

# **Niveau et facteurs associés à l'entrée en vie féconde chez les adolescentes en contexte de crise : Cas des adolescentes déplacées internes dans les communes de Kaya et de Kongoussi, Burkina Faso**

Yentéma Onadja<sup>1</sup>  
Eric Tchouaket Nguemeleu<sup>2</sup>  
Drissa Sia<sup>2</sup>  
Pengdewendé Maurice Sawadogo<sup>1</sup>  
Gaëtan Bassinga<sup>1</sup>  
Assé Gnambani<sup>1</sup>  
Gabriel Sangli<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institut Supérieur des Sciences de la Population (ISSP), Université Joseph Ki-Zerbo, Ouagadougou, Burkina Faso

<sup>2</sup>Département des Sciences Infirmières, Université du Québec en Outaouais, Saint-Jérôme, Canada

## **Résumé**

Cette étude vise à mesurer le niveau de l'entrée en vie féconde chez les adolescentes déplacées internes dans les communes de Kaya et Kongoussi, Burkina Faso, et d'analyser les facteurs qui y sont associés. Les données étaient recueillies auprès de 404 adolescentes âgées de 12-19 ans dans une enquête transversale réalisée entre juillet et août 2021. Le niveau de l'entrée en vie féconde chez les adolescentes déplacées internes était de 26,5%. L'âge, le statut matrimonial et l'utilisation actuelle de la contraception moderne ont été trouvés être significativement associés à l'entrée en vie féconde chez les adolescentes déplacées internes. Nous avons montré que le statut matrimonial médiate l'effet de la religion et de l'emploi sur l'entrée en vie féconde. De tels résultats suggèrent que les actions visant à prévenir le mariage précoce et à améliorer les possibilités d'emploi chez les adolescentes pourraient potentiellement prévenir leur entrée précoce en vie féconde.

## Introduction

L'adolescence est une période critique du développement physique, cognitif, social et émotionnel de chaque être humain<sup>1</sup>. Le développement du capital humain et social des adolescentes, nécessaire pour une vie adulte de qualité, dépend des conditions dans lesquelles elles vivent et de l'environnement dans lequel s'opérera la transition vers cette vie adulte<sup>2</sup>. Ce constat est encore plus pertinent en Afrique de l'Ouest et du Centre (AOC) où, à la situation socioéconomique déjà précaire, s'ajoutent d'importants problèmes de santé sexuelle et reproductive auxquels les adolescents sont confrontés<sup>2</sup>. De plus, depuis 2016, à l'instar d'autres pays d'AOC, le Burkina Faso est confronté au problème de terrorisme, qui a engendré le déplacement massif des familles à l'intérieur du pays, fuyant ainsi les zones à haut risque. Ces personnes déplacées internes (PDI) se retrouvent actuellement dans des familles ou des sites d'accueil temporaire. Cette population est aujourd'hui estimée à plus de deux millions sur l'ensemble du territoire national avec une grande représentation de femmes, d'adolescentes et d'enfants<sup>3</sup>. La région du Centre-Nord à laquelle appartiennent les communes urbaines de Kaya et de Kongoussi est l'une des zones les plus touchées par la crise sécuritaire. Elle est la deuxième région du Burkina Faso qui accueille le plus fort pourcentage de PDI dont la grande majorité se retrouvent dans les communes urbaines de Kaya et de Kongoussi<sup>3</sup>. De plus, la région du Centre-Nord est l'une des régions du pays qui enregistrent les plus fortes prévalences de violences basées sur le genre<sup>4</sup>. Par exemple, la prévalence de la violence domestique était estimée à 20%, et 63% des femmes étaient mariées avant l'âge de 18 ans dans la région du Centre-Nord contre 44% au niveau national<sup>5</sup>. Le faible accès aux services de santé sexuelle et reproductive des femmes et des jeunes filles en situation de déplacement forcé demeure l'un des principaux problèmes qui contribuent à accentuer leur vulnérabilité et à augmenter les grossesses à risque pour elles et pour leurs progénitures<sup>6</sup>.

Les grossesses et les maternités chez les adolescentes restent élevées en AOC. On estime qu'en AOC, plus de 4 millions d'adolescentes âgées de 15-19 ans tombent enceintes chaque année, et 2,6 millions d'entre elles mettent au monde des enfants<sup>7</sup>. Le Burkina Faso, en particulier, fait face à une fécondité élevée chez les adolescentes. Selon l'enquête démographique et de santé du Burkina Faso de 2021, le taux de fécondité est de 93 naissances vivantes pour mille adolescentes âgées de 15-19 ans<sup>8</sup>. Ce niveau élevé de fécondité chez les adolescentes s'explique en grande partie par la précocité de leur entrée en vie féconde. Plus précisément, l'entrée en vie féconde désigne le fait pour l'adolescente d'avoir déjà donné naissance à un enfant ou de porter une première grossesse.

L'entrée des adolescentes dans la vie féconde a de graves conséquences à travers le cycle de vie sur leur santé et leur bien-être socioéconomique. Elle constitue un frein à leur cursus scolaire et est l'une des principales causes de l'inégalité entre les sexes dans l'éducation, les rôles de genre, l'emploi et les revenus<sup>9-11</sup>. On estime à plus de 100 millions d'adolescentes qui

abandonnent l'école chaque année, la grossesse étant l'une des principales raisons<sup>12</sup>. Le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (UNHCR) a identifié la grossesse non désirée comme l'un des principaux défis de la santé reproductive dans les situations de crise. En effet, le fait de vivre dans une situation de déplacement forcé peut accroître la vulnérabilité des adolescentes aux grossesses non désirées et à d'autres problèmes de santé reproductive, notamment les rapports sexuels précoces, le mariage précoce, les rapports sexuels non protégés, et l'exploitation sexuelle en l'absence de contraintes socioculturelles traditionnelles<sup>13</sup>. De même, la pauvreté, l'impuissance et la perte de sécurité, qui résultent souvent des situations de déplacement forcé, peuvent contraindre les femmes et les jeunes filles d'adopter des comportements préjudiciables, tels que la prostitution et l'échange de rapports sexuels contre de la nourriture ou d'une protection<sup>13</sup>.

Malgré l'importance numérique des adolescentes et jeunes femmes en situation de déplacement forcé en AOC et particulièrement au Burkina Faso, peu d'études ont adopté une perspective de genre et analysé les facteurs qui contribuent à l'entrée en vie féconde chez cette population vulnérable. Par conséquent, il manque des données probantes pour soutenir les pouvoirs publics et les acteurs au développement dans leurs actions en faveur de la Santé et des Droits Sexuels et Reproductifs (SDSR) des adolescentes en situation de déplacement forcé. La présente étude sur l'entrée en vie féconde chez les adolescentes déplacées internes dans les communes urbaines de Kaya et de Kongoussi au Burkina Faso est entreprise en vue de fournir des informations pour guider la prise de décision et la conception des interventions en faveur de la SDSR des adolescents.

L'objectif général de cette étude est d'aboutir à une meilleure compréhension de l'entrée en vie féconde chez les adolescentes en situation de déplacement forcé dans les communes de Kaya et de Kongoussi, Burkina Faso. Plus spécifiquement, elle vise à : i) mesurer le niveau de l'entrée en vie féconde chez les adolescentes déplacées internes dans les communes de Kaya et de Kongoussi, Burkina Faso ; ii) analyser les facteurs associés à l'entrée en vie féconde chez les adolescentes déplacées internes dans les communes de Kaya et de Kongoussi, Burkina Faso.

### **Cadre théorique**

La littérature a documenté de façon cohérente qu'en Afrique subsaharienne, les indicateurs du statut socioéconomique (notamment l'éducation, le revenu, la richesse, l'occupation) sont des facteurs associés à l'entrée précoce des adolescentes dans la vie féconde<sup>14-19</sup>. En effet, les

adolescentes sans éducation formelle sont plus susceptibles de tomber enceintes<sup>14</sup>. De même, de nombreuses filles abandonnent l'école lorsqu'elles estiment que le mariage et la grossesse sont une meilleure option pour leurs conditions socioéconomiques, ce qui contribue aux grossesses chez les adolescentes<sup>14</sup>. Par ailleurs, la pauvreté limite la liberté, les opportunités et les ressources et crée des conditions d'impuissance, d'exclusion et de vulnérabilité, et de telles vulnérabilités peuvent créer des conditions accrues de grossesse chez les adolescentes<sup>14</sup>

Par ailleurs, des auteurs ont trouvé au Burkina Faso, que l'âge des adolescentes, leur état matrimonial, et l'utilisation de méthodes contraceptives modernes étaient significativement associés à leur entrée en vie féconde. En effet, les adolescentes de 17 ans ou plus avaient 6,2 fois plus de chance d'avoir un enfant ou d'être enceintes par rapport à celles âgées de 15-16 ans. De même, les adolescentes en union avaient 76,1 fois plus de chance d'entrer en vie féconde que leurs homologues célibataires<sup>20</sup>. En outre, les adolescentes qui ne recourent pas aux méthodes contraceptives modernes avaient 4 fois plus de chance d'entrer en vie féconde que celles qui les utilisent<sup>20</sup>. Il a aussi été trouvé ailleurs en Afrique que certains facteurs influencent directement ou indirectement l'entrée en vie féconde des adolescentes au nombre desquels l'utilisation des méthodes contraceptives, le niveau d'instruction, l'état matrimonial, le niveau de vie des ménages, la religion, le milieu de résidence et l'âge<sup>21</sup>.

Des études ont montré que certaines adolescentes tombent délibérément enceintes afin que la relation puisse se poursuivre ou que le partenaire les épouse<sup>22</sup>. De plus, afin d'atteindre le statut et l'acceptation en tant que femme dans une société, certaines adolescentes peuvent tomber enceintes pour prouver leur fertilité<sup>23</sup>. Donc, il est possible que les adolescentes qui envisagent d'entrer dans la vie féconde fondent leur décision sur l'influence des normes et pratiques sociales<sup>24</sup>. Ces normes et pratiques sociales, qui discriminent souvent les femmes et les jeunes filles, touchent des sujets variés tels que le mariage précoce et l'autonomie en matière de santé sexuelle et reproductive.

Le mariage précoce, répandu et persistant, discrimine particulièrement les filles dans les pays d'AOC. Au Burkina Faso, dans plusieurs localités de la région du Centre-Nord où les coutumes et les traditions font toujours force de lois et de respect, les mariages précoces et forcés sont encore des pratiques vivaces<sup>4</sup>. Ces pratiques confèrent aux filles un statut inférieur au sein du ménage, et leur implication dans les décisions est contrainte par leur statut de « mineure »<sup>25</sup>. Le pouvoir de décision des jeunes filles concernant leur mariage peut être limité du fait de

pratiques traditionnelles les plaçant au centre d'une transaction, et le mariage peut être vu comme un rapprochement entre deux familles où la main de la fille est offerte en reconnaissance d'une amitié profonde ou d'une entraide<sup>25</sup>. Les mariages précoces exposent les jeunes filles à un risque élevé de grossesse parce que les filles mariées précocement ont généralement peu de chances d'influer sur la prise de décision concernant le report d'une grossesse ou l'utilisation des méthodes contraceptives.

En ce qui a trait à l'autonomie sexuelle et reproductive des femmes et des jeunes filles, dans nombre de pays d'AOC et particulièrement les pays affectés par des crises humanitaires, elle est menacée par des normes sociales les excluant du processus de décisions relatives à la planification familiale, à la sexualité et à la fécondité. Par exemple, une étude a trouvé un pourcentage élevé de femmes ayant une demande non satisfaite en planification familiale dans la région du Centre-Nord au Burkina Faso<sup>5</sup>. Cette étude a également montré que même si une majorité pense que les décisions doivent être prises par les deux partenaires conjointement, une proportion non moindre de la population soutient que les femmes et les filles n'ont pas à prendre part aux décisions relatives à l'utilisation de la contraception, à l'espacement des naissances et au nombre d'enfants, puisque ceci est le monopole du mari<sup>5</sup>. Une autre étude menée au Niger révèle que les maris condamnaient physiquement et verbalement l'utilisation des méthodes contraceptives modernes par leurs épouses adolescentes, et les principales raisons citées étaient les perceptions de trahison et les malentendus sur la procréation<sup>26</sup>.

Le manque de pouvoir de décision des jeunes filles concernant la contraception, ainsi que les normes et pratiques sociales restreignant leur accès à la planification familiale et à l'éducation sexuelle expliquent une part importante des grossesses précoces<sup>5</sup>. De plus, vu le statut de mineure qui leur est associé, les femmes et les jeunes filles doivent demander l'autorisation de leur mari pour se rendre dans les services de santé<sup>27</sup>, ce qui entraîne une faible utilisation de la contraception, pouvant conduire à de nombreuses grossesses non désirées. Par ailleurs, les rapports sexuels forcés subis par les femmes et les jeunes filles au sein du couple sont une forme de négation de leur droit à disposer de leur corps et semblent justifiés par les normes sociales qui supposent que le rôle de la femme est de subvenir aux besoins physiques de son époux<sup>5</sup>.

## **Méthodologie**

### ***Source de données***

Les données proviennent d'une enquête transversale quantitative réalisée dans le cadre du projet « SSRD-COVID : Renforcer l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive et les droits connexes des adolescentes et femmes déplacées internes en période de pandémie de la COVID-19 au Burkina Faso ». C'est un projet financé par le Centre de Recherches et de Développement International (CRDI-Canada) et mis en œuvre par l'Institut Supérieur des Sciences de la Population (ISSP) de l'Université Joseph Ki-Zerbo, Ouagadougou. L'enquête a été réalisée entre juillet et août 2021 dans 24 sites d'accueil temporaire des communes de Kaya et de Kongoussi dans la région du Centre-Nord au Burkina Faso. Depuis 2016, le Burkina Faso vit une grave crise sécuritaire, qui a engendré le déplacement forcé des populations<sup>28</sup>. Depuis le début de cette crise, la région du Centre-Nord fait partie des zones qui enregistrent le plus fort pourcentage de personnes déplacées internes.

Les données de l'enquête ont été collectées à l'aide de questionnaires administrés aux ménages et aux femmes âgées de 12-49 ans vivant dans les sites d'accueil temporaire des communes de Kaya et de Kongoussi. Notre analyse concerne les données collectées sur 404 adolescentes déplacées internes âgées de 12-19 ans, issues de ménages déplacés internes sélectionnés de façon aléatoire.

### ***Variables***

#### ***La variable dépendante***

La variable dépendante de cette étude est l'entrée en vie féconde. C'est une variable dichotomique qui prend la valeur 1 si l'adolescente a déjà donné naissance à un enfant ou est actuellement enceinte, et 0 dans le cas contraire.

#### ***Les variables indépendantes***

Les variables indépendantes retenues pour cette analyse sont : l'âge, la commune d'accueil, la région d'origine, la religion, le niveau d'éducation, le niveau de vie du ménage, l'emploi, le statut matrimonial, le degré d'autonomie en matière de PF, le degré de connaissance de la PF, l'utilisation actuelle de la contraception moderne.

Notons que le degré d'autonomie en matière de PF a été évalué en utilisant les cinq (05) items suivants : i) Si j'utilise une méthode de planification familiale, mon mari/conjoint pourrait

chercher une autre partenaire sexuelle ; ii) Si j'utilise une méthode de planification familiale, je tomberais difficilement enceinte quand je voudrai avoir des enfants ; iii) Si j'utilise une méthode de planification familiale, mes enfants pourraient ne pas être normaux à la naissance ; iv) Si j'utilise une méthode de planification familiale, mon corps pourrait avoir des effets secondaires qui pourraient affecter ma relation entre mon mari/conjoint et moi ; v) J'aurai des problèmes dans mon couple/mariage si j'utilise une méthode de planification familiale. Les modalités de réponses étaient mesurées sur une échelle de Likert allant de 1 (Tout à fait d'accord) à 5 (Pas du tout d'accord). Les résultats des réponses ont été additionnés et divisés par le nombre de questions (5) afin d'obtenir le degré d'autonomie en matière de PF. Ainsi plus le score est élevé, plus l'adolescente a une forte autonomie. Par la suite, l'autonomie a été qualifiée de forte si le score est de 4 ou 5 et de faible s'il est de trois ou moins.

Le degré de connaissance de la PF a été évalué en utilisant à la fois la connaissance des méthodes contraceptives, la connaissance des lieux d'approvisionnement et la connaissance des avantages de la PF. Chaque item cité donne 1 point et 0 sinon. Le score total possible étant de 17, les enquêtées ont obtenu des scores allant de 0 à 17. Les adolescentes ayant obtenu au moins la moitié des points étaient considérées comme ayant un degré élevé de connaissance de la PF.

### **Méthodes d'analyses statistiques**

L'analyse a utilisé une approche descriptive et une approche explicative. Les analyses descriptives ont permis de mesurer le niveau de l'entrée en vie féconde chez les adolescentes déplacées internes, mais aussi de mettre en évidence les relations bivariées entre les variables indépendantes et l'entrée en vie féconde en recourant au test de Khi-deux. Au niveau explicatif, le modèle de régression logistique a été utilisé pour identifier l'effet net de chacune des variables indépendantes sur l'entrée des adolescentes déplacées internes dans la vie féconde.

### **Considérations éthiques**

Ce travail est une analyse secondaire utilisant les données du projet SSRD-COVID, qui a reçu l'approbation éthique du Comité d'éthique pour la recherche en santé (CERS) du Burkina Faso par délibération n°2021-03-061 du 10 mars 2021.

### **Résultats**

#### ***Description de l'échantillon***

Le tableau 1 présente les caractéristiques des adolescentes déplacées internes enquêtées. Dans l'échantillon, plus d'une adolescente déplacée interne sur quatre (26,5%) a commencé sa vie féconde. Près des trois quarts (74,8%) des adolescentes déplacées internes enquêtées ont entre 12 et 17 ans. Plus de la moitié des adolescentes déplacées internes enquêtées (52,5%) proviennent de la région du Centre-Nord. Dans l'échantillon, une large majorité des adolescentes enquêtées (89,9%) est musulmane. Concernant le niveau d'éducation, 53,9% des adolescentes déplacées internes enquêtées n'ont jamais été à l'école. Pour ce qui est de l'emploi, une large majorité des adolescentes déplacées internes enquêtées (78,2%) est sans emploi.

Dans l'échantillon, plus d'une adolescente déplacée interne sur trois (33,7%) est en union. Les résultats montrent que plus de deux adolescentes déplacées internes enquêtées sur trois (66,7%) sont considérées comme ayant une autonomie faible en matière de planification familiale. Plus de trois adolescentes sur quatre (76,8%) sont considérées comme ayant un faible degré de connaissance de la PF. Dans l'échantillon, l'utilisation de la contraception moderne est faible, avec seulement 11,8% des adolescentes déplacées internes recourant à une méthode contraceptive moderne.

### ***Analyse différentielle de l'entrée en vie féconde chez les adolescentes déplacées internes***

Le tableau 2 présente les associations bivariées de l'entrée des adolescentes déplacées internes dans la vie féconde avec leurs caractéristiques sociodémographiques, leur degré d'autonomie en matière de PF, leur degré de connaissance de la PF et leur recours à la contraception moderne.

Deux informations importantes apparaissent dans cette analyse. L'entrée en vie féconde des adolescentes déplacées internes concerne principalement les adolescentes âgées de 18 à 19 ans et celles qui sont en union. En effet, 8 adolescentes sur 10 ont au moins 18 ans, et seulement 1,5% des adolescentes sont entrées en vie féconde sans être en union. Le problème d'entrée dans la vie féconde des adolescentes se trouvant dans les deux sites d'étude semble soulever davantage la question d'entrée précoce en union qu'un problème de promiscuité consécutif au fait de vivre dans des sites d'accueil temporaire des personnes déplacées internes. Parmi les adolescentes en union, 76% sont déjà entrées dans la vie féconde. De plus, chez les adolescentes âgées de 18 à 19 ans, 90% sont actuellement en union et 18% sont actuellement enceintes (voir tableaux 3 et 4).



Les résultats montrent que l'âge, la religion, le niveau d'éducation, l'emploi, le statut matrimonial, le degré d'autonomie en matière de PF, le degré de connaissance de la PF et l'utilisation actuelle de la contraception moderne étaient tous d'importants facteurs de différenciation de l'entrée des adolescentes déplacées internes en vie féconde. En effet, la proportion des adolescentes déplacées internes ayant commencé leur vie féconde est plus élevée chez celles appartenant à la religion musulmane (28%), n'ayant aucun niveau d'éducation (32,7%), n'ayant pas d'emploi (29,8%), ayant une autonomie élevée en matière de PF (48,6%), ayant un degré élevé de connaissance de la PF (65,4%) et utilisant actuellement la contraception moderne (82,9%).

### *Facteurs associés à l'entrée en vie féconde chez les adolescentes déplacées internes*

Dans le modèle 1 dans lequel les effets de certaines caractéristiques sociodémographiques des adolescentes (âge, commune d'accueil, région d'origine, religion) ont été simultanément évalués, l'âge et la résidence dans la commune de Kongoussi étaient associés à une probabilité accrue d'entrée en vie féconde chez les adolescentes déplacées internes (modèle 1, tableau 5). Par contre, l'appartenance à la religion chrétienne, le fait d'avoir un emploi et dans une moindre mesure l'appartenance aux ménages riches réduisaient cette probabilité. Le niveau d'éducation n'était plus associé à l'entrée en vie féconde chez les adolescentes déplacées internes.

Un ajustement supplémentaire en fonction du statut matrimonial a entraîné une grande atténuation de la force de l'association entre l'entrée en vie féconde et l'âge, mais aussi a complètement éliminé l'effet des autres variables notamment la commune d'accueil, la religion et l'emploi (modèle 2, tableau 5), ce qui suggère que le statut matrimonial médiatise l'effet de ces variables. L'analyse multivariée prenant en compte le statut matrimonial et l'âge des adolescentes confirme les présomptions de relations observées au niveau de l'analyse descriptive. Ce sont les adolescentes en union et les adolescentes âgées de 18 à 19 ans qui ont plus de chance d'entrer dans la vie féconde.

Le modèle 3 dans lequel toutes les variables ont été contrôlées, l'âge, le statut matrimonial, l'utilisation actuelle de la contraception moderne, sont associés à l'entrée en vie féconde chez les adolescentes déplacées internes (modèle 3, tableau 5). En effet, les adolescentes âgées entre 18 et 19 ans ont 4,2 fois plus de chance d'entrer en vie féconde que celles moins âgées (12-17 ans). De même, les adolescentes en union ont 71,6 fois plus de chance de débiter une vie féconde que celles non en union.. Les adolescentes qui utilisaient les méthodes contraceptives

modernes au moment de l'enquête avaient 6,7 fois plus de chance d'entrer en vie féconde que celles qui n'en utilisaient pas.

## **Discussion**

L'objectif de cette étude était de mesurer le niveau de l'entrée en vie féconde chez les adolescentes déplacées internes au Burkina Faso, et d'analyser les facteurs qui y sont associés. Nos analyses ont montré que 26,5% des adolescentes déplacées internes des sites d'étude ont commencé leur vie féconde. Ce niveau est nettement plus élevé que la moyenne de 20% observée dans l'enquête démographique et de santé du Burkina Faso de 2021<sup>8</sup>. Dans notre échantillon, la proportion des adolescentes déplacées internes vivant en union était élevée (33,7%), ce qui témoigne de la forte prévalence des mariages précoces dans les sites d'étude. Depuis quelques années, le Burkina Faso, à l'instar d'autres pays d'AOC, est confronté à une grave crise sécuritaire, qui a engendré une déstabilisation et un déplacement massif des populations à l'intérieur du pays. Comme suggéré par certaines études, la vulnérabilité accrue des familles en situation de crise du fait de l'insécurité physique et économique peut renforcer ou éroder les normes sociales existantes, y compris celles relatives au mariage précoce<sup>29 30</sup>. En réaction aux changements de circonstances et d'insécurité, les filles elles-mêmes peuvent être enclines à se marier précocement<sup>31</sup>.

Donc, le fait de vivre dans une situation de déplacement forcé pourrait avoir accru la vulnérabilité des adolescentes au mariage précoce qui, en retour, peut contribuer de manière importante au niveau élevé de leur entrée en vie féconde, observé dans cette étude.

De même, le niveau d'utilisation de la contraception moderne reste faible dans les sites d'étude, avec seulement 11,8% des adolescentes déplacées internes recourant à la contraception moderne. Ce résultat pourrait être lié aux faibles proportions d'adolescentes déplacées internes ayant une autonomie élevée en matière de PF et un degré élevé de connaissance de la PF, trouvées dans cette étude.

L'âge, le statut matrimonial, l'utilisation actuelle de la contraception moderne ont été trouvés être significativement associés à l'entrée en vie féconde chez les adolescentes déplacées internes. S'agissant de l'âge de l'adolescente, le résultat corrobore ceux d'autres études et s'expliquerait par le fait que les plus âgées ont une forte chance d'être en union et donc sont beaucoup plus exposées au rapport sexuel<sup>20 21</sup>.

Les filles mariées précocement ont généralement peu de chances d'influer sur la prise de décision concernant le report d'une grossesse ou l'utilisation des méthodes contraceptives.

Nos analyses ont montré que le statut matrimonial médiatise l'effet de la religion et de l'emploi sur l'entrée des adolescentes déplacées internes dans la vie féconde. Ce résultat indique le mécanisme d'action de ces deux facteurs sur l'entrée en vie féconde des adolescentes déplacées internes.. Des résultats similaires ont été trouvés dans d'autres travaux antérieurs<sup>20</sup>.

Cette étude comporte des limites qu'il convient de souligner. Premièrement, bien que certains résultats de cette étude soient conformes avec la littérature antérieure, leur généralisation peut être limitée parce que notre échantillon d'analyse n'est pas représentatif de la population générale des adolescentes déplacées internes au Burkina Faso. Le meilleur test serait une réplication de ces résultats avec des données provenant d'échantillons plus représentatifs. La deuxième limite majeure est que les données utilisées dans cette étude sont transversales, ce qui ne permet pas d'apparier dans le temps l'entrée en vie féconde et l'arrivée dans les sites d'accueil temporaire, mais aussi limite notre capacité à comprendre la direction des relations entre les variables notamment celle entre l'entrée en vie féconde et l'utilisation de la contraception moderne. Des données longitudinales et une analyse biographique dans une étude future pourraient approfondir cette compréhension.

Nonobstant ces limites, cette étude comble une lacune importante en fournissant une estimation du niveau de l'entrée en vie féconde chez les adolescentes déplacées internes au Burkina Faso, et des éclairages sur l'effet de certains facteurs tels que l'âge, le statut matrimonial et l'utilisation actuelle de la contraception moderne. Nous avons montré que le statut matrimonial médiatisait l'effet de la religion et de l'emploi sur l'entrée des adolescentes déplacées internes dans la vie féconde. De tels résultats suggèrent que les actions visant à prévenir le mariage précoce chez les adolescentes pourraient prévenir leur entrée précoce en vie féconde.

## **Remerciements**

Les auteurs remercient le Centre de Recherches pour le Développement International (CRDI-Canada) pour son soutien financier dans la collecte des données (numéro de subvention 109480-001).

## **Références**

1. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *The Lancet*; 2016;387(10036):2423-78.
2. Guiella G. Comportements sexuels chez les adolescents en Afrique sub-Saharienne: l'exemple du Burkina Faso, du Ghana, du Malawi et de l'Ouganda [Thèse de doctorat]. Université de Montréal, 2012.
3. OCHA. Burkina Faso : Aperçu des personnes déplacées internes (31 mars 2023): OCHA, 2023:2.
4. Africa T. Etude exploratoire sur la prévention et l'élimination des violences basées sur le genre au Burkina Faso: les régions des Cascades, du Centre-Nord, du Nord, du Plateau Central et des Hauts-Bassins. Dakar, Sénégal: Trust Africa, 2019:100.
5. OCDE. Etude Pays SIGI-Burkina Faso. Paris: OCDE, 2018:135.
6. Ivanova O, Rai M, Kemigisha E. A Systematic Review of Sexual and Reproductive Health Knowledge, Experiences and Access to Services among Refugee, Migrant and Displaced Girls and Young Women in Africa. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2018;15(1583)
7. Sully EA, Biddlecom A, Darroch JE, et al. Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019. New York: Guttmacher Institute, 2020.
8. INSD., ICF. Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso 2021. Ouagadougou, Burkina Faso & Rockville, Maryland, USA INSD & ICF., 2022.
9. Campbell C. The socioeconomic consequences of dropping out of high school: Evidence from an analysis of siblings. *Social Science Research* 2015;51:108-18.
10. Fletcher JM, Wolfe BL. Education and labor market consequences of teenage childbearing evidence using the timing of pregnancy outcomes and community fixed effects. *Journal of Human Resources* 2009;44(2):303-25.
11. Hotz VJ, McElroy SW, Sanders SG. Teenage childbearing and its life cycle consequences exploiting a natural experiment. *Journal of Human Resources* 2005;40(3):683-715.
12. UNICEF., UNESCO. Global initiative on out-of-school children: Eastern and Southern Africa regional report: UNICEF & UNESCO, 2014.
13. Okanlawon K, Reeves M, Agbaje OF. Contraceptive use: knowledge, perceptions and attitudes of refugee youths in Oru Refugee camp, Nigeria. 14(4 Special no.):16–25. *African Journal of Reproductive Health* 2010;14(4 Special no.):16-25.
14. Mohr R, Carbajal J, Sharma BB. The Influence of Educational Attainment on Teenage Pregnancy in Low-Income Countries: A Systematic Literature Review. *Journal of Social Work in the Global Community* 2019;4:19–31.

15. Beguy D, Ndugwa R, Kabiru CW. Entry into motherhood among adolescent girls in two informal settlements in Nairobi, Kenya. *Journal of Biosocial Science* 2013;45:721–42.
16. Ayuba I, Gani O. Outcome of teenage pregnancy in the Niger delta of Nigeria. *Ethiopian Journal of Health Sciences* 2012;22:45–50.
17. Barmao-Kiptanui C, Kindiki JN, Lelan JK. Impact of teenage motherhood on the academic performance in public primary schools in Bungoma county, Kenya. *International Journal of Educational Administration and Policy Studies* 2015;7:61–71.
18. Exavery A, Kanté AM, Mrema S, et al. Multilevel analysis of childbearing in childhood in Tanzania's Rufiji District. *Maternal and Child Health* 2016;20:447–55.
19. Neal SE, Chandra-Mouli V, Chou D. Adolescent first births in East Africa: Disaggregating characteristics, trends and determinants. *Reproductive Health* 2015;12:1-13.
20. Baya B, Sane/Congo A, Béré B, et al. Profil des adolescents et facteurs de leur entrée en vie féconde au Burkina Faso: Analyse thématique approfondie des données d'enquêtes. Ouagadougou: INSD, 2017:56.
21. Delaunay V, Guillaume A. Sexualité et mode de contrôle de la fécondité chez les jeunes en Afrique subsaharienne. In: Adjamagbo A, Msellati P, Vimard P, eds. Santé de la reproduction et fécondité dans les pays du Sud : nouveaux contextes et nouveaux comportements. Louvain-la-Neuve (BEL), Marseille: Academia Bruylant, LPED 2007:211-63.
22. Jewkes R, Vundule C, Maforah F, et al. Relationship dynamics and teenage pregnancy in South Africa. *Social Science and Medicine* 2001;91(52):733–44.
23. Wood K, Jewkes R. Blood blockages and scolding nurses: Barriers to adolescent contraceptive use in South Africa. *Reproductive Health Matters* 2006;14(27):109–18.
24. Odejimi O, Bellingham-Young D. A policy pathway to reducing teenage pregnancy in Africa. *Journal of Human Growth and Development* 2004;24(2):135-41.
25. Vokouma J. Étude pays SIGI-Burkina Faso: Rapport d'enquête qualitative. Paris: Éditions OCDE, 2018.
26. Barroy H, Cortez R, Le Jean N, et al. Addressing adolescent sexual and reproductive health in Niger. Washington, USA: World Bank, 2016:54.
27. Henry PE, Toe C, Ouedraogo JR. Institutions Sociales et Égalité Femmes-Hommes au Burkina Faso: Document annexe à l'étude pays SIGI,. Paris: Éditions OCDE, 2016.
28. OCHA. Burkina Faso : situation des personnes déplacées internes [<https://www.humanitarianresponse.info/fr/operations/burkina-faso>]: OCHA 2020.

29. Schlecht J, Rowley E, Babirye J. Early relationships and marriage in conflict and post-conflict settings: Vulnerability of youth in Uganda. *Reproductive Health Matters* 2013;21(41):234-42.
30. Greene ME, and Stiefvater E. Social and gender norms and child marriage: A reflection on issues, evidence and areas of inquiry in the field. ALIGN: London, 2019:21.
31. Knox SE. How they see it: Young women's views on early marriage in a post-conflict setting. *Reproductive Health Matters* 25(sup1): 96–106 2017;25(sup1):96-106.

Tableau 1 : Caractéristiques des adolescentes déplacées internes âgées de 12-19 ans dans les communes de Kaya et de Kongoussi (Burkina Faso), 2021

Variables	Effectif	%
<b>A commencé sa vie féconde</b>		
Non	297	73,5
Oui	107	26,5
<b>Age</b>		
12-17 ans	302	74,8
18-19 ans	102	25,2
<b>Commune d'accueil</b>		
Kaya	162	38,7
Kongoussi	242	61,3
<b>Région d'origine</b>		
Centre-Nord	212	52,5
Autres régions	192	47,5
<b>Religion</b>		
Musulmane	361	89,9
Chrétienne	42	10,1
<b>Niveau d'éducation</b>		
Non instruite	218	53,9
Instruite	186	46,1
<b>Niveau de vie du ménage</b>		
Pauvre	188	46,6
Moyen	59	14,6
Riche	157	38,9
<b>Emploi</b>		
N'a pas d'emploi	317	78,2
A un emploi	87	21,8
<b>Statut matrimonial</b>		
Non en union	268	66,3
En union	136	33,7
<b>Degré d'autonomie en matière de PF</b>		
Autonomie faible	270	66,7
Autonomie élevée	134	33,3
<b>Degré de connaissance de la PF</b>		
Faible	310	76,8
Elevé	94	23,2
<b>Utilisation de la contraception moderne</b>		
Non	357	88,2
Oui	47	11,8
<b>Total</b>	<b>404</b>	<b>100,0</b>

Les proportions sont pondérées. Les effectifs ne sont pas pondérés.

**Tableau 2. Associations bivariées entre l'entrée en vie féconde et les caractéristiques des adolescentes déplacées internes âgées de 12-19 ans dans les communes de Kaya et de Kongoussi (Burkina Faso), 2021**

Variables	n	A commencé sa vie féconde		Chi2
		Non (%)	Oui (%)	
<b>Age</b>				189,91
12-17 ans	302	91,0	9,0	$p < 0,001$
18-19 ans	102	21,3	78,7	
<b>Commune d'accueil</b>				1,24
Kaya	162	76,5	23,5	$p = 0,287$
Kongoussi	242	71,5	28,5	
<b>Région d'origine</b>				0,39
Centre-Nord	212	72,2	27,8	$p = 0,498$
Autres régions	192	74,9	25,1	
<b>Religion</b>				4,85
Musulmane	361	72,0	28,0	$p = 0,010$
Chrétienne	42	88,0	12,0	
<b>Niveau d'éducation</b>				9,10
Non instruite	218	67,3	32,7	$p = 0,013$
Instruite	186	80,6	19,4	
<b>Niveau de vie du ménage</b>				2,48
Pauvre	188	70,2	29,8	$p = 0,318$
Moyen	59	72,6	27,4	
Riche	157	77,7	22,3	
<b>Emploi</b>				7,86
N'a pas d'emploi	317	70,2	29,8	$p = 0,020$
A un emploi	87	85,1	14,9	
<b>Statut matrimonial</b>				255,36
Non en union	268	98,5	1,5	$p < 0,001$
En union	136	24,2	75,8	
<b>Degré d'autonomie en matière de PF</b>				50,03
Autonomie faible	270	84,4	15,6	$p < 0,001$
Autonomie élevée	134	51,4	48,6	
<b>Degré de connaissance de la PF</b>				94,28
Faible	310	85,2	14,8	$p < 0,001$
Elevé	94	34,6	65,4	
<b>Utilisation de la contraception moderne</b>				87,74
Non	357	81,0	19,0	$p < 0,001$
Oui	47	17,1	82,9	
<b>Total</b>	<b>404</b>	<b>73,5</b>	<b>26,5</b>	

Les proportions sont pondérées. Les effectifs ne sont pas pondérés.

**Tableau 3. Association bivariée entre le statut matrimonial et l'âge des adolescentes déplacées internes âgées de 12-19 ans dans les communes de Kaya et de Kongoussi (Burkina Faso), 2021**

Variables	n	Statut matrimonial		Chi2
		Non en union (%)	En union (%)	
<b>Age</b>				194,67
12-17 ans	302	85,3	14,7	$p < 0,001$
18-19 ans	102	9,7	90,3	
Total	404	66,3	33,7	

Les proportions sont pondérées. Les effectifs ne sont pas pondérés.



**Tableau 4. Association bivariée entre la grossesse actuelle et l'âge des adolescentes déplacées internes âgées de 12-19 ans dans les communes de Kaya et de Kongoussi (Burkina Faso), 2021**

Variables	n	Est actuellement enceinte		Chi2
		Non (%)	Oui (%)	
<b>Age</b>				29,23
12-17 ans	302	97,3	2,7	<i>p</i> < 0,001
18-19 ans	102	82,0	18,0	
Total	404	93,5	6,5	

Les proportions sont pondérées. Les effectifs ne sont pas pondérés.

**Tableau 5. Rapports de cotes (OR) de la régression logistique prédisant l'entrée en vie féconde chez les adolescentes déplacées internes âgées de 12-19 ans dans les communes de Kaya et de Kongoussi (Burkina Faso), 2021**

Variables	Effets bruts OR (95% IC)	Modèle 1 OR (95% IC)	Modèle 2 OR (95% IC)	Modèle 3 OR (95% IC)
<b>Age</b>				
12-17 ans	1,00	1,00	1,00	1,00
18-19 ans	37,04 (20,01-68,54)***	50,09 (24,31-103,19)***	7,36 (3,03-7,86)***	4,93 (1,97-12,32)**
<b>Commune d'accueil</b>				
Kaya	1,00	1,00	1,00	1,00
Kongoussi	1,30 (0,82-2,06)	2,20 (1,05-4,60)*	1,80 (0,74-4,36)	1,31 (0,51- 3,38)
<b>Région d'origine</b>				
Centre-Nord	1,00	1,00	1,00	1,00
Autres régions	0,86 (0,55-1,35)	0,93 (0,48-1,79)	0,72 (0,31-1,64)	0,63 (0,26-1,51)
<b>Religion</b>				
Musulmane	1,00	1,00	1,00	1,00
Chrétienne	0,35 (0,13-0,91)*	0,25 (0,07-0,94)*	0,64 (0,11-3,63)	0,42 (0,06-2,86)
<b>Niveau d'éducation</b>				
Non instruite	1,00	1,00	1,00	1,00
Instruite	0,50 (0,31-0,79)**	0,67 (0,35-1,29)	1,48 (0,62-3,50)	1,29 (0,51-3,25)
<b>Niveau de vie du ménage</b>				
Pauvre	1,00	1,00	1,00	1,00
Moyen	0,88 (0,46-1,69)	0,94 (0,36-2,46)	1,16 (0,35-3,85)	1,08 (0,32-3,69)
Riche	0,68 (0,41-1,10)	0,48 (0,23-1,00)†	0,41 (0,17-1,03)†	0,43 (0,16-1,11)†
<b>Emploi</b>				
N'a pas d'emploi	1,00	1,00	1,00	1,00
A un emploi	0,42 (0,22-0,79)**	0,30 (0,12-0,74)**	0,75 (0,21-2,61)	0,93 (0,25-3,45)
<b>Statut matrimonial</b>				
Non en union	1,00		1,00	1,00
En union	206,00 (71,20-596,00)***		88,74 (26,94-292,33)***	71,64 (20,25-253,46)***
<b>Degré d'autonomie en matière de PF</b>				
Faible	1,00			1,00
Elevée	5,11 (3,19-8,20)***			1,17 (0,49-2,76)
<b>Degré de connaissance de la PF</b>				
Faible	1,00			1,00
Elevé	10,61 (6,26-17,96)***			2,27 (0,92-5,59)†
<b>Utilisation de la contraception moderne</b>				
Non	1,00			1,00
Oui	20,72 (9,26-46,35)***			6,66 (1,84-24,11)**

Les modèles des effets bruts incluent une seule variable indépendante à la fois.

Modèle 1: Age + commune d'accueil + région d'origine + religion + niveau d'éducation + niveau de vie du ménage + emploi

Modèle 2: Modèle 1 + statut matrimonial

Modèle 3: Modèle 2 + degré d'autonomie en matière de PF, degré de connaissance de la PF, utilisation de la contraception moderne.

† *p* < 0,10 ; \* *p* < 0,05 ; \*\* *p* < 0,01 ; \*\*\* *p* < 0,001.