

Evolution des influences contextuelles sur l'utilisation de la contraception moderne chez les adolescentes des milieux ruraux au Bénin

[Changing Contextual Influences on Modern Contraceptive Use Among Rural Adolescents in Benin]

Alihonou S. Achille Tokin and Mouftaou Amadou Sanni

Laboratoire de Recherche en Sciences de la Population et du Développement (LaReSPD), Faculté d'Agronomie, Université de Parakou, BP 123, Benin

Copyright © 2020 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the *Creative Commons Attribution License*, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: Contraceptive use is very low in Benin despite efforts to reposition family planning as a priority in the National Health Development Plan. This article aims to identify the determinants of modern contraceptive use by adolescents in changing contexts in Benin. We explore the extent to which and by what processes the socioeconomic environment, women's empowerment, fertility norms, and access to family planning information and services influence contraceptive use by adolescents. Data from the Demographic Surveys covering the years 2006, 2011-2012 and 2017-2018 were used. A series of random-effect logit regression models are run separately for each period to examine the variation in modern contraceptive use explained by the four selected spheres of influence at the community level. Data exploration reveals that contraceptive prevalence among adolescents is declining regardless of marital status between 2006 and 2017-2018 at different rates. The rate of reduction is more pronounced among married adolescents (71.6%) compared to single adolescents (52.9%) over the same period. The four areas of influence identified had significant net effects on the variation in contraceptive prevalence among adolescents, showing that the context in which adolescents live partly explains their likelihood of having a low capacity and opportunity for contraceptive use at this age. The meaning of age in community settings influences adolescents' chances of using modern contraception.

KEYWORDS: Multi-level approach; contraception, determinants; adolescents; Benin.

RESUME: L'utilisation de la contraception est très faible au Bénin malgré les efforts de repositionnement de la planification familiale dans les priorités du Plan National de Développement Sanitaire. Cet article se propose d'identifier les déterminants de l'utilisation des contraceptifs modernes par les adolescentes dans des contextes évolutifs au Bénin. Nous explorons dans quelle mesure et selon quels processus l'environnement socio-économique, l'autonomisation des femmes, les normes de fécondité et l'accès aux informations et aux services de planification familiale influencent l'utilisation des contraceptifs par les adolescentes. Des données des Enquêtes Démographiques couvrant les années 2006, 2011-2012 et 2017-2018 ont été exploitées. Une série de modèles de régression logit à effets aléatoires est réalisée séparément pour chaque période afin d'examiner la variation de l'utilisation de la contraception moderne expliquée par les quatre sphères d'influences choisies au niveau de la communauté. L'exploration des données révèle que la prévalence contraceptive des adolescentes est en diminution quel que soit le statut matrimonial entre 2006 et 2017-2018 avec des allures différentes. La vitesse de réduction est plus marquée chez les adolescentes en union (71,6%) comparativement aux célibataires (52,9%) au cours de la même période. Les quatre domaines d'influences identifiés ont eu des effets nets significatifs sur la variation de la prévalence contraceptive au niveau des adolescentes montrant que, le contexte dans lequel les adolescentes vivent explique en partie leur probabilité à bénéficier d'une faible capacité et d'opportunité pour l'usage des méthodes de contraception à cet âge. La signification de l'âge en milieu communautaire influence les chances d'utilisation de la contraception moderne par les adolescentes.

MOTS-CLEFS: Approche multi niveaux; contraception, déterminants; adolescentes; Bénin.

1 INTRODUCTION

La situation sociale des adolescentes en Afrique montre que les taux de natalité chez les adolescentes demeurent élevés dans plusieurs pays malgré la baisse globale du nombre de naissances par femme en Afrique subsaharienne. En effet, chaque année, les enfants nés des adolescentes âgées de 15 à 19 ans représentent 16 pour cent de toutes les naissances en Afrique subsaharienne [1]. Environ, 16 millions d'adolescentes de 15-19 ans accouchent chaque année dans le monde [2] avec 95% de ces naissances imputables aux pays à ressources limitées [3]. Si certaines adolescentes sont capables de planifier leur grossesse et la maternité, ce n'est pas le cas pour beaucoup d'entre elles. En effet, certains groupes d'adolescentes au sein de la communauté sont souvent exclues du système de planification et de prestation de services puisqu'elles sont moins visibles et stigmatisées. Bien plus, en raison du peu d'argent auquel elles ont accès et de leur dépendance vis-à-vis des ressources de leur famille, l'effet disproportionné de l'accès aux services et soins adaptés à leur besoin augmente [4]. En 2015, l'OMS estime le nombre d'adolescentes décédées dans le monde à 3000 par jour ; le plus souvent, ces décès auraient pu être évités ou traités. Souvent, certaines adolescentes ne savent même pas comment éviter une grossesse, tandis que d'autres ne sont pas en mesure d'obtenir des moyens de contraception parce qu'elles n'ont pas, soit le service de planification familiale à proximité ou ignorent comment bénéficier de ces services [5]. Plusieurs idées sont évoquées dans les travaux de recherche notamment l'influence des contextes de résidence, mais aussi du cadre stratégique et politique et surtout de la culture. Ce que confirme l'UNFPA en montrant que même l'accès aux informations et aux moyens de contraception moderne pour les adolescentes est souvent contraint par des limites géographiques, les politiques et la culture alors qu'il s'agit d'un droit humain [6]. C'est le cas des mesures et de certaines lois qui peuvent restreindre la capacité des adolescentes à accéder aux méthodes contraceptives ou l'interdire tout simplement [7], [3]. Selon les régions, les attitudes et normes peuvent constituer un frein à l'utilisation de la contraception par les adolescentes [7]. Le constat alarmant est que beaucoup d'adolescentes sexuellement actives de 15-19 ans qui souhaitent éviter une grossesse ne sont pas utilisatrices des méthodes de contraception moderne [8]. Les travaux réalisés par l'OMS en 2012 pour mieux cibler les interventions à haut impact montrent que les adolescents (es) sexuellement actifs (ves) sont moins susceptibles que les adultes d'utiliser des moyens de contraception y compris dans les lieux où ils sont largement disponibles. Ces travaux réalisés dans plusieurs contextes à savoir : Amérique Latine; Afrique centrale, de l'ouest et de l'Est renseignent qu'il est possible d'accroître l'utilisation des contraceptifs en agissant à différents niveaux: politiques, familles, communautés et au niveau des systèmes de santé [2].

Certaines études ont montré qu'aujourd'hui encore, les normes de genre inéquitables freinent considérablement la capacité des femmes et des filles à faire librement des choix fondamentaux concernant leur santé et leurs droits en matière de sexualité et de procréation [9]. Le présent article aborde l'accès et l'utilisation des méthodes de contraception modernes chez les adolescentes en lien avec leur communauté d'appartenance.

Pour donner un sens aux choix opérés par les adolescentes dans un contexte où l'environnement social et culturel est peu favorable à l'utilisation de la contraception moderne, cette étude se base sur le modèle socio-écologique de [10] qui stipule que "le pouvoir d'agir dépend des relations avec les individus, les communautés et les institutions". Il renseigne que, les individus et leur comportement sont façonnés par leur environnement social immédiat (comme les ménages ou les relations plus intimes), qui sont à leur tour ancrés dans des structures et des relations sociales plus larges (comme les institutions et les normes sociales et culturelles).

Dans cette logique, comment les quatre domaines d'influence au niveau communautaire à savoir : développement socio-économique/environnement social, autonomisation des femmes, accès aux informations et services de planification familiale et normes de fécondité déterminent le choix d'utilisation des méthodes modernes de contraception au Bénin chez les adolescentes? Nous explorons l'influence de chacun de ces domaines communautaires sur l'utilisation actuelle de la contraception moderne par les adolescentes, après avoir tenu compte de l'influence de leurs caractéristiques socio-économiques individuelles et du ménage.

De ce fait, nous postulons que modulée par le contexte de résidence et de socialisation, l'influence communautaire sur la décision d'une adolescente d'utiliser un moyen de contraception moderne est tributaire de chaque domaine pris isolément ou en combinaison, en présence des caractéristiques socio-économiques individuelles et du ménage.

2 METHODES D'ANALYSE DES DONNEES

2.1 PRESENTATION DE LA ZONE D'ETUDE

Cette étude s'est déroulée au Bénin, une zone géographique localisée sur la côte ouest-africaine dans la zone tropicale entre l'équateur et le tropique du Cancer (entre parallèles 6°30' et 12°30' de latitude nord et les méridiens 1° et 30°40' de longitude Est). Le Bénin est caractérisé par une pluralité ethnique qui s'est dispersé d'une manière particulière dans les zones géographiques. On y distingue deux grands groupes socio-culturels qui cohabitent. Le premier, situé au sud et au centre du Bénin comprend les adja (15,2%), les fon (39,2%) et les yoruba (12,3%). Le second situé au nord qui regroupe les batombou (9,2%), les dendi (2,5%), les Bètamaribè (6,1%), les yoa lokpa (4,0%), les peulhs (7,0%) [11]. La population active rurale est évaluée à 55% en 2013. Avec une superficie de 114.763 km², le Bénin présente une forte disparité par rapport à la densité de sa population. En effet, les régions du Nord sont moins peuplées (Alibori 20 hbts/km², Atacora 27 hbts/km²) et les zones méridionales surpeuplées (Ouémé 570 hbts/km², Littoral 8 419 hbts/km²). La population béninoise est à prédominance jeune (46% de moins de 15 ans) et féminine (51% de femmes). Le profil démographique du pays indique que les adolescents (10-19 ans) constituent 25,6% de la population béninoise avec des niveaux de fécondité les plus élevés dans les régions du Nord [12].

2.2 DONNEES

Nous avons utilisé des données des Enquêtes Démographiques et de Santé du Bénin (EDSB) des années 2006, 2011-2012 et 2017-2018. Il s'agit d'une enquête nationale à cinq ans d'intervalle avec un échantillon représentatif d'adolescents béninois au niveau national, départemental et pour le milieu urbain et le milieu rural. Cette enquête est réalisée par l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE) avec l'assistance technique de ICF International. Les EDSB visent à fournir des données adéquates pour suivre la population et la situation sanitaire dans le pays. Toutes les femmes âgées de 15-49 ans vivant habituellement dans les ménages sélectionnés et présentes la nuit précédant l'enquête, étaient éligibles pour être interviewées. Le questionnaire individuel femme constitue le questionnaire central des enquêtes EDS. Il est composé de 15 sections qui permettent d'estimer des indicateurs socio-économiques et démographiques [12].

2.3 POPULATION CIBLE DE L'ETUDE

L'échantillon de cette étude est composé des femmes de 15 à 19 ans des milieux ruraux qui désirent retarder ou éviter la grossesse pour deux ans au moins, interrogées dans le cadre des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) au Bénin entre 2006 et 2017. En effet, cette population cible est définie selon la dimension démographique et sociologique de l'adolescence avec l'âge comme critère ultime. Pour chaque cycle d'enquête, les individus interrogés, étaient issus d'un processus d'échantillonnage aréolaire, stratifié et tiré à deux degrés. L'unité primaire de sondage est la grappe. Cette grappe est constituée de la zone de dénombrement (ZD) ou d'une partie de celle-ci lorsqu'elle est de grande taille. L'échantillon de cette étude est de 1 461 en 2006, 1 387 en 2011-2012 et 1 672 en 2017-2018 conformément au tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1. *Effectifs des femmes interrogées dans le cadre des EDS en 2006, 2011-2012 et 2017-2018 par âge et milieu de résidence*

	EDSB, 2006	EDSB, 2011-2012	EDSB, 2017-2018
Effectif des 15-49 ans éligibles interviewées	17 794	16 599	15 928
Effectif des 15-49 ans éligibles interviewées en milieu rural	10 323	9 529	8 883
Effectif d'adolescentes de 15-19 ans qui désirent retarder ou éviter la grossesse et resident en milieu rural	1 461	1 387	1 672

Source: EDS Bénin, 2006, 2011-2012 et 2017-2018

L'autorisation d'utiliser l'ensemble de données a été accordée par Measure DHS après avoir évalué l'intention pour la demande de l'ensemble de données.

2.4 TECHNIQUE ET MODELES D'ANALYSE DES INFLUENCES CONTEXTUELLES

La variable dépendante pour l'analyse est une variable binaire représentant l'utilisation d'une méthode moderne de contraception au moment de l'enquête. Dans cette étude, la variable de résultat est mesurée au niveau individuel, alors que

les prédicteurs de la plupart des variables explicatives (influences au niveau de la communauté) sont mesurés au niveau de la grappe. Les données EDS que nous utilisons suivent une structure hiérarchique : les individus sont imbriqués dans des grappes et les grappes sont imbriquées dans des régions. Les femmes adolescentes qui vivent dans le même groupe ou la même région peuvent ne pas être indépendantes les uns des autres. En utilisant l'approche statistique standard, des questions se posent sur l'unité d'analyse appropriée. Etant donné que l'analyse au niveau individuel ne prend pas en compte l'imbrication de personnes dans des grappes, car, elle pourrait entraîner une sous-estimation des erreurs-types et une augmentation des risques de rejet incorrect des hypothèses nulles [13], nous avons opté pour l'analyse multiveaux. Comparée aux analyses de régression régulières au niveau individuel qui supposent que tous les individus sont indépendants, l'approche de la modélisation à plusieurs niveaux que nous utilisons tient compte du fait que les personnes vivant dans la même zone peuvent avoir certaines caractéristiques en commun. Il convient de noter que les femmes vivant dans le même ménage ne sont pas indépendantes. Cependant, cet effet de regroupement est ignoré dans la présente analyse car il n'est pas courant que plusieurs femmes d'un même ménage aient été interrogées.

2.4.1 TECHNIQUE STATISTIQUE D'ANALYSE

La variable dépendante de cette étude est qualitative et dichotomique. De par sa nature, la régression logistique binaire est la méthode d'analyse multivariée explicative appropriée. Elle prendra comme valeur 1 quand l'adolescente déclare avoir utilisé au moins une méthode de contraception moderne au moment de l'enquête, autrement elle prend la valeur 0.

Compte tenu de la nature dichotomique de la variable dépendante et de la structure hiérarchique des données EDS (les individus sont imbriqués dans des grappes et les grappes sont imbriquées dans des régions), la méthode statistique retenue est la régression logistique multi-niveaux. Son principe de base consiste simplement à modéliser le logit de la probabilité qu'un individu i dans un contexte j utilise la contraception (Y_{ij}) comme une fonction linéaire de variables indépendantes et d'un ou plusieurs termes aléatoires au niveau contextuel. Dans le cadre de cet article, nous faisons usage de ce modèle de régression logistique à deux niveaux qui considère que seule l'ordonnée à l'origine varie entre contexte. Il est noté suivant la formule :

Les équations du modèle:

$$\text{Niveau 1: } Y_{ij} = \beta_{0j} + \beta_{1j} X_{1j} + r_{ij}$$

Prédire la variabilité des pentes:

$$\text{Niveau 1: } Y_{ij} = \beta_{0j} + \beta_{1j} X_{1j} + r_{ij}$$

Avec

- β_{0j} : Ordonnée à l'origine;
- β_{1j} : Pente

L'équation de la pente s'écrit: $\beta_{1j} = \gamma_{10} + \gamma_{1j} W_{1j} + u_{1j}$

Au niveau 2, il s'agira d'étudier les différentes relations existantes entre les variables communautaires au niveau du cluster (W_{1j}) et son impact sur la variable de résultat utilisation actuelle d'une méthode moderne de contraception.

2.4.2 ESTIMATION DES PARAMETRES DU MODELE ET INTERPRETATION DES RESULTATS

Les coefficients (β_0 ... β_k) du modèle logit considérés sont estimés par la méthode du maximum de vraisemblance. C'est une procédure générale d'estimation qui fournit des estimateurs qui maximisent la probabilité d'observer les données qui sont réellement observées, étant donné le modèle. Elle présente l'avantage d'être généralement robuste et donne des estimateurs asymptotiquement efficaces et consistants [14].

Le signe du paramètre associé à une variable indique dans quel sens influe cette variable sur la variable d'intérêt. En d'autres termes le signe du coefficient reflète la direction de la relation et la valeur du coefficient indique l'effet spécifique produit par un mouvement d'une unité sur la variable indépendante sur le score de la variable dépendante.

3 RÉSULTATS ET DISCUSSIONS

Au cours de la modélisation, il est important d'incorporer les variables progressivement, afin de vérifier la stabilité des résultats obtenus. Ainsi, l'approche adoptée est basée sur la construction progressive des modèles dans lesquels les variables contextuelles sont prises en compte dans un premier temps, et les variables explicatives individuelles et ménages sont

introduites en second lieu. L'évolution des coefficients des variables contextuelles indique alors dans quelle mesure les effets contextuels sont "médiatisés" par des variables individuelles.

3.1 EVOLUTION DE L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION MODERNE CHEZ LES ADOLESCENTES DES MILIEUX RURAUX

La distribution de la variable dépendante que constitue l'utilisation de la contraception moderne chez les adolescentes des milieux ruraux présentée dans le tableau 2 ci-dessous montre que 15,3 % des adolescentes en 2006, 14,8 % en 2011-2012 et 6,2 % en 2017-2018 ont déclaré qu'elles n'ont utilisé aucune méthode de contraception moderne pour pouvoir éviter une grossesse aux différentes dates des enquêtes EDS.

Tableau 2. Evolution du taux de prévalence contraceptive chez les adolescentes selon l'état matrimonial entre 2006 et 2017-2018

Etat matrimonial	EDS, 2006	EDS, 2011-2012	EDS, 2017-2018	Reduction1 entre 2006 et 2018
Célibataire	12,95%	15,82%	6,10%	52,9%
En union	22,69%	8,60%	6,44%	71,6%
Total	15,33%	14,85%	6,16%	59,8%
Chi2	***	***	ns	-

Source: Résultats, TOKIN & AMADOU SANNI, août 2020, ns= non significatif

Il ressort du tableau 2 ci-dessus que la prévalence contraceptive des adolescentes est en diminution quel que soit le statut matrimonial entre 2006 et 2017-2018 avec des allures différentes. En effet, la vitesse de réduction est plus marquée chez les adolescentes en union (71,6%) comparativement aux célibataires (52,9%) au cours de la même période.

3.2 ANALYSE DES DETERMINANTS DE L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION MODERNE CHEZ LES ADOLESCENTES DES MILIEUX RURAUX ET LEURS ÉVOLUTIONS CONTEXTUELLES AU BENIN

Les résultats d'estimations des modèles montrent que la corrélation intra-classe (ICC) 2 initiale de la variable dépendante utilisation de contraception moderne à l'adolescence est significative au cours des trois périodes d'observation (2006, 2011-2012 et 2017-2018), exprimant de ce fait l'importance des effets contextuels et la justesse de la modélisation multiniveau. En d'autres termes, le contexte dans lequel les adolescentes vivent explique en partie leur probabilité à bénéficier d'une faible capacité et opportunité pour utiliser les méthodes de contraception à cet âge. Cette corrélation montre cependant une grande variabilité entre les périodes, puisqu'elle varie respectivement entre 9% en 2011-2012; 31% en 2017-2018 et 71 % en 2006. La prise en compte des variables indépendantes du modèle réduit fortement ces corrélations intra-classes.

De l'analyse des résultats on constate que les variables explicatives contextuelles, individuelles et ménages introduites dans les modèles d'analyse, expliquent la variabilité d'appartenance au groupe des adolescentes utilisatrices des méthodes de contraception moderne. Il est noté parmi l'ensemble des variables indépendantes introduites dans les différents modèles, une variation différentielle de l'influence de l'environnement social, de l'autonomisation des femmes et leur accès aux informations sur les méthodes contraceptives, l'influence différentielle des normes sociales en matière de genre et de la fécondité et celle des caractéristiques propres des adolescentes sur la prévalence contraceptive au niveau des adolescentes entre 2006 et 2018. Ces variables sont significativement associées aux comportements des adolescentes face à la contraception moderne. Il ressort que toutes les variables incluses dans les modèles ont un impact positif sur la pratique contraceptive à l'adolescence à l'exception des variables liées à la motivation des adolescentes à utiliser la contraception moderne, le niveau de vie du ménage, l'état matrimonial (en 2012 et 2018), la part des personnes alphabétisées ou scolarisée en communauté (2012 et 2018), la religion dominante en communauté (2012).

¹ ((valeur d'arrivée - valeur de départ) / valeur de départ) x 100

² L'ICC d'un modèle logit multiniveaux s'obtient par la formule $\sigma_2^2 / (\sigma_2^2 + \pi^2/3)$, où σ_2^2 est la variance de niveau 2.

3.2.1 INFLUENCE DE L'ENVIRONNEMENT SOCIAL

L'environnement social inclut la famille, les amis et la perception de l'environnement scolaire. Or, l'appartenance sociale des familles/le statut socioéconomique de la famille détermine le contexte économique-culturel des adolescentes.

Le modèle contextuel montre que l'âge courant de l'adolescente et l'âge au 1er rapport sexuel sont significativement associés aux variations de l'utilisation de la contraception moderne chez les adolescentes au Bénin. Ils exercent un effet net significatif sur elle. En effet, la signification de l'âge en communauté pourrait expliquer son impact positif sur l'utilisation de la contraception. Car, ils sont étroitement liés aux éléments valorisés par la société dans laquelle l'adolescente vit. C'est l'âge défini en fonction de la place de l'adolescente dans son système social. L'augmentation de l'âge courant des adolescentes d'une unité augmente les chances d'utilisation d'environ 0,37 fois plus élevé au seuil de 1%.

Tableau 3. Evolution de l'influence de l'environnement social sur les rapports de chances de l'utilisation des méthodes de contraception moderne par les adolescentes entre 2006 et 2018

Variables explicatives	EDSB, 2006	EDSB, 2011-2012	EDSB, 2017-2018
	Modèle multiniveau final	Modèle multiniveau final	Modèle multiniveau final
	coef β ; (σ)	coef β ; (σ)	coef β ; (σ)
Intercept	-25,20*** (5,98)	2,16ns (2,99)	-2,02 ns (3,3)
Variables contextuelles			
Environnement social	***	***	ns
Connaissance de physiologie reproductive	***	***	ns
Méconnaissance	ref	ref	ref
Connaissance exacte	1,08*** (0,29)	0,64*** (0,18)	ns
Connaissance douteuse	0,72** (0,31)	0,67*** (0,24)	ns
% d'adolescentes pratiquant la religion dominante	ns	-3,11*** (0,96)	ns
Age courant	0,37*** (0,10)	ns	ns
Age au 1er rapport sexuel	0,03*** (0,01)	0,02*** (0,00)	0,24*** (0,03)
Religion	ns	*	ns
Religion traditionnelle	ref	ref	ref
Musulman	ns	0,52* (0,31)	ns
Chrétienne	ns	0,41* (0,21)	ns
Etat matrimonial	**	***	***
Célibataire	ref	ref	ref
En union	0,75** (0,29)	-1,13*** (0,31)	-0,95*** (0,30)
Niveau de vie du ménage	ns	*	ns
Pauvre (ref)	ref	ref	ref
Moyen	ns	ns	ns
Riche	ns	-0,39* (0,22)	ns
Intention d'utiliser les méthodes de contraception	***	nd	nd
Utiliser après	ref	ref	ref
N'est pas sûr d'utiliser	-1,42*** (0,42)	nd	nd
N'a pas l'intention d'utiliser	-0,75*** (0,28)	nd	nd
Variance			
Modèle nul, B (SE)	0,71 (0,36)	0,09 (0,07)	0,31 (0,23)
Modèle final, B (SE)	4.19e-24 (5.12e-13)	1.18e-21 (9.21e-12)	9.35e-15 (4.12e-08)

Source: Résultats, TOKIN & AMADOU SANNI, août 2020, (***=P<1%; **=P<5%; *=P<10%; ns= non significatif, nd =valeur non disponible)

La religion pratiquée est significativement associée à la l'utilisation de la contraception moderne par les adolescentes et ce en 2011-2012. En effet, le comportement contraceptif des adolescentes musulmanes et chrétiennes est significativement

différent de celles qui pratiquent de la religion traditionnelle. Les premières ont 0,52 fois alors que les secondes ont 0,41 fois plus de chances que ces dernières au seuil de 10%. On note également que l'effet contextuel s'est manifesté à travers la religion dominante en communauté avec un impact négatif sur les chances d'utilisation de la contraception à l'adolescente. En effet, une unité d'augmentation de la proportion d'adolescente pratiquante de la religion dominante en milieu communautaire réduit les chances d'utilisation d'environ 2,48 fois. Ce phénomène est également valable pour la perception de l'adolescente par rapport à son intention d'utiliser les méthodes contraceptives dans le futur. Les chances d'utilisation sont respectivement réduites de 1,42 et 0,75 fois pour les adolescentes qui ne sont pas sûres d'utiliser la contraception moderne et celles qui n'ont pas l'intention de l'utiliser comparativement à celles qui ont déclaré l'utiliser après au début de la période. Par ailleurs, il existe une relation positive entre l'utilisation de la contraception moderne et la bonne connaissance du fonctionnement du corps de la femme à l'adolescence. Les adolescentes qui ont une connaissance exacte ou même douteuse du fonctionnement de leur corps ont plus de chances d'utiliser les méthodes de contraception comparativement à leurs homologues qui méconnaissent le fonctionnement de leur corps. Les chances d'utilisation sont respectivement de 1,08 et 0,75 fois plus élevés pour celles qui ont une connaissance exacte et une connaissance douteuse du fonctionnement de leur corps. Ces chances sont encore plus élevées quelles que soient les dates entre 2006 et 2018 en l'absence des caractéristiques individuelles des adolescentes lorsqu'on s'intéresse aux influences contextuelles. Il en ressort que l'environnement social qui favorise la connaissance du fonctionnement du corps de la femme accroît les chances d'utilisation des méthodes contraceptives à l'adolescente. En revanche, la situation matrimoniale des adolescentes et le niveau de vie de leur ménage influencent négativement les chances d'utilisation de la contraception à l'adolescence. A l'exception de 2006, le fait pour une adolescente d'être en union diminue ces chances d'utilisation de la contraception comparativement aux célibataires. Bien plus, il existe une relation négative entre les adolescentes des ménages riches et l'utilisation de la contraception moderne comparativement à celles des ménages pauvres en 2012. Pourtant, l'hypothèse la plus probable est que plus les femmes sont pauvres, plus leur demande d'enfants sera élevée et l'accès à la contraception difficile, plus en définitive l'utilisation de la contraception sera faible.

3.2.2 AUTONOMISATION DES FEMMES ET LEURS ACCÈS À L'INFORMATION SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE

Elle désigne "l'expansion de la capacité des personnes à faire des choix de vie stratégiques dans un contexte où cette capacité leur était auparavant refusée" [15]. Elle prend en compte les trois éléments clés suivants : le choix, la voix et le pouvoir [16]. Le tableau 4 ci-dessous montre que son influence est médiatisée par la scolarisation féminine.

En effet, la scolarisation féminine apparaît comme une variable qui impacte positivement l'utilisation de la contraception moderne chez les adolescentes. En effet, les adolescentes du niveau primaire ont des chances élevées d'utiliser la contraception moderne comparativement à celles non scolarisées et celles ayant un niveau d'instruction au moins secondaire en 2006. A contrario, on observe une tendance inverse en 2017-2018 où se sont plutôt les adolescentes ayant un niveau au moins secondaire qui ont plus de chances d'utiliser la contraception moderne.

Tableau 4. Evolution de l'influence des facteurs d'autonomisation sur les rapports de chances de l'utilisation des méthodes de contraception moderne par les adolescentes entre 2006 et 2018

Variables explicatives	EDSB, 2006	EDSB, 2011-2012	EDSB, 2017-2018
	Modèle multiniveau final	Modèle multiniveau final	Modèle multiniveau final
	coef β ; (σ)	coef β ; (σ)	coef β ; (σ)
Intercept	-25,20*** (5,98)	2,16ns (2,99)	-2,02 ns (3,3)
Autonomisation des femmes et accès à l'information sur la PF	***	*	**
% d'adolescentes ayant au moins une scolarisation secondaire	ns	ns	-10,65* (6,39)
% adolescentes alphabétisées	27,0*** (9,08)	-8,8* (4,61)	8,4* (5,06)
% d'adolescente motivée pour utiliser les services PF	ns	-3,03* (1,68)	-4,24** (2,04)
Scolarisation	*	ns	***
Non scolarisé (Ref)	ref	ref	ref
Primaire	0,57* (0,29)	ns	ns
Secondaire et plus	ns	ns	0,86*** (0,32)
Variance			
Modèle nul, B (SE)	0,71 (0,36)	0,09 (0,07)	0,31 (0,23)
Modèle final, B (SE)	4.19e-24 (5.12e-13)	1.18e-21 (9.21e-12)	9.35e-15 (4.12e-08)

Source: Résultats, TOKIN & AMADOU SANNI, août 2020, (***)= $P < 1\%$; (**)= $P < 5\%$; (*)= $P < 10\%$; ns= non significatif, nd =valeur non disponible)

En fonction des influences contextuelles, il ressort que la part que représente les adolescentes ayant au moins un niveau d'instruction secondaire impacte négativement la propension à utiliser la contraception moderne en 2018. En effet, une augmentation d'une unité du pourcentage d'adolescente appartenant à celles ayant une scolarisation secondaire en milieu communautaire rural diminue les chances d'utilisation d'environ 10,6 fois. Cette influence est inexistante en 2006 et 2012. Par contre, l'alphabétisation des filles en milieu communautaire rural a une influence positive en 2006 et en 2018 et négative en 2012 sur l'utilisation de la contraception moderne. Une unité d'augmentation de la part d'adolescentes alphabétisée en milieu communautaire rural accroît les chances d'utilisation de la contraception d'environ 27 fois en présence des caractéristiques individuelles et des ménages des adolescentes. Cette augmentation de chance est d'environ 8 fois en 2018 mais moins significatif comparativement en 2006. Par contre, on observe une diminution des chances d'utilisation quel que soit le contexte en 2012. Ce phénomène est aussi valable pour les adolescentes qui ont exprimé leur motivation par rapport à l'utilisation de la contraception moderne. En effet, entre 2012 et 2018, on remarque la part des adolescentes motivée pour l'utilisation de la contraception réduit leurs chances. Une unité d'augmentation de cette proportion diminue les chances d'environ 3 fois au moins en 2011-2012 et en 2017-2018 quelles que soient la présence ou non des autres caractéristiques. On en déduit donc que, plus les adolescentes sont motivées en communauté par rapport à la contraception, plus les chances d'utilisations sont meilleures.

3.2.3 NORMES DE GENRE ET DE FECONDITE

Elles se réfèrent aux aspects d'organisation sociale qui renforcent implicitement ou explicitement la taille de la famille, le nombre d'enfant désiré pour une meilleure capacité d'atteinte des buts socialement estimé. Selon [17] et [18] ces normes sociales décrivent la manière dont les individus doivent se comporter au sein d'une communauté en fonction de leur sexe. Elles expriment de manière générale l'approbation ou la désapprobation d'une action par un réseau d'acteurs [19].

Tableau 5. Evolution de l'influence des normes sociales de genre et de fécondité sur les rapports de chances de l'utilisation des méthodes de contraception moderne par les adolescentes entre 2006 et 2018

Variables explicatives	EDSB, 2006	EDSB, 2011-2012	EDSB, 2017-2018
	Modèle multiniveau final	Modèle multiniveau final	Modèle multiniveau final
	coef β ; (σ)	coef β ; (σ)	coef β ; (σ)
Normes de genre et de fécondité	ns	ns	*
% d'adolescente qui trouve justifier la violence conjugale	ns	ns	3,26* (1,74)
Ethnies	*	**	ns
Adja et apparentés (Réf)	ref	ref	ref
Fon et apparentés	0,86* (0,44)	0,91** (0,41)	ns
Yoruba et apparentés	ns	1,03** (0,41)	ns
Ethnies du Nord	ns	1,14** (0,48)	ns
Variance			
Modèle nul, B (SE)	0,71 (0,36)	0,09 (0,07)	0,31 (0,23)
Modèle final, B (SE)	4.19e-24 (5.12e-13)	1.18e-21 (9.21e-12)	9.35e-15 (4.12e-08)

Source: Résultats, TOKIN & AMADOU SANNI, août 2020, (**= $P < 1\%$; **= $P < 5\%$; *= $P < 10\%$; ns= non significatif, nd =valeur non disponible)

Dans cette étude, la modélisation de l'influence des normes de genre montre que la perception qu'ont les femmes de la violence domestique (d'un homme sur son épouse) dans leur communauté, influence positivement l'utilisation des méthodes contraceptives par les adolescentes en 2017-2018. En effet, une unité d'augmentation de la part de cette perception accroît les chances d'utilisation d'environ 3 fois en 2017-2018. Cela se traduit par le fait que quelle que soit l'appartenance ethnique des adolescentes et les périodes d'observations, les chances d'utilisations de la contraception moderne sont positives chez toutes autres ethnies comparativement à l'ethnie adja et apparentés. Les adolescentes appartenant aux ethnies Yoruba et apparentés et celles des ethnies du Nord Bénin ont des chances, plus d'une fois plus élevées d'utiliser la contraception moderne comparativement aux adja.

3.3 EVOLUTION DES INFLUENCES CONTEXTUELLES DE L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION MODERNE CHEZ LES ADOLESCENTES DES MILIEUX RURAUX AU BENIN

Au Bénin, les données des EDS entre 2006 et 2018 renseignent que la comparaison des facteurs explicatifs des trois périodes confirment l'influence des facteurs contextuels tel que l'environnement social, l'autonomisation des femmes et leur accès aux informations et services de planification familiale ainsi que les normes sociales en matière de genre et la fécondité. Ces facteurs ont eu un effet net significatif durant toute la période avec des variantes aussi bien au niveau des impacts que du seuil de significativité qui mesure le degré de certitude. Alors que l'autonomisation de la femme, l'accès à la PF, l'état matrimonial et l'âge au rapport sexuel ont des effets nets significatifs sur la variation de la prévalence contraceptive au niveau des adolescentes entre 2006 et 2018, l'effet net des variables de l'environnement social s'est estompé en 2017-2018 en présence des variables individuelles et des caractéristiques du ménage. Au cours de la même période l'effet net des normes sociales en matière de genre et de la fécondité s'est amélioré avec une absence de significativité totalement absente entre 2006 et 2012. L'effet net de l'ethnie initialement significatif au cours des années 2006 et 2011-2012 s'est estompé en 2017-2018 en présence des autres variables contextuelles et individuelles. La scolarisation est plus marquée en 2017-2018 comparativement aux années antérieures où il était significatif au seuil de 10% (2006) et non significatif en 2011-2012.

Aussi, il est remarqué que l'âge courant des adolescentes, la religion pratiquée et le niveau de vie du ménage des adolescentes discriminent respectivement l'utilisation de la contraception moderne en 2006, et 2011-2012. Par ailleurs, la motivation des adolescentes à utiliser la contraception moderne a eu effet net significatif sur la variation de l'utilisation de la contraception moderne chez les adolescentes des milieux ruraux.

Cette étude visait à révéler l'influence des facteurs contextuels sur la pratique contraceptive des adolescentes dans les milieux ruraux. Dans cette optique, nous avons examiné l'effet potentiel de quatre domaines d'influence en recourant à l'analyse contextuelle à travers les modèles logistiques contextuels et multiniveaux prenant en compte deux niveaux d'analyse: le premier porte sur les caractéristiques individuelles et du ménage et le second la région de résidence comme niveau

communautaire. Cette modélisation est appropriée car, les données des EDS utilisées sont d'une structure hiérarchique avec une imbrication des individus dans des grappes qui sont elles-mêmes imbriquées dans des régions.

Nos résultats ont montré que l'environnement social influence négativement le comportement contraceptif des adolescentes quel que soit leur statut à travers la religion d'appartenance qu'elle soit dominante dans la communauté ou non, les facteurs de motivation personnel à utiliser la contraception moderne ; la précocité de l'union et le niveau de vie du ménage des adolescentes. Ces résultats confirment les travaux de [20] et de [21] qui ont identifié que ces influences passent par les réseaux sociaux comme étant les principaux facteurs d'influence de l'utilisation de la contraception à l'adolescence. Les effets sont soit positifs, soit négatifs, soit non significatifs, soit différents en fonction des caractéristiques individuelles des adolescentes. En effet, il est observé que les environnements socioéconomiques défavorisés facilitent la non utilisation de la contraception et justifierait les grossesses des adolescentes ([22, 23, 24]). Plusieurs chercheurs s'accordent à dresser le profil de ses filles. Il s'agit les jeunes filles ayant peu de perspective d'avenir (pauvreté, manque d'opportunités d'études et d'emplois et qui ont peu d'attentes de la vie ([25, 24, 26, 27])).

Si les résultats de cette étude montrent que les relations entre l'environnement social et le comportement contraceptif des adolescentes sont variables, il faut noter que la connaissance de physiologie reproductive a des effets nets significatifs positifs sur l'utilisation de la contraception moderne par les adolescentes. Plus, la connaissance du fonctionnement du corps de la femme est meilleure chez l'adolescente, plus les chances d'utilisation de la contraception moderne sont aussi meilleures. Outre la connaissance de la physiologie reproductive de la femme, l'influence de l'environnement est aussi médiatisée par l'âge social, exerçant un effet positif sur les chances d'utilisation de la contraception. Ces résultats dépendent du processus familial et sont associées aux comportements sexuels des adolescentes [28]. Il explique de telle relation par le fait que, les filles qui résident avec leur père ou leur mère sont plus susceptibles d'utiliser de condom au premier rapport sexuel au Burkina et au Malawi alors que celles qui sont avec les grands-parents sont moins portées vers la contraception moderne au Malawi. Bien plus encore, les mythes et les idées reçues concernant les méthodes modernes, notamment les rapports erronés ou exagérés sur les effets secondaires, les faux problèmes de santé à court ou long terme et les stéréotypes négatifs concernant les personnes qui pratiquent la planification familiale constituent des obstacles à l'utilisation des méthodes de contraception dans les communautés ([29, 30]) car, les réseaux sociaux facilitent la communication informelle et répandent les mythes et idées reçues concernant les méthodes entraînant des perceptions négatives persistantes en communauté ([31, 32]). L'effet net positif de l'âge social est étroitement liés aux éléments valorisés par l'environnement dans lequel l'adolescente vit.

La scolarisation féminine s'est révélée comme une variable à fort impact sur l'utilisation de la contraception moderne à l'adolescence. Elle accroît le pouvoir d'agir des adolescentes du niveau d'instruction secondaire et de celles qui sont alphabétisées. Il ressort de cette étude que, la capacité des adolescentes à effectuer des choix d'utilisation de la contraception moderne, de porter leur voix pour s'exprimer ou de négocier les relations avec leur partenaire ou le prestataire des soins en milieu communautaire a été possible grâce au niveau d'instruction secondaire pour les adolescentes scolarisées et la part élevée des adolescentes alphabétisées. Ce que confirment divers travaux de recherche montrant que l'essence même de l'autonomisation est "la capacité d'action intentionnelle qui s'appuie sur des ressources sociales et matérielles à de multiples niveaux pour concrétiser les préférences et les choix, renforcer la voix et accroître le pouvoir et l'influence" [16]. Ce qui peut justifier le fait que son influence n'est pas constante dans un sens donné. Comme des variables sociales de mesure de l'autonomisation, elles ont impacté positivement et négativement l'utilisation de la contraception moderne chez les adolescentes en des dates différentes. Une tendance aussi observée pour les adolescentes qui ont exprimé leur motivation par rapport à l'utilisation de la contraception moderne. On en déduit donc que certaines relations peuvent être foncièrement positives. C'est le cas de l'intention d'utilisation dans le futur. Car, plus les adolescentes sont motivées en communauté par rapport à la contraception, plus les chances d'utilisations sont meilleures lorsqu'elles ont des capacités renforcées sur les trois éléments clés : le choix, la voix et le pouvoir.

Dans les milieux ruraux, l'organisation sociale influence la manière dont les individus doivent se comporter au sein d'une communauté en fonction de leur sexe. C'est le lieu où les normes sociales expriment de manière générale l'approbation ou la désapprobation d'une action par un réseau d'acteurs [19]. Cette étude a montré que la perception qu'ont les femmes de la violence conjugale (d'un homme sur son épouse) dans leur communauté, influence l'utilisation des méthodes modernes de contraception. Un résultat qui s'est confirmé au Bénin alors qu'il a été observé dans d'autre contexte comme en France où les chercheurs de la Haute Autorité de la Santé (HAS) [33] ont montré que les freins à l'accès à la contraception sont du fait des déterminants propres aux usagers eux-mêmes et son de nature très hétérogène (psychologiques, informationnels, liés à l'âge, socio-économiques, culturels, etc.). Ils ont fait observer que, les situations de dépendance affective sexuelle, matérielle ou psychologique par rapport à un partenaire rendent pratiquement impossible une démarche contraceptive, et enfin les situations de violence sexuelle y compris d'inceste pourraient expliquer la difficulté des adolescentes à s'engager dans un projet de contraception en présence de ces situations de précarité.

4 CONCLUSION

Les données des enquêtes démographiques et de santé (EDS) ont rendu possible la présente étude relative à l'influence de l'environnement résidentiel sur les comportements contraceptifs des adolescentes de 15-19 ans au Bénin et leur évolution. Quatre domaines d'influence ont fait l'objet d'examen. Il s'agit de l'influence de l'environnement socioéconomique, de l'autonomisation et d'opportunité d'accès à l'information sur la planification familiale et celles des normes sociales de genre et de fécondité en milieu communautaire. Il est ressorti que tous ces domaines ont eu des effets nets significatifs sur la variation de la prévalence contraceptive au niveau des adolescentes montrant que, le contexte dans lequel les adolescentes vivent explique en partie leur probabilité à bénéficier d'une faible capacité et d'opportunité pour utiliser les méthodes de contraception à cet âge.

L'exploration des données a montré que la prévalence contraceptive des adolescentes est en diminution quel que soit le statut matrimonial entre 2006 et 2017-2018 avec des allures différentes. En effet, la vitesse de réduction est plus marquée chez les adolescentes en union (71,6%) comparativement aux célibataires (52,9%) au cours de la même période. Au cours de cette période, ces variables qui ont des effets nets significatifs peuvent être considérées comme des facteurs qui déterminent l'attitude et la pratique des adolescentes vis-à-vis de la contraception moderne. Ils regroupent deux catégories de facteurs en action complémentaire ou qui se renforcent mutuellement. Ce sont d'une part des facteurs affectant la motivation des adolescentes notamment la signification de l'âge en milieu communautaire (âge social), l'exposition aux médias et à l'information sur la planification familiale, la scolarisation féminine et d'autre part les facteurs affectant le coût que représente l'utilisation de la contraception moderne pour l'adolescente en milieu communautaire Béninois. Dans la durée, un environnement affectant la motivation à contrôler les naissances et le coût (économique, social et psychologique) de la prévention de la grossesse a des effets nets significatifs sur l'utilisation de la contraception.

Cette étude recommande que les facteurs de motivation soient renforcés, la capacité d'action intentionnelle des adolescentes pour une meilleure prise de conscience, de choix, de négociation des relations pouvant accroître leur pouvoir d'agir soit renforcée et enfin que les décideurs adaptent davantage les stratégies d'intervention selon les spécificités de chaque région.

REMERCIEMENTS

Nous remercions chaleureusement le Professeur AMADOU SANNI Mouftaou pour sa patience et ses précieux conseils dans la rédaction de cet article et son appui méthodologique ; les Drs Francis ONYANGO et George ODWE de popcouncil pour avoir examiné et partagé leurs recommandations sur cet article lors de la conférence de l'Ouganda; le Dr Hamed BANOUGNIN pour son appui technique et le Dr. Ir. N'gnonnissè Mèdèhouéno TOSSOU pour la relecture de l'article.

REFERENCES

- [1] Population Reference Bureau, « Rapport sur le statut des adolescents et des jeunes en Afrique subsaharienne: possibilités et enjeux », © 2012 Fonds des Nations Unies pour la population, 2012, 78p.: www.prb.org/Reports/2012/status-report-youth.aspx. Disponible au http://www.adeanet.org/en/system/files/rapport_adolescents_et_jeunes_en_afrique_subsaaharienne.pdf (Sep 09, 2020).
- [2] Organisation Mondiale de la Santé (OMS), "les Directives de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur la prévention de la grossesse précoce et ses conséquences en matière de santé reproductive chez les adolescentes dans les pays en développement", WHO/FWC/MCA/12.02 - © Organisation mondiale de la Santé 2012. Disponible au http://www.who.int/maternal_child_adolescent/fr/index.html (April 4, 2020).
- [3] Venkatraman Chandra-Mouli*, Donna R McCarragher, Sharon J Phillips, Nancy E Williamson and Gwyn Hainsworth, "Contraception for adolescents in low and middle income countries: needs, barriers, and access", 2014. Disponible au <http://www.reproductive-health-journal.com/content/11/1/1> (April 25, 2020).
- [4] Organisation Mondiale de la Santé (OMS), "Global standards for quality health-care services for adolescents: a guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health-care services for adolescents. WHO: World Health Organization, 2015. Disponible: www.who.int/maternal_child_adolescent/en WHO/FWC/MCA/15.06.
- [5] Lopez_LM, Bernholc_A, Chen_M, Tolley_EE. School-based interventions for improving contraceptive use in adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 6. Art. No.: CD012249. DOI: 10.1002/14651858.CD012249.
- [6] UNFPA (2011), "The right to contraceptive information and services for women and adolescents", Briefing paper, publications@reprorights.org, www.reproductiverights.org, 47 p.
- [7] John ROSS and Karen HARDEE, "Access to contraceptive methods and prevalence of use, 2012

doi: 10.1017/S0021932012000715.

- [8] Darroch JE, Sedgh G and Ball H, *Contraceptive Technologies: Responding to Women's Needs*, New York: Guttmacher Institute, 2011.
- [9] UNFPA (United Nations Population Fund), 2019. "État de la population mondiale 2019: UNE TÂCHE INACHEVÉE, la poursuite de l'acquisition des droits et des choix pour tous". New York: UNFPA.
- [10] Edmeades, J., C. Mejia, J. Parsons and M Seban. (2018) *A Conceptual Framework for Reproductive Empowerment: Empowering Individuals and Couples to Improve their Health (Background Paper)*. Washington D.C., International Center for Research on Women.
- [11] Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE), "Synthèse des analyses sur l'état et le structure de la population, 2017". Cotonou, Bénin, 20 p.
Disponible au <https://www.insae-bj.org/images/docs/insae-statistiques/enquetes-recensements/RGPH/TOME%201.pdf>.
- [12] Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE) et ICF. 2019. «Enquête Démographique et de Santé au Bénin, 2017-2018». Cotonou, Bénin et Rockville, Maryland, USA: INSAE et ICF, 675 p.
- [13] Raudenbush, S. W., & Bryk, A. S. (2002). *Hierarchical linear models: Applications and data analysis methods (2nd ed., Vol. 1)*. Thousand Oaks: Sage.
- [14] HOX JOOP (2002), *Multilevel Analysis: Techniques and Applications*, 68p.
- [15] Kabere, N. (2001). Reflections on the Measurement of Women's Empowerment. In *Discussing Women's Empowerment-Theory and Practice (pp.17-57)*. Stockholm, Sweden: SIDA Studies No. 3.
- [16] Eerdewijk, A. H. J. M. van, Wong, F., Vaast, C., Newton, J., Tyszler, M., & Pennington, A. (2017). White paper: A conceptual model on women and girls' empowerment. Retrieved from <http://repository.ubn.ru.nl/handle/2066/169223>.
- [17] Amoakohene, M. I. 2004. « Violence against Women in Ghana: a Look at Women's Perceptions and Review of Policy and Social Responses », *Social Science and Medicine*, 59, 11: 2373-2385.
- [18] Navia, P. et T. D. Zweifel. 2003. « Democracy, Dictatorship, and Infant Mortality Revisited », *Journal of Democracy*, 14, 3: 90-103.
- [19] Bell, D. C. et M. L. Cox. 2009. « Testing Social Norms and Normative Theories ». Paper presented at the Construction and Research Methodology Workshop, National Conference on Family Relations, San Francisco.
- [20] Loignon, C. Prévention et soutien de la grossesse et de la maternité/paternité à l'adolescence. Etat de la situation pour la région de Montréal. Rapport de recherche menée dans le cadre du programme projet placement carrière. Août 1996.
- [21] Miller, B.C., Benson, B. & Galbraith, K.A. Family relationships and adolescent pregnancy risk: a research synthesis. *Developmental Review*, 2001, 21, 1-38.
- [22] Haldre, K., Karro, H., Rahu, M. & Tellmann, A. Impact of rapid socio-economic changes on teenage pregnancies in Estonia during 1992-2001. *Acta Obstetrica Gynecologica Scand*, 2005, 84, 425-431.
- [23] Pereira, A., Canavarro, M.C., Cardoso, M.F. & Mendonça, D. Relational factors of vulnerability and protection for adolescent pregnancy: a cross-sectional comparative study of Portuguese pregnant and nonpregnant adolescents of low socio-economic status. *Adolescence*, 2005, 40 (159) pp 655-671.
- [24] Roy, S. & Charest, D. Jeunes filles enceintes et mères adolescentes: un portrait statistique. Gouvernement du Québec, Ministère de l'éducation, Bibliothèque nationale du Québec, 2002.
- [25] Arai L., Low expectations, sexual attitudes and knowledge: explaining teenage pregnancy and fertility in English communities. Insights from qualitative research. *The Editorial Board of The Sociological Review*, 2003, 119-216 p.
- [26] Corcoran, J., Franklin, C. & Bennett, P. Ecological factors associated with adolescent pregnancy and parenting. *Social Work Research*, vol. 24, n° 1, 2000, pp. 29-39.
- [27] Faucher, P., Dappe, S., Madelenat, P. Maternité à l'adolescence: analyse obstétricale et revue de l'influence des facteurs culturels, socio-économiques et psychologiques à partir d'une étude rétrospective de 62 dossiers. *Gynécologie, Obstétrique & Fertilité*, 2002, 30, 944-952.
- [28] MIANGOTAR Yode (2010): Relation entre l'environnement familial et le comportement sexuel des adolescents au Burkina Faso, thèse de doctorat, Département de Démographie, Faculté des Arts et des Sciences, Université de Montréal, 231p.
- [29] Creel LC, Sass JV and Yinger NV, Client-centered quality: clients' perspectives and barriers to receiving care, *New Perspectives on Quality of Care*, Washington, DC: Population Council and Population Reference Bureau, 2002, No. 2.
- [30] Ali MM, Cleland JG and Shah IH, Causes and Consequences of Contraceptive Discontinuation: Evidence from 60 Demographic and Health Surveys, Geneva: World Health Organization, 2012.
- [31] Paz Soldan VA, How family planning ideas are spread within social groups in rural Malawi, *Studies in Family Planning*, 2004, 35 (4): 275-290.
- [32] Yee L and Simon M, The role of the social network in contraceptive decision-making among young, African American and Latina women, *Journal of Adolescent Health*, 2010, 47 (4): 374-380.
- [33] Document de synthèse: État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée, avril 2013, Haute Autorité de Santé – Avril 2013 – N° ISBN 978-2-11-138040-0.