ayant atteint le second cycle du secondaire ou plus (85,7 % ; p=0,027), ii) celles qui ont passé leur période de socialisation dans les grandes villes (88,5 % ; p=0,018) et celles dont les besoins financiers n'étaient pas totalement satisfaits (84,8 % ; p=0,014).

Le principal facteur explicatif identifié est la satisfaction des besoins financiers chez les adolescentes. En effet, les adolescentes dont les besoins financiers ne sont pas satisfaits sont 1,7 fois (p=0,041) plus susceptibles d'avoir une première grossesse non planifiée par rapport aux autres.

Mots clés : Grossesse non planifiée, adolescentes, besoins financiers, Bénin.

Abstract

Unintended pregnancies among adolescents have a significant impact on their reproductive health. The purpose of this study is to determine the prevalence of unintended pregnancies and their explanatory factors among adolescents. Population study are adolescent girls aged 15 to 19 years. The data are those collected through a quantitative survey conducted in May 2019 in the twelve departments of Benin. Descriptive analysis, bi-variate analysis, and logistic regression methods were used.

Among ten adolescents, six (57.3 %) were aged 18-19 years and four (38.9 %) had reached junior high school. The prevalence of unplanned pregnancies was 80.1 % (n=270). The frequencies of unplanned first pregnancies were higher among: i) adolescents who had reached upper secondary school or higher (85.7 %; p=0.027), ii) those who had spent their socialization period in large cities (88.5 %; p=0.018) and those whose financial needs were not fully met (84.8 %; p=0.014).

The main explanatory factor identified was the satisfaction of financial needs among adolescents. Adolescents with unmet financial need were 1.7 times (p=0.041) more likely to have an unplanned first pregnancy than those without.

Keywords: Unplanned pregnancy, explanatory factors, adolescents, financial need, Benin.

Introduction

Les grossesses non planifiées et ou précoces ont, selon plusieurs travaux (Jean Simon et *al.*, 2021; Dangbemey et *al.*, 2020; Tessema et *al.*, 2017) des conséquences sanitaire, socio-économique et démographique sur les adolescentes. Au plan sanitaire, les grossesses non planifiées, augmente le risque des avortements provoqués et clandestins, des complications obstétricales pendant les avortements réalisés dans des conditions inappropriées, puis, la fréquence des décès des adolescentes (Gebremedhin & Asefa, 2019; Mongbo et *al.*, 2016).

L'intérêt pour les questions de la Santé de la Reproduction des Adolescents et Jeunes (SRAJ) est devenu une priorité mondiale depuis 1990 suite à la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) du Caire en 1994 et au Forum Africain sur la Santé Reproductive des Adolescents (FASRA) d'Addis Abeba en 1998. Les principaux objectifs de la CIPD, première assise internationale sur la SRAJ visent à créer un environnement favorable aux adolescents et jeunes en leur permettant : i) d'accéder à l'information et aux services pour une sexualité responsable ; ii) de prévenir les grossesses non planifiées et / ou précoces, iii) d'accéder aux services de contraception moderne, iv) d'accéder à l'information sur les moyens de prévention et de traitement des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et du Sida (UN, 1995). Ainsi, la SRAJ figure toujours parmi les priorités des ODD en lien avec la santé.

D'autres dispositions au plan régional ont été prises dans le cadre de la promotion des droits en santé sexuelle et reproductive pour les adolescents et jeunes. Il s'agit essentiellement : i) de la Charte africaine de la jeunesse en 2006, ii) du plan d'actions de Maputo en 2006, iii) du Partenariat de Ouagadougou en 2011¹, iv) du partenariat family planning-2020 lancé à Londres en 2012 qui vise à garantir avant 2020, à 120 millions de femmes et de jeunes filles dans 69 pays en développement un accès volontaire à des moyens de contraception modernes, etc.

Pour atteindre les objectifs issus de ces différentes assises internationales et régionales auxquelles le Bénin a souscrit, un cadre politique, légal et programmatique sur la santé reproductive (SR) a été mis en place depuis plusieurs décennies et se traduit par l'intensification des programmes globaux et interventions en SRAJ au Bénin (MS-DSME, 2010, 2017).

Au Bénin, les interventions et actions en faveur de la SRAJ ont connu la participation de plusieurs acteurs et partenaires multisectoriels en provenance des institutions

¹ Le Partenariat de Ouagadougou constitue un mouvement prometteur lancé lors de la Conférence Régionale sur la Population, le Développement et la Planification Familiale tenue à Ouagadougou au Burkina Faso, en février 2011. Il a réuni 9 pays francophones de l'Afrique de l'Ouest (Bénin, Togo, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Sénégal, Mali, Niger, Mauritanie) et leurs partenaires techniques et financiers pour accélérer les progrès dans l'utilisation des services de planification familiale.

gouvernementales, des organisations de la société civile, des partenaires bilatéraux et multilatéraux tels que : Plan International Bénin, UNFPA, UNICEF, UNESCO, OMS, Banque Mondiale, USAID, ONGs, etc. (UNFPA-Bénin & Fonds Français Muskoka, 2019). A titre illustratif, Plan International Bénin dans le cadre du projet sur la promotion des droits à la SSRAJ dans 120 communautés du Bénin a mis en place : i) des centres d'écoutes ; ii) des centres amis des jeunes, iii) des initiatives au profit des adolescents et jeunes en milieu scolaire (formation des pairs éducateurs, etc.). L'Association Béninoise pour la Promotion de la Famille (ABPF) intervient également sur le projet "Promotion de la santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et des jeunes au Bénin. Population Services International / Association Béninoise pour le Marketing Social et la communication pour la Santé (PSI/ABMS), à travers le projet Amour et vie plus, a mis en place : des centres "Amour et vie" ; des centres d'écoutes, de conseils et d'orientation en SSRAJ de même que des services du planning familial, etc.). Le Bureau des Projets de Développement et des Œuvres Sociales (BUPDOS-ONG) intervient aussi à travers le projet Prévention des IST, VIH et Sida au sein des adolescents et jeunes et sur le Programme de la Santé Reproductive et Droits Sexuels des Adolescents et Jeunes (PMA-SRDSAJ). L'Association pour l'Education, la Sexualité et la Santé en Afrique (APESSA-Bénin), met également en œuvre des interventions sur l'Education Complète à la Sexualité (ECS) dans les milieux scolaires et extrascolaires et à travers les médias au profit des adolescents, etc.

Malgré cet environnement législatif et programmatique, la cinquième édition de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) a montré que, le taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes chez les adolescentes (15-19 ans) était de 5,6 %. Sur dix adolescentes sexuellement actives non en union, sept (65,5 %) ont des besoins non satisfaits (INSAE, 2019). Les résultats de la septième édition de l'Enquête de Surveillance de Deuxième Génération (ESDG) du Bénin ont montré que, parmi les adolescents et les jeunes de 15 à 24 ans sexuellement actifs, 11,0 % (296/2703) avaient eu leurs premiers rapports sexuels avant 15 ans et 43,7 % (1180/2703) entre 15 et 17 ans. Parmi ces derniers, quatre sur dix (39,3 %) ont utilisé le préservatif lors du dernier rapport sexuel. Il n'y a pas de différence significative dans l'usage du préservatif entre les filles et les garçons (39,7 % vs 38,9 % $p=0,663$) ni entre les adolescents de 15 à 19 ans et les jeunes de 20 à 24 ans : 37,7 % vs 40,5 % ; $p=0,135$ (Ministère de la Santé, 2022).

Les données sus-décrites indiquent une faible adoption des mesures préventives des grossesses précoces et ou non planifiées à l'adolescence. C'est pourquoi, au regard du contexte

programmatisée, la présente étude vise à déterminer la prévalence des grossesses non planifiées et leurs facteurs explicatifs chez les adolescentes.

Données et méthodes

Données

Les données exploitées sont celles issues d'une enquête quantitative et qualitative réalisée en mai 2019 auprès des adolescentes âgées de 15 à 19 ans dans les douze départements du Bénin dans le cadre d'une étude sur la fécondité à l'adolescence.

Echantillonnage

La taille de l'échantillon a été déterminée à partir de la formule de Schwartz indiquée pour les études transversales. L'occurrence en lien avec la fécondité à l'adolescence chez les adolescentes qui a été exploitée est celle estimée en 2017 par la cinquième édition des enquêtes démographiques et de santé du Bénin qui est de 20,0 %. L'intervalle de confiance est de 95 %, la précision relative est 5 % avec une majoration de 10 % de non réponses. La taille a été estimée à de 738 adolescentes réparties sur toute l'étendue du territoire national. Le plan d'échantillonnage est à trois degrés dans chacun des douze départements. Il s'agit des communes, des arrondissements et des unités statistiques avec comme base de sondage, les données du quatrième recensement général de la population et de l'habitation (RGPH-4) de 2013. La sélection aléatoire des communes et arrondissements était basée sur une stratification selon les milieux urbain et rural.

Les données ont été collectées à partir d'un questionnaire structuré en plusieurs sections en lien avec : (i) les caractéristiques sociodémographiques des participantes ; ii) la vie familiale et la gestion des besoins financiers ; iii) la communication et la participation aux activités sociales ; iv) la santé sexuelle et reproductive et v) les caractéristiques du partenaire. La technique de collecte était basée sur des entretiens semi-directifs dans un endroit qui mettait en confiance les participantes. Le questionnaire a été digitalisé et incorporé sur des tablettes grâce à l'application de collecte en ligne KoBoCollect.

Dispositions éthiques

Le consentement de chaque adolescente a été recueilli avant les entretiens. Le protocole de l'étude et les outils de collecte ont été soumis et approuvés par le Laboratoire de Recherche en Sciences de la Population et du Développement (LaReSPD) de l'Université de Parakou (UP) avant la mise en œuvre de l'enquête.

Les variables d'étude

Deux types de variables sont à l'étude : une variable d'intérêt ou variable dépendante et les variables explicatives ou indépendantes.

Variable dépendante

La variable dépendante est intitulée "Planification de la première grossesse". Elle a été obtenue à partir de la question suivante posée à toutes les participantes éligibles (c'est-à-dire ayant entamé leur vie reproductive) pendant les entretiens : "*Quand vous êtes tombez enceinte pour la première fois, voulez-vous être enceinte à ce moment-là ?*". Ainsi, toutes celles qui ont répondu par la négation ont été considérées comme ayant eu une première grossesse non planifiée.

Variables explicatives

Pour les besoins de cette étude, elles sont de deux ordres : i) les caractéristiques socioéconomiques à savoir : groupe d'âge, niveau d'instruction, milieu de socialisation et la satisfaction des besoins financiers, puis ii) les caractéristiques comportementales que sont : fréquence d'exposition à l'IEC / SSR et l'âge au premier rapport sexuel.

Méthodes d'analyse

Il s'agit d'une analyse à deux niveaux. L'analyse descriptive et l'analyse explicative. La première a permis de décrire les caractéristiques socioéconomiques et comportementales de la population à l'étude. Le test d'association khi-deux de Pearson a été a permis d'étudier les associations entre les variables. Un seuil de significativité de 5% a été retenu.

Une régression logistique binaire a permis d'identifier les facteurs explicatifs de la première grossesse non planifiée. Si Π est la probabilité d'avoir une première grossesse non planifiée, la variable dépendante de l'étude se met sous la forme $\text{Log}(\Pi/1-\Pi)$ et le modèle d'analyse se présente comme suit :

$$\text{Log}(\Pi/1-\Pi) = \beta_0 + \sum \beta_k X_k$$

- $(\Pi/1-\Pi)$ est la propension pour une adolescente d'avoir une première grossesse non planifiée;
- $\text{Log}(\Pi/1-\Pi)$ est le logarithme de la cote d'avoir une première grossesse non planifiée;
- β_0 est la constante du modèle et
- X_k est l'ensemble des facteurs explicatifs allant de X_1 à X_n tels que présentés ci-dessus.

Les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel d'analyse statistique SPSS (Version 24).

Résultats

Les analyse ont porté sur les adolescentes ayant entamé leur vie reproductive, soit 337 observations éligibles.

Caractéristiques socioéconomiques et comportementales des adolescentes

Sur dix, six des adolescentes (57,3 %) étaient âgées de 18 à 19 ans et quatre d'entre elles (38,9 %) avaient atteint le premier niveau (cycle 1) du secondaire.

Au plan socioéconomique, dans 60,5 % des cas, les adolescentes ont passé les douze premières années de vie dans les zones rurales alors que, pour 56,7 %, les besoins financiers n'étaient pas entièrement couverts ni satisfaits.

Quant aux comportements en lien avec la santé sexuelle et reproductive, la moitié des enquêtées (50,7 %) était souvent exposée à l'IEC /SSR. Suivant l'âge au premier rapport sexuel, 66,8 % des adolescentes (était sexuellement active avant l'âge adulte (c'est-à-dire entre 15 et 17 ans) et le quart (24,9 %) était sexuellement actif avant le quinzième anniversaire.

Tableau 1 : Caractéristiques socioéconomiques et comportementales des adolescentes (N=337)

Variables	%	n
Facteurs sociodémographiques		
Groupe d'âge		
.....15 à 17 ans	42,7	144
.....18 à 19 ans	57,3	193
Niveau instruction		
.....Jamais scolarisée	22,8	77
.....Primaire	23,7	80
.....Secondaire cycle 1	38,9	131
.....Secondaire 2 ou plus	14,5	49
Milieu de socialisation		
.....Grandes villes	18,1	61
.....Villes moyennes	21,4	72
.....Campagnes	60,5	204
Besoins financiers satisfaits		
..... Non	56,7	191
..... Oui	43,3	146
Facteurs comportementaux		
Exposition IEC / SSR		
..... Jamais	49,3	166
..... Parfois	37,7	127
..... Souvent	13,1	44
Age au premier rapport sexuel		
.....Moins de 15 ans	24,9	84
.....15 à 17 ans	66,8	225
.....18 à 19 ans	8,3	28

Prévalence et fréquence d'une première grossesse non planifiée

Au nombre des 337 adolescentes en vie reproductive au moment de l'enquête, huit sur dix (80,1 %) ont eu une première grossesse non planifiée. Cette prévalence varie selon les caractéristiques socioéconomiques et comportementales. Les résultats du tableau 2 ci-dessous révèlent que, les

fréquences des premières grossesses non planifiées sont plus élevées : chez les adolescentes du niveau d'instruction secondaire cycle 2 ou plus (85,7 % ; p=0,027), chez celles qui ont passé leur période de socialisation dans les grandes villes (88,5 % ; p=0,018) et chez celles dont les besoins financiers n'étaient pas totalement satisfaits (84,8 % ; p=0,014).

Tableau 2 : Fréquences des premières grossesses non planifiées selon les caractéristiques socioéconomiques et comportementales des adolescentes

Variables (N=337)	% (n)	IC à 95 %	p-Value
Facteurs sociodémographiques			
Groupe d'âge			0,078
.....15 à 17 ans	84,0 (121)	(77,3 -90,5)	
.....18 à 19 ans	77,2 (149)	(70,5-83,9)	
Niveau instruction			0,027
.....Jamais scolarisée	72,7 (56)	(61,0-84,4)	
.....Primaire	77,5 (62)	(66,7-88,4)	
.....Secondaire cycle 1	84,0 (110)	(77,2-90,6)	
.....Secondaire 2 ou plus	85,7 (42)	(75,1-96,3)	
Milieu de socialisation			0,018
.....Grandes villes	88,5 (54)	(79,9-97,0)	
.....Villes moyennes	84,7 (61)	(75,7-93,7)	
.....Campagnes	76,0 (155)	(69,3-82,7)	
Besoins financiers satisfaits			0,014
..... Non	84,8 (162)	(79,4-90,3)	
..... Oui	74,0 (108)	(65,7-82,3)	
Facteurs comportementaux			
Exposition IEC / SSR			0,994
..... Jamais	80,1 (133)	(73,3-86,9)	
..... Parfois	80,3 (102)	(72,6-88,0)	
..... Souvent	79,5 (035)	(66,1-92,9)	
Age au premier rapport sexuel			0,183
.....Moins de 15 ans	78,6 (66)	(68,7-88,5)	
.....15 à 17 ans	82,2 (185)	(76,7-87,7)	
.....18 à 19 ans	67,9 (19)	(46,9-88,9)	
Total	80,1 (270)	(75,34-84,86)	

Analyse des déterminants d'une première grossesse non planifiée à l'adolescence

Le tableau n°3 présente les résultats des trois modèles de régression par groupes de facteurs. Soit le modèle des facteurs sociodémographiques et économiques, comportementaux puis les deux groupes de facteurs. Au nombre des deux modèles individuels, seul le modèle des facteurs sociodémographiques et économiques a un effet significatif sur la survenance d'une première grossesse non planifiée. Spécifiquement, les adolescentes dont les besoins financiers ne sont pas

satisfaites sont 1,8 fois ($p=0,027$) plus susceptibles d'avoir une première grossesse non planifiée par rapport aux autres. La même tendance s'observe dans le modèle final ($OR=1,7$; $p=0,041$).

Tableau 3 : Déterminants des premières grossesses non planifiées chez les adolescentes

Variables (N=337)	OR (p-value) Modèle 1	OR (p-value) Modèle 2	OR (p-value) Modèle 3
Facteurs sociodémographiques et économique			
Groupe d'âge			
.....15 à 17 ans	1,7 (0,063)		1,7 (0,064)
.....18 à 19 ans	1		1
Niveau instruction			
.....Jamais scolarisée	0,4 (0,131)		0,4 (0,141)
.....Primaire	0,5 (0,177)		0,4 (0,142)
.....Secondaire cycle 1	0,8 (0,780)		0,8 (0,743)
.....Secondaire 2 ou plus	1		1
Milieu de socialisation			
.....Grandes villes	1		1
.....Villes moyennes	0,7 (0,588)		0,6 (0,468)
.....Campagnes	0,4 (0,080)		0,4 (0,063)
Besoins financiers satisfaits			
..... Non	1,8 (0,027)		1,7 (0,041)
..... Oui	1		1
Facteurs comportementaux			
Exposition IEC / SSR			
..... Jamais		1,7 (0,251)	1,3 (0,556)
..... Parfois		2,2 (0,074)	1,8 (0,187)
..... Souvent		1	1
Age au premier rapport sexuel			
.....Moins de 15 ans		1,0 (0,919)	1,2 (0,585)
.....15 à 17 ans		1,0 (0,864)	1,2 (0,670)
.....18 à 19 ans		1	1
-2log-likelihood	317,28	333,026	314,875
Valeur de Chi-deux	18,88	0,331	21,28
Significativité Chi-deux	0,009	0,988	0,031

Discussion

Cette étude a estimé à 80,1 %, la prévalence des premières grossesses non planifiées chez les adolescentes (15-19 ans). Une comparaison de cette prévalence avec d'autres travaux, montre qu'elle est supérieure aux prévalences retrouvées ailleurs. Au Cameroun, De-Banguirys et *al.* (2013) ont trouvé une prévalence des grossesses non planifiées de 51,22 % chez les adolescentes et jeunes filles de 12 à 24 ans. A Yamoussoukro en Côte d'Ivoire, Aké-Tano et *al.* (2017) ont trouvé une prévalence de 61,7 % IC 56,3 - 67,1 pour les cas de grossesses non prévues ayant fait objet d'avortement parmi les adolescentes et jeunes filles lycéennes. Dans

dix pays² d'Afrique Sub-Saharienne ayant des taux de fécondité les plus élevés chez les adolescentes, Ahinkorah (2020) a estimé pour l'ensemble de ces pays une prévalence des grossesses non planifiées et non désirées de 22,4 % chez les adolescentes et jeunes filles de 15 à 24 ans. Cette prévalence varie de 10,2 % pour la Gambie à 46,6 % pour l'Angola.

Les prévalences sus-évoquées sont relativement moindres par rapport à celle retrouvée par la présente étude et s'expliqueraient par plusieurs paramètres tels que : i) la population d'étude car presque tous les travaux présentés portent sur les adolescentes et jeunes de 15 à 24 ans alors que la présente étude s'est focalisée sur les adolescentes de 15 à 19 ans sexuellement actives; ii) la proportion non négligeable des enquêtées sexuellement actives précocement selon les études; iii) la taille des échantillons et les contextes d'études, iv) le milieu d'études pour certains travaux, v) la population d'étude considérée par les différents travaux, etc. En effet, pour ce dernier paramètre, les résultats de la présente étude ont montré une fréquence plus élevée des grossesses non planifiées chez les adolescentes scolarisées (surtout celles du niveau secondaire ou plus : 85,7 %) comparativement à celles non scolarisées (72,7 % ; $p=0,027$). Par ailleurs, le faible recours aux moyens préventifs lors des rapports sexuels ainsi que l'absence ou le faible niveau de connaissance en lien avec l'éducation sexuelle complète augmente le risque de survenue d'une grossesse non planifiée. Ceci se justifie par le fait que, les adolescentes du niveau secondaire étant toujours scolarisées, auraient souhaité poursuivre leurs études.

La recherche des facteurs explicatifs de l'évènement étudié indique que, seul les besoins financiers non satisfaits expliquent la survenance d'une première grossesse non planifiées.

De précédents travaux de recherche allant dans ce sens ont mis en évidence l'effet de certains facteurs explicatifs. C'est le cas de Christofides et *al.* (2014) en Afrique du Sud qui ont trouvé que les adolescentes avec un statut socio-économique élevée ont une propension plus faible d'avoir des grossesses non planifiées et non désirées (OR = 0,69 ; IC 95% 0,58 - 0,83 et OR= 0,78 ; IC 95% 0,64 - 0,96 ; $p<0,05$) par rapport à celles de la catégorie socio-économique faible. Au Rwanda, Uwizeye et *al.*, (2020) ont trouvé également que, les adolescentes du quintile le plus riche sont moins susceptibles d'avoir une grossesse non désirées comparativement aux adolescentes du quintile le plus faible [OR=0,51 ; IC 95 % 0,33 – 0,78 ; $p<0,05$]. C'est aussi le cas des travaux de Ahinkorah (2020), Bain et *al.*, 2020 et Gwido & Fekadu (2016) sur des adolescentes et jeunes qui ont trouvé que la probabilité d'avoir une grossesse non planifiée est plus élevée dans la catégorie de adolescentes de niveau de vie faible.

² Angola, Burkina Faso, Burundi, Tchad, Gambie, Mali, Mozambique, Niger, Nigeria, Uganda

La relation infirmée entre le niveau d’instruction et la survenance d’une première grossesse non planifiée mérite une attention. Ce résultat indique que, les plus scolarisées ont une probabilité plus élevée de connaître l’évènement comparativement à leurs consœurs ayant un niveau plus bas. Les explications possibles d’un tel résultat est le fait que, les adolescentes instruites désirent davantage reporter le début de leur vie reproductive afin d'atteindre leurs objectifs d'éducation (obtention des diplômes) et d'emploi. Par conséquent elles ont des besoins non satisfaits en planification familiale. Cette tendance entre le niveau d’instruction élevée et les grossesses non désirées est soutenue par des théories classiques en démographie qui attribuent la baisse du désir de la maternité et le recul de l’âge à la primo fécondité à l'augmentation du niveau d’étude, aux projets professionnels des filles et femmes et aux transformations socioéconomiques qui caractérisent le contexte social dans lequel évoluent ces dernières (Kirk, 1996).

Par ailleurs, ce résultat relatif au niveau d’instruction est contraire à plusieurs travaux (Odimegwu, 2020; Uwizeye et *al.*, 2020; Kaphagawani & Kalipeni, 2017; Krugu et *al.*, 2017; Gwido & Fekadu, 2016) qui ont trouvé que, les adolescentes non scolarisées ou celles de niveau d’instruction primaire sont plus susceptibles d’avoir une première grossesse non planifiée par rapport à celles qui ont un niveau secondaire ou supérieur. En effet, ces dernières, de par leur statut d’instruites ont plus de chance d’avoir des connaissances sur les moyens et les services de prévention des rapports sexuels à risque ainsi que des grossesses non planifiées. Elles seraient également plus outillées pour s’informer de façon autonome sur la santé sexuelle et reproductive. Cependant, il faut préciser que, plusieurs facteurs contextuels ne favorisent pas le recours systématiques aux services de santé sexuelle et reproductive dans les cas où les adolescentes et jeunes ont connaissance de l’existence des services de santé sexuelle et reproductive. Il s’agit des facteurs tels que : les rumeurs, les préjugés, les perceptions erronées sur les méthodes contraceptives modernes et le préservatif, l’insuffisance et / ou la méconnaissance des conséquences des rapports sexuels à risque, etc. (Samaké et *al.*, 2022; Lizeth & Ibom, 2021; Bain et *al.*, 2020; Come Yélian Adohinzin et *al.*, 2016; Jonas et *al.*, 2016).

Conclusion

Les grossesses et maternités non planifiées chez les adolescentes contribuent considérablement à la morbidité et la mortalité maternelle et infantile dans ce sous-groupe de la population féminine. Un taux de fécondité en dessus des prévisions stratégiques est un indicateur de renforcement des interventions en cours et l’implémentation d’actions urgentes et novatrices. C’est ce qui justifie la réalisation de la présente étude qui avait pour objectif d’estimer la

prévalence des premières grossesses non planifiées chez les adolescentes et d'identifier ses facteurs explicatifs.

Les résultats de cette recherche révèlent que seul les besoins financiers non satisfaits expliquent la survenance d'une première grossesse non planifiée. Il est important que, dans une perspective d'atteinte des objectifs de développement durable en lien avec la santé de la reproduction des adolescents et jeunes, des interventions spécifiques et multisectorielles pouvant contribuer efficacement et durablement à la réduction des grossesses non planifiées soient renforcées ou planifiées. Spécifiquement, il s'agira des interventions visant à : améliorer l'accès aux méthodes contraceptives modernes, favoriser l'accès à l'emploi et l'autonomisation des filles, améliorer des conditions économiques des ménages, etc.

Conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent l'inexistence d'un conflit d'intérêt.

Références bibliographiques

- Aduragbemi, B.-T., Kouraogo, S. F., Siribie, A., Taddese, H. B., & Mueller, J. E. (2013). Knowledge of Obstetric Fistula Prevention amongst Young Women in Urban and Rural Burkina Faso: A Cross-Sectional Study. *PLoS ONE*, 8(12), 1-8. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0085921>
- Ahinkorah, B. O. (2020). Individual and contextual factors associated with mistimed and unwanted pregnancies among adolescent girls and young women in selected high fertility countries in sub-Saharan Africa: A multilevel mixed effects analysis. *PLOS ONE*, 15(10), e0241050. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241050>
- Aké-Tano, S. O. P., Kpebo, D. O., Konan, Y. E., Tetchi, E. O., Sable, S. P., Ekou, F. K., Attoh, T. H., Aka, L. N., Diarassouba, B., & Dagnan, N. S. (2017). Pratiques d'avortement chez des lycéennes à Yamoussoukro, Côte d'Ivoire. *Santé Publique*, 29(5), 711-717. <https://doi.org/10.3917/spub.175.0711>
- Bain, L. E., Zweekhorst, M. B. M., & de Cock Buning, T. (2020). Prevalence and Determinants of Unintended Pregnancy in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review. *African Journal of Reproductive Health*, 24(2), 187-205. <https://doi.org/10.29063/ajrh2020/v24i2.18>
- Christofides, N. J., Jewkes, R. K., Dunkle, K. L., McCarty, F., Shai, N. J., Nduna, M., & Sterk, C. (2014). Risk factors for unplanned and unwanted teenage pregnancies occurring over two years of follow-up among a cohort of young South African women. *Global Health Action*, 7(1), 1-9. <https://doi.org/10.3402/gha.v7.23719>
- Come Yélian Adohinzin, C., Méda, N., Anicet Ouédraogo, G., Gaston Belem, A. M., Sombié, I., Berthé, A., Bakwin Kandala, N., Damienne Avimadjenon, G., & Fond-Harmant, L. (2016). Connaissances et attitudes des jeunes de Bobo-Dioulasso en matière de

- prévention du VIH et de la grossesse non désirée: *Santé Publique*, Vol. 28(4), 525-534. <https://doi.org/10.3917/spub.164.0525>
- Cowgill, K. D., Bishop, J., Norgaard, A. K., Rubens, C. E., & Gravett, M. G. (2015). Obstetric fistula in low-resource countries: An under-valued and under-studied problem – systematic review of its incidence, prevalence, and association with stillbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0592-2>
- Dangbemey, D. P., Hounkpatin, B., Aboubakar, M., Tognifode, V., Ogoudjobi, M., Lokossou, S., Hounkanrin, P., Tonato-Bagnan, A., & Perrin, R. X. (2020). Pratiques sexuelles des adolescentes et jeunes des collèges d'enseignement de Cotonou en République du Bénin. *Sexologies*, 29(1), 41-45. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2019.10.002>
- De-Banguirys, L. S., Dansou, J., & Beninguissé, G. (2013). *Analyse des facteurs de non recours en première consultation prénatale lors des premières grossesses des adolescentes et jeunes à Yaoundé, Cameroun*.
- Diaouga, H. S., Yacouba, M. C., Salifou, M. M., Rahamatou, M. G., Idi, N., & Nayama, M. (2020). Pronostic de la grossesse chez les mineures mariées en cours de scolarisation à Niamey, République du Niger. *Pan African Medical Journal*, 37. <https://doi.org/10.11604/pamj.2020.37.274.25834>
- Gebremedhin, S., & Asefa, A. (2019). Treatment-seeking for vaginal fistula in sub-Saharan Africa. *PLOS ONE*, 14(11), 1-11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216763>
- Gwido, V., & Fekadu, M. A. (2016). Factors contributing to, and effects of, teenage pregnancy in Juba. *South Sudan Medical Journal*, 9(2), 28-31.
- INSAE. (2019). *Enquête Démographique et de Santé au Bénin (EDSB-V) 2017-2018* (p. 675). Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique.
- Jean Simon, D., Kiragu, A., Toudeka, A. S., Tokpa, L., Joseph, F., Kacou, E., & N'Gou, M. (2021). Être mère à l'adolescence à Haïti : Un phénomène persistant et multifactoriel. *Sexologies*, 30(4), 267-276. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2021.04.007>
- Jonas, K., Crutzen, R., van den Borne, B., Sewpaul, R., & Reddy, P. (2016). Teenage pregnancy rates and associations with other health risk behaviours : A three-wave cross-sectional study among South African school-going adolescents. *Reproductive Health*, 13(1), 50. <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0170-8>
- Kaphagawani, N. C., & Kalipeni, E. (2017). Sociocultural factors contributing to teenage pregnancy in Zomba district, Malawi. *Global Public Health*, 12(6), 694-710. <https://doi.org/10.1080/17441692.2016.1229354>
- Kirk, D. (1996). Demographic Transition Theory. *Population Studies*, 50(3), 361-387. <https://doi.org/10.1080/0032472031000149536>
- Krugu, J. K., Mevissen, F., Munkel, M., & Ruiter, R. (2017). Beyond love : A qualitative analysis of factors associated with teenage pregnancy among young women with pregnancy experience in Bolgatanga, Ghana. *Culture, Health & Sexuality*, 19(3), 293-307. <https://doi.org/10.1080/13691058.2016.1216167>
- Lizeth, R., & Ibom, S. C. (2021). Teenage pregnancy prevention : The church, community, culture and contraceptives. *African Journal of Reproductive Health*, 26(5), 51-57. <https://doi.org/10.29063/ajrh2021/v25i6.6>
- Ministère de la Santé. (2022). *Enquête de Surveillance de Deuxième Génération (ESDG) sur les IST, le VIH et le Sida auprès des adolescents-jeunes, camionneurs, personnes*

- privées de liberté, travailleuses de sexe et clients, serveuses des bars et restaurants en 2021 au Bénin* (p. 311) [Rapport d'étude].
- MS-DSME. (2010). *Stratégie Nationale Multisectorielle de Santé Sexuelle et de la Reproduction des Adolescents et Jeunes au Bénin : 2010-2020* (p. 48). Ministère de la Santé du Bénin.
- MS-DSME. (2017). *Plan stratégique intégré santé de reproduction, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et du jeune (SRMNEAJ) 2017-2021* (p. 94). Direction de Santé de la Mère et de l'Enfant.
- Odimegwu, C. O. (2020). *Family demography and post-2015 development agenda in Africa*. Springer.
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=2240994>
- Samaké, A., Diarra, L., Traoré, S. O., Keita, M., Haidara, M., Diallo, M., Konaté, M., Maiga, M., Med, E. E., Kassogue, D., Soumaila, A. T., Dao, S. Z., Samake, H., Camara, B., & Diarra, S. (2022). L'Accouchement chez les Adolescentes au Centre de Sante de Référence de la Commune VI de District de Bamako. *Journal of Medicine and Biomedical Sciences*, 35(5), 11-14.
- Tessema, G. A., Laurence, C. O., Melaku, Y. A., Misganaw, A., Woldie, S. A., Hiruye, A., Amare, A. T., Lakew, Y., Zeleke, B. M., & Deribew, A. (2017). Trends and causes of maternal mortality in Ethiopia during 1990–2013 : Findings from the Global Burden of Diseases study 2013. *BMC Public Health*, 17(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4071-8>
- UN. (1995). *Rapport de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement* (p. 200) [A/CONF.171/13/Rev.1v].
- UNFPA-Bénin, & FONDS FRANCAIS MUSKOKA. (2019). *Documentation du processus de mise en œuvre de l'éducation à la santé sexuelle* (p. 76).
- Uwizeye, D., Muhayiteto, R., Kantarama, E., Wiehler, S., & Murangwa, Y. (2020). Prevalence of teenage pregnancy and the associated contextual correlates in Rwanda. *Heliyon*, 6(10), e05037. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e05037>