

Faculté des sciences économiques,
sociales, politiques et de communication
École des sciences politiques et sociales (PSAD)

Essai d'analyse des déterminants des risques de grossesses précoces et très précoces par la méthode biographique :

« Cas des adolescentes et jeunes en
République Démocratique du Congo (RDC) »

Auteur : Alphonse Ditona di Mavungu

Promoteur : Bruno Schoumaker

Lecteur : Bruno Masquelier

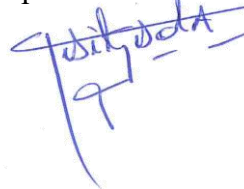
Année académique 2023-2024

Master en sciences de la population et du développement, finalité
spécialisée en démographie

Déclaration de déontologie

« Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiant(e)s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave ».

Alphonse Ditona di Mavungu



Remerciements

Au terme de mon parcours en master en démographie à l'Université Catholique de Louvain, je tiens à exprimer ma profonde gratitude envers toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce mémoire.

Tout d'abord, je souhaite adresser mes remerciements les plus sincères à Bruno Schoumaker, promoteur de ce mémoire, pour son soutien inébranlable, ses conseils avisés et son accompagnement tout au long de cette recherche. Sa confiance en mes capacités m'a permis de repousser mes limites et de produire un travail abouti. Je n'oublie pas non plus Bruno Masquelier, lecteur attentif de ce mémoire, ainsi que l'ensemble de l'équipe enseignante du master en démographie, dont le dévouement et la disponibilité ont été d'une aide précieuse.

Mes remerciements vont également à ma famille et à mes proches, en particulier à ma très chère épouse, Marline Bakangana Nsimba Ditona, pour son soutien indéfectible et ses encouragements constants. À mes enfants, Hélène Acacia Ditona, Thaddée Honoré Ditona et Divine Joséphine Ditona, pour leur compréhension et leurs sacrifices. Je suis également reconnaissant envers le couple Roger Pongi Nyuba et Rose Meyitondelua Sikina, ainsi que le couple Martin Nlandu Mboko et Jolie Mbengi Mavinga, pour leur accueil chaleureux et leur soutien.

Enfin, je tiens à exprimer ma gratitude envers mes camarades de la cohorte 2022-2024 des étudiants démographes. Leurs échanges, leur amitié et leur soutien ont été des éléments essentiels de mon expérience durant ces deux années de master.

Ce mémoire n'aurait pas vu le jour sans l'apport précieux de chacune de ces personnes, et je leur suis profondément reconnaissant.

Table des matières

Table des matières	1
Liste des tableaux.....	4
Liste des figures.....	5
Introduction générale	6
Chapitre 1: Définitions des concepts, contexte et revue de la littérature	10
1.1. Définitions de quelques concepts.....	10
1.1.1. Adolescence et jeunesse	10
1.1.1.1. Définition de l'adolescence et jeunesse	10
1.2. Contexte de la République Démocratique du Congo.....	10
1.2.1. Brève présentation de la République Démographique du Congo	10
1.2.2. Dynamiques démographiques de la République Démocratique du Congo	12
1.2.3. Tendance de la mortalité en RDC	13
1.3. Situation de la fécondité en RDC.....	14
1.3.1. Fécondité des adolescentes et jeunes en RDC	15
1.3.2. Santé sexuelle et reproductive (SSR) des adolescentes et jeunes en République Démocratique du Congo	18
1.4. Questions de recherche, objectifs et hypothèses	20
1.4.1. Questions de recherche et objectifs.....	20
1.4.2. Hypothèses	22
1.5. Revue de la littérature	24
1.5.1. Les déterminants proches de grossesses chez les adolescentes et jeunes 24	
1.5.1.1. Facteurs individuels	24
1.5.1.2. Facteurs familiaux et relationnels, socio-économiques et culturels 28	
1.5.1.3. Facteurs individuels, comportementaux, sociaux et culturels....	32
1.5.2. Déterminants lointains des grossesses chez les adolescentes et jeunes 33	
1.5.2.1. Facteurs socio-économiques	33
1.5.2.2. Facteurs environnementaux	34
1.5.2.3. Facteurs culturels et religieux	35

Chapitre 2: Sources de données et méthodologie37

2.1.	Sources de données, collecte et qualité de données	37
2.2.	Présentation des variables de l'étude	38
2.2.1.	Les variables dépendantes.....	39
2.2.1.1.	L'âge de la mère à la première naissance (maternité)	39
2.2.1.2.	L'âge au premier rapport sexuel	40
2.2.1.3.	Durée entre le premier rapport sexuel et la première naissance.	41
2.2.2.	Les variables indépendantes.....	41
2.2.2.1.	Âge de l'adolescente et jeune au premier mariage ou union	41
2.2.2.2.	Milieu de résidence	42
2.2.2.3.	Le niveau d'instruction atteint	42
2.2.2.4.	Utilisation de contraceptif.....	43
2.2.2.5.	Zone géographique.....	43
2.2.2.6.	Âge de l'adolescente et jeune	44
2.3.	Cadres conceptuels.....	45
2.3.1.	L'âge à la première maternité	45
2.3.1.1.	Explications du Cadre Conceptuel	45
2.3.2.	L'âge au premier rapport sexuel.....	47
2.3.2.1.	Explication du Schéma Conceptuel	47
2.3.3.	Durée entre l'âge au premier rapport sexuel et l'âge à la première naissance	48
2.3.3.1.	Explication du Schéma Conceptuel	48
2.4.	Méthodologie	49
2.4.1.	Littérature scientifique	49
2.4.2.	Méthodes d'analyse.....	51

Chapitre 3: Analyse descriptive et exploratoire de données55

3.1.	Introduction.....	55
3.2.	Analyse univariée.....	55
3.2.1.	Caractéristiques des adolescentes et jeunes	56
3.2.1.1.	Profil des adolescentes et jeunes : Âge et milieu de résidence ..	56
3.2.1.2.	Comportements sexuels et reproductive des adolescentes et jeunes	56
3.2.1.3.	Mariage ou union des adolescentes et jeunes.....	58
3.2.1.4.	Éducation et scolarité des adolescentes et jeunes	59
3.2.1.5.	Utilisation de contraceptifs chez les adolescentes et jeunes	59

3.2.1.6.	Disparités géographiques des adolescentes et jeunes.....	60
3.3.	Analyse bivariée.....	61
3.3.1.	Variables associées à l'âge au premier rapport sexuel	62
3.3.2.	Variables associées à l'âge à la première maternité	64
3.3.3.	Variables associées à la durée entre l'âge au premier rapport sexuel et l'âge à la première naissance.....	66
3.4.	Conclusion du volet descriptive et exploratoire.....	68
Chapitre 4: Déterminants des risques de grossesses précoces et très précoces chez les adolescentes et jeunes.....		69
4.1.	Introduction.....	69
4.1.1.	Facteurs influençant l'âge au premier rapport sexuel	69
4.1.2.	Facteurs influençant l'âge à la première naissance	74
4.1.3.	Facteurs influençant la durée entre l'âge au premier rapport sexuel et l'âge à la première naissance.....	80
Discussion		88
Limites de l'étude		91
Conclusion.....		92
Bibliographie		94
Annexes		109

Liste des tableaux

Tableau 1: Quelques indicateurs concernant la RDC.....	12
Tableau 2: Age au premier rapport sexuel et naissance	52
Tableau 3: Catégories d'âge et milieu de résidence des adolescentes et jeunes	56
Tableau 4: Âge au premier rapport sexuel, première naissance et âge à la première naissance chez les adolescentes et jeunes	57
Tableau 5: Âge des adolescentes et jeunes au premier mariage ou union.....	58
Tableau 6: Avoir déjà utilisé une méthode pour éviter une grossesse	60
Tableau 7: Variables associées à l'âge au premier rapport sexuel	62
Tableau 8: Variables associées à l'âge de la mère à la première naissance	64
Tableau 9: Variables associées à la durée entre l'âge au premier rapport sexuel et l'âge à la première naissance.....	66
Tableau 10: Modèle de Cox pour les facteurs des risques à l'âge au premier rapport sexuel.....	71
Tableau 11: Modèle de Cox pour les facteurs des risques de l'âge à la première maternité.....	76
Tableau 12 : Modèle de Cox pour les facteurs influençant la durée entre l'âge au premier rapport sexuel et l'âge à la première naissance	83

Liste des figures

Figure 1: Cartes des provinces et zones géographiques de la RDC.....	11
Figure 2: Taux de fécondité de la RDC par groupe d'âge	14
Figure 3: Taux de fécondité des adolescentes de 15-19 ans.....	16
Figure 4: Taux de fécondité des jeunes de 20-24 ans.....	17
Figure 5: Niveau d'instruction des adolescentes et jeunes.....	59
Figure 6: Zones géographiques des adolescentes et jeunes	60
Figure 7: Courbe de survie de Kaplan-Meier : l'âge au premier rapport sexuel	70
Figure 8: Coefficients des facteurs influençant l'âge au premier rapport sexuel.....	73
Figure 9: Courbe de survie de Kaplan-Meier : l'âge à la première maternité	75
Figure 10: Facteurs influençant l'âge à la première naissance	79
Figure 11 : Durée entre l'âge au premier rapport sexuel et l'âge à la première naissance	81
Figure 12: Courbe de survie de Kaplan-Meier pour la durée entre première rapport sexuelle et la première maternité.....	82
Figure 13 : Facteurs influençant la durée entre l'âge au premier RS et l'âge à la PN	86

Introduction générale

Les jeunes représentent l'avenir de toute société, mais ils sont confrontés à des défis complexes, parmi lesquels la santé sexuelle et reproductive occupe une place centrale. Selon l'Organisation des Nations Unies, le terme "jeunes" englobe les individus âgés de 10 à 24 ans, regroupés en trois catégories distinctes : les préadolescents ou très jeunes adolescents (10 à 14 ans), les adolescents plus âgés ou jeunes adolescents (15 à 19 ans) et les jeunes adultes ou jeunes (20 à 24 ans) (Pfeiffer et al., 2017; Phiri et al., 2023; Ross et al., 2020; Sawyer et al., 2018). Parmi eux, les adolescentes, surtout dans les pays à faible et moyen revenu, sont particulièrement vulnérables en matière de santé sexuelle et reproductive (Pfeiffer et al., 2017).

Les grossesses précoces, souvent associées aux adolescentes, constituent un enjeu majeur de santé publique à l'échelle mondiale (Cook & Cameron, 2015, 2017; Nair & Devi, 2015). Elles résultent de divers facteurs tels que les unions matrimoniales précoces, le manque d'éducation, les rapports sexuels non protégés et le défaut de sensibilisation à la contraception (Nair & Devi, 2015). Les répercussions de ces grossesses sur les adolescentes et jeunes et les générations futures sont graves, entraînant des complications obstétricales telles que l'anémie, les troubles hypertensifs, les accouchements prématurés et les faibles poids à la naissance (Mbadu Muanda et al., 2018; Nair & Devi, 2015). Les taux de grossesse chez les adolescentes et jeunes varient considérablement selon les pays et sont souvent liés aux mariages précoces des enfants et des adolescentes et jeunes, une pratique socialement acceptée dans certaines régions (Cook & Cameron, 2015, 2017). Dans les pays où les taux de grossesses précoces et de mariages précoces sont élevés, la situation est particulièrement préoccupante (Erfina et al., 2019).

Bien que certaines adolescentes et jeunes puissent percevoir la maternité comme une expérience positive (Cook & Cameron, 2015, 2017), les grossesses précoces, en particulier chez les adolescentes et jeunes, sont associées à des résultats sociaux négatifs (Bahamondes, 2018; Erfina et al., 2019; Schoumaker & Sánchez-Páez, 2022). Les mères adolescentes sont plus susceptibles de vivre dans la précarité, d'avoir des résultats scolaires inférieurs et de rencontrer des difficultés sociales et économiques (Bahamondes, 2018). De plus, leurs enfants ont un risque accru de naître dans la

pauvreté et de devenir eux-mêmes des parents adolescentes, perpétuant ainsi un cycle de désavantages sociaux (Cook & Cameron, 2015, 2017; Cook & Cameron, 2020).

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'ampleur du phénomène des grossesses précoces dans les pays à faible revenu ou pays en développement demeure non négligeable et cela varie d'une région à l'autre. Cependant, l'acquisition des données relatives à ce phénomène chez les adolescentes et jeunes de 10 à 24 ans reste difficile dans ces pays (Organisation Mondiale de la Santé, 2022). À en croire les rares données existantes des pays en développement, le taux de natalité chez les adolescentes de 10 à 14 ans dépassait 10 naissances pour 1000 jeunes filles en 2020 (Organisation Mondiale de la Santé, 2022). En 2021, l'Afrique au Sud du Sahara avait le plus grand nombre de naissances, soit 6 114 000 chez les adolescentes de 15 à 19 ans et 332 000 chez celles âgées de 10 à 14 ans (Organisation Mondiale de la Santé, 2022). En outre, il est important de noter que près de 19 % des femmes âgées de 20 à 24 ans ont donné naissance à un enfant avant leur 18^{ème} anniversaire (Fatusi, 2016).

La prévalence des grossesses chez les adolescentes et jeune en Afrique Subsaharienne est variable, avec une prédominance chez les adolescentes et jeunes en Afrique Centrale (Ahinkorah et al., 2021). La République Démocratique du Congo (RDC), pays d'Afrique Subsaharienne et de l'Afrique Centrale est caractérisée par une forte croissance de la population (plus de 3% par année), et est classée quatrième parmi les dix nations qui comptent le plus grand nombre annuel de naissances chez les jeunes filles de moins de 15 ans (Schoumaker & Sánchez-Páez, 2022). Elle est aussi classée parmi les pays à forte fécondité dans le monde (Schoumaker & Sánchez-Páez, 2022). La RDC est classée parmi les cinq pays du globe où la fécondité est la plus élevée (Pourtier, 2018), avec une sexualité précoce parmi les adolescentes et jeunes (Lubo et al., 2021). Malgré l'ampleur de ce phénomène, peu d'études ont examiné de manière exhaustive et simultanément les déterminants des grossesses précoces chez les adolescentes et jeunes (entre 15-19 ans et 20-24 ans) et très précoces (entre 10 et 14 ans) en RDC. Aussi, il existe un manque de données sur les facteurs qui influencent la durée entre le premier rapport sexuel et la première naissance chez les adolescentes et jeunes congolaises. Comprendre ces dynamiques est crucial pour élaborer des interventions efficaces visant à prévenir les grossesses précoces et à promouvoir la santé sexuelle et reproductive des adolescentes et jeunes.

Dans ce contexte, cette étude vise à combler cette lacune en évaluant l'association entre l'âge au premier rapport sexuel et l'âge à la première naissance parmi les adolescentes et jeunes en RDC. Il s'agit également de comprendre les facteurs qui influencent l'âge à la première maternité, l'âge au premier rapport sexuel, ainsi que la durée entre le l'âge au premier rapport sexuel et l'âge à la première naissance chez les adolescentes et jeunes femmes congolaises. Nous cherchons à déterminer dans quelle mesure l'âge au premier rapport sexuel peut influencer l'âge de la première naissance chez cette population, tout en identifiant les facteurs socio-économiques, comportementaux et environnementaux qui peuvent moduler cette relation. Nos objectifs de recherche consistent à évaluer l'association entre l'âge au premier rapport sexuel et l'âge à la première maternité chez les adolescentes et jeunes en RDC, examiner si le premier rapport sexuel constitue un prédicteur direct de la grossesse chez les adolescentes et jeunes congolaises d'une part et d'autre part, identifier les multiples facteurs socio-économiques, comportementaux et environnementaux qui peuvent influencer aussi bien l'âge au premier rapport sexuel, l'âge à la première maternité que la durée entre le premier rapport sexuel et la première naissance chez les adolescentes et jeunes de la RDC.

Nous utiliserons les données de l'enquête par grappes à indicateurs multiples avec volet paludisme (MICS-Palu, RDC, 2017-2018), réalisée sur le terrain en 2017 et 2018 par l'Institut National de la Statistique et ses partenaires. Cette enquête constitue une ressource essentielle pour notre analyse. Elle nous permettra d'obtenir des estimations sur la situation des adolescentes et jeunes au niveau national, par milieu de résidence et zones géographiques. Les variables disponibles dans cette enquête couvrent un large éventail de domaines, y compris la fécondité, la santé de la reproduction, le comportement sexuel, etc.

Pour atteindre nos objectifs de recherche, notre approche méthodologique se divise en deux volets principaux. Le premier volet consistera en une analyse descriptive et exploratoire des données, permettant de dresser un portrait détaillé des caractéristiques socio-démographiques et des comportements sexuels des adolescentes et jeunes congolaises. Le deuxième volet impliquera une analyse multivariée, utilisant des techniques statistiques avancées telles que le modèle biographique, afin d'identifier les déterminants significatifs de la première naissance dans notre population.

Ce mémoire est organisé en quatre chapitres, en plus de l'introduction et de la conclusion. Le premier chapitre examine la revue de la littérature, définissant les concepts clés et contextualisant le sujet dans le contexte congolais. Le deuxième chapitre aborde les sources de données utilisées et la méthodologie mise en œuvre pour cette étude. Le troisième chapitre présente une analyse descriptive et exploratoire des données collectées, tandis que le quatrième chapitre analyse en profondeur les déterminants des grossesses précoces chez les adolescentes et jeunes de la RDC.

Chapitre 1: Définitions des concepts, contexte et revue de la littérature

1.1. Définitions de quelques concepts

1.1.1. Adolescence et jeunesse

1.1.1.1. Définition de l'adolescence et jeunesse

L'adolescence et la jeunesse est une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte, définie par les Nations Unies comme allant de 10 à 24 ans. Cependant, il existe des divergences quant à sa durée exacte, certaines sources la situant entre 10 et 20 ans ou même jusqu'à 19 ans (Pfeiffer et al., 2017; Ross et al., 2020; Sawyer et al., 2018).

Ce passage de la vie englobe des changements biologiques majeurs tels que la puberté, ainsi que des transitions importantes dans les rôles sociaux (Sawyer et al., 2018). La puberté précoce a raccourci cette période dans presque toutes les populations, tandis que la prolongation des études et le retard dans les transitions vers l'âge adulte ont étendu sa durée (Sawyer et al., 2018).

Une définition élargie de l'adolescence et jeunesse jusqu'à 24 ans permettrait une meilleure adaptation des lois, des politiques sociales et des services aux besoins de développement des jeunes (Sawyer et al., 2018). Malgré la convention traditionnelle situant l'adolescence entre 10 et 19 ans, une définition plus étendue jusqu'à 24 ans reflète mieux la réalité du développement des jeunes d'aujourd'hui. Cette approche répondrait davantage aux besoins actuels et faciliterait des investissements plus ciblés dans divers contextes (Sawyer et al., 2018).

1.2. Contexte de la République Démocratique du Congo

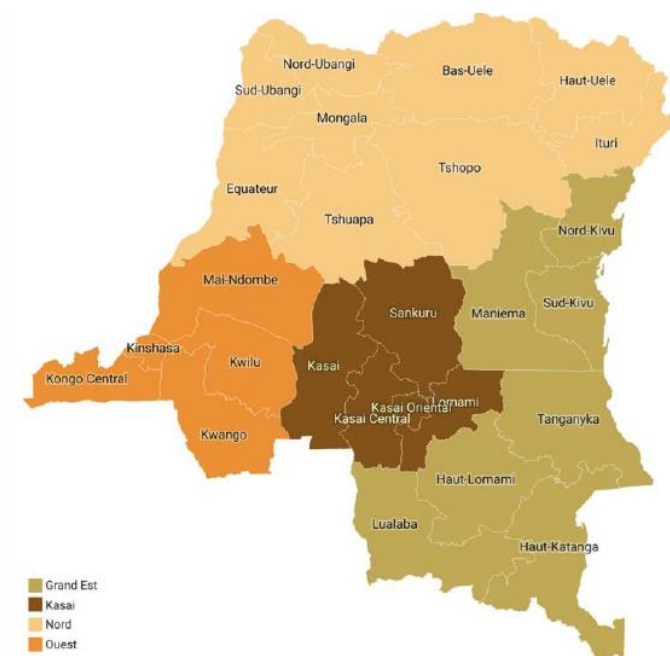
1.2.1. Brève présentation de la République Démographique du Congo

Le Congo-Kinshasa, officiellement connu sous le nom de République démocratique du Congo, se classe en troisième position en termes de superficie en Afrique, après le Soudan et l'Algérie. Avec une étendue de 2 345 409 km², ce pays est un vaste territoire situé au cœur du continent africain, renfermant une grande richesse naturelle (World Bank Group, 2018). Le bassin du Congo, qui abrite la plus grande forêt d'un seul tenant en Afrique et la deuxième plus grande forêt tropicale du monde, confère à la

République démocratique du Congo une importance écologique majeure à l'échelle mondiale (World Bank Group, 2018). Les ressources minérales de la RDC sont parmi les plus riches et les plus variées au monde, englobant d'immenses gisements de cuivre, de cobalt, de coltan, de diamants, d'or, d'étain, de fer, de zinc et de pétrole (World Bank Group, 2018).

En ce qui concerne la subdivision administrative, la République Démocratique du Congo (RDC) a connu plusieurs réformes depuis l'époque coloniale. Depuis le premier découpage territorial et administratif en 1888, plus de 500 décrets, lois et ordonnances ont été promulgués pour modifier son organisation (Kabuya, 1996, cité par Kombo Yetilo, 2010). Ces réformes ont principalement porté sur le nombre d'entités territoriales, leur statut juridique et souvent leurs appellations respectives (Kombo Yetilo, 2010). Cependant, elles ont rarement été motivées par le souci de modifier leur contenu sociologique ou de transformer ces entités territoriales en véritables acteurs du développement (Kombo Yetilo, 2010). La RDC se compose ainsi de la ville de Kinshasa et de 25 provinces (voir Figure 1), toutes dotées de personnalités juridiques distinctes (Boshwaa, 2015).

Figure 1: Cartes des provinces et zones géographiques de la RDC



Source : (Breakthrough, 2021).

1.2.2. Dynamiques démographiques de la République Démocratique du Congo

La République démocratique du Congo (RDC) est l'un des pays les plus peuplés d'Afrique subsaharienne, se classant juste derrière le Nigeria et l'Éthiopie. Cependant, la taille exacte de sa population demeure inconnue. Le dernier recensement remonte à 1984, et depuis lors, de nombreuses dynamiques internes ont modifié sa répartition à travers le pays. Outre une croissance démographique annuelle attendue de plus de 3 % (Schoumaker & Sánchez-Páez, 2022), la RDC doit faire face à un taux d'urbanisation impressionnant, notamment dans sa capitale, Kinshasa (De Saint Moulin, 2010 cité par (Sarah Katz-Lavigne et al., 2022)). Les multiples guerres récurrentes et les conflits interethniques ont entraîné des décès, directement ou indirectement, ainsi que des mouvements de population de grande ampleur, en particulier dans l'est de la RDC (Sarah Katz-Lavigne et al., 2022).

Il est difficile d'évaluer de manière précise la taille de la population congolaise dans un intervalle raisonnable. Les données disponibles varient entre 73,7 millions et 103,5 millions de personnes pour les années récentes (République Démocratique du Congo et al., 2021). Certains indicateurs essentiels sont les suivants (voir Tableau 1) (UN/ World Population Prospects, 2022).

Tableau 1: Quelques indicateurs concernant la RDC

Rubriques	Nombre
Densité moyenne (habitants par Km ²)	42
Taux d'alphabétisation (% des personnes âgées de 15 ans et plus)	81
Espérance de vie à la naissance (en année)	59
Taux de croissance de la population (%)	3,2
Population urbaine (% du total)	47
Population total estimée en 2022 (en millions)	93852092
Source : Nous-mêmes à partir de données UN/ World Population Prospects, 2022.	

La République démocratique du Congo est caractérisée par une diversité religieuse. Les principales religions pratiquées sont le catholicisme et le protestantisme, qui représentent chacun entre 40 et 50 % de la population. Les musulmans constituent une minorité, représentant moins de 5 % de la population (République Démocratique du Congo et al., 2021). Les kimbanguistes, une autre minorité religieuse, représentent également moins de 5 % de la population. Le pays occupe le 179^{ème} rang sur 187 pays

selon l'Indice de développement humain (IDH) du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) en 2022 (UN/ World Population Prospects, 2022).

Les femmes représentent 51% de la population de la République démocratique du Congo. Comme dans d'autres pays d'Afrique, la démographie congolaise est majoritairement jeune, se répartissant comme suit : 48% sont âgés de moins de 15 ans, 48% ont entre 15 et 59 ans, tandis que les personnes âgées de 60 ans et plus ne représentent que 4% de la population (République Démocratique du Congo et al., 2021). Il y a une concentration significative de la population dans la capitale du pays, Kinshasa, qui compte plus de 13 millions d'habitants environ; cette caractéristique fait de Kinshasa l'une des 25 plus grandes agglomérations urbaines du monde (République Démocratique du Congo et al., 2021).

1.2.3. Tendances de la mortalité en RDC

En République démocratique du Congo (RDC), le taux de mortalité est de 9,4 décès pour 1000 habitants (World Bank Group, 2018). Ce taux varie d'une province à une autre, mais les études à ce sujet sont anciennes et n'ont pas pris en compte les nouvelles divisions provinciales mises en place en 2015 (Schedwin et al., 2022).

Des améliorations dans les services de santé, surtout dans les provinces de l'Est où les conflits sont intenses, ont été remarquées grâce au soutien des organisations non gouvernementales (Schedwin et al., 2022). Entre 2007 et 2014, le taux de mortalité maternelle était de 846 décès pour 100 000 naissances en RDC, dépassant la moyenne de l'Afrique subsaharienne qui est de 510 (Nyamugira et al., 2022). Des progrès ont été faits dans l'accès aux soins de santé, aux médicaments et d'autres mesures, ce qui a augmenté l'espérance de vie à environ 59 ans (UN/ World Population Prospects, 2022) et a réduit le taux de mortalité infantile en RDC (Banque mondiale, 2018b, cité par Sarah Katz-Lavigne et al., 2022). Cependant, ce taux reste élevé par rapport aux pays à faible revenu, avec 67,9 décès pour 1 000 naissances en 2018, surtout dans les zones rurales (Banque mondiale, 2018b, cité par Sarah Katz-Lavigne et al., 2022).

1.3. Situation de la fécondité en RDC

Comme dans de nombreuses nations d'Afrique subsaharienne, la République démocratique du Congo (RDC) est confrontée à des défis majeurs en matière de planification familiale. Les normes socioculturelles favorisent les familles nombreuses (Kwete et al., 2018). De plus, les infrastructures vétustes et les services fragiles et fragmentés posent de gros défis logistiques dans ce pays (Kwete et al., 2018). Le faible pouvoir d'achat de la population limite l'accès aux méthodes de contraception, aggravé par des déficits de financement et une gestion inefficace de la chaîne d'approvisionnement (J. T. Bertrand, 2024; Kwete et al., 2018). En conséquence, le taux de fécondité demeure élevé en RDC (voir Figure 2).

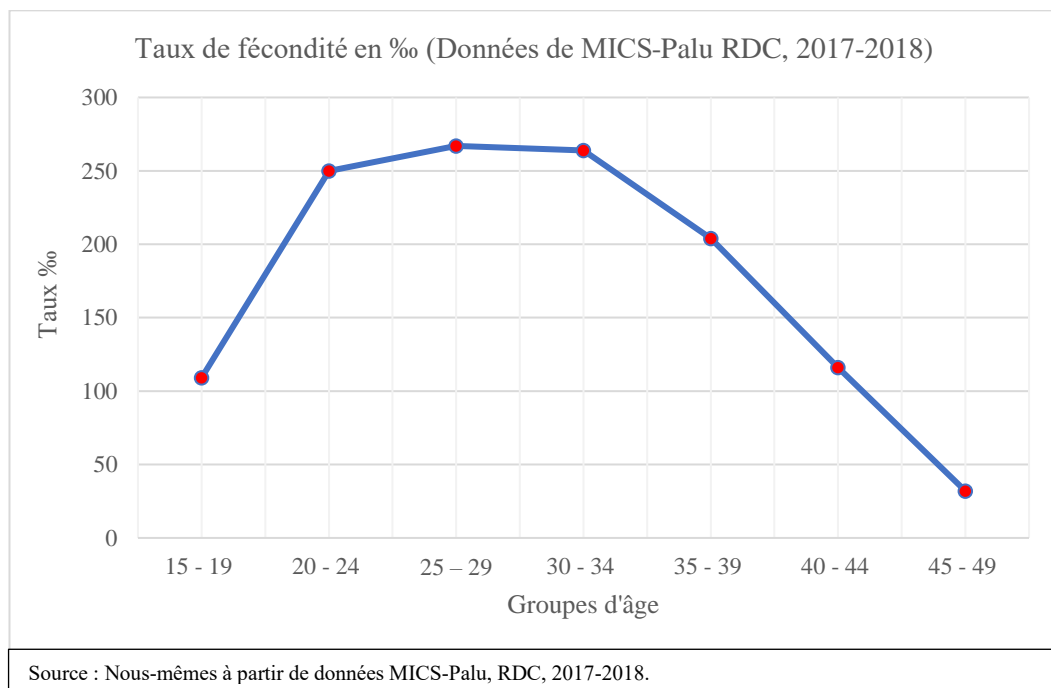


Figure 2: Taux de fécondité de la RDC par groupe d'âge

La courbe des taux de fécondité par groupe d'âge, comme illustrée dans la figure 2, présente une tendance classique observée généralement dans les pays à forte fécondité. Des études ont démontré que cette courbe prend une forme convexe, atteignant son niveau maximal entre 20 et 29 ans (Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de

la Révolution de la Modernité (MPSMRM), et al., 2014). L'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) qui représentant le nombre moyen d'enfants par femme au cours de sa vie est de 6,2 enfants (UN/ World Population Prospects, 2022) en RDC ; la fécondité débute très précocement, avec un taux de 109 ‰ chez les adolescentes et jeunes âgées de 15-19 ans et de 250 ‰ chez les 20-24 ans (RDC/UNICEF, 2020).

Ces dynamiques combinées ont conduit à une croissance démographique rapide et à un rajeunissement de la population au fil des ans. Selon les estimations récentes de la Banque mondiale, bien que les taux de fécondité soient en baisse en Afrique, celui de la RDC a à peine diminué, demeure bien au-dessus de la moyenne de l'Afrique Subsaharienne (World Bank Group, 2018). Cette tendance à la baisse observée à partir des années 2000 masque toutefois des variations considérables entre les provinces ainsi qu'entre les milieux rural et urbain. Par exemple, en 2018, l'ISF était de 3,6 à Kinshasa, tandis qu'il était de 8,5 dans la province de Lomami. La proportion d'enfants et de jeunes adultes a augmenté de manière significative (Sarah Katz-Lavigne et al., 2022). L'ISF a connu une légère baisse, passant de 7,1 en 1990 à 6,6 en 2013, pour atteindre 6,2 enfants par femme en 2021 ; malgré cette diminution, il demeure parmi les plus élevés à l'échelle mondiale (Institut Gates & École de santé publique Johns Hopkins Bloomberg, 2021).

Selon les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé-République Démocratique du Congo II (EDS-RDC II), l'âge médian à la première naissance chez les femmes âgées de 25 à 49 ans est de 19,9 ans (Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM), et al., 2014). Ces données soulignent des disparités significatives entre les provinces. Par exemple, l'âge médian à la première naissance est de 19,2 ans pour les femmes résidant dans la province du Katanga, tandis qu'il est de 22,1 ans pour celles vivant à Kinshasa (Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM), et al., 2014).

1.3.1. Fécondité des adolescentes et jeunes en RDC

En République Démocratique du Congo (RDC), la fécondité précoce chez les adolescentes est un phénomène préoccupant. En effet, selon les données disponibles, en 2014, 27 % des jeunes filles âgées de 15 à 19 ans ont déjà débuté leur parcours

reproductif : parmi elles, 21 % sont déjà mères et 6 % sont actuellement enceintes pour la première fois (Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM), et al., 2014). Certes, la fécondité est en baisse en RDC, mais elle demeure élevée et précoce (RDC/UNICEF, 2020). En effet, dès l'âge de 15-19 ans, au fil des années, le taux de fécondité¹ dépasse régulièrement les 100 % (voir Figure 3). Ensuite, il croît rapidement pour dépasser 200 % entre 20 et 24 ans (voir Figure 4) (RDC/UNICEF, 2020).

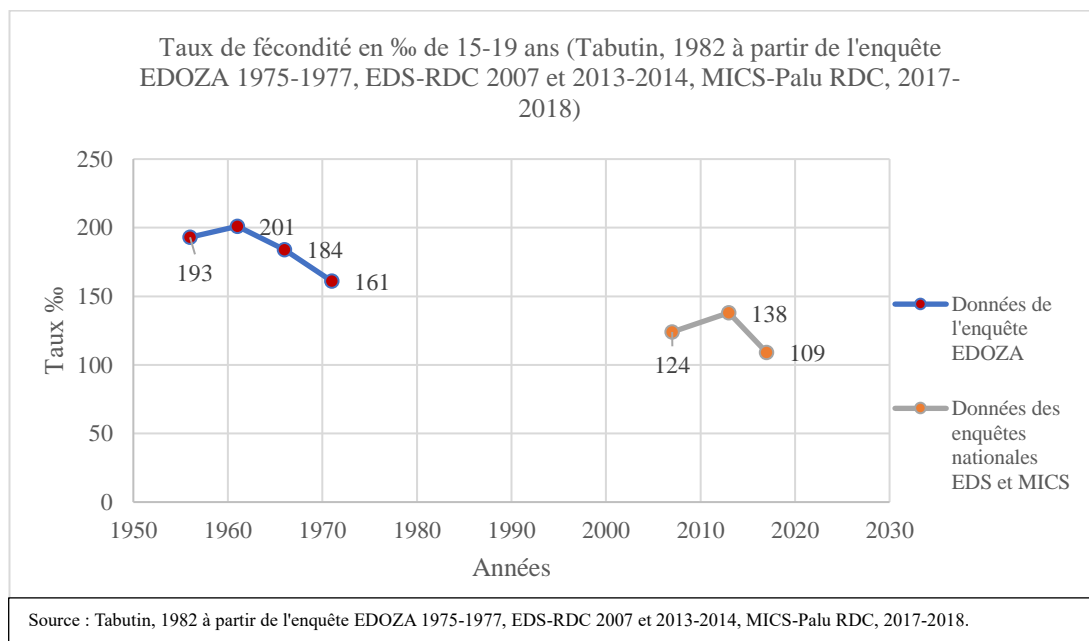


Figure 3: Taux de fécondité des adolescentes de 15-19 ans

¹ Bien que l'enquête EDOZA ne couvre qu'une partie du pays (Ouest de la RDC), elle fournit des indications précieuses sur les tendances passées, qui sont corroborées par les enquêtes nationales.

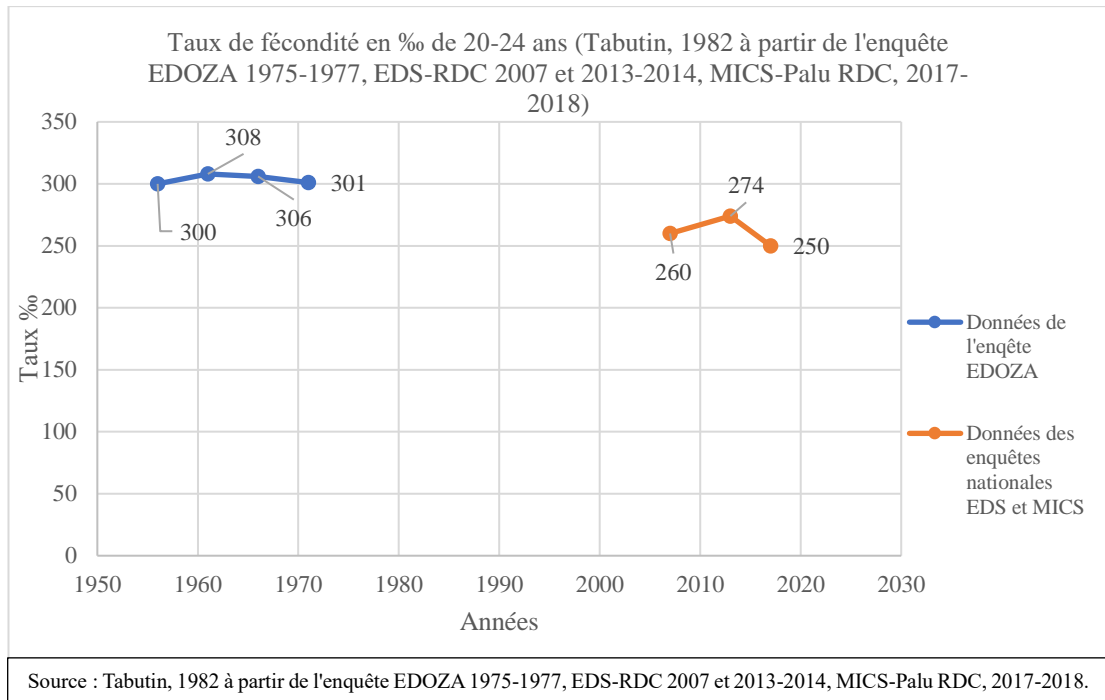


Figure 4: Taux de fécondité des jeunes de 20-24 ans

Cette réalité est exacerbée par des disparités socio-économiques marquées comme nous indique les statistiques suivantes qui représentent la proportion de jeunes filles ayant déjà expérimenté la maternité ou la grossesse : la fécondité précoce est près de trois fois plus élevée parmi les jeunes filles issues des ménages du quintile le plus bas (42 %) que parmi celles provenant des ménages du quintile le plus élevé (15 %) (Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM), et al., 2014). Par ailleurs, il est important de noter que la fécondité des adolescentes varie considérablement d'une province à l'autre : 13 % des jeunes filles à Kinshasa ont déjà débuté leur vie féconde, tandis que ce chiffre s'élève à 41 % dans la province Orientale (Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM), et al., 2014).

En ce qui concerne la fécondité de très jeunes adolescentes, le nombre de naissances de mères âgées de moins de 15 ans est significatif en RDC. Il y aurait environ un peu moins de 20 000 naissances par an parmi les mères de moins de 15 ans en République démocratique du Congo, ce qui place le pays parmi les 10 pays comptant le plus grand nombre de naissances avant 15 ans (Schoumaker & Sánchez-Páez, 2022).

1.3.2. Santé sexuelle et reproductive (SSR) des adolescentes et jeunes en République Démocratique du Congo

Bien que l'utilisation des contraceptifs soit légèrement plus élevée dans les zones urbaines, les données du septième cycle de l'enquête PMA2020 à Kinshasa ont révélé que seuls 43% de toutes les femmes utilisaient une méthode contraceptive quelconque, parmi lesquelles entre 26,5% à 29,2% utilisaient un contraceptif moderne (J. T. Bertrand, 2024; Institut Gates & École de santé publique Johns Hopkins Bloomberg, 2021). En RDC, les adolescents et jeunes, en particulier les adolescentes, sont exposés à des risques élevés en matière de santé sexuelle et reproductive, en raison de divers facteurs individuels, communautaires et structurels (Bastien et al., 2022). Les premiers rapports sexuels précoces, les pratiques sexuelles non protégées, les transactions sexuelles et la violence, notamment la violence sexuelle et les agressions sexuelles, sont malheureusement répandus (Bastien et al., 2022).

Les adolescentes et jeunes sont exposées à une multitude de risques pour leur santé en raison du contexte socio-économique et environnemental précaire (Odimba et al., 2021). En outre, des facteurs individuels tels que le manque de connaissances et de compréhension en matière de santé, notamment en ce qui concerne la santé sexuelle et reproductive (SSR), se conjuguent à un accès insuffisant à des informations précises et à des services adaptés (Odimba et al., 2021). Ces défis sont exacerbés par des facteurs sociaux, parmi lesquels la persistance de la pauvreté, les pressions sociales conduisant les jeunes à débiter une vie sexuelle précoce et à s'engager dans des pratiques sexuelles non protégées, y compris dans le cadre de relations sexuelles transactionnelles ou contraintes (Odimba et al., 2021). Cette combinaison de facteurs individuels, d'accès limité aux services de santé, et de pressions sociales contribue à accroître la vulnérabilité des adolescentes et jeunes en matière de SSR, augmentant ainsi le risque de problèmes majeurs dans ce domaine (Odimba et al., 2021).

Les taux d'initiation sexuelle et de maternité précoce, qu'ils surviennent au sein ou en dehors du mariage, demeurent élevés en RDC (Odimba et al., 2021). Une grande proportion de jeunes filles ont des rapports sexuels avant d'atteindre l'âge de 19 ans, et plus d'un tiers d'entre elles (37%) se retrouvent mariées avant même d'avoir 18 ans (Odimba et al., 2021). La proportion de femmes en union ou mariage augmente avec l'âge, passant de 21 % chez les 15-19 ans à 60 % chez les 20-24 ans, pour atteindre son

maximum à 84% chez les 30-34 ans (Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM), et al., 2014). Parallèlement, les pourcentages de femmes en rupture d'union augmentent également avec l'âge : près de 3 % d'adolescentes de 15-19 ans sont divorcées ou séparées (Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM), et al., 2014). Ces facteurs contribuent à un taux de fécondité chez les adolescentes atteignant 138 pour 1000 parmi celles âgées de 15 à 19 ans, engendrant ainsi des niveaux alarmants de mortalité et de morbidité maternelles, ainsi que des avortements pratiqués dans des conditions précaires (Odimba et al., 2021).

Chaque année, environ 5100 nouveaux cas d'infection au VIH sont signalés parmi les jeunes âgés de 15 à 24 ans en RDC, principalement chez les jeunes femmes (Odimba et al., 2021). Les violences sexuelles, les rapports sexuels transactionnels et l'exploitation sexuelle sont des facteurs de risque majeurs pour l'infection au VIH chez les jeunes femmes en RDC, comme c'est le cas dans d'autres régions d'Afrique Subsaharienne (Odimba et al., 2021). Environ 16% des jeunes femmes ayant subi des violences sexuelles avant l'âge de 19 ans (Odimba et al., 2021). Bien que les autorités sanitaires aient déployé plusieurs programmes de santé, les jeunes, en particulier les filles, continuent de faire face à de nombreux défis tels que les mariages précoces, les grossesses précoces, etc. (Mpilambo et al., 2017).

Les études démontrent que les jeunes femmes ayant des rapports sexuels précoces, spécifiquement avant l'âge de 16 ans, sont plus enclines à un mariage précoce que celles débutant leur vie sexuelle plus tard, à 18-24 ans (Mpilambo et al., 2017). De surcroît, celles avec un niveau d'éducation primaire ou secondaire, voire sans instruction, sont davantage susceptibles de se marier tôt que celles ayant un niveau d'éducation plus élevé (Mpilambo et al., 2017). Par ailleurs, les jeunes femmes mariées précocement ou à mi-adolescence sont plus exposées à une maternité précoce que celles épousant à un âge plus avancé (Mpilambo et al., 2017).

En dépit de la loi de 2006 sur les violences sexuelles qui criminalise cette pratique en République démocratique du Congo, le mariage précoce demeure malheureusement répandu. D'après une étude qui a utilisé les données de l'EDS-RDC 2014, la RDC affiche l'un des taux de mariages d'enfants les plus élevés au monde, touchant près de 74 % des filles et des femmes âgées de 15 à 19 ans (Mpilambo et al., 2017).

En se basant sur les données de l'enquête du cycle 7 du projet Performance, Suivi et Redevabilité (PMA 2020) menée à Kinshasa et au Kongo Central en 2018, une constatation essentielle émerge : par exemple en 2017, seulement 19,1% des adolescentes célibataires sexuellement actives utilisaient des méthodes contraceptives modernes, tandis que ce chiffre était de 16,1% pour les méthodes traditionnelles (Mpunga et al., 2022). La prévalence contraceptive chez les adolescentes mariées ou en union était de seulement 9,5 % pour les méthodes modernes et de 6,3 % pour les méthodes traditionnelles (Mpunga et al., 2022). En 2016, jusqu'à six grossesses sur dix survenues à Kinshasa n'étaient pas planifiées, entraînant souvent des avortements à risque. Malgré la mise en œuvre d'innovations telles que la distribution de contraceptifs, l'accès et l'utilisation des méthodes contraceptives par les adolescentes et jeunes semblent rester insuffisants (Mpunga et al., 2022). Il est clair que la sensibilisation des adolescentes et jeunes femmes aux contraceptifs modernes est insuffisante en RDC. Cette lacune ne peut être attribuée uniquement à un manque de connaissances ou de sensibilisation, mais également à des limitations dans la capacité des établissements de santé à offrir des services de santé sexuelle et génésique (Kaniki et al., 2023).

1.4. Questions de recherche, objectifs et hypothèses

1.4.1. Questions de recherche et objectifs

Les objectifs de cette étude sont multiples. Tout d'abord, nous cherchons à évaluer l'association entre l'âge au premier rapport sexuel et l'âge à la première naissance parmi les adolescentes et jeunes en RDC. Nous visons également à identifier les facteurs influençant l'âge à la première maternité, l'âge au premier rapport sexuel et la durée entre ces deux événements. De plus, nous chercherons à déterminer dans quelle mesure l'âge au premier rapport sexuel influence l'âge de la première naissance. L'étude examinera également si le premier rapport sexuel est un prédicteur direct de la grossesse chez les adolescentes et jeunes congolaises, question cruciale pour saisir les facteurs contribuant aux grossesses précoces. Enfin, en examinant les facteurs contextuels qui modulent ces relations, l'étude s'efforcera d'identifier les mécanismes sous-jacents aux grossesses précoces et très précoces chez les jeunes en RDC, espérant mieux comprendre les dynamiques sous-jacentes.

Parallèlement, notre étude vise à identifier les multiples facteurs socio-économiques, comportementaux et environnementaux qui peuvent influencer aussi bien la durée entre le premier rapport sexuel et la première naissance que l'âge au premier rapport sexuel chez les adolescentes et jeunes de la RDC. Nous explorerons ainsi les déterminants de cette période de transition et celui de l'âge au premier rapport sexuel, cherchant à comprendre comment des facteurs tels que l'accès à l'éducation (niveau d'instruction), l'état matrimonial, le milieu de résidence, et la zone géographique peuvent influencer le parcours reproductif des jeunes congolaises, afin de fournir une connaissance approfondie des dynamiques de la fécondité chez les adolescentes et jeunes congolaises.

Il s'agit de grossesses qui sont arrivées à terme, ayant abouti à des naissances vivantes au cours de la vie de l'adolescente et jeune (des enfants nés vivants). Les morts nés, les fausses couches et les avortements ne sont pas concernés dans cette étude étant donné qu'ils sont difficiles à saisir et peuvent être affectés par de fausses déclarations. Dans cette étude, nous définissons les adolescentes très jeunes comme celles dont l'âge est inférieur ou égal à 17 ans, tandis que celles âgées de 18 à 19 ans sont considérées comme des jeunes adolescentes ; et celles âgées de 20 à 24 ans sont de jeunes . C'est-à-dire celles qui sont encore mineures (en RDC, le mineur est l'individu de l'un ou de l'autre sexe qui n'a pas encore l'âge de dix-huit ans accomplis) (CODE DE LA FAMILLE de la RDC cité par Mpunga et al., 2022) et celles qui sont déjà majeures étant donné qu'en RDC, l'âge de la majorité est fixé à 18 ans (Mpunga et al., 2022).

Ainsi, nos questions de recherche sont les suivantes : Quelle est l'association entre l'âge au premier rapport sexuel (rapport sexuel) et l'âge à la première naissance parmi les adolescentes et jeunes en RDC ? Qu'est-ce qui influence leur âge au premier rapport sexuel ? Le premier rapport sexuel entraîne-t-il d'office une grossesse chez les adolescentes et jeunes ? De plus, quels sont les facteurs qui peuvent expliquer les variations dans la durée entre le premier rapport sexuel et la première naissance chez les adolescentes et jeunes congolaises de notre échantillon ?

Les études menées en Afrique Subsaharienne et ailleurs ont montré un lien significatif entre l'âge au premier rapport sexuel et les grossesses chez les adolescentes et jeunes (Ahinkorah et al., 2021; Phiri et al., 2023; Wado et al., 2019; Worku et al., 2021; Yakubu & Salisu, 2018). Ce lien est particulièrement pertinent en RDC en raison de

facteurs similaires qui influent sur cette association. Premièrement, les adolescentes ayant des débuts sexuels précoces sont plus susceptibles de tomber enceintes que celles qui en ont retardés en raison de leur âge fertile et de l'exposition prolongée à des situations à risque (Ahinkorah et al., 2021). Deuxièmement, l'éducation sexuelle et l'accès aux contraceptifs sont essentiels pour prévenir les grossesses précoces, mais leur disponibilité peut être limitée en RDC. Troisièmement, les débuts sexuels précoces sont associés à des comportements à risque tels que l'absence d'utilisation de contraceptifs (Mbadu Muanda et al., 2018), qui peuvent être influencés par les normes sociales et culturelles en RDC. En examinant spécifiquement ces facteurs en RDC, cette recherche vise à comprendre comment les aspects socio-économiques et démographiques, comportementaux et environnementaux propres à la région influencent le lien entre l'âge au premier rapport sexuel et les grossesses chez les adolescentes et jeunes.

1.4.2. Hypothèses

En lien avec ces questions de recherche, et en nous basant sur la revue de la littérature, les hypothèses suivantes sont mises en exergue dans cette étude :

Hypothèse 1 : Nous anticipons une association significative entre l'âge au premier rapport sexuel (rapport sexuel) et l'âge à la première naissance parmi les adolescentes et jeunes de notre échantillon. Nous supposons que celles qui ont leur premier rapport sexuel à un âge plus précoce auront une tendance à connaître une maternité précoce, reflétant ainsi une association directe entre les deux événements.

En particulier en l'absence de contraception, l'accès aux méthodes contraceptives efficaces est crucial pour prévenir les grossesses chez les adolescentes et jeunes. Avec une initiation précoce des rapports sexuels (sexarche) de plus en plus fréquente (Lara & Abdo, 2016), les filles ayant leur première expérience sexuelle à l'âge de 14 ans ou moins ont moins tendance à utiliser des contraceptifs, retardent le début de leur utilisation et ont une utilisation plus irrégulière (Lara & Abdo, 2016). Plus d'un tiers de toutes les adolescentes ne recourent pas à une contraception lors de leurs premières expériences sexuelles, ce qui accroît le risque de grossesse non planifiée à un âge précoce (Lara & Abdo, 2016), exposant ainsi ces adolescentes à un risque accru de grossesse précoce.

Hypothèse 2 : Le premier rapport sexuel chez les adolescentes et jeunes congolaises ne garantit pas automatiquement une grossesse. Nous envisageons des variations individuelles et contextuelles, telles que le niveau d'instruction, l'état matrimonial (célibataire, mariée ou union), le milieu de résidence, la zone géographique peuvent influencer la probabilité de conception après le premier rapport sexuel.

Cette hypothèse est basée sur la reconnaissance que la conception n'est pas inévitable après le premier rapport sexuel. De nombreuses adolescentes et jeunes femmes utilisent des contraceptifs ou ont des rapports sexuels protégés, réduisant ainsi le risque de grossesse. Les variations individuelles dans la fécondité et la biologie reproductive ainsi que les programmes d'éducation sexuelle et de santé reproductive peuvent également influencer la probabilité de conception après le premier rapport sexuel (Ayele et al., 2018; Worku et al., 2021).

Hypothèse 3 : Nous supposons que le niveau d'instruction, l'état matrimonial, le milieu de résidence et la zone géographique, influencent aussi bien l'âge au premier rapport sexuel que la durée entre le premier rapport sexuel et la première naissance chez les adolescentes et jeunes de notre échantillon. Et variant selon certains groupes sociaux par exemple selon qu'on est en milieu rural ou urbain, marié ou non.

Le risque de grossesses précoces chez les adolescentes et jeunes en RDC est influencé par divers facteurs sous-jacents tels que l'éducation (niveau d'instruction), l'état matrimonial, le milieu de résidence, l'âge au premier mariage ou union et la zone géographique. Ces éléments agissent comme des déterminants significatifs de l'occurrence précoce des grossesses, et cette influence varie en fonction de groupes sociaux. Cette relation peut être examinée à la lumière des tendances historiques de la fécondité en RDC, caractérisées par un taux élevé de fécondité, mais variable selon la structure par âge et régionale (Tabutin, 1982), ce qui peut influencer la prévalence des grossesses chez les adolescentes et jeunes femmes. Des études antérieures ont également observé des variations selon les groupes, selon qu'on est en milieu rural ou urbain, marié ou non (Ayebare et al., 2018; Kassa et al., 2018), soutenant ainsi cette relation.

1.5. Revue de la littérature

Les grossesses chez les adolescentes et jeunes sont un problème majeur de santé publique, en particulier en Afrique subsaharienne où les taux élevés persistent. Des interventions ciblées sont nécessaires pour inverser cette tendance et promouvoir la santé reproductive des jeunes femmes (Phiri et al., 2023).

1.5.1. Les déterminants proches de grossesses chez les adolescentes et jeunes

Dans cette section, nous examinerons les déterminants proches ou variables intermédiaires des grossesses chez les adolescentes et les jeunes. Ces facteurs sont directement liés à l'occurrence des grossesses dans cette population et servent de mécanismes par lesquels les risques contribuent à leur survenue.

1.5.1.1. Facteurs individuels

a) L'âge de l'adolescente et jeune

La littérature souligne fortement la corrélation entre l'âge des adolescentes et jeunes et le risque de grossesses précoces en Afrique subsaharienne. Selon les données recueillies, ce risque augmente avec l'âge. Des variations significatives sont observées dans le risque de grossesse en fonction de l'âge des adolescentes et jeunes (Ahinkorah et al., 2021; Kefale et al., 2020). Par exemple, les analyses statistiques révèlent que le risque de grossesse à 16 ans est près de deux fois plus élevé qu'à 15 ans, et il augmente jusqu'à près de quatre fois chez les adolescentes de 17 ans. De plus, les adolescentes plus âgées, généralement entre 18 et 19 ans, sont plus susceptibles de connaître une grossesse précoce (Ahinkorah et al., 2021).

Les facteurs explicatifs de cette relation entre l'âge des adolescentes et le risque de grossesse précoce sont multiples. Une exposition prolongée aux facteurs biologiques et sociaux liés à la reproduction, tels que le mariage précoce et les pressions sociales, ainsi qu'une plus grande indépendance acquise avec l'âge, semblent contribuer à accroître ce risque (Ayele et al., 2018; Worku et al., 2021). En prenant de l'âge, les adolescentes et jeunes peuvent développer une plus grande autonomie vis-à-vis de leurs parents, ce qui peut les amener à adopter des comportements sexuels plus risqués et à présenter un risque accru de grossesse (Ayele et al., 2018). Ainsi, l'âge des adolescentes et jeunes en Afrique subsaharienne joue un rôle significatif dans la

prévalence des grossesses précoces, avec des variations importantes observées en fonction des conditions socio-économiques, des comportements sexuels et de l'indépendance accrue associée à l'âge (Akanbi et al., 2021; Kabemba et al., 2018).

b) L'âge au premier rapport

L'âge au premier rapport sexuel est une variable essentielle lorsqu'on étudie les grossesses chez les adolescentes et jeunes en Afrique subsaharienne. Plusieurs études ont révélé une variation significative de l'âge au premier rapport sexuel parmi les adolescentes et jeunes en Afrique subsaharienne (Ahinkorah et al., 2021; Kabali et al., 2010; Phiri et al., 2023; Wado et al., 2019; Worku et al., 2021; Yakubu & Salisu, 2018). Les résultats des études indiquent de manière cohérente que les adolescentes ayant des rapports sexuels précoces, en particulier avant l'âge de 16 ans, sont plus susceptibles de faire face à des grossesses précoces (Ahinkorah et al., 2021).

Plusieurs facteurs peuvent expliquer les variations de l'âge au premier rapport sexuel chez les adolescentes et jeunes en Afrique subsaharienne notamment le niveau d'instruction des adolescentes, l'accès à l'information sur la santé sexuelle et reproductive, ainsi que les normes sociales entourant la sexualité et les comportements sexuels (Ahinkorah et al., 2021).

c) Des connaissances insuffisantes, des idées fausses et non utilisation de contraception

Il existe un lien négatif entre la connaissance des préservatifs et l'augmentation des grossesses chez les adolescentes et jeunes d'une part, et d'autre part, plusieurs études ont établi une association entre la non-utilisation de contraceptifs et l'incidence des grossesses chez les adolescentes et jeunes en Afrique Subsaharienne (Asmamaw et al., 2023), soulignant ainsi l'importance cruciale de l'accès à une contraception efficace pour prévenir les grossesses non désirées (Asmamaw et al., 2023).

Cependant dans certains études, une constatation paradoxale révèle que les adolescentes ayant une connaissance des contraceptifs étaient paradoxalement plus susceptibles d'avoir une première grossesse (Mbadu Muanda et al., 2018). Cette observation peut être attribuée à des facteurs tels que l'acquisition de connaissances après une grossesse ou une mauvaise compréhension des méthodes contraceptives (Yakubu & Salisu, 2018). Les informations sur les contraceptifs peuvent être erronées

ou accompagnées d'idées fausses, ce qui peut influencer négativement la perception et l'utilisation des contraceptifs chez les adolescentes et jeunes (Mbadu Muanda et al., 2018).

d) Les besoins non satisfaits en matière de planification familiale

La littérature a mis en lumière une probabilité plus élevée de première grossesse chez les adolescentes et jeunes en présence de besoins en contraception (Worku et al., 2021). De plus, il a été démontré que les adolescentes et jeunes ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale sont plus susceptibles d'avoir des grossesses précoces que celles dont les besoins sont comblés (Worku et al., 2021). Les raisons possibles de ces besoins non satisfaits sont notamment les intentions de fécondité changeantes des adolescentes et jeunes après une grossesse, un avortement ou un accouchement, ainsi que l'utilisation de méthodes traditionnelles ou folkloriques plutôt que de contraceptifs modernes, et les défis liés à l'utilisation incorrecte ou incohérente des contraceptifs (Tigabu et al., 2021).

Une explication importante de ces résultats réside dans l'impact des attitudes des prestataires de soins de santé à l'égard de la fourniture de planification familiale aux adolescentes et jeunes (Maharaj, 2022). Les attitudes défavorables peuvent décourager les jeunes femmes de chercher des soins de santé génésique, contribuant ainsi aux besoins non satisfaits en matière de planification familiale (Maharaj, 2022).

e) Les adolescentes et jeunes chefs de famille

Le fait pour l'adolescente et jeune d'être chef de famille (une jeune fille ou une adolescente qui assume la responsabilité principale du ménage, c'est-à-dire qu'elle est la personne de référence ou l'autorité principale pour les décisions et le bien-être de la famille) l'expose à un risque élevé de grossesse. Les études ont mis en évidence une corrélation significative entre le statut d'adolescente chef de famille et les grossesses précoces (Worku et al., 2021). Les adolescentes chefs de famille présentent un risque accru de grossesse précoce, ce qui peut varier selon divers facteurs tels que le contexte socio-économique, les normes culturelles, les politiques publiques et les ressources disponibles pour le soutien aux familles monoparentales dans différentes régions d'Afrique Subsaharienne (Worku et al., 2021).

Plusieurs explications sont avancées pour expliquer cette corrélation. Tout d'abord, les adolescentes chefs de famille peuvent manquer de soutien parental et de conseils, les exposant ainsi à un risque accru d'initiation sexuelle précoce et de maternité (Worku et al., 2021). De plus, les pressions économiques et sociales associées au fait d'être chef de famille peuvent pousser les adolescentes et jeunes à rechercher un soutien affectif et financier à travers des relations sexuelles, augmentant ainsi leur risque de grossesse précoce (Worku et al., 2021).

f) Le niveau d'instruction

La revue de littérature met en lumière une corrélation significative entre le niveau d'instruction des adolescentes et jeunes et de leurs parents en Afrique subsaharienne, et la prévalence des grossesses précoces. Les adolescentes ayant peu ou pas d'éducation formelle ont un risque accru de grossesses précoces par rapport à celles qui ont poursuivi leurs études secondaires ou plus (Ezeh et al., 2009; Gunawardena et al., 2019; Kalisa, 2021; Kefale et al., 2020; Maharaj, 2022; Sagalova et al., 2021; Simwanza et al., 2022; Tigabu et al., 2021). Ce lien entre l'éducation et les grossesses précoces s'explique par plusieurs facteurs. Tout d'abord, l'éducation confère aux adolescentes et aux jeunes un pouvoir accru sur leurs décisions en matière de santé sexuelle et reproductive (Asmamaw et al., 2023). Les individus ayant bénéficié d'une éducation sont plus susceptibles d'accéder à des informations sur la santé sexuelle et reproductive, ce qui réduit leur vulnérabilité aux grossesses précoces (Asmamaw et al., 2023). De plus, l'éducation peut retarder le début des activités sexuelles et du mariage, permettant aux adolescentes et aux jeunes d'acquérir davantage de connaissances sur la prévention des grossesses. En général, les individus scolarisés sont mieux outillés pour négocier des relations sexuelles sûres et pour avoir accès à des services de planification familiale (Asmamaw et al., 2023; Maharaj, 2022).

Par ailleurs, le niveau d'éducation des parents joue également un rôle significatif dans l'incidence des grossesses précoces chez les adolescentes et les jeunes en Afrique subsaharienne (Kassa et al., 2018). Les adolescentes ayant des parents instruits sont moins susceptibles d'initier une activité sexuelle à un jeune âge, ce qui suggère une corrélation entre l'éducation des parents et le comportement sexuel des adolescentes (Kassa et al., 2018). Cependant, l'ampleur de cet effet varie en fonction de divers facteurs, tels l'éducation des parents et les contextes économiques et culturels locaux.

Les parents instruits sont mieux informés sur la santé sexuelle et reproductive, et sont plus à même de guider leurs enfants et d'investir dans une éducation complète en matière de santé sexuelle (Kassa et al., 2018).

1.5.1.2. Facteurs familiaux et relationnels, socio-économiques et culturels

a) Le mariage précoce ou cohabitation précoce

Le mariage ou la cohabitation précoce est associé à une augmentation des grossesses chez les adolescentes et jeunes en Afrique Subsaharienne. Les études ont révélé que les adolescentes et jeunes mariées ou cohabitantes étaient plus susceptibles de connaître une grossesse précoce que celles qui n'étaient pas mariées ou cohabitantes (Ayele et al., 2018). Les chercheurs ont évalué l'effet du mariage précoce ou de la cohabitation précoce sur les grossesses chez les adolescentes en utilisant des indicateurs tels que l'état matrimonial, l'âge au mariage ou à la cohabitation, et des données démographiques et socio-économiques (Ahinkorah et al., 2021; Asmamaw et al., 2023). La variation dans l'effet du mariage précoce ou de la cohabitation précoce sur les grossesses chez les adolescentes peut être attribuée à divers facteurs socio-économiques, culturels et géographiques (Byonanebye et al., 2020). Par exemple, les adolescentes vivant dans des zones rurales ou ayant un faible niveau d'éducation peuvent être plus susceptibles de se marier ou de cohabiter précocement, ce qui augmente leur risque de grossesse précoce (Byonanebye et al., 2020; Phiri et al., 2023). Les mariages ou unions précoces des jeunes filles avant l'âge légal les exposent aux grossesses ; à l'inverse, ces grossesses peuvent à leur tour entraîner ou précipiter l'entrée en union (Schoumaker & Sánchez-Páez, 2022).

Plusieurs explications ont été avancées pour expliquer pourquoi le mariage précoce ou la cohabitation précoce sont associés à une augmentation des grossesses chez les adolescentes en Afrique subsaharienne. Ces explications incluent les pressions sociales et familiales pour commencer une famille rapidement après le mariage, un accès limité à l'éducation sexuelle et à la planification familiale, ainsi que le manque d'autonomie économique et de pouvoir de décision des adolescentes mariées ou cohabitantes (Ayele et al., 2018; Byonanebye et al., 2020; Phiri et al., 2023).

b) Les antécédents familiaux de grossesse chez les adolescentes et jeunes

Les adolescentes et jeunes ayant des antécédents familiaux de grossesse sont plus susceptibles de tomber enceintes à un jeune âge en Afrique subsaharienne. Ces antécédents familiaux de grossesse sont généralement associés à des grossesses précoces chez les adolescentes (Simwanza et al., 2022). Une explication possible de cette corrélation réside dans le rôle que peuvent jouer les mères en influençant les comportements reproductifs et sexuels de leurs filles (Simwanza et al., 2022).

Les adolescentes dont les mères ont connu une grossesse à un jeune âge sont potentiellement plus enclines à suivre le même schéma en raison des normes familiales et sociales perçues (Ayele et al., 2018). Les attitudes moins critiques des mères ayant des antécédents de grossesse précoce envers les grossesses précoces peuvent également influencer les choix de leurs filles en matière de sexualité et de reproduction (Ayele et al., 2018).

c) La coercition sexuelle et la pression exercée par les partenaires masculins

Les recherches indiquent que la coercition sexuelle, caractérisée par des rapports sexuels forcés, des avances sexuelles non désirées et des inégalités de pouvoir dans les relations, ainsi que la pression exercée par les partenaires masculins, sont des facteurs prédictifs majeurs des grossesses précoces chez les adolescentes et jeunes en Afrique Subsaharienne (Gunawardena et al., 2019; Yakubu & Salisu, 2018).

Des pratiques culturelles telles que le «ukuthwala»² en Afrique du Sud ont également été associées à des grossesses chez les adolescentes et jeunes, reflétant des normes sociales et des inégalités de genre qui favorisent les mariages précoces et les rapports sexuels non consentis (Maharaj, 2022).

² Note : L'ukuthwala est une pratique traditionnelle répandue en Afrique du Sud, où de jeunes filles sont enlevées de force ou mariées de manière coercitive dans le cadre de mariages forcés à des hommes plus âgés (Maharaj, 2022). Cette pratique expose les jeunes filles à des relations sexuelles non consensuelles et à des rapports de pouvoir déséquilibrés, augmentant ainsi le risque de grossesses précoces et non désirées (Maharaj, 2022). Ces mariages forcés peuvent contribuer de manière significative aux taux élevés de grossesses chez les adolescentes et jeunes femmes en Afrique du Sud (Maharaj, 2022).

La corrélation entre la coercition sexuelle, la pression des partenaires masculins et les grossesses précoces chez les adolescentes et jeunes s'explique par le fait que ces phénomènes limitent leur capacité à prendre des décisions autonomes en matière de sexualité et de contraception, les exposant ainsi à un risque accru de grossesse précoce (Kabemba et al., 2018).

d) L'absence de communication efficace sur les questions de santé sexuelle et procréative au sein des familles

L'absence de communication efficace sur les questions de santé sexuelle et reproductive au sein des familles est un facteur significatif contribuant aux grossesses chez les adolescentes et jeunes en Afrique Subsaharienne, comme le montrent plusieurs études (Phiri et al., 2023).

Cette lacune communicationnelle est influencée par le tabou entourant la sexualité dans de nombreuses sociétés, entraînant un manque d'orientation parentale (Kassa et al., 2018). Les discussions ouvertes entre parents et enfants sur la santé génésique réduisent le risque de débiter une activité sexuelle précoce ou de connaître une grossesse adolescente (Gunawardena et al., 2019). Cependant, la fréquence et la qualité de cette communication varient selon les familles et les régions, souvent influencées par des normes culturelles et des connaissances limitées en matière de santé sexuelle (Simwanza et al., 2022). La stigmatisation, la peur des réactions négatives et la perception erronée de l'utilisation des contraceptifs peuvent également entraver cette communication (Maharaj, 2022).

e) Le lien de parenté avec le chef de ménage

Le lien de parenté avec le chef de ménage est significativement associés à la grossesse chez les adolescentes et jeunes en Afrique de l'Est (Worku et al., 2021). Celles ayant un lien de parenté plus étroit, telles que les filles biologiques ou les nièces, sont susceptibles de subir des pressions familiales ou des normes sociales qui façonnent leurs comportements sexuels et reproductifs, ce qui peut augmenter leur risque de grossesse (Worku et al., 2021).

De plus, l'effet du lien de parenté peut impliquer à la fois des influences familiales favorisant les comportements sexuels à risque et des différences d'accès à l'éducation sexuelle et à la contraception en fonction du type de relation entre l'adolescente et le chef de ménage (Worku et al., 2021). Bien que le lien de parenté avec le chef de

ménage soit un facteur important dans les grossesses précoces chez les adolescentes et jeunes en Afrique Subsaharienne, son ampleur varie en fonction de plusieurs facteurs contextuels (Worku et al., 2021).

f) La désorganisation familiale

La désorganisation familiale, caractérisée par des structures et des relations familiales instables, est significativement associée aux grossesses chez les adolescentes et les jeunes en Afrique australe et orientale (Odimegwu & Mkwanzani, 2016). Les différences culturelles et sociales entre les régions, ainsi que les caractéristiques individuelles telles que l'âge, le niveau d'éducation et les expériences personnelles, peuvent influencer l'impact de cette désorganisation sur le risque de grossesses précoces (Yakubu & Salisu, 2018). En tant que conséquence de la désorganisation sociale, due à l'affaiblissement des structures traditionnelles de contrôle des aînés sur les jeunes, à l'adoption d'attitudes plus libérales et à l'augmentation de l'individualisme engendrée par le modernisme (Emina, Be-Ofuriyua Jacques, 2005), la désorganisation familiale augmente le risque de grossesses chez les adolescentes et jeunes. Les adolescentes et les jeunes vivant dans des environnements familiaux instables sont exposés à des comportements à risque, tels que les relations sexuelles non protégées et les grossesses précoces, en raison d'un manque de supervision et de soutien parental (Odimegwu & Mkwanzani, 2016; Yakubu & Salisu, 2018).

Des études antérieures ont également identifié la désorganisation familiale comme un facteur de risque majeur pour les grossesses chez les adolescentes et les jeunes en Afrique Subsaharienne (Wado et al., 2019). De plus, les adolescentes et les jeunes vivant en dehors de leur famille biologique sont particulièrement vulnérables à un risque accru de grossesses précoces (Wado et al., 2019).

g) Le quintile de richesse ou l'indice de richesse

Le statut socioéconomique, mesuré par l'indice de richesse, est un facteur crucial associé aux grossesses précoces chez les adolescentes et jeunes en Afrique Subsaharienne (Odimegwu & Mkwanzani, 2016). Les jeunes filles issues des ménages les plus pauvres sont plus susceptibles d'avoir des grossesses précoces que celles provenant de milieux plus aisés, ce qui reflète les inégalités d'accès aux services de santé et d'information en matière de santé sexuelle et reproductive (Byonanebye et al., 2020).

La pauvreté expose les adolescentes à des risques accrus de grossesses non désirées en limitant leur accès aux contraceptifs et en les poussant parfois à s'engager dans des relations sexuelles avec des partenaires plus âgés pour subvenir à leurs besoins économiques (Kefale et al., 2020). De plus, l'analyse montre que la situation économique des ménages a un impact significatif sur les probabilités de grossesse chez les adolescentes et jeunes, les plus pauvres étant les plus vulnérables (Asmamaw et al., 2023).

1.5.1.3. Facteurs individuels, comportementaux, sociaux et culturels

a) La contraception

Les études examinées dans le cadre de cette revue de la littérature ont révélé plusieurs résultats significatifs concernant l'effet de la contraception sur les grossesses chez les adolescentes et jeunes en Afrique Subsaharienne (ASS). Elles mettent en évidence une corrélation négative entre l'usage des contraceptifs et la probabilité accrue de première grossesse chez les adolescentes en ASS, soulignant ainsi l'importance des méthodes contraceptives dans la prévention des grossesses précoces chez les adolescentes et jeunes (Mbadu Muanda et al., 2018; Tigabu et al., 2021).

Cependant, les taux d'utilisation des contraceptifs modernes, par exemple, varient considérablement dans la région, avec des pourcentages parmi les plus faibles en République démocratique du Congo (RDC) (Mbadu Muanda et al., 2018). Des obstacles tels que la stigmatisation, la discrimination et la peur des effets indésirables entravent l'accès et l'utilisation des contraceptifs (Mbadu Muanda et al., 2018). De plus, les normes culturelles et religieuses peuvent influencer l'utilisation des contraceptifs, entraînant parfois une préférence pour les méthodes traditionnelles ou une désapprobation de la planification familiale, ce qui contribue aux grossesses précoces chez les adolescentes et jeunes (Mbadu Muanda et al., 2018).

b) La responsabilité des hommes dans l'achat de préservatifs, certaines formes de loisir, la consommation excessive d'alcool et de la drogue

Les recherches révèlent que certaines formes de loisirs, telles que les boîtes de nuit non surveillées et les fêtes mixtes, augmentent la vulnérabilité des adolescentes et jeunes aux grossesses précoces en ASS, surtout lorsqu'elles sont associées à une consommation excessive d'alcool et de la drogue (Gunawardena et al., 2019). Ces

comportements affaiblissent la capacité des adolescentes et jeunes à prendre des décisions éclairées en matière de sexualité, contribuant ainsi à l'augmentation des grossesses non désirées (Gunawardena et al., 2019).

De plus, le manque de responsabilité des hommes dans l'achat et l'utilisation de préservatifs aggrave la situation en réduisant l'utilisation des contraceptifs et en augmentant le risque de grossesses chez les adolescentes et jeunes (Yakubu & Salisu, 2018). Cependant, les résultats varient en fonction de facteurs tels que les normes culturelles, les attitudes sociales à l'égard de la sexualité et de l'alcool, ainsi que les ressources disponibles pour l'éducation et la prévention des grossesses précoces (Yakubu & Salisu, 2018).

1.5.2. Déterminants lointains des grossesses chez les adolescentes et jeunes

Ce point nous permet d'examiner les déterminants lointains ou variables distantes des grossesses chez les adolescentes et les jeunes. Ces facteurs exercent une influence indirecte sur la survenue de ces grossesses.

1.5.2.1. Facteurs socio-économiques

a) Emploi des adolescentes et jeunes

Les recherches indiquent que les adolescentes et jeunes employées présentent un risque accru de grossesse précoce par rapport à celles sans emploi (y compris les étudiantes) en Afrique subsaharienne (Phiri et al., 2023). Cela peut s'expliquer par le fait que les adolescentes et jeunes non employées sont plus susceptibles d'être scolarisées et d'avoir accès à une éducation sexuelle (Phiri et al., 2023).

Cependant, les résultats des études varient, révélant des nuances dans cette relation. Certaines recherches suggèrent que les adolescentes employées sont exposées à des comportements sexuels à risque sur leur lieu de travail, tandis que d'autres avancent que les adolescentes sans emploi peuvent s'engager dans des relations sexuelles précoces pour des raisons économiques (Anne E. Calvès et al., 2021; Odimegwu & Mkwanzani, 2016; Sénécal-Lirette, 2021). Bien que la corrélation entre le statut professionnel et les grossesses précoces chez les adolescentes et jeunes soit généralement positive, il est essentiel de prendre en compte les contextes

socioéconomiques et culturels pour une compréhension approfondie de ce phénomène (Odimegwu & Mkwanaenzi, 2016).

b) Les facteurs liés aux services de santé

Les facteurs liés aux services de santé jouent un rôle significatif dans les grossesses chez les adolescentes et jeunes en Afrique Subsaharienne, comme le montrent plusieurs études (Maharaj, 2022). Les obstacles tels que le coût des contraceptifs, le manque de personnel qualifié, les longs temps d'attente et le manque d'intimité dans les cliniques dissuadent les adolescentes et jeunes de rechercher des services de santé génésique, contribuant ainsi à une augmentation des grossesses précoces (Maharaj, 2022). Il existe de graves lacunes dans la qualité des soins et l'autonomie en matière de contraception, exacerbées par les programmes de planification familiale qui se concentrent principalement sur des objectifs quantitatifs (Senderowicz et al., 2023).

Les attitudes négatives des agents de santé envers les services de santé reproductive pour les adolescentes et jeunes, le manque de services conviviaux de santé reproductive pour les adolescentes et l'accès limité aux services de santé procréative, en particulier dans les zones rurales, sont autant de défis majeurs qui sont à la base de la prévalence de grossesses chez les adolescentes et jeunes en ASS (Yakubu & Salisu, 2018).

1.5.2.2. Facteurs environnementaux

a) Le milieu de résidence

Les études ont identifié plusieurs tendances significatives concernant l'impact du milieu de résidence sur les grossesses précoces chez les adolescentes et jeunes (Kassa et al., 2018). Les recherches montrent que les adolescentes et jeunes vivant dans des zones rurales ont tendance à commencer leur maternité à un âge plus précoce par rapport à celles vivant dans des zones urbaines (Tigabu et al., 2021).

Cette variation dans les taux de grossesse selon le milieu de résidence peut s'expliquer par plusieurs facteurs socio-économiques, culturels et environnementaux (Akanbi et al., 2021). Par exemple, l'accès limité à l'éducation, aux contraceptifs et aux services de santé sexuelle et reproductive dans les zones rurales peut contribuer à des taux plus élevés de grossesse chez les adolescentes et jeunes par rapport aux zones urbaines (Akanbi et al., 2021). Les adolescentes vivant dans des zones rurales peuvent être

confrontées à des défis spécifiques qui augmentent leur vulnérabilité aux grossesses précoces, tels que l'absence d'opportunités d'éducation, la pauvreté généralisée et l'accès limité aux services de santé sexuelle et reproductive (Sagalova et al., 2021).

b) L'exposition aux médias

L'exposition aux médias est un facteur complexe qui peut avoir à la fois des effets positifs et négatifs sur les grossesses précoces chez les adolescentes en Afrique Subsaharienne (Wado et al., 2019; Worku et al., 2021). Des études ont montré que les messages de planification familiale diffusés à travers les médias peuvent jouer un rôle significatif dans la réduction des grossesses précoces en renforçant les connaissances des adolescentes et jeunes en matière de santé sexuelle et de contraception (Worku et al., 2021). Ces messages peuvent contribuer à changer les attitudes et les comportements des adolescentes et jeunes en encourageant l'utilisation de contraceptifs et en promouvant des pratiques sexuelles plus sûres (Worku et al., 2021).

Cependant, l'utilisation croissante des téléphones portables et de l'internet expose les adolescentes et les jeunes à des contenus explicite, ce qui peut encourager les comportements sexuels précoces et les grossesses qui peuvent en découler (Wado et al., 2019). Des études ont souligné la nécessité de réguler ces contenus et de fournir une éducation appropriée aux adolescentes et jeunes pour les aider à naviguer de manière critique dans l'environnement médiatique numérique (Wado et al., 2019).

1.5.2.3. Facteurs culturels et religieux

a) La religion

La religion exerce une influence importante sur les comportements sexuels et reproductifs des jeunes en Afrique subsaharienne (Sagalova et al., 2021). Les religions présentes dans la région, telles que le christianisme et l'islam, ont souvent des perspectives pro-natalistes, valorisant la famille et la maternité (Sagalova et al., 2021). Les adolescentes et jeunes appartenant à des groupes religieux particuliers sont souvent soumises à des pressions pour se marier précocement et devenir mères dès un âge précoce, en conformité avec les normes et les attentes religieuses (Yakubu & Salisu, 2018).

Les normes sociales et culturelles véhiculées par la religion renforcent souvent les stigmates associés à la sexualité avant le mariage, ce qui peut dissuader l'utilisation de contraceptifs et accroître le risque de grossesses précoces (Tigabu et al., 2021). De plus, les pratiques religieuses telles que l'abstinence sexuelle avant le mariage peuvent être incompatibles avec les réalités socio-culturelles des jeunes en ASS, ce qui peut entraîner des tensions et des conflits entre les valeurs religieuses et les comportements sexuels des adolescentes et jeunes (Kalisa, 2021).

Chapitre 2: Sources de données et méthodologie

2.1. Sources de données, collecte et qualité de données

Nous utiliserons les données de l'enquête par grappes à indicateurs multiples avec volet paludisme (MICS-Palu, RDC, 2017-2018), réalisée sur le terrain en 2017 et 2018 par l'Institut National de la Statistique. Cette enquête, qui en est à sa quatrième édition, constitue une ressource essentielle pour notre analyse. Parce que cette enquête est parmi les enquêtes nationales les plus récentes qui existent en RDC, offrant ainsi des données récentes et pertinentes pour notre étude. Elle nous donne des estimations sur beaucoup d'indicateurs concernant la situation des enfants et des femmes, la contraception, les besoins non satisfaits, le mariage ou l'union, etc. au niveau national, par milieu de résidence (urbain et rural) et pour les 26 provinces du pays (RDC/UNICEF, 2020). Ses modules sur la fécondité/historique des naissances, la santé maternelle et infantile, la santé de la reproduction, la fréquentation scolaire, le comportement sexuel, etc. (RDC/UNICEF, 2020), comportent des variables pouvant nous permettre d'atteindre les objectifs de notre étude et tester les hypothèses de notre recherche. Ces données sont en accès libre après inscription sur le site de l'UNICEF qui est l'un des partenaires qui ont fourni un appui technique et financier pour la réalisation de cette vaste enquête.

La collecte de données a été organisée en deux phases distinctes, avec une première phase se déroulant à Kinshasa, suivie d'une seconde phase couvrant les 25 autres provinces de la République démocratique du Congo (RDC/UNICEF, 2020). À Kinshasa, elle a été réalisée du 4 au 24 décembre 2017, impliquant 15 équipes composées d'un chef d'équipe, d'un enquêteur, de deux enquêtrices et d'un préleveur/mesureur (RDC/UNICEF, 2020). Cette phase a été suivie par la collecte de données dans les 25 autres provinces, débutant à la dernière semaine de février 2018 et se terminant au début de juillet 2018 (RDC/UNICEF, 2020).

Pour l'échantillonnage, « Le type de résidence a été retenu comme variable de stratification (RDC/UNICEF, 2020). C'est pourquoi dans chaque province, à part la ville de Kinshasa, trois strates ont été conçues : la strate des villes statutaires (strate 1); la strate des cités (strate 2) et la strate des secteurs/chefferies (strate 3) (RDC/UNICEF, 2020). La première et la deuxième forment le milieu urbain et la troisième, le milieu rural (RDC/UNICEF, 2020). Les unités primaires, sélectionnées systématiquement

avec une probabilité proportionnelle à la taille, sont le quartier de commune pour la strate 1, la cité pour la strate 2 et le secteur ou chefferie pour la strate 3 (RDC/UNICEF, 2020). Les unités secondaires sont le quartier de cité pour la strate 2 et le village pour la strate 3 (RDC/UNICEF, 2020). Après l'établissement d'une liste de ménages (dénombrement) de la grappe ou segment de grappe sélectionnée, un échantillon systématique de 30 ménages a été tiré dans chacune des 721 grappes/segments, soit un échantillon global de 21 630 ménages (RDC/UNICEF, 2020). Comme l'échantillon n'est pas auto-pondéré, des pondérations sont utilisées » (RDC/UNICEF, 2020).

Cette base contient des variables telles que l'âge au premier rapport sexuel, grossesse chez les adolescentes, l'âge, le mariage, l'environnement socioéconomique, la fréquentation scolaire, le milieu de résidence, la contraception, l'âge à la première union, les antécédents matrimoniaux et d'autres variables qui vont nous permettre d'atteindre les objectifs de notre étude et de tester nos hypothèses. Signalons que l'UNICEF exige qu'à la fin de notre recherche les résultats leur soient communiqués. Cette base de données est téléchargeable en format SPSS qui est un logiciel payant et coûte cher, ce qui constitue son point négatif selon nous. Ces données sont en adéquation avec notre question de recherche et l'atteinte des objectifs de notre mémoire.

2.2. Présentation des variables de l'étude³

Les données que nous utilisons dans cette étude ne sont pas collectées pour saisir de manière exhaustive les grossesses des adolescentes et jeunes à cette étape de leur vie ; et par conséquent, nous nous concentrons sur l'influence de quelques variables aux niveaux individuel, familial et communautaire pour lesquels nous disposons de données disponibles.

³ Note : Toutes les variables faisant référence à des âges sont générées en variables catégorielles. Ces catégories sont déterminées en s'inspirant des principes des Nations Unies, qui reconnaissent la spécificité de chaque tranche d'âge, ainsi que les conclusions de la littérature existante et les dispositifs du code de la famille de la République Démocratique du Congo (Lara & Abdo, 2016; Mpunga et al., 2022; Pfeiffer et al., 2017; Ross et al., 2020; Sawyer et al., 2018). En conséquence, nous avons défini quatre catégories d'âge pour certaines: les très jeunes adolescentes (14 ans ou moins), les moins jeunes adolescentes (15 à 17 ans), les jeunes adolescentes (18 à 19 ans) et les jeunes de 20 à 24 ans (les mineures et les majeures) (Lara & Abdo, 2016; Mpunga et al., 2022; Pfeiffer et al., 2017; Ross et al., 2020; Sawyer et al., 2018).

Dans le cadre de notre étude, nous portons une attention particulière à la première naissance, car elle constitue un moment crucial dans la trajectoire de fécondité des adolescentes et jeunes. Conformément au principe de l'antériorité temporelle de la cause sur l'effet, nous avons délibérément exclu de notre analyse les variables obtenues à partir de questions qui prennent en compte les événements survenus au moment de l'enquête, trois mois avant celle-ci, ou au cours des douze derniers mois. Cette décision découle de notre souci de garantir que les variables sélectionnées capturent tant soit peu les circonstances et les caractéristiques des répondantes au moment de leur première naissance, diminuant ainsi le risque de biais potentiel introduit par des variables relevant de périodes ultérieures à la première naissance.

Ainsi, pour cette analyse, nous avons privilégié l'utilisation de variables obtenues à partir de questions rétrospectives, telles que celles portant sur la fréquentation scolaire, les antécédents de maternité et autres d'une part, en s'appuyant sur des hypothèses d'autre part. Ces questions nous permettent de recueillir des informations pertinentes sur des moments clés de la vie des individus, assurant ainsi la pertinence et la fiabilité de nos données pour l'analyse des déterminants des grossesses précoces et très précoces en RDC. En adoptant cette approche, nous nous assurons de collecter des données assez fiables et essentielles à notre compréhension des facteurs sous-jacents aux grossesses précoces et très précoces chez les adolescentes et jeunes en République Démocratique du Congo.

2.2.1. Les variables dépendantes

Les variables dépendantes de cette étude sont : l'âge de la mère à la première naissance, l'âge au premier rapport sexuel et la durée entre le premier rapport sexuel et la première naissance

2.2.1.1. L'âge de la mère à la première naissance (maternité)

La variable dépendante principale examinée dans cette étude est « l'âge de la mère à la première naissance », un élément essentiel dans de nombreuses recherches démographiques et sociologiques, car il fournit un éclairage significatif sur les transitions vers la maternité chez les femmes. Pour obtenir cette variable, nous avons calculé la différence entre la date de naissance du premier enfant et la date de naissance de la mère (RDC/UNICEF, 2020), et cette différence a été convertie en années. Ainsi,

chaque participant de l'étude a été évalué en fonction de ces deux dates, permettant ainsi de déterminer l'âge de la mère lors de la naissance de son premier enfant.

Dans notre échantillon, l'âge de la mère lors de sa première naissance varie considérablement. Parmi les adolescentes et jeunes de 24 ans ou moins, nous avons identifié 8863 participantes (RDC/UNICEF, 2020). L'âge minimum et maximum au moment de la première naissance étaient respectivement de 10 et 24 ans, avec une moyenne de 17,6 ans et un écart type de 2,2 ans. L'âge modal et médian de la mère lors de sa première naissance étaient de 17 et 18 ans, respectivement.

2.2.1.2. L'âge au premier rapport sexuel

La variable « l'âge au premier rapport sexuel » est une variable intermédiaire. Elle est l'une de nos variables dépendantes ; elle est aussi notre variable indépendante d'intérêt. Cette variable est obtenue en répondant à la question suivante : « Quel âge aviez-vous lorsque vous avez eu des rapports sexuels pour la toute première fois? » (RDC/UNICEF, 2020). Les réponses possibles incluent : « n'a jamais eu de rapports sexuels », « âge en années », et « première fois en commençant à vivre avec (premier) mari/partenaire » (RDC/UNICEF, 2020).

Nous avons effectué une imputation de cet échantillon les non-réponses (qui représentent un taux très faible de 0,01%) (RDC/UNICEF, 2020). Pour les 1,65% qui ont eu leur premier rapport sexuel en commençant à vivre avec leur premier mari/partenaire (RDC/UNICEF, 2020), connaissant la date du premier mariage, nous avons combiné avec l'âge du mariage pour les imputer aussi. Cette variable comporte un échantillon de 8863 adolescentes et jeunes (RDC/UNICEF, 2020). L'âge minimum et maximum au moment de premier rapport sexuel étaient respectivement de 8 et 24 ans, avec une moyenne de 15,5 ans et un écart type de 2,0 ans. L'âge modal et médian des adolescentes et jeunes au premier rapport sexuel étaient de 15 ans respectivement. À partir de l'âge au premier rapport sexuel, nous avons généré une variable catégorielle (« catégorie d'âge au premier rapport sexuel »). Pour le besoin de l'analyse biographique, l'âge au premier rapport sexuel nous a également permis de générer la « variable premier rapport sexuel antérieur » avec deux modalités (n'a pas eu de rapport sexuel et a déjà eu de rapport sexuel).

2.2.1.3. Durée entre le premier rapport sexuel et la première naissance

La variable durée entre le premier rapport sexuel et la première naissance est une variable de temps et de contrôle. Elle est aussi considérée comme l'une des variables dépendantes, elle était générée. La variable « durée entre le premier rapport sexuel et la première naissance » est calculée en soustrayant l'âge au premier rapport sexuel de l'âge de la mère à la première naissance (RDC/UNICEF, 2020), cette différence est divisée par 12 pour convertir la durée en année. La valeur zéro représentent les adolescentes et jeunes qui ont eu leur première naissance moins d'un an après leur premier rapport sexuel, ce qui peut être interprété comme des naissances survenues quelques mois après le début de l'activité sexuelle.

L'échantillon comprend 8863 adolescentes et jeunes femmes (RDC/UNICEF, 2020). Cette variable fournit des informations sur le laps de temps entre le début de l'activité sexuelle et la première naissance, ce qui peut être crucial pour comprendre les modèles de fécondité et les comportements sexuels à risque chez les adolescentes et jeunes de notre échantillon.

2.2.2. Les variables indépendantes

2.2.2.1. Âge de l'adolescente et jeune au premier mariage ou union

La variable « âge de l'adolescente et jeune au premier mariage ou Union » est une variable intermédiaire. Elle est dérivée des réponses à la question : « Quel âge aviez-vous lorsque vous avez commencé à vivre avec votre premier mari/partenaire ? » (RDC/UNICEF, 2020). Cette question, posée dans le cadre de l'enquête, vise à obtenir des informations précises sur le moment où les adolescentes et jeunes entament leur première cohabitation avec un partenaire. Après avoir nettoyé les données pour éliminer les valeurs manquantes, l'échantillon se compose de 8863 adolescentes et jeunes femmes (RDC/UNICEF, 2020). Dans notre échantillon, l'âge moyen au premier mariage ou à la première union est de 16,8 ans, avec une médiane de 17 ans. L'âge le plus fréquent au premier mariage est de 16 ans. La variation va de 9 à 24 ans, reflétant une large gamme d'expériences. L'écart type de 2,5 ans suggère une dispersion modérée des données autour de la moyenne, indiquant une certaine variabilité dans les âges au premier mariage ou à la première union. Afin de faciliter l'analyse, des catégories d'âge spécifiques suivantes ont été créées : « De 9 à 14 ans, De 15 à 17 ans,

De 18 à 19 ans, et De 20 à 24 ans ». Ensuite, à partir de l'âge au premier mariage ou union nous avons généré une variable « état matrimonial » avec deux modalités qui sont « célibataire et mariée ou en union ».

2.2.2.2. Milieu de résidence

La variable « milieu de résidence » explore le contexte géographique dans lequel vivent les adolescentes et jeunes. Elle est dichotomique, avec deux modalités : « 1. Urbain » et « 2. Rural » (RDC/UNICEF, 2020). Cette variable vise à analyser les éventuelles différences entre les environnements urbains et ruraux en ce qui concerne les grossesses chez les adolescentes et les jeunes de 24 ans ou moins. Nous partons de l'hypothèse selon laquelle cette population n'est pas impactée par la migration, étant donné que les traditions ethniques ont souvent dicté que les filles et les femmes ne déménagent pas ; de plus, la migration peut également être relativement locale (Beegle & Poulin, 2013). L'échantillon étudié pour cette variable comprend 8863 individus (RDC/UNICEF, 2020), offrant ainsi une base significative pour évaluer les tendances et les disparités éventuelles entre les deux milieux de vie.

2.2.2.3. Le niveau d'instruction atteint

Pour collecter les informations sur la variable « niveau d'instruction atteint », les participantes ont été interrogées avec la question suivante : « Quel est le plus haut niveau et classe/année que vous avez fréquenté ? » (RDC/UNICEF, 2020). Les réponses possibles ont ensuite été codées comme suit : 0 pour « Préscolaire », 10 pour « Primaire », 20 pour « Secondaire 1 », 31 pour « Secondaire 2 Général », 32 pour « Secondaire 2 Technique », 33 pour « Secondaire 2 Professionnel », 34 pour « Secondaire 2 arts & métiers », et 40 pour « Supérieur » (RDC/UNICEF, 2020). Ces données ont été combinées avec la variable de fréquentation scolaire pour capturer les personnes sans instruction. Après imputation, la variable a été recodée avec trois modalités (Sans instruction, Primaire et Secondaire et plus). Cette variable est basée sur un échantillon de 8811 adolescentes et jeunes âgées de 24 ans ou moins (RDC/UNICEF, 2020).

2.2.2.4. Utilisation de contraceptif

La question qui nous a permis de recueillir les données pour la variable « utilisation de contraceptif » était formulée ainsi : « Avez-vous déjà entrepris des actions ou utilisé des méthodes pour retarder ou éviter une grossesse ? » (RDC/UNICEF, 2020). Cette question visait à évaluer l'expérience des répondantes en matière de planification familiale et de contraception. Les réponses étaient codées comme suit : 1 pour « Oui » si la personne avait déjà pris des mesures ou utilisé des méthodes pour éviter une grossesse, et 2 pour « Non » si elle n'avait pas pris de telles mesures (RDC/UNICEF, 2020). Il s'agit donc d'une variable dichotomique, offrant une vision claire des comportements en matière de contraception parmi les adolescentes et jeunes de 24 ans ou moins incluses dans notre échantillon (RDC/UNICEF, 2020).

Le taux de non-réponse pour cette variable était faible, soit seulement 0,09%, ce qui témoigne de la qualité des données recueillies (RDC/UNICEF, 2020). Pour garantir la cohérence et la fiabilité de notre analyse, nous avons décidé de supprimer ces réponses non renseignées des résultats. Pour les cas où les données étaient manquantes, nous avons attribué la valeur « NA » afin de signaler clairement ces omissions dans nos analyses. Cette variable représente un échantillon de 8796 adolescentes et jeunes femmes âgées de 24 ans ou moins (RDC/UNICEF, 2020). Cette variable ne sera pas intégrée dans les modèles étant donné que l'initiative d'usage de contraception peut être prise après la première maternité, elle nous donne simplement une idée.

2.2.2.5. Zone géographique

La création de la variable « zone géographique » revêt une importance cruciale dans notre étude, car elle nous permet d'explorer les diverses cultures provinciales et les dynamiques sociales au sein de la République Démocratique du Congo (RDC), un pays riche en diversité géographique et culturelle (Boshwaa, 2015). La RDC est caractérisée par ses 26 provinces (voir [Figure 1](#)), ce qui crée une mosaïque de cultures, de langues et de pratiques socio-économiques (Boshwaa, 2015; Breakthrough, 2021; Mpilambo et al., 2017). Inspirés par des études antérieures telles que « l'Enquête sur les Comportements liés au Paludisme (ECP) : République Démocratique du Congo, 2021 » (Breakthrough, 2021), nous avons regroupé les provinces en quatre zones géographiques distinctes (voir [Figure 1](#)) pour mieux appréhender les variations culturelles et sociales (Breakthrough, 2021). Ces zones géographiques reposent sur

l'hypothèse selon laquelle elles offrent un aperçu de la culture de chaque peuple, car elles représentent les grandes aires socioculturelles du passé précolonial, principalement le lingalaphone, le kikongophone, le swahiliphone et le tshilubaphone (Bruneau, 2009) ; de plus, par le fait que le déplacement peut également être relativement locale (Beegle & Poulin, 2013):

1. Zone Ouest : Kinshasa, Kongo Central, Kwango, Kwilu et Mai-Ndombe ;
2. Zone Kasai : Lomami, Kasai Oriental, Sankuru, Kasai Central et Kasai ;
3. Zone Nord : Equateur, Sud Ubangi, Nord Ubangi, Mongala, Tshuapa, Bas Uele, Haut Uele, Ituri et Tshopo ;
4. Zone Grand Est : Nord Kivu, Sud Kivu, Maniema, Haut Katanga, Lualaba, Tanganyika et Haut-Lomami.

Cette classification nous permettra d'analyser les données selon des regroupements géographiques pertinents, offrant ainsi un éclairage précieux sur les variations régionales en termes de comportements, de pratiques et de défis socio-sanitaires (Breakthrough, 2021; Mpilambo et al., 2017). L'échantillon des adolescentes et jeunes pour cette variable est de 8863 individus (RDC/UNICEF, 2020).

2.2.2.6. Âge de l'adolescente et jeune

La variable « âge de l'adolescente et jeune » est obtenue en posant la question « Quel âge avez-vous ? » (RDC/UNICEF, 2020). Cette question vise à obtenir l'âge en années révolues des adolescentes et jeunes femmes âgées de 24 ans ou moins (RDC/UNICEF, 2020), ce qui correspond à notre groupe cible pour cette étude. Cette mesure nous permet de mieux comprendre la répartition d'âge au sein de notre échantillon, essentielle pour toute analyse démographique ou socioéconomique.

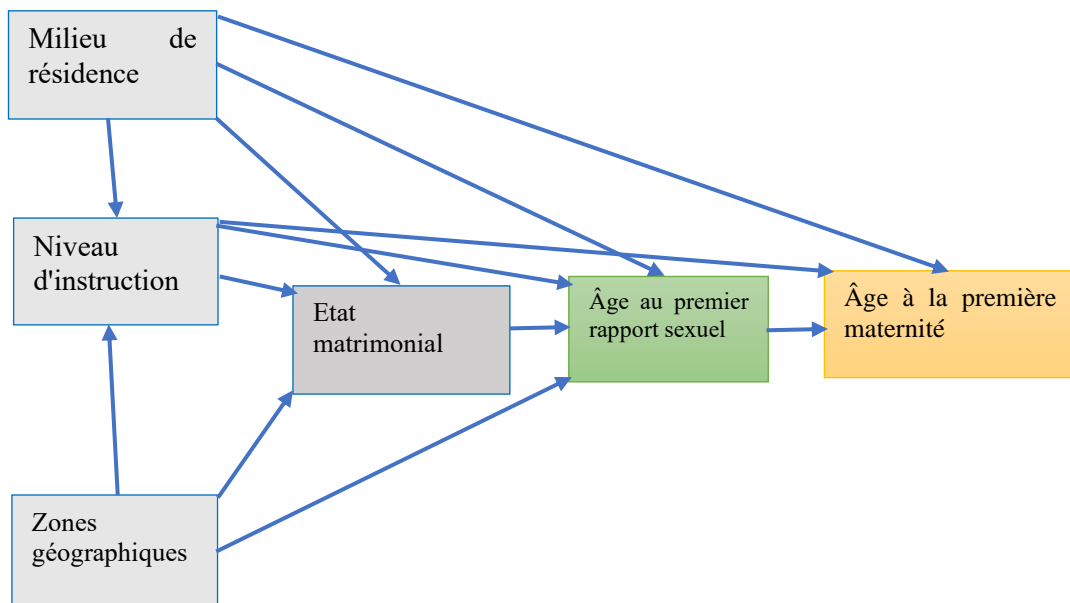
Cette variable a un échantillon de 8863 individus (RDC/UNICEF, 2020), l'âge moyen des adolescentes et jeunes femmes de notre échantillon est de 19,1 ans, avec une mode de 18 ans et une médiane de 19 ans. L'écart-type de 2,7 ans indique une certaine dispersion des âges autour de la moyenne. Nous avons créé une variable catégorielle dérivée de l'âge des adolescentes et jeunes (RDC/UNICEF, 2020). Cette variable catégorielle est stratifiée en trois catégories distinctes : De 15 à 17 ans (cette catégorie englobe les adolescentes mineures), de 18 à 19 ans (cette catégorie regroupe les

adolescentes majeures, qui ont franchi le seuil de la majorité légale) et de 20 à 24 ans (cette catégorie inclut les jeunes adultes).

2.3. Cadres conceptuels

2.3.1. L'âge à la première maternité

Pour développer notre cadre conceptuel, nous structurerons les variables selon leur rôle et leur influence sur la variable dépendante (l'âge à la première maternité). Le cadre inclura les relations hypothétiques entre ces variables, illustrant comment les déterminants socio-démographiques, comportementaux et environnementaux interagissent pour influencer les résultats.



2.3.1.1. Explications du Cadre Conceptuel

Premier rapport Sexuel : cette variable joue un rôle central dans la détermination de l'âge à la première maternité. Un début de vie sexuelle plus précoce augmente la probabilité d'une maternité précoce (Ahinkorah et al., 2021). Cet effet peut être amplifié ou atténué par le niveau d'instruction, l'âge au premier mariage ou union, les zones géographiques et le milieu de résidence. Par exemple, un accès accru à l'éducation sexuelle dans les écoles urbaines peut retarder la maternité même si l'âge au premier rapport sexuel est précoce (Ahinkorah et al., 2021).

Le milieu de résidence : le milieu de résidence (rural ou urbain) influence l'âge à la première maternité. Les normes culturelles et l'accès aux services de santé diffèrent entre les milieux ruraux et urbains, affectant ainsi le timing de la maternité (Tigabu et al., 2021). Le milieu de résidence peut aussi modérer les effets de l'âge au premier rapport sexuel, l'état matrimonial et le niveau d'instruction (Akanbi et al., 2021). Par exemple, les adolescentes et jeunes urbaines avec un bon accès aux services de santé et à l'éducation peuvent retarder la maternité.

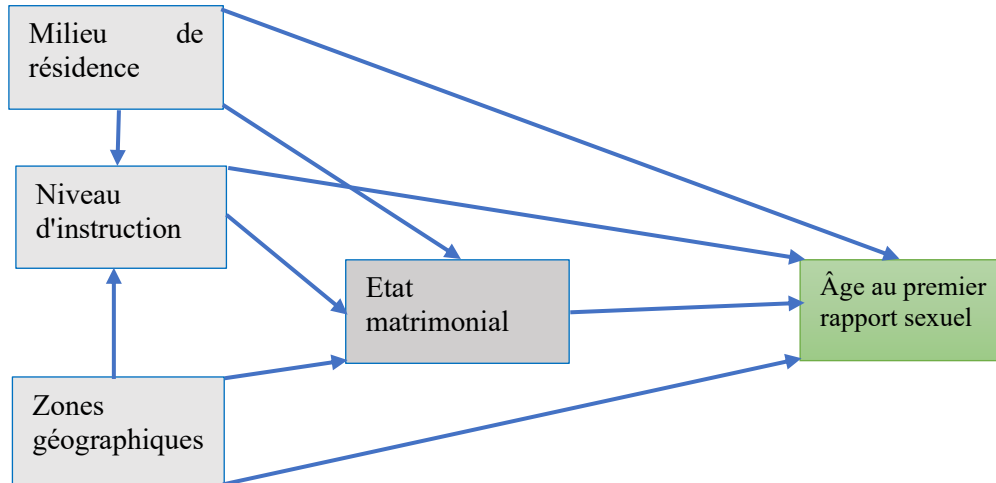
Le niveau d'instruction : un niveau d'instruction plus élevé est généralement associé à un âge plus avancé à la première maternité. Les adolescentes mieux instruites ont souvent plus d'informations sur la santé reproductive et des aspirations professionnelles et éducatives plus élevées (Asmamaw et al., 2023). Le niveau d'instruction peut influencer et être influencé par d'autres variables telles que l'âge au premier rapport sexuel, l'état matrimonial et le milieu de résidence (Asmamaw et al., 2023). Par exemple, une meilleure éducation peut réduire l'impact négatif d'un début précoce de la vie sexuelle.

La zones géographiques : les variations régionales influencent l'âge à la première maternité en raison des différences en termes de services de santé, d'éducation et de normes sociales. Les zones géographiques peuvent interagir avec l'état matrimonial, et le niveau d'instruction, créant des disparités régionales dans l'accès aux ressources et aux opportunités éducatives, et modifiant ainsi l'effet des autres variables sur la maternité précoce (Tigabu et al., 2021).

L'état matrimonial : un mariage ou une union précoce est directement associé à une maternité précoce en raison des attentes sociales de procréation dans le cadre du mariage ou de l'union. Cette variable interagit souvent avec l'âge au premier rapport sexuel, le milieu de résidence, les zones géographiques et le niveau d'instruction (Ahinkorah et al., 2021; Asmamaw et al., 2023). Par exemple, un mariage précoce couplé à un faible niveau d'instruction peut fortement augmenter le risque de maternité précoce.

2.3.2. L'âge au premier rapport sexuel

L'analyse des déterminants de l'âge au premier rapport sexuel chez les adolescents et jeunes est essentielle pour comprendre les facteurs influençant les grossesses précoces et très précoces.



2.3.2.1. Explication du Schéma Conceptuel

Le milieu de résidence : le lieu de résidence (rural ou urbain) influence l'accès à l'éducation, aux services de santé, et aux informations sur la santé sexuelle (Tigabu et al., 2021). Les adolescentes vivant en milieu rural peuvent avoir un accès limité à l'éducation, ce qui peut contribuer à un âge plus précoce au premier rapport sexuel, et à l'état matrimonial. Inversement, les adolescentes en milieu urbain ont généralement un meilleur accès à l'éducation, retardant ainsi le premier rapport sexuel.

La zones géographiques : les caractéristiques spécifiques des régions (telles que les taux de pauvreté, les infrastructures, et les traditions locales) influencent les comportements et les pratiques sexuelles. Les normes culturelles et socio-économiques spécifiques à certaines régions peuvent influencer à la fois le niveau d'instruction, l'âge au premier mariage et l'âge au premier rapport sexuel (Tigabu et al., 2021). Par exemple, dans certaines régions, les mariages précoces peuvent être courants, ce qui entraîne un début plus précoce de l'activité sexuelle.

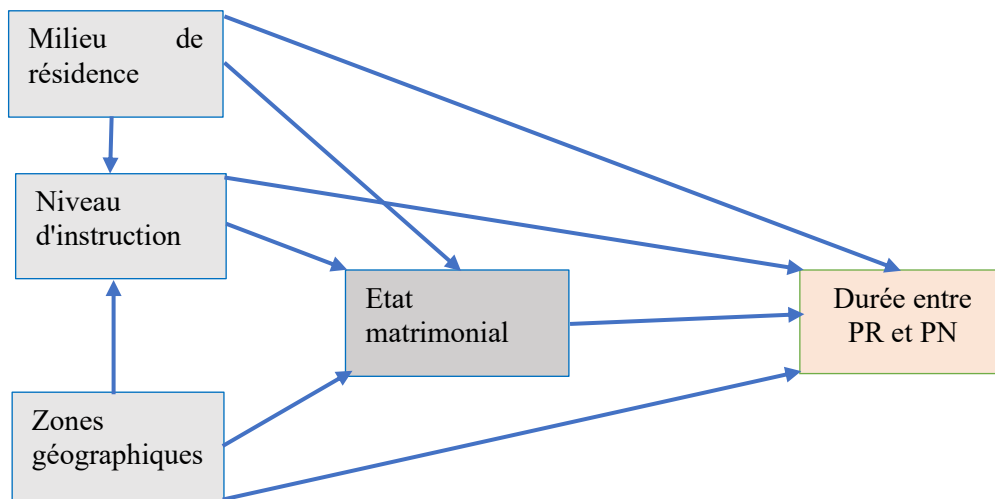
L'état matrimonial : les expériences antérieures de mariage ou d'union influencent directement l'âge au premier rapport sexuel. En milieu rural les mariages précoces sont plus fréquents (Ahinkorah et al., 2021; Asmamaw et al., 2023). Les attentes culturelles

en milieu rural peuvent ainsi pousser les adolescentes à se marier et à avoir des rapports sexuels plus tôt que leurs homologues urbaines.

Le niveau d'instruction : un niveau d'éducation plus élevé retarde souvent le premier rapport sexuel. Un niveau d'instruction plus élevé est souvent associé à un âge plus avancé au premier mariage, retardant ainsi le premier rapport sexuel (Asmamaw et al., 2023). Les adolescentes ayant un haut niveau d'instruction peuvent avoir des aspirations professionnelles et personnelles qui retardent leur entrée dans le mariage et la vie sexuelle.

2.3.3. Durée entre l'âge au premier rapport sexuel et l'âge à la première naissance

L'objectif de ce cadre conceptuel est d'analyser les facteurs influençant la durée entre l'âge au premier rapport sexuel (PR) et l'âge à la première naissance (PN) chez les adolescentes et jeunes en République Démocratique du Congo (RDC). Les variables indépendantes considérées sont le milieu de résidence, le niveau d'instruction, les zones géographiques, et l'âge au premier mariage ou union.



2.3.3.1. Explication du Schéma Conceptuel

Le milieu de résidence : le lieu de résidence (rural ou urbain) influence aussi bien le mariage que l'accès à l'éducation, aux services de santé, et aux informations sur la santé sexuelle (Tigabu et al., 2021). En milieu rural, les adolescentes peuvent avoir un accès

limité à l'éducation et aux services de santé, ce qui peut réduire l'utilisation des méthodes contraceptives et raccourcir la durée entre le premier rapport sexuel et la première naissance.

La zones Géographiques : les caractéristiques spécifiques des régions (telles que les taux de pauvreté, les infrastructures, et les traditions locales) influencent les comportements et les pratiques sexuelles. Certaines zones géographiques peuvent avoir des normes culturelles qui encouragent le mariage et les naissances précoces, tandis que d'autres peuvent offrir de meilleures opportunités éducatives et économiques (Tigabu et al., 2021).

Le niveau d'instruction : un niveau d'éducation plus élevé est généralement associé à une utilisation plus fréquente des méthodes contraceptives, retardant ainsi la première naissance après le début de l'activité sexuelle. Aussi un niveau d'instruction plus élevé est souvent associé à un âge plus avancé au premier mariage, ce qui peut prolonger la durée entre le premier rapport sexuel et la première naissance (Asmamaw et al., 2023). Les adolescentes et jeunes ayant un haut niveau d'instruction peuvent avoir des aspirations professionnelles et personnelles qui retardent leur entrée dans le mariage et la procréation.

L'état matrimonial : un mariage ou une union précoce est souvent associé à des attentes immédiates de procréation (Ahinkorah et al., 2021; Asmamaw et al., 2023), raccourcissant ainsi la durée entre le premier rapport sexuel et la première naissance.

2.4. Méthodologie

Cette section détaille les méthodes d'analyse utilisées dans notre mémoire. Après avoir exposé les données de manière précise, nous expliquerons les différentes approches que nous utiliserons pour analyser ces données.

2.4.1. Littérature scientifique

Une exploration de la littérature scientifique révèle une diversité de méthodologies utilisées dans l'étude des grossesses chez les adolescentes et jeunes à travers différents pays. Ces travaux ont utilisé diverses méthodes statistiques telles que des analyses descriptives, des tests du chi-carré, des régressions logistiques bivariées et

multivariées, ainsi que des analyses multiniveaux (Ayanaw Habitu et al., 2018; Gillet et al., 2011; Zemene et al., 2024). Ils ont souvent suivi des approches hypothético-déductives pour concevoir et analyser les données. Les variables de résultats étudiées sont principalement binaires ou dichotomisées, comme la présence ou l'absence de grossesse chez les adolescentes et jeunes, ce qui justifie l'utilisation de la régression logistique (Houfort & Laurent, 2020; Jonas et al., 2016; Kaphagawani & Kalipeni, 2017; Lopes et al., 2020; Ochen et al., 2019). Les analyses examinent également les tendances temporelles des grossesses adolescentes et jeunes et les facteurs individuels, familiaux et communautaires associés (Lopes et al., 2020; Ochen et al., 2019).

Plusieurs autres études utilisent la régression logistique pour analyser les grossesses chez les adolescentes et jeunes. Ce modèle convient à différents types de données, comme les données multinomiales, ordinales et binaires (Jajang et al., 2022; Lowe & Rojas, 2021). La régression logistique ordinaire est souvent choisie pour analyser les relations entre les facteurs explicatifs et les variables dépendantes ordonnées, surtout lorsque ces dernières ont un ordre spécifique (Maravilla et al., 2017; Mebetu et al., 2021). Ces études examinent différents sujets, comme le poids à la naissance et les premiers rapports sexuels (Alemayehu et al., 2024; Allahyari, 2021; Shumba et al., 2023). Elles utilisent également d'autres méthodes statistiques comme la régression logistique multivariée, ainsi que des tests chi-carré et des analyses de corrélation (Maravilla et al., 2017; Mebetu et al., 2021). Ces recherches montrent que la régression logistique est utile pour comprendre les causes des grossesses chez les adolescentes et jeunes.

Cependant, bien que ces méthodes offrent une analyse transversale, elles ne permettent pas une exploration approfondie des dynamiques temporelles. Dans les cas où les données le permettent, il est plus judicieux d'adopter des méthodes de modélisation biographique (Ancelle, 2017; A.-L. Bertrand, 2019; Dabis & Desenclos, 2017; Meslé et al., 2011). C'est ainsi que dans certains travaux de recherche, cette approche est privilégiée. Elle commence par une analyse minutieuse du traitement conceptuel et pratique du temps dans la gestion des données. Ensuite, une gamme de méthodes d'analyse, allant de descriptives à causales, est présentée (Beauchemin & Schoumaker, 2016; A.-L. Bertrand, 2019). Une attention particulière est accordée aux modèles à temps discret, tout en abordant d'autres approches pertinentes (A.-L. Bertrand, 2019).

Cette méthodologie permet de modéliser la probabilité d'occurrence d'un événement spécifique au fil du temps en fonction de différentes variables indépendantes (Ancelle, 2017; A.-L. Bertrand, 2019; Dabis & Desenclos, 2017).

L'analyse de survie est une méthode biographique empirique permettant d'explorer les antécédents d'un événement d'intérêt en examinant le temps écoulé jusqu'à sa survenue, comme par exemple l'identification des facteurs liés au risque d'apparition d'un tel événement (Woo et al., 2023). Dans de nombreuses études, le modèle des risques proportionnels de Cox (PH) a été largement utilisé pour les analyses de survie (Woo et al., 2023). Sa popularité découle en grande partie du fait qu'il n'est pas nécessaire de pré spécifier la forme exacte de la fonction de risque (Woo et al., 2023). Cependant, le modèle de Cox repose sur l'hypothèse que les effets des variables indépendantes sur la variable dépendante restent constants au fil du temps de survie, ce qu'on appelle l'hypothèse de proportionnalité (Woo et al., 2023). En d'autres termes, les coefficients des variables indépendantes doivent demeurer stables pendant la période des survies (Woo et al., 2023).

2.4.2. Méthodes d'analyse

Notre analyse se concentre sur un sous-échantillon des adolescentes et jeunes âgées de 24 ans ou moins (RDC/UNICEF, 2020). Il y a une bonne proportion des adolescentes et jeunes qui n'ont jamais eu de rapport sexuel dans cet échantillon, elle représente 28,88% (voir Tableau 2) de notre l'échantillon (RDC/UNICEF, 2020). Nous disposons d'un échantillon de 8863 adolescentes et jeunes. Parmi elles, 3687 ont déjà vécu une première naissance (voir Tableau 2) (RDC/UNICEF, 2020).

Tableau 2: Age au premier rapport sexuel et naissance

Age au premier rapport sexuel	Naissance		Total (%)
	Oui	Non	
N'a jamais eu de rapport	19	2541	28,88
8	7	13	0,23
9	9	13	0,25
10	24	23	0,53
11	48	21	0,78
12	228	118	3,9
13	373	194	6,49
14	626	381	11,36
15	874	574	16,34
16	572	451	11,54
17	371	341	8,03
18	254	249	5,68
19	114	94	2,35
20	53	66	1,34
21	24	16	0,45
22	8	7	0,17
23	5	4	0,1
24	-	1	0,01
Première fois dans le mariage	127	19	1,65
Total	3737	5126	100

Source : Nous-mêmes à partir de données MICS-Palu, RDC, 2017-2018.

C'est une étude descriptive et analytique visant à tester les associations entre certaines variables. Il faudra montrer les déterminants de grossesses précoces et très précoces ainsi que les liens qui existent entre certains facteurs individuels, environnementaux, socioéconomiques et culturels et les grossesses précoces et très précoces chez les adolescentes et jeunes. Il ne s'agit pas de la compréhension d'un phénomène nouveau mais de voir les déterminants et la relation qui existe entre des variables indépendantes et les variables dépendantes. Nous utiliserons des analyses bivariées et multivariées pour identifier les causalités. L'analyse descriptive des données décrira l'échantillon d'adolescentes et jeunes en se basant sur des caractéristiques sociodémographiques et reproductives ; une analyse exploratoire nécessaire et préalable à une étude de causalité. Des test statistiques seront réalisés entre les variables d'analyse.

Concrètement, afin de mieux comprendre les comportements sexuels des adolescentes et jeunes et d'évaluer la significativité des tendances, nous ferons des analyses exploratoires de chacune des variables, suivies d'analyses descriptives portant sur les tendances de grossesses chez les adolescentes et jeunes, pour obtenir une vue

d'ensemble des différences de caractéristiques. Nous examinerons les fréquences et considérerons les intervalles de confiance à 95 %, ainsi que les valeurs de p inférieures à 0,05. Les analyses bivariées (des tests du khi-carré) seront menées pour examiner les associations entre les premières grossesses chez les adolescentes et jeunes et les variables individuelles ainsi qu'environnementales sélectionnées (Masuy-Stroobant & Costa, 2013; Zemene et al., 2024). Pour cela, nous allons d'abord réaliser l'analyse bivariée par régression de Cox et le test de Wald, ensuite les courbes de l'estimation de survie de Kaplan-Meier. En examinant les courbes en escalier de l'estimation de survie de Kaplan-Meier, nous allons identifier les moments où le risque est le plus élevé en repérant les segments, et en comparant les variations des pentes.

L'analyse multivariée repose aussi sur une approche biographique, en particulier le modèle de Cox. Cette analyse nous permettra d'identifier les effets nets de chaque variable explicative. Nous utiliserons la méthode de Cox, également connue sous le nom de modèle de risques proportionnels de Cox (Woo et al., 2023), pour analyser les facteurs liés au laps de temps entre le premier rapport sexuel et la première naissance chez les adolescentes et jeunes de notre échantillon en République Démocratique du Congo (RDC). En outre, nous examinerons les facteurs influençant aussi bien l'âge au premier rapport sexuel que l'âge à la première naissance ainsi que la durée entre ces deux événements chez les adolescentes et jeunes, car ces variables sont essentielles pour comprendre les dynamiques reproductives des jeunes mères dans ce contexte. Cette méthode nous permettra d'étudier comment différents facteurs influent sur le risque de première naissance à différents stades de la vie.

La méthode de Cox est particulièrement adaptée pour modéliser les événements de survie où le temps jusqu'à l'occurrence d'un événement est crucial (Ancelle, 2017; Dabis & Desenclos, 2017; Meslé et al., 2011), comme dans notre cas où nous nous intéressons au temps entre le premier rapport sexuel et la première naissance mais aussi du début de la sexualité à la survenue de la première naissance. Elle prend en compte à la fois la durée entre le début de l'étude et l'événement (temps de suivi) et la censure des données, c'est-à-dire le fait que certains individus n'aient pas encore vécu l'événement à la fin de l'étude (Woo et al., 2023). Cette approche statistique nous permettra d'évaluer l'impact des variables telles que l'âge au premier rapport sexuel (premier rapport sexuel), le niveau d'instruction, le statut matrimonial, le milieu de résidence, et la zone géographique sur la première maternité et sur ce laps de temps.

En considérant cette durée, l'âge au premier rapport sexuel et l'âge à la maternité, nous pourrions étudier de manière dynamique comment différents facteurs influent sur le risque de première naissance à différents stades de la vie des adolescentes et jeunes de notre échantillon en RDC.

Nous avons transformé la structure de notre base de données pour l'adapter à une analyse biographique, plus appropriée pour les données longitudinales et non aux données transversales. Certaines variables ont été transformées en variables qui varient dans le temps. Pour toutes nos variables, nous avons adopté l'hypothèse de l'antériorité de l'effet sur la cause. En vertu de ce principe de causalité et de l'hypothèse adoptée, nous avons pris en compte l'antériorité de l'effet sur la cause dans nos censures.

Nous réaliserons d'abord l'estimation de survie de Kaplan-Meier afin d'identifier les moments où le risque de grossesse est le plus élevé ensuite le modèle de Cox. Nous utiliserons principalement les logiciels Stata et Excel pour analyser les données, avec une contribution mineure de R. Voici la formule de Cox (Ancelle, 2017; Dabis & Desenclos, 2017):

$$h(t, x) = h_0(t) \cdot \exp(\beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_p x_p) \quad (1)$$

Où (Dabis & Desenclos, 2017) :

- $h(t, x)$ est le risque instantané à un temps t pour un individu avec un ensemble de caractéristiques x ;
- $h_0(t)$ est la fonction de risque sous-jacente à un temps t , qui représente le risque de l'événement à un temps t pour un individu avec toutes les caractéristiques explicatives x_i égales à zéro ;
- $\beta_1, \beta_2, \dots, \beta_p$ sont les coefficients de régression qui mesurent l'effet de chaque variable explicative x_i sur le risque instantané, et x_1, x_2, \dots, x_p sont les valeurs des variables explicatives correspondantes pour un individu donné.

Chapitre 3: Analyse descriptive et exploratoire de données

3.1. Introduction⁴

Ce chapitre se concentre sur une analyse descriptive et exploratoire des données concernant la fécondité des adolescentes et jeunes femmes de notre échantillon en République Démocratique du Congo (RDC). L'objectif principal de cette analyse est de dresser un portrait détaillé de la situation en mettant en lumière les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon, la distribution des variables clés, et les relations potentielles entre chaque variable dépendante et les variables indépendantes.

Nous entamerons notre analyse par une approche univariée, en examinant les distributions des variables dépendantes ainsi que des variables indépendantes. Ensuite, nous explorerons les relations entre les variables dépendantes et les variables indépendantes à l'aide d'une analyse bivariée. Cette étape nous permettra d'évaluer les associations entre les différentes variables et d'identifier les tendances émergentes. Nous utiliserons le test de dépendance de log-Rank pour examiner la significativité et les associations. Il est important de noter que cette analyse descriptive et exploratoire des données constitue une étape préalable essentielle pour les analyses multivariées à venir visant à mieux comprendre les déterminants de la fécondité chez les adolescentes et jeunes en RDC.

3.2. Analyse univariée

Dans cette section, les variables pertinentes sont utilisées pour explorer et décrire différents aspects des comportements sexuels, de la reproduction, du mariage, de l'éducation, de l'utilisation des contraceptifs, des disparités géographiques et le profil des participantes. Cette approche nous permet d'avoir une image globale et approfondie des déterminants des grossesses précoces et très précoces chez les adolescentes et jeunes en RDC.

⁴ Note : Veuillez noter que la pondération est appliquée dans nos analyses.

3.2.1. Caractéristiques des adolescentes et jeunes

3.2.1.1. Profil des adolescentes et jeunes : Âge et milieu de résidence

Le tableau suivant présente la répartition de l'âge et du milieu de résidence des adolescentes et des jeunes de notre échantillon.

Tableau 3: Catégories d'âge et milieu de résidence des adolescentes et jeunes

Âge des adolescentes et jeunes	Effectif	%
De 15 à 17 ans	2918	32,9
De 18 à 19 ans	2157	24,3
De 20 à 24 ans	3788	42,7
Total	8863	100
Milieu de résidence	Effectif	%
Urbain	4520	50,9
Rural	4343	49,0
Total	8863	100

Source : Nous-mêmes à partir de données MICS-Palu, RDC, 2017-2018.

Les jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans représente la plus grande proportion de l'échantillon, soit près de 43% (voir Tableau 3). Cette prédominance suggère une participation significative de jeunes femmes plus âgées dans l'étude, ce qui pourrait influencer les résultats dans divers aspects. Cependant, malgré cette prévalence, l'âge moyen de l'échantillon est de 19,1 ans. Cela indique une répartition équilibrée des participantes à travers les différentes tranches d'âge. Toutefois, l'âge médian de 19 ans révèle une légère asymétrie vers les âges plus jeunes par rapport à la moyenne.

En ce qui concerne le milieu de résidence, les résultats indiquent qu'au moment de l'enquête, une représentation presque égale des adolescentes et jeunes urbaines et rurales, avec une légère majorité des adolescentes et jeunes urbaines, représentant près de 51% de l'échantillon (voir Tableau 3). Cette diversité renforce la robustesse des conclusions qui seront tirées concernant les déterminants des grossesses précoces et très précoces chez les adolescentes et jeunes de notre échantillon.

3.2.1.2. Comportements sexuels et reproductive des adolescentes et jeunes

Dans cet échantillon, la moyenne d'âge au premier rapport sexuel est de 15,5 ans et l'âge médian au premier rapport sexuel est de 15 ans. L'âge minimum au premier rapport sexuel est de 8 ans, tandis que l'âge maximum est de 24 ans, illustrant une

grande variabilité dans les expériences sexuelles des adolescentes et jeunes dans l'échantillon étudié.

Tableau 4: Âge au premier rapport sexuel, première naissance et âge à la première naissance chez les adolescentes et jeunes

Âge au premier rapport sexuel	Effectif	%
De 8 à 14 ans	1804	22,3
De 15 à 17 ans	3202	36,1
De 18 à 19 ans	797	8,9
De 20 à 24 ans	216	2,4
NA	2844	32,0
Total	8863	100
Première naissance		
Oui	3330	37,6
Non	5533	62,4
Total	8863	100
Âge à la première naissance		
De 10 à 14 ans	257	2,9
De 15 à 17 ans	1377	15,5
De 18 à 19 ans	964	10,8
De 20 à 24 ans	693	7,8
NA	5571	62,8
Total	8863	100
Source : Nous-mêmes à partir de données MICS-Palu, RDC, 2017-2018.		

Ces données mettent en lumière une proportion élevée des premiers rapports sexuels chez les adolescentes et jeunes âgées de 15 à 17 ans soit 36,1% (voir Tableau 4), suivie par une diminution significative dans les tranches d'âge supérieures. Au moment de l'enquête, dans notre échantillon, 37,6% des adolescentes et jeunes filles ont déjà accouché d'un enfant né vivant, tandis que 62,4% n'ont pas encore donné naissance (voir Tableau 4).

L'analyse des données révèle également que l'âge moyen des adolescentes et jeunes à leur première naissance est de 17,6 ans, avec un écart-type de 2,2. Cette moyenne témoigne d'une certaine variabilité dans l'âge des mères à leur première naissance dans l'échantillon étudié.

En examinant la répartition par catégories d'âge à la première naissance, il apparaît que la plus grande proportion d'adolescentes et jeunes de notre échantillon ont leur première naissance entre 15 et 19 ans (voir Tableau 4). Plus précisément, 15,5% des

premières naissances surviennent entre 15 et 17 ans, tandis que 10,8% se produisent entre 18 et 19 ans (voir Tableau 4). Cette répartition met en lumière la diversité des expériences de maternité précoce dans l'échantillon étudié.

Les données indiquent que l'âge médian à la première naissance pour les adolescentes et jeunes femmes de l'échantillon est de 18 ans, ce qui signifie que la moitié d'entre elles ont eu leur premier enfant avant cet âge. Les quartiles montrent une variabilité, avec 25% des naissances survenues à l'âge de 16 ans ou moins et 25% à l'âge de 19 ans ou plus. Globalement, ces résultats montrent une variabilité significative dans les âges auxquels les adolescentes et jeunes commencent leur parcours de maternité.

3.2.1.3. Mariage ou union des adolescentes et jeunes

L'âge des adolescentes et jeunes au premier mariage ou union varie de manière étendue, allant de 9 à 24 ans, avec une moyenne de 16,8 ans. La distribution montre que la majorité des premiers mariages ou unions se produisent avant l'âge de 20 ans, avec 75% des cas se situant avant l'âge de 18 ans.

Tableau 5: Âge des adolescentes et jeunes au premier mariage ou union

Âge au premier mariage/union	Effectif	%
De 9 à 14 ans	551	6,2
De 15 à 17 ans	1390	15,6
De 18 à 19 ans	808	9,1
De 20 à 24 ans	462	5,2
NA	5651	63,7
Total	8863	100
Source : Nous-mêmes à partir de données MICS-Palu, RDC, 2017-2018.		

La répartition des adolescentes et jeunes selon leur âge au premier mariage ou union de cet échantillon révèle des pourcentages significatifs observés dans les tranches d'âge de 15 à 19 ans. Notamment, 15,6% des cas se situent entre 15 et 17 ans, et 9,1% entre 18 et 19 ans (voir Tableau 5). Cependant, une proportion non négligeable (6,2%) concerne les adolescentes et jeunes âgées de 9 à 14 ans, ce qui souligne la persistance des mariages ou unions précoces dans l'échantillon.

3.2.1.4. Éducation et scolarité des adolescentes et jeunes

Le graphique ci-après présente les niveaux d'instruction atteints dans le passé par les adolescentes et les jeunes de notre échantillon.

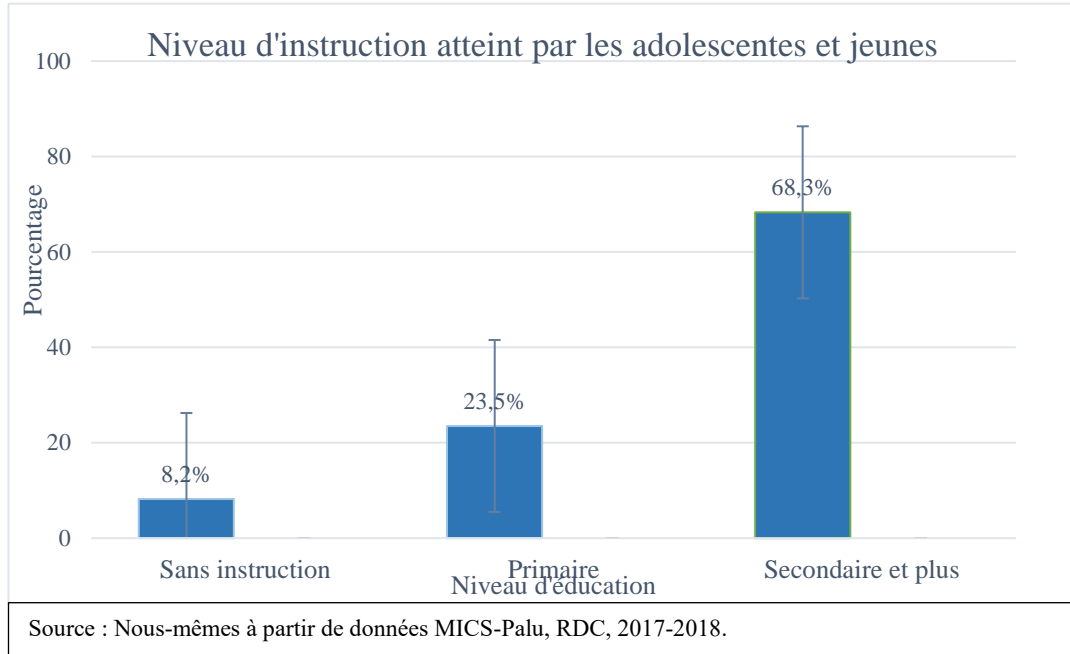


Figure 5: Niveau d'instruction des adolescentes et jeunes

Les données fournies révèlent des informations importantes sur le niveau d'instruction atteint dans le passé par les adolescentes et jeunes femmes incluses dans notre échantillon. Au moment de l'enquête, 8,2% de ces jeunes déclarent qu'elles n'ont pas reçu d'instruction formelle, parallèlement, près d'un quart (23,48%) ont déclaré au moment de l'enquête qu'elles avaient atteint un niveau d'instruction primaire (voir Figure 5). La majorité des adolescentes et jeunes femmes de l'échantillon, soit environ 68,28%, ont atteint au moins le niveau secondaire d'éducation ou un niveau d'éducation supérieur.

3.2.1.5. Utilisation de contraceptifs chez les adolescentes et jeunes

Le Tableau 6 nous permet d'avoir une idée sur l'usage des méthodes contraceptives par les adolescentes et les jeunes de notre échantillon au moment de l'enquête.

Tableau 6: Avoir déjà utilisé une méthode pour éviter une grossesse

Avoir déjà utilisé une méthode pour éviter une grossesse	Effectif	%
Oui	525	5,9
Non	6584	74,8
NA	1687	19,1
Total	8796	100

Source : Nous-mêmes à partir de données MICS-Palu, RDC, 2017-2018.

Parmi les adolescentes et jeunes incluses dans l'échantillon, une faible proportion de 5,9% déclare au moment de l'enquête avoir déjà utilisé une méthode pour éviter une grossesse (l'utilisation de la contraception). Cela suggère une prise de conscience de la planification familiale parmi une partie de cette population. Cependant, la grande majorité, soit 74,8% (voir Tableau 6), déclare n'avoir jamais utilisé de méthode contraceptive.

3.2.1.6. Disparités géographiques des adolescentes et jeunes

La figure 6 nous renseigne sur les zones géographiques des adolescentes et jeunes de notre échantillon.

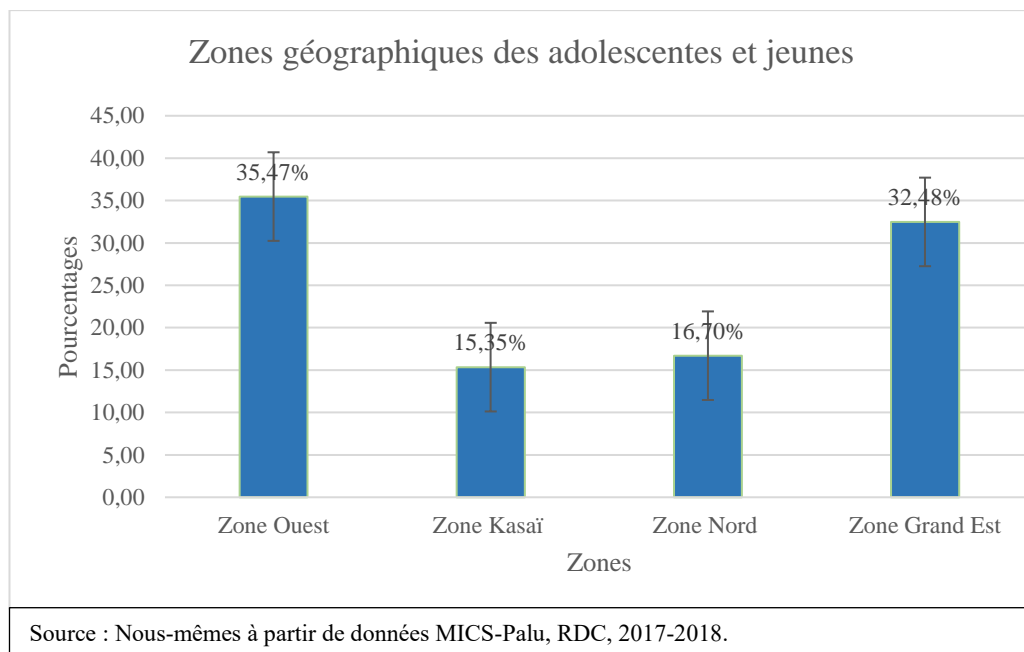


Figure 6: Zones géographiques des adolescentes et jeunes

La zone Ouest représente la plus grande proportion des adolescentes et jeunes étudiées, avec 35,4% de l'échantillon provenant de cette région (voir Figure 6). Cette concentration relativement élevée pourrait indiquer une densité de population plus importante dans la zone Ouest de la RD. La zone Grand Est représente également une part significative de l'échantillon, avec 32,4% des adolescentes et jeunes étudiées, ce qui en fait la deuxième région la plus représentée (voir Figure 6). Ensuite, la zone Nord constitue la troisième région la plus représentée, avec 16,7% des sujets étudiés (voir Figure 6). Cette proportion met en lumière l'importance de la région Nord dans le contexte de l'étude sur les grossesses précoces et très précoces chez les adolescentes et jeunes en RDC. La zone Kasai, bien qu'ayant une représentation moindre par rapport aux autres régions, reste significative avec 15,3% des adolescentes et jeunes étudiées (voir Figure 6).

3.3. Analyse bivariée

Après l'analyse descriptive, cette section se concentre sur l'examen des associations bivariées entre nos diverses variables indépendantes et nos variables dépendantes chez les adolescentes et jeunes de notre échantillon en République Démocratique du Congo (RDC). Identifier ces associations est crucial pour comprendre les déterminants des grossesses précoces et très précoces dans cette population.

Pour étudier les déterminants de la première grossesse ayant abouti à un enfant né vivant chez les adolescentes et jeunes de notre échantillon en République Démocratique du Congo (RDC), il est pertinent de se concentrer sur les variables suivantes : l'âge au premier rapport sexuel (activité sexuelle), l'âge au premier mariage ou union (état matrimonial), le milieu de résidence (urbain/rural), le niveau d'instruction et la zone géographique. Les variables choisies offrent une perspective des déterminants sociaux, démographiques et comportementaux qui influenceraient la survenue de la première grossesse chez les adolescentes et jeunes en RDC.

L'âge au premier rapport sexuel et au premier mariage ou union sont des indicateurs essentiels du début de l'activité sexuelle et de la vie conjugale, associés à un risque accru de grossesse précoce. Le milieu de résidence et le niveau d'instruction fournissent un contexte socio-culturel et économique qui influence les comportements reproductifs et l'accès à l'information sur la contraception. Les zones géographiques

permettent de comprendre les disparités régionales en termes d'éducation et de normes sociales. En combinant ces variables, nous pouvons identifier les déterminants majeurs de la première grossesse chez les adolescentes et jeunes en RDC.

3.3.1. Variables associées à l'âge au premier rapport sexuel

Dans cette section, nous allons examiner les variables qui pourraient être associées à l'âge au premier rapport sexuel chez les adolescentes et les jeunes de notre échantillon.

Tableau 7: Variables associées à l'âge au premier rapport sexuel

Variabiles (p-valeur ⁵)	Rap de risque	Std. err.	Wald chi2	P> z	[95% IC]
État matrimonial (***)	4,355	0,247	674,82	0,000	3,897-4,866
Milieu de résidence (***)	1,547	0,061	122,37	0,000	1,432-1,671
Niveau d'instruction (***)	0,975	0,003	74,46	0,000	0,969-0,980
Zone géographique	1,003	0,016	0,03	0,856	0,972-1,035

Source : Nous-mêmes à partir de données MICS-Palu, RDC, 2017-2018.

L'analyse bivariée réalisée par régression de Cox a mis en évidence une association significative entre l'état matrimonial des adolescentes et jeunes de notre échantillon en RDC et leur risque d'avoir un premier rapport sexuel. L'intervalle de confiance à 95% (compris entre 3,90 et 4,87) (voir Tableau 7) est relativement étroit, ce qui souligne la force de cette association. Cela renforce également la précision de l'estimation, indiquant une probabilité très élevée que le véritable effet de l'état matrimonial sur le risque d'avoir un premier rapport sexuel se situe dans cet intervalle. Ce constat valide la pertinence de cette association.

Le test de Wald, avec un chi2 de 674,82 et une p-valeur inférieure à 0,0001 (voir Tableau 7), confirme la significativité statistique de cette association. La valeur extrêmement élevée du chi2, accompagnée d'une p-valeur quasi nulle, démontre que l'effet observé n'est pas dû au hasard, mais qu'il s'agit d'une relation significative et importante du point de vue statistique (voir graphique annexe 1). Ces résultats

⁵ Note : Si $p < 0,05$, utilisez une étoile (*). Si $p < 0,01$, utilisez deux étoiles (**). Si $p < 0,001$, utilisez trois étoiles (***)

soulignent l'impact majeur de l'état matrimonial sur le risque d'avoir un premier rapport sexuel chez les adolescentes et jeunes de notre échantillon.

Concernant le milieu de résidence, nos analyses montrent une association significative entre le milieu de résidence des adolescentes et jeunes de notre échantillon en RDC et leur risque d'avoir un premier rapport sexuel. L'intervalle de confiance à 95%, compris entre 1,43 et 1,67 (voir Tableau 7), indique une estimation précise, ce qui renforce la fiabilité de l'association observée.

Le test de Wald a révélé un χ^2 de 122,37, avec une p-valeur inférieure à 0,0001. Cette valeur élevée de χ^2 (voir Tableau 7) indique que l'association entre le milieu de résidence et le risque d'avoir un premier rapport sexuel est hautement significative d'un point de vue statistique (voir graphique annexe 1). Autrement dit, il est très improbable que cet effet soit dû au hasard, ce qui confère une confiance aux résultats obtenus.

À propos du niveau d'instruction, nos analyses ont révélé une association significative entre le niveau d'instruction des adolescentes et jeunes de notre échantillon en RDC et leur risque d'avoir un premier rapport sexuel. L'intervalle de confiance à 95%, compris entre 0,969 et 0,980 (voir Tableau 7), est très étroit, ce qui indique une estimation précise et renforce la fiabilité de l'association observée entre le niveau d'instruction et le risque d'avoir un premier rapport sexuel.

Le test de Wald a révélé un χ^2 de 74,46, avec une p-valeur inférieure à 0,0001. Bien que ce χ^2 soit plus faible que ceux observés pour les autres variables indépendantes (voir Tableau 7), il reste suffisamment élevé pour indiquer que l'association entre le niveau d'instruction et le risque d'avoir un premier rapport sexuel est hautement significative d'un point de vue statistique, il est très improbable que cet effet soit dû au hasard (voir graphique annexe 1).

En observant la zone géographique, nos analyses n'ont pas révélé d'association significative entre la zone géographique des adolescentes et jeunes de notre échantillon en RDC et leur risque d'avoir un premier rapport sexuel. L'intervalle de confiance à 95%, compris entre 0,971 et 1,035, est relativement large (voir Tableau 7), ce qui indique une incertitude autour de l'estimation de l'effet de la zone géographique sur le risque d'avoir un premier rapport sexuel.

Le test de Wald a révélé un chi2 de 0,03 avec une p-valeur de 0,856, bien au-dessus du seuil de 0,05. Cette très faible valeur de chi2 et la p-valeur élevée (voir Tableau 7) indiquent clairement que l'association entre la zone géographique et le risque d'avoir un premier rapport sexuel n'est pas statistiquement significative (voir graphique annexe 1).

Les analyses bivariées que nous avons réalisées jusqu'à présent ont mis en lumière certaines associations entre les variables indépendantes et l'âge au premier rapport sexuel chez les adolescentes et jeunes de notre échantillon en RDC. Cependant, pour comprendre pleinement l'impact de chacune de ces variables, il est essentiel de les examiner dans un cadre multivarié. Les analyses multivariées que nous entreprendrons permettront de contrôler l'effet des autres variables, et ainsi de déterminer la véritable implication de chaque facteur sur l'âge au premier rapport sexuel.

3.3.2. Variables associées à l'âge à la première maternité

Dans cette section, nous examinons les variables qui pourraient être associées à l'âge de la première maternité chez les adolescentes et jeunes de notre échantillon.

Tableau 8: Variables associées à l'âge de la mère à la première naissance

Variabiles (p-valeur ⁶)	Rap de risque	Std. err.	Wald chi2	P> z	[95% IC]
Milieu de résidence (***)	1,856	0,105	117,97	0,000	1,660-2,076
Niveau d'instruction (***)	0,958	0,003	163,17	0,000	0,951-0,964
État matrimonial (***)	12,683	0,781	1701,9	0,000	11,24-14,31
Zone géographique (***)	1,093	0,025	15,18	0,000	1,045-1,143
Rapport sexuel (***)	6,872	0,584	162,158	0,000	5,816-8,120
Usage contraception	1,004	0,061	0,00	0,943	0,891-1,131

Source : Nous-mêmes à partir de données MICS-Palu, RDC, 2017-2018.

Les résultats des analyses bivariées montrent une association statistiquement significative entre le milieu de résidence des adolescentes et jeunes de notre échantillon en RDC et leur âge à la première naissance. L'intervalle de confiance à

⁶ Note : Si $p < 0,05$, utilisez une étoile (*). Si $p < 0,01$, utilisez deux étoiles (**). Si $p < 0,001$, utilisez trois étoiles (***)

95% de 1,660 à 2,076 est relativement étroit (voir Tableau 8), ce qui renforce la précision de cette estimation. La valeur élevée du chi2 de 117,97 et la p-valeur inférieure à 0,0001 indiquent que cette association est statistiquement significative (voir graphique annexe 2).

Concernant le niveau d'instruction, les résultats montrent également une association significative avec l'âge de la mère à la première maternité. L'intervalle de confiance à 95% est compris entre 0,951 et 0,964 (voir Tableau 8), ce qui indique une bonne estimation de l'effet. La valeur du chi2 de 163,17, associée à une p-valeur inférieure à 0,0001, confirme que cette relation est statistiquement significative. Ces résultats suggèrent que des niveaux plus élevés d'instruction sont associés à une diminution du risque de maternité précoce, ce qui souligne l'importance de l'éducation dans le retardement de la première maternité (voir graphique annexe 2).

Les analyses révèlent aussi une forte association entre l'état matrimonial des adolescentes et jeunes de notre échantillon et leur âge à la première maternité. L'intervalle de confiance à 95% de 11,241 à 14,310, associé à une valeur de chi2 très élevée de 1701,91 et une p-valeur inférieure à 0,0001 (voir Tableau 8), indique que cette association est très significative d'un point de vue statistique. Cela suggère que l'état matrimonial est un déterminant majeur de la maternité précoce, avec un impact significatif sur le moment de la première maternité (voir graphique annexe 2).

L'analyse de l'effet de la zone géographique sur l'âge à la première naissance montre une association statistiquement significative. L'intervalle de confiance à 95% s'étend de 1,045 à 1,143 (voir Tableau 8), indiquant une estimation précise de l'effet. La valeur du chi2 de 15,18, avec une p-valeur de 0,0001, confirme la significativité de cette association. Bien que l'effet soit moins prononcé comparé à d'autres variables, il suggère que la zone géographique joue un rôle dans l'âge de la maternité (voir graphique annexe 2).

Les résultats montrent également une association très significative entre les comportements sexuels et l'âge de la mère à la première maternité. L'intervalle de confiance à 95% de 5,816 à 8,120 et la valeur du chi2 très élevée de 512,76, avec une p-valeur inférieure à 0,0001 (voir Tableau 8), indiquent que cette relation est fortement significative. Cela suggère que les comportements sexuels sont un facteur déterminant important de l'âge de la première maternité, avec un impact notable sur la maternité

précoce (voir graphique annexe 2). Ces résultats confirment notre première hypothèse selon laquelle il y a une association significative entre le premier rapport sexuel et la première maternité.

Pour avoir une idée sur la contraception, les résultats montrent que l'utilisation déclarée de contraceptifs au moment de l'enquête n'a pas d'effet significatif sur l'âge à la première naissance ou maternité. L'intervalle de confiance à 95% de 0,891 à 1,132 et la valeur très basse du chi2 de 0,00, avec une p-valeur de 0,944 (voir Tableau 8), indiquent que cette relation n'est pas statistiquement significative. Ainsi, l'utilisation de la contraception ne semble pas influencer de manière notable l'âge de la première maternité dans cet échantillon.

Les analyses bivariées ont révélé des associations significatives entre chaque variable indépendante et l'âge à la première naissance. Les analyses multivariées ultérieures nous permettront de préciser les véritables effets de chaque variable, en tenant compte des influences combinées et des interactions entre les facteurs.

3.3.3. Variables associées à la durée entre l'âge au premier rapport sexuel et l'âge à la première naissance

Dans cette section, nous allons explorer les variables susceptibles d'être associées à la durée entre l'âge au premier rapport sexuel et l'âge à la première naissance chez les adolescentes et les jeunes de notre échantillon.

Tableau 9: Variables associées à la durée entre l'âge au premier rapport sexuel et l'âge à la première naissance

Variabiles (p-valeur ⁷)	Rap de risque	Std. err.	Wald chi2	P> z	[95% IC]
Milieu de résidence (***)	1,466	0,091	37,89	0,000	1,297-1,656
Niveau d'instruction (***)	0,974	0,003	55,09	0,000	0,968-0,981
État matrimonial (***)	6,367	0,388	920,44	0,000	5,649-7,176
Zone géographique (***)	1,114	0,028	17,59	0,000	1,059-1,173

Source : Nous-mêmes à partir de données MICS-Palu, RDC, 2017-2018.

⁷ Note : Si $p < 0,05$, utilisez une étoile (*). Si $p < 0,01$, utilisez deux étoiles (**). Si $p < 0,001$, utilisez trois étoiles (***)

L'analyse montre une association statistiquement significative entre le milieu de résidence et la durée entre le premier rapport sexuel et la première naissance chez les adolescentes et jeunes de notre échantillon en RDC. Le test de Wald est particulièrement révélateur, avec une valeur de χ^2 de 37,89 et une p-valeur inférieure à 0,0001 (voir Tableau 9), indiquant que cette association n'est probablement pas due au hasard. L'intervalle de confiance à 95% (1,297 à 1,656) ne chevauchant pas la valeur 1, confirme que le milieu de résidence influence cette durée, suggérant que les différences de contexte rural ou urbain (voir annexe 3) pourraient jouer un rôle important dans le délai avant la première maternité.

L'association entre le niveau d'instruction et la durée entre le premier rapport sexuel et la première naissance est également significative chez les adolescentes et jeunes de notre échantillon. Le test de Wald rapporte un χ^2 de 55,09 avec une p-valeur inférieure à 0,0001 (voir Tableau 9), ce qui souligne l'importance de cette variable. L'intervalle de confiance à 95% (0,967 à 0,980), qui est inférieur à 1, suggère que les jeunes filles avec un niveau d'instruction plus élevé tendent à avoir une durée plus longue (voir annexe 3) avant la première naissance après leur premier rapport sexuel, peut-être en raison d'une meilleure connaissance et accès aux moyens de contraception.

L'état matrimonial semble avoir une influence extrêmement marquée sur la durée entre le premier rapport sexuel et la première naissance, comme le montre un χ^2 de 920,44 avec une p-valeur inférieure à 0,0001 (voir Tableau 9). Cet effet est d'une ampleur considérable, comme l'indique l'intervalle de confiance à 95% (5,649 à 7,176). Ces résultats suggèrent que le fait d'être mariée ou non joue un rôle déterminant dans la rapidité avec laquelle une fille connaît sa première naissance après son premier rapport sexuel (voir annexe 3), ce qui est cohérent avec les normes sociales et culturelles qui entourent la maternité dans le cadre du mariage.

Enfin, la zone géographique est également significativement associée à la durée entre le premier rapport sexuel et la première naissance chez les adolescentes et jeunes de notre échantillon, avec un χ^2 de 17,59 et une p-valeur inférieure à 0,0001 (voir Tableau 9). L'intervalle de confiance à 95% (1,059 à 1,173) confirme cette association. Ce résultat pourrait refléter les disparités régionales (voir annexe 3) en termes de

coutumes, d'accès aux services de santé reproductive, ou d'éducation, qui influencent le comportement reproductif des jeunes filles.

Ces résultats soulignent l'importance des caractéristiques sociodémographiques dans l'influence sur la durée entre l'âge au premier rapport sexuel et l'âge à la première naissance chez les adolescentes et jeunes de notre échantillon. Cependant, pour déterminer l'effet spécifique et indépendant de chaque variable, il est nécessaire de procéder à des analyses multivariées qui permettront de contrôler les influences croisées entre ces différentes variables.

3.4. Conclusion du volet descriptive et exploratoire

Les adolescentes et jeunes de 20 à 24 ans représentent 43 % de l'échantillon, avec un âge moyen de 19,1 ans. La majorité des premières expériences sexuelles ont lieu entre 15 et 17 ans, tandis que les premières naissances se produisent principalement entre 15 et 19 ans. Une proportion de 51% des participantes vit en milieu urbain, offrant ainsi une représentation équilibrée des environnements urbains et ruraux. Cependant, les jeunes vivant en milieu rural sont significativement plus susceptibles d'avoir des rapports sexuels et des naissances précoces par rapport à leurs homologues urbaines.

L'analyse bivariée a révélé que l'âge au premier rapport sexuel est significativement associé à l'état matrimonial, au milieu de résidence, et au niveau d'instruction, mais pas à la zone géographique. De même, l'âge à la première naissance montre une association significative avec le milieu de résidence, le niveau d'instruction, l'état matrimonial, la zone géographique, et la précocité des rapports sexuels. Ces résultats confirment notre première hypothèse selon laquelle il y a une association significative entre le premier rapport sexuel et la première maternité.

Enfin, en ce qui concerne la durée entre le premier rapport sexuel et la première naissance, nos résultats montrent également une association statistiquement significative avec le milieu de résidence, le niveau d'instruction, l'état matrimonial, et la zone géographique. Les analyses multivariées, en particulier les modèles de régression de Cox, permettront de dégager l'effet net de chaque variable indépendante, offrant ainsi une compréhension plus précise des déterminants des risques de grossesses précoces et très précoces chez les adolescentes et jeunes de notre échantillon.

Chapitre 4: Déterminants des risques de grossesses précoces et très précoces chez les adolescentes et jeunes

4.1. Introduction

Ce chapitre se concentre sur l'analyse multivariée des déterminants des risques de grossesses précoces et très précoces chez les adolescentes et jeunes de notre échantillon en République Démocratique du Congo (RDC). Nous explorons comment divers facteurs, notamment l'âge au premier rapport sexuel (rapport sexuel), le milieu de résidence, le niveau d'instruction, la zone géographique et l'âge au premier mariage (état matrimonial), interagissent pour influencer le risque de grossesses précoces et très précoces dans cette population. L'objectif est de comprendre les mécanismes sous-jacents et les relations complexes entre ces facteurs.

Nous utiliserons l'analyse biographique pour examiner les déterminants des grossesses précoces et très précoces chez les adolescentes et jeunes de notre échantillon à travers trois situations particulières. Premièrement, nous analyserons les déterminants de l'âge au premier rapport sexuel. Deuxièmement, nous étudierons les facteurs influençant l'âge à la première maternité. Troisièmement, nous examinerons les déterminants de la durée entre l'âge au premier rapport sexuel et l'âge à la première naissance. Pour ce faire, nous réaliserons l'estimation de survie de Kaplan-Meier afin d'identifier les moments où le risque est le plus élevé, ainsi que la régression de Cox pour chacune de ces situations afin d'identifier les facteurs sous-jacents. Trois modèles seront ainsi réalisés, un pour chacune des situations.

4.1.1. Facteurs influençant l'âge au premier rapport sexuel

Dans cette section, nous allons mener une analyse biographique sur l'âge au premier rapport sexuel des adolescentes et jeunes de notre échantillon. Pour ce faire, nous réaliserons une courbe de survie de Kaplan-Meier afin de visualiser la proportion des individus qui n'ont pas encore connu cet événement au fil du temps, c'est-à-dire celles qui « survivent » sans avoir eu leur premier rapport sexuel. Ensuite, nous utiliserons le modèle de régression de Cox pour identifier les variables influençant l'âge au premier rapport sexuel des adolescentes et jeunes de notre échantillon.

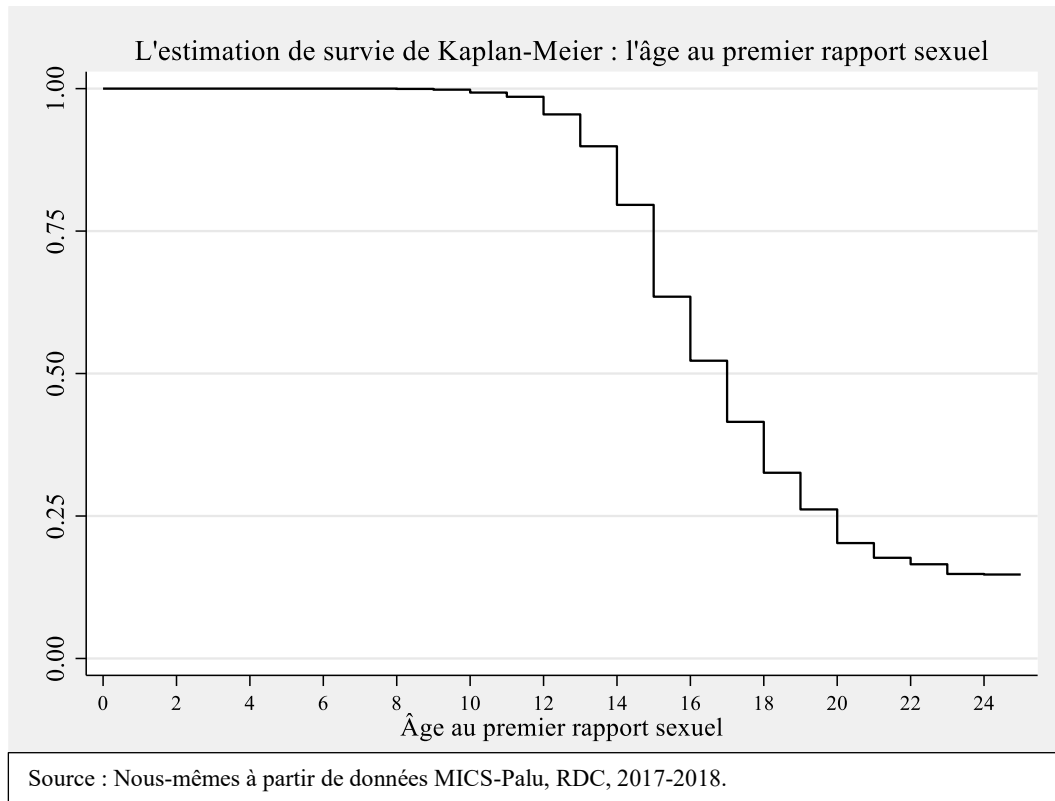


Figure 7: Courbe de survie de Kaplan-Meier : l'âge au premier rapport sexuel

En analysant la courbe de survie de Kaplan-Meier pour l'âge au premier rapport sexuel des adolescentes et jeunes femmes de notre échantillon, il ressort que l'activité sexuelle commence dès l'âge de 8 ans dans cette population (voir Figure 7). Jusqu'à l'âge de 14 ans, 75% des adolescentes et jeunes femmes n'avaient pas encore eu leur premier rapport sexuel (voir Figure 7). Vers l'âge de 17 ans, la moitié (50%) n'avaient toujours pas eu leur premier rapport sexuel. Il est important de noter que le risque de premier rapport sexuel augmente avec l'âge, atteignant son apogée entre 14 et 17 ans voir un peu plus, avec un risque particulièrement notable à 15 ans (voir Figure 7). Cette période est donc celle où le risque de grossesse semble être le plus élevé.

Tableau 10: Modèle de Cox pour les facteurs des risques à l'âge au premier rapport sexuel

Variabes ⁸	Rap de ris1	P> z 1	[95% IC]1	Rap de ris2	P> z 2	[95% IC]2
État matrimonial (Réf. Célibataire)						
Mariée ou union	4,069	0,000	3,702-4,472			
Milieu de résidence (Réf. Urbain)						
Rural	1,428	0,000	1,315-1,552	1,456	0,000	1,337-1,585
Niveau d'instruction (Réf. Sans instruction)						
Primaire	0,807	0,002	0,706-0,922	0,801	0,002	0,698-0,919
Secondaire et +	0,728	0,000	0,642-0,827	0,706	0,000	0,619-0,804
Zones géographiques (Réf. Zone Ouest)						
Zone Kasai	0,817	0,000	0,737-0,901	0,815	0,000	0,734-0,906
Zone Nord	1,468	0,000	1,341-1,606	1,489	0,000	1,359-1,632
Zone Grand Est	0,848	0,002	0,765-0,940	0,859	0,005	0,773-0,954
Source : Nous-mêmes à partir de données MICS-Palu, RDC, 2017-2018.						

Dans le cadre de notre étude sur les déterminants des risques de grossesses précoces et très précoces chez les adolescentes et jeunes en République Démocratique du Congo (RDC), nous avons analysé l'âge au premier rapport sexuel en tant que variable dépendante, en prenant en compte plusieurs variables indépendantes : l'état matrimonial, le milieu de résidence, le niveau d'instruction et les zones géographiques.

État matrimonial

Les résultats de nos analyses nous renseignent que les adolescentes mariées présentent un risque significativement plus élevé d'avoir un premier rapport sexuel plus tôt comparé aux adolescentes célibataires. Le rapport de risque est de 4,068 (voir Tableau 10), ce qui signifie que les jeunes mariées sont environ quatre fois plus susceptibles d'entamer leur vie sexuelle à un âge précoce ($p < 0,000$), avec un intervalle de confiance à 95 % compris entre 3,702 et 4,472 (voir Tableau 10). Cette association forte et statistiquement significative indique que le mariage joue un rôle déterminant dans le début précoce de l'activité sexuelle chez les adolescentes et jeunes de notre échantillon.

⁸ Note : Le chiffre 1 indique un modèle où la variable état matrimonial est incluse. Le chiffre 2 correspond au même modèle, mais sans la variable état matrimonial, ce qui permet d'examiner comment les effets des autres variables se comportent en son absence.

Milieu de résidence

Les adolescentes vivant en milieu rural ont un risque accru d'avoir un premier rapport sexuel plus tôt que celles vivant en milieu urbain. Le rapport de risque pour le milieu rural est de 1,43 ($p < 0,000$), avec un intervalle de confiance à 95 % compris entre 1,315 et 1,552 (voir Tableau 10). Ce résultat suggère que les jeunes en milieu rural sont 42,8 % plus susceptibles de commencer leur vie sexuelle plus tôt par rapport à leurs homologues urbaines. En excluant la variable état matrimonial, cette probabilité augmente à 45,6 %, soulignant l'importance de tenir compte des différences de milieu de résidence dans les interventions pour la santé sexuelle et reproductive des adolescentes et jeunes.

Niveau d'instruction

Le niveau d'instruction apparaît comme un facteur protecteur contre un début précoce de l'activité sexuelle. Les adolescentes ayant un niveau d'instruction primaire ont un risque réduit de 19,3 % (rapport de risque de 0,807, $p = 0,002$) (voir Tableau 10) d'avoir un premier rapport sexuel plus tôt comparé à celles sans instruction. Celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou supérieur présentent un risque encore plus réduit, de 27,2 % (rapport de risque de 0,728, $p < 0,000$) (voir Tableau 10). Lorsqu'on exclut la variable état matrimonial, la réduction du risque devient encore plus marquée : 19,9 % pour les adolescentes et jeunes ayant atteint un niveau d'instruction primaire, et 29,4 % pour celles ayant atteint un niveau d'instruction secondaire ou supérieur. Ces résultats, statistiquement significatifs, indiquent que l'éducation joue un rôle crucial dans le retardement de l'âge au premier rapport sexuel chez les adolescentes et jeunes.

Zones géographiques

Les différences géographiques influencent également l'âge au premier rapport sexuel. Par rapport à la zone Ouest, les adolescentes et jeunes de la zone Kasai ont un risque réduit de 18,3 % (rapport de risque de 0,817, $p < 0,000$) (voir Tableau 10), tandis que celles de la zone Grand Est ont un risque réduit de 15,2 % (rapport de risque de 0,848, $p = 0,002$). En revanche, les adolescentes et jeunes de la zone Nord présentent un risque 46,8 % plus élevé d'avoir un premier rapport sexuel plus tôt (rapport de risque de 1,468, $p < 0,000$) (voir Tableau 10). Même après exclusion de la variable état

matrimonial, la tendance se maintient avec des variations : une réduction du risque de 18,5 % pour les adolescentes et jeunes de la zone Kasai, 14,1 % pour celles de la zone Grand Est, et un risque accru de 48,9 % pour celles de la zone Nord. Ces variations régionales mettent en évidence les disparités régionales dans les risques des grossesses précoces chez les adolescentes et jeunes.

Les analyses précédentes sont résumées dans les graphiques des facteurs influençant l'âge au premier rapport sexuel ci-après, qui corroborent et illustrent les résultats obtenus.

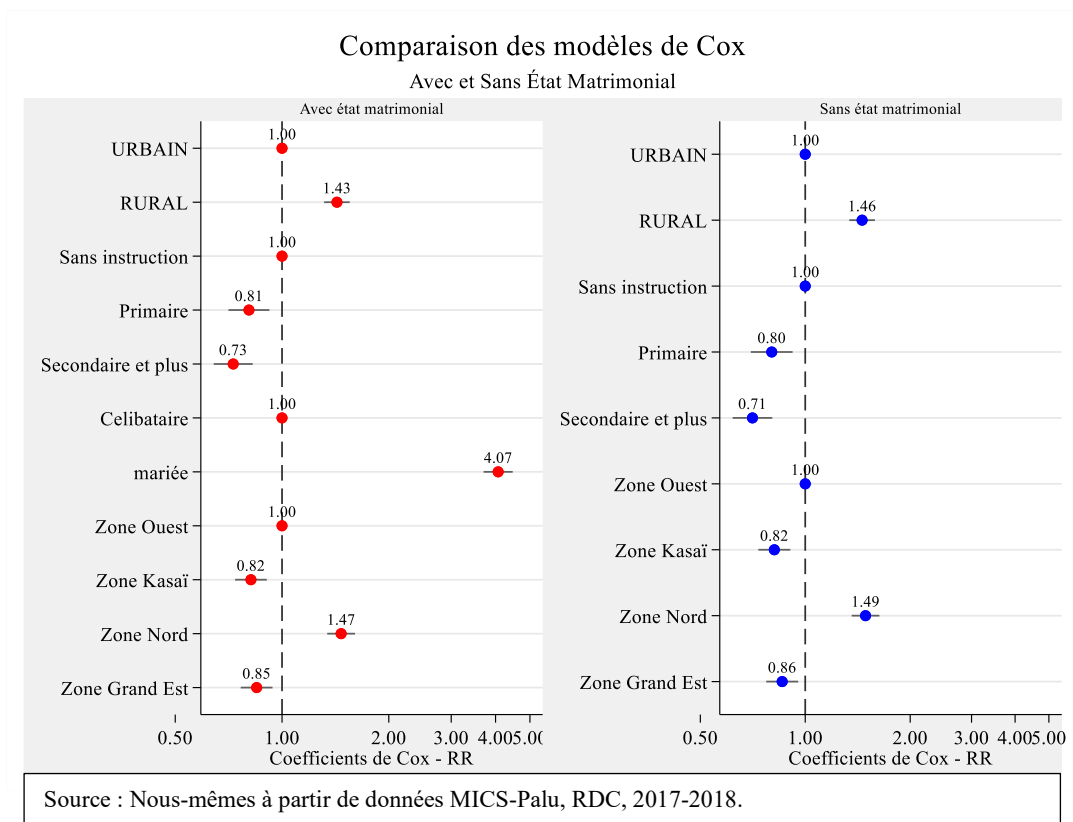


Figure 8: Coefficients des facteurs influençant l'âge au premier rapport sexuel

Cette analyse révèle que les facteurs tels que l'état matrimonial, le milieu de résidence, le niveau d'instruction et la zone géographique, jouent un rôle significatif dans l'âge au premier rapport sexuel chez les adolescentes et jeunes de notre échantillon en RDC. Les adolescentes et jeunes ayant un niveau d'instruction primaire, secondaire ou supérieur, ainsi que celles provenant de certaines zones géographiques (notamment le Kasai et le Grand Est) tendent à retarder leur premier rapport sexuel (voir Figure 8).

En revanche, les jeunes vivant en milieu rural, celles qui sont mariées ou en union et celles provenant de la zone nord sont plus susceptibles d'avoir leur premier rapport sexuel plus tôt (voir Figure 8).

En ce qui concerne l'âge au premier rapport sexuel, les résultats confirment notre troisième hypothèse qui stipule que plusieurs facteurs socio-économiques, démographiques, comportementaux et environnementaux influencent l'âge au premier rapport sexuel parmi les adolescentes et jeunes de notre échantillon. Les variations entre les milieux urbains et ruraux, ainsi que l'impact de l'éducation et du statut matrimonial, illustrent l'influence complexe de ces facteurs. Ainsi, le niveau d'instruction, l'état matrimonial, le milieu de résidence et la zone géographique sont de déterminants de l'âge au premier rapport sexuel.

4.1.2. Facteurs influençant l'âge à la première naissance

Dans cette section, nous analyserons l'âge à la première naissance (première maternité) chez les adolescentes et jeunes de notre échantillon en République Démocratique du Congo (RDC). Nous commencerons par utiliser la courbe de survie de Kaplan-Meier pour identifier les moments où le risque de première naissance est le plus élevé et pour déterminer la proportion des participantes n'ayant pas encore connu cet événement. Cette analyse nous permettra de visualiser le temps jusqu'à la première naissance et de repérer les périodes critiques. Ensuite, nous appliquerons un modèle de régression de Cox pour identifier les variables influençant l'âge à la première naissance. Ces analyses combinées fourniront une vue d'ensemble des déterminants de la première naissance dans notre échantillon et permettront de mettre en évidence les facteurs les plus influents.

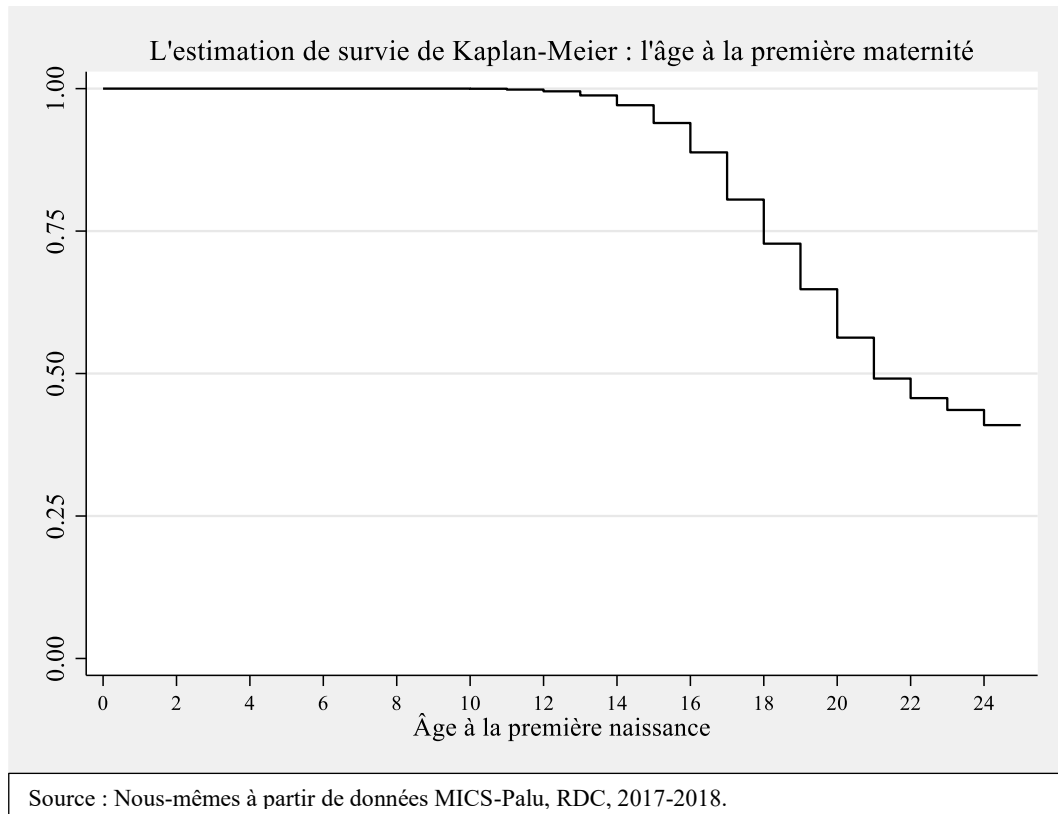


Figure 9: Courbe de survie de Kaplan-Meier : l'âge à la première maternité

L'analyse de la courbe de survie de Kaplan-Meier pour l'âge à la première maternité révèle des informations clés sur le timing de la première naissance parmi les adolescentes et jeunes femmes de notre échantillon. Jusqu'à l'âge de 18 ans, plus de 50 % des participantes n'avaient pas encore connu leur première maternité (voir Figure 9). À 17 ans, plus de 75 % des adolescentes et jeunes femmes n'avaient pas encore donné naissance, ce qui suggère que la majorité d'entre elles retarde la maternité au-delà de cet âge. La période critique où le risque de première maternité est le plus élevé se situe entre 16 et 21 ans (voir Figure 9). C'est durant cette tranche d'âge que la probabilité de connaître une première naissance augmente de manière significative. Cette phase représente une période de transition cruciale où de nombreuses jeunes femmes de notre échantillon font l'expérience de leur première maternité.

Tableau 11: Modèle de Cox pour les facteurs des risques de l'âge à la première maternité

Variabes ⁹	Rap de ris1	P> z 1	[95% IC]1	Rap de ris2	P> z 2	[95% IC]2
État matrimonial (Réf. Célibataire)						
Mariée ou union	8,26	0,000	7,258 - 9,399			
Milieu de résidence (Réf. Urbain)						
Rural	1,09	0,169	0,964-1,235	1,243	0,001	1,097-1,408
Niveau d'instruction (Réf. Sans instruction)						
Primaire	1,04	0,583	0,903-1,198	1,012	0,871	0,880-1,163
Secondaire et +	0,84	0,021	0,725-0,974	0,686	0,000	0,591- 0,797
Zones géographiques (Réf. Zone Ouest)						
Zone Kasai	0,871	0,053	0,758-1,002	1,181	0,029	1,017-1,372
Zone Nord	1,051	0,463	0,921-1,198	1,128	0,064	0,993-1,282
Zone Grand Est	1,086	0,275	0,937-1,258	1,265	0,002	1,091-1,467
Rapport sexuel (RS) (Réf. N'a pas eu de rapport sexuel)						
A eu de RS	3,39	0,000	2,819-4,083	6,271	0,000	5,284-7,441
Source : Nous-mêmes à partir de données MICS-Palu, RDC, 2017-2018.						

Les résultats obtenus dans le cadre de notre étude sur l'analyse des déterminants des risques de grossesses précoces et très précoces chez les adolescentes et jeunes de notre échantillon en République Démocratique du Congo (RDC) sont les suivants. La variable dépendante est l'âge de la mère à la première maternité, tandis que les variables indépendantes incluent l'état matrimonial, le milieu de résidence, le niveau d'instruction, les zones géographiques et les rapports sexuels. Ces résultats nous renseignent le :

Milieu de résidence

Le rapport de risque (Hazard Ratio) pour les adolescentes et jeunes vivant en milieu rural est de 1,09 (IC à 95% : 0,964 - 1,235) (voir Tableau 11) par rapport à celles vivant en milieu urbain. Bien que ce rapport de risque suggère une légère augmentation du risque de grossesse précoce pour les jeunes femmes en milieu rural, cette association n'est pas statistiquement significative ($p = 0,169$). Cependant, en l'absence de la variable état matrimonial, le rapport de risque s'élève à 1,243 avec une p-valeur

⁹ Note : Le chiffre 1 indique un modèle où la variable état matrimonial est incluse. Le chiffre 2 correspond au même modèle, mais sans la variable état matrimonial, ce qui permet d'examiner comment les effets des autres variables se comportent en son absence.

significative de 0,001 (voir Tableau 11). Cela indique que les adolescentes et jeunes vivant en milieu rural ont un risque de première maternité de 24,3 % plus élevé que celles vivant en milieu urbain en l'absence de l'état matrimonial. Ainsi, en l'absence de l'état matrimonial, le milieu de résidence apparaît comme un déterminant significatif de la première maternité chez les adolescentes et jeunes de notre échantillon.

État matrimonial

Être marié ou en union a été identifié comme un facteur associé à la première grossesse parmi les adolescentes et jeunes ayant déjà eu des relations sexuelles. Les adolescentes et jeunes mariées ou en union ont un rapport de risque de 8,26 (IC à 95% : 7,258 - 9,399) (voir Tableau 11), ce qui est hautement significatif ($p < 0,0001$). Cela signifie que les jeunes femmes mariées ou en union sont environ 8,26 fois plus susceptibles de devenir mères à un âge précoce par rapport à celles qui sont célibataires. Ce résultat met en évidence une forte corrélation entre le mariage et la survenue d'une grossesse précoce.

Niveau d'instruction

Les adolescentes et jeunes ayant atteint un niveau d'instruction primaire ont un rapport de risque de 1,04 (IC à 95% : 0,903 - 1,1978) (voir Tableau 11) par rapport à celles sans instruction. Cette association n'est pas statistiquement significative ($p = 0,583$), indiquant que l'instruction primaire n'a pas d'effet notable sur la réduction du risque de grossesse précoce. Les adolescentes et jeunes avec un niveau d'instruction secondaire ou plus ont un rapport de risque de 0,84 (IC à 95% : 0,725 - 0,974) (voir Tableau 11), ce qui est statistiquement significatif ($p = 0,021$). Cela signifie qu'elles sont environ 16% moins susceptibles de devenir mères à un âge précoce comparé à celles sans instruction.

En l'absence de la variable état matrimonial, les adolescentes et jeunes ayant atteint un niveau d'instruction primaire montrent un rapport de risque de 1,011, avec une p-valeur toujours non significative de 0,871. Cependant, pour celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou supérieur, le rapport de risque est de 0,686 avec une p-valeur de 0,000 (voir Tableau 11). Cela indique une réduction de risque de première maternité de 31,4 % chez les adolescentes et jeunes ayant atteint un niveau

d'instruction secondaire ou supérieur par rapport à celles sans instruction, suggérant que l'instruction secondaire ou supérieure joue un rôle protecteur significatif contre les grossesses précoces chez les adolescentes et jeunes de notre échantillon.

Zones géographiques

Les adolescentes et jeunes vivant dans la zone Kasai ont un rapport de risque de 0,871 (IC à 95% : 0,758 - 1,002) (voir Tableau 11), avec une signification marginale ($p = 0,053$). Cela suggère une légère réduction du risque de grossesse précoce dans cette zone, mais cette réduction n'est pas statistiquement confirmée. Pour celles vivant dans la zone Nord, le rapport de risque est de 1,051 (IC à 95% : 0,921-1,198) (voir Tableau 11), sans signification statistique ($p = 0,463$), indiquant qu'il n'y a pas de différence notable de risque par rapport à la zone ouest. Le rapport de risque est de 1,086 (IC à 95% : 0,937 - 1,258) (voir Tableau 11), également non significatif ($p = 0,275$) pour les adolescentes et jeunes de la zone Grand Est, suggérant une légère augmentation du risque de grossesses précoces dans cette zone par rapport à la zone Ouest, mais non confirmée statistiquement.

Cependant, en l'absence de la variable état matrimonial, la situation change. Les adolescentes et jeunes vivant dans la zone Kasai présentent un rapport de risque de 1,181 avec une p-valeur significative de 0,029, indiquant une augmentation du risque de première maternité de 18,1 % par rapport à celles de la zone Ouest. Pour les adolescentes et jeunes vivant dans la zone Grand Est, le rapport de risque est de 1,265 avec une p-valeur de 0,002 (voir Tableau 11), ce qui montre une augmentation du risque de première maternité de 26,5 % par rapport à celles vivant dans la zone Ouest. Celles vivant dans la zone Nord ont un rapport de risque de 1,128 avec une p-valeur non significative de 0,064.

Premiers rapports sexuels

Les adolescentes et jeunes ayant eu des rapports sexuels précoces présentent un rapport de risque de 3,39 (IC à 95% : 2,819 - 4,083) (voir Tableau 11), ce qui est hautement significatif ($p < 0,0001$). Cela signifie qu'elles sont environ 3,39 fois plus susceptibles de devenir mères à un âge précoce comparé à celles qui n'ont pas eu de rapports sexuels précoces. En l'absence de la variable état matrimonial, ce rapport de risque s'élève à

6,27, avec une p-valeur également significative (voir Tableau 11). Cela montre que le risque de grossesse précoce a presque doublé en l'absence de l'état matrimonial, soulignant l'impact majeur des premiers rapports sexuels sur la probabilité de grossesse précoce chez les adolescentes et jeunes de notre échantillon, ainsi que le rôle important de l'état matrimonial dans cette dynamique.

Les analyses précédentes ont mis en lumière les différents facteurs influençant l'âge à la première maternité chez les adolescentes et jeunes de notre échantillon. Il est apparu que des variables telles que le milieu de résidence, le niveau d'instruction, les zones géographiques et les rapports sexuels précoces jouent des rôles significatifs, avec des impacts modifiés en présence ou en absence de la variable état matrimonial. Afin de visualiser ces résultats et de mieux comprendre l'influence relative de chaque facteur, nous présentons ci-après les graphiques des facteurs de risque de l'âge à la première maternité. Ces graphiques permettent de comparer les modèles avec et sans la variable état matrimonial, offrant une synthèse visuelle des analyses effectuées.

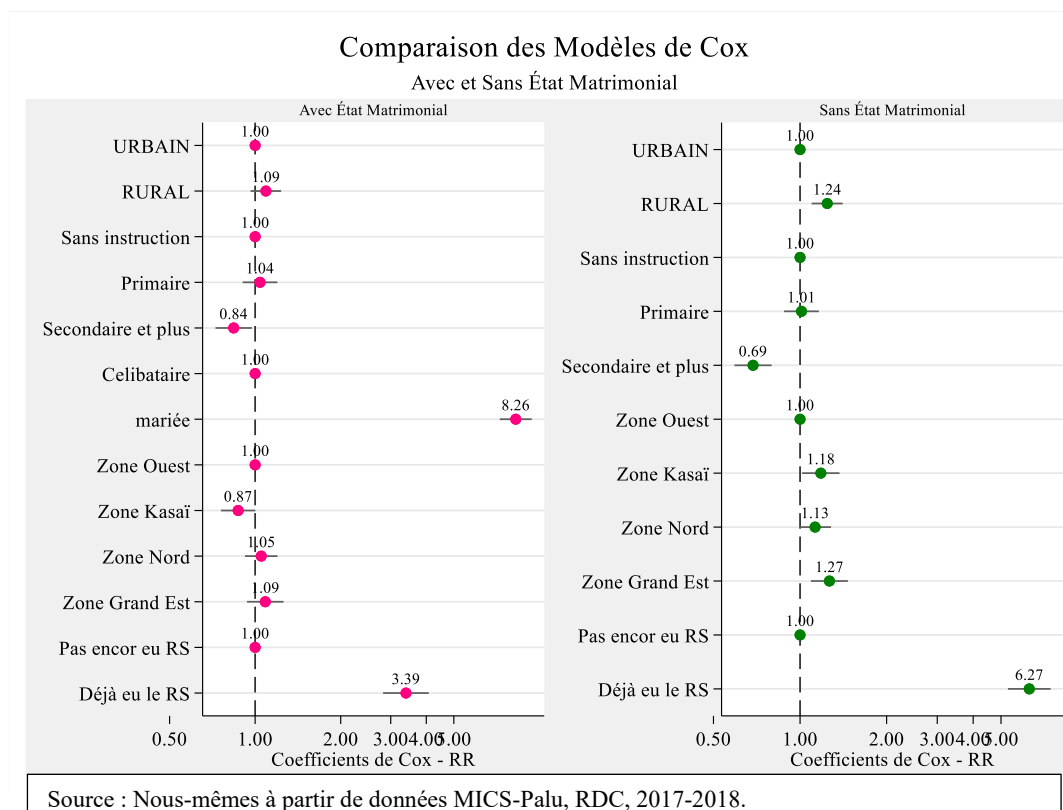


Figure 10: Facteurs influençant l'âge à la première naissance

Les résultats de cette étude mettent en évidence plusieurs facteurs associés aux risques de grossesses précoces chez les adolescentes et jeunes de notre échantillon en RDC. L'intégration de la variable état matrimonial dans le modèle révèle que le mariage précoce et les premiers rapports sexuels sont les principaux déterminants augmentant le risque de grossesse chez les adolescentes et jeunes de notre échantillon (voir Figure 10). En revanche, un niveau d'instruction secondaire ou supérieur joue un rôle protecteur contre la première maternité. Bien que les différences géographiques et le milieu de résidence montrent des tendances intéressantes (voir Figure 10), ces effets ne sont pas statistiquement significatifs.

En l'absence de la variable état matrimonial, d'autres variables montrent une influence plus nette. Le rôle protecteur de l'instruction secondaire et supérieure devient plus marqué, tandis que le milieu rural, la zone Kasai, la zone Grand Est, et les premiers rapports sexuels deviennent des facteurs associés à une augmentation du risque de grossesse chez les adolescentes et jeunes. L'impact des premiers rapports sexuels est particulièrement prononcé (voir Figure 10).

Le premier rapport sexuel se révèle être un prédicteur direct de la maternité précoce chez les adolescentes et jeunes de notre échantillon. Ces résultats contredisent en partie notre deuxième hypothèse, qui stipulait que le premier rapport sexuel n'entraîne pas directement la première maternité. Selon que la variable état matrimonial soit incluse ou non, ainsi qu'en tenant compte d'autres variables comme le milieu de résidence, le niveau d'instruction secondaire ou supérieur, et certaines zones géographiques, le premier rapport sexuel influence directement et fortement la première maternité.

4.1.3. Facteurs influençant la durée entre l'âge au premier rapport sexuel et l'âge à la première naissance

Dans cette section, nous examinerons la durée entre l'âge au premier rapport sexuel et l'âge à la première naissance chez les adolescentes et jeunes de notre échantillon en République Démocratique du Congo (RDC). Nous commencerons par présenter une courbe illustrant la durée entre l'âge au premier rapport sexuel et l'âge à la première naissance. Ensuite, nous réaliserons la courbe de survie de Kaplan-Meier pour visualiser le temps écoulé jusqu'à la première naissance et identifier les périodes critiques. Enfin, nous appliquerons un modèle de régression de Cox pour déterminer

les variables influençant cette durée. Ce modèle prendra en compte des variables telles que le milieu de résidence, le niveau d'instruction, la zone géographique, et l'état matrimonial. Ces analyses combinées fourniront une vue d'ensemble des déterminants de la première naissance dans notre échantillon et mettront en évidence les facteurs les plus influents.

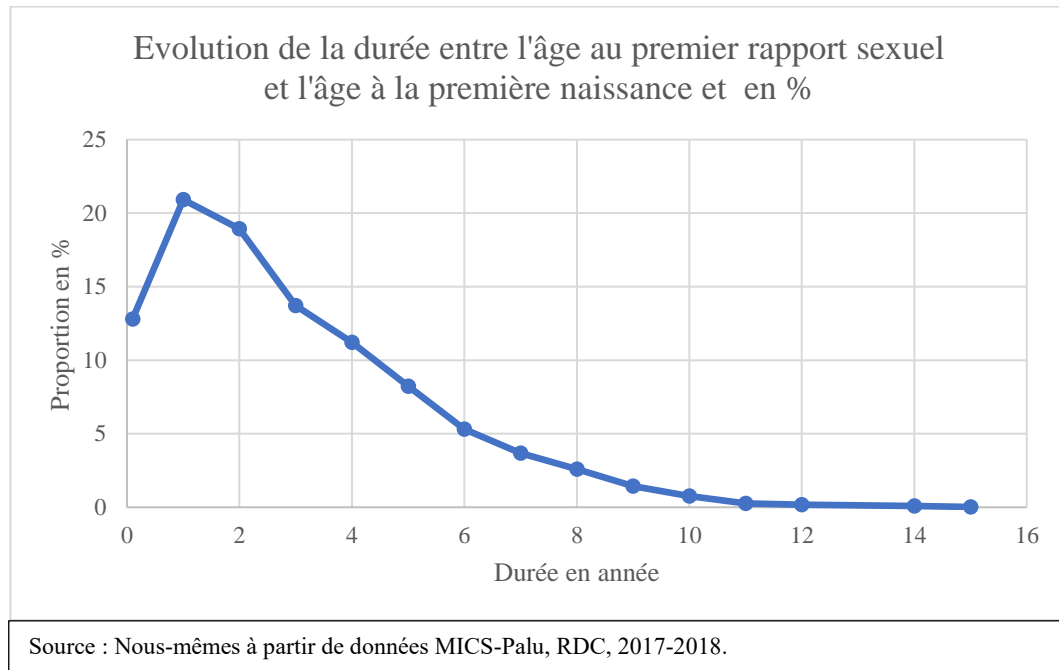


Figure 11 : Durée entre l'âge au premier rapport sexuel et l'âge à la première naissance

Les résultats révèlent des tendances significatives quant à la durée entre le premier rapport sexuel et la première naissance chez les adolescentes et jeunes de notre échantillon. Moins d'année après le premier rapport sexuel, 12,8% des adolescentes et jeunes sont devenues mères (voir Figure 11). Cette proportion importante indique qu'une part considérable de naissances survient très rapidement après le début de l'activité sexuelle.

La tendance se renforce durant la première année, où 20,9% des adolescentes et jeunes ont leur première naissance. Au cours de la deuxième année, 18,8% d'entre elles ont leur première naissance (voir Figure 11). Après la quatrième année, la proportion de premières naissances diminue progressivement. Par exemple, 8,2% d'entre elles ont leur première naissance au cours de la cinquième année, et cette proportion continue

de diminuer chaque année jusqu'à atteindre des niveaux très bas au-delà de la neuvième année (voir Figure 11).

Ces résultats indiquent que le premier rapport sexuel présente un risque élevé de la première maternité chez les adolescentes et jeunes, particulièrement dans les premières années. Les analyses supplémentaires, y compris les modèles de régression de Cox, peuvent fournir des informations plus détaillées sur les facteurs spécifiques influençant cette durée.

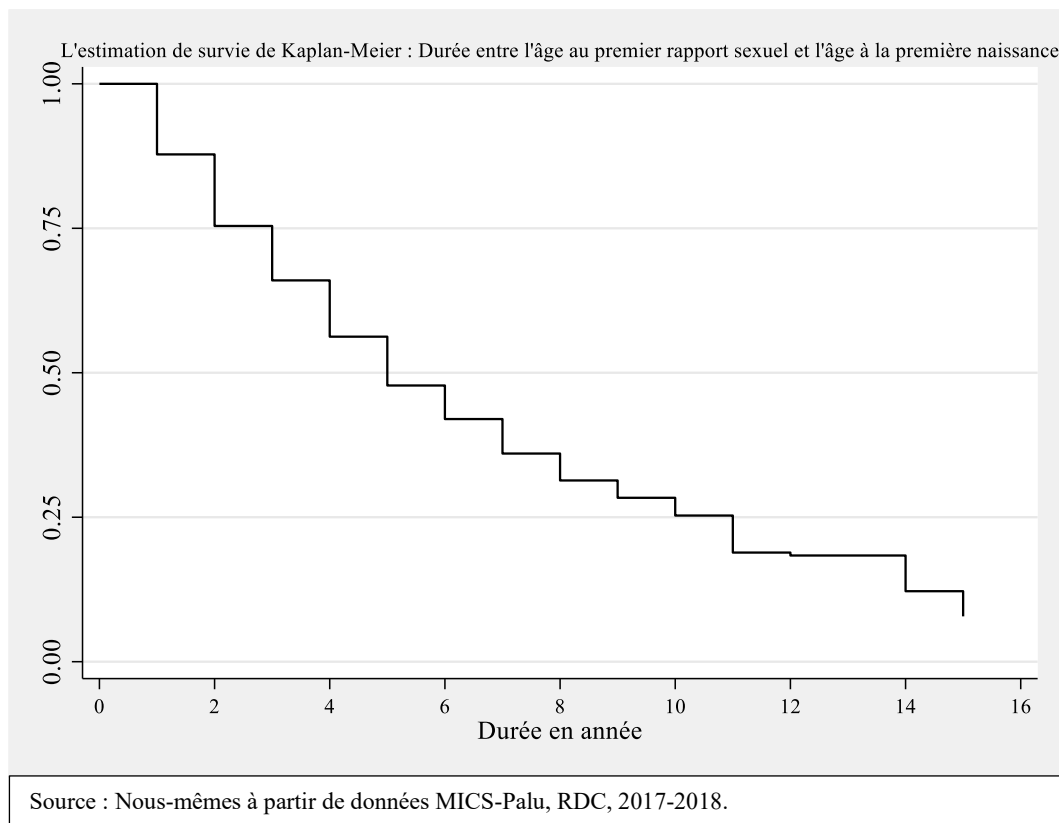


Figure 12: Courbe de survie de Kaplan-Meier pour la durée entre première rapport sexuelle et la première maternité

La courbe de survie de Kaplan-Meier pour la durée entre la première rapport sexuelle et la première maternité révèle des tendances significatives parmi les adolescentes et jeunes de notre échantillon. 75% des participantes (voir Figure 12) n'ont pas encore connu leur première maternité deux ans après le début de leurs activités sexuelles. Cependant, ce chiffre chute à environ 62,5% deux ans après. Quatre ans après le début

de leurs rapports sexuels, moins de 50%, soit environ 40%, des adolescentes et jeunes de notre échantillon, n'ont pas encore eu leur première maternité (voir Figure 12).

Notons également que près de 15% des adolescentes et jeunes ont connu leur première maternité moins d'un an après le début de leurs activités sexuelles (voir Figure 12), soulignant une transition rapide vers la maternité pour une fraction significative de l'échantillon. Cela indique qu'après quatre ans, plus de 50% des adolescentes et jeunes femmes de notre échantillon sont déjà primipares (voir Figure 12). La période critique, allant de zéro à cinq ans après le début de l'activité sexuelle, est celle où les adolescentes et jeunes sont les plus exposées à leur première maternité. Cette analyse met en évidence la rapidité avec laquelle une proportion significative de jeunes femmes atteignent la maternité après avoir commencé leur vie sexuelle. Le modèle de Cox ci-après va nous permettre de connaître les déterminants de cette durée.

Tableau 12 : Modèle de Cox pour les facteurs influençant la durée entre l'âge au premier rapport sexuel et l'âge à la première naissance

Variables ¹⁰	Rap de ris1	P> z 1	[95% IC]1	Rap de ris2	P> z 2	[95% IC]2
État matrimonial (Réf. Célibataire)						
Mariée ou union	6,154	0,000	5,458-6,939			
Milieu de résidence (Réf. Urbain)						
Rural	1,105	0,141	0,968-1,262	1,254	0,001	1,094-1,437
Niveau d'instruction (Réf. Sans instruction)						
Primaire	1,034	0,641	0,899-1,187	0,981	0,798	0,848-1,136
Secondaire et +	0,889	0,115	0,767-1,029	0,754	0,000	0,645-0,881
Zones géographiques (Réf. Zone Ouest)						
Zone Kasai	0,977	0,761	0,841-1,135	1,347	0,000	1,141-1,591
Zone Nord	1,088	0,230	0,948-1,248	1,147	0,053	0,998-1,316
Zone Grand Est	1,145	0,102	0,974-1,346	1,349	0,000	1,143-1,592
Source : Nous-mêmes à partir de données MICS-Palu, RDC, 2017-2018.						

Nous avons examiné l'impact de plusieurs variables indépendantes sur la durée entre l'âge au premier rapport sexuel et l'âge à la première naissance. Il ressort de ce tableau qu'en ce qui concerne :

¹⁰ Note : Le chiffre 1 indique un modèle où la variable état matrimonial est incluse. Le chiffre 2 correspond au même modèle, mais sans la variable état matrimonial, ce qui permet d'examiner comment les effets des autres variables se comportent en son absence.

État matrimonial

Les résultats montrent que les adolescentes et jeunes mariées ou en union présentent un risque significativement plus élevé de devenir mères rapidement après leur premier rapport sexuel. Le rapport de risque pour les adolescentes et jeunes mariées est de 6,154 (IC à 95 % : [5,458 - 6,939]) (voir Tableau 12). Cette augmentation substantielle du risque indique que le mariage est un facteur déterminant majeur de la durée entre l'âge au premier rapport sexuel et l'âge à la première naissance. Les adolescentes et jeunes mariées sont plus de six fois plus susceptibles de devenir mères tôt par rapport à leurs homologues célibataires.

Milieu de résidence

En présence de la variable état matrimonial, le milieu de résidence qu'il soit urbain ou rural, n'a pas montré un effet statistiquement significatif sur la durée entre l'âge au premier rapport sexuel et l'âge à la première naissance. Le rapport de risque pour les adolescentes et jeunes vivant en milieu rural par rapport à celles vivant en milieu urbain est de 1,105 (IC à 95 % : [0,968 - 1,262]) (voir Tableau 12). Bien que les jeunes femmes en milieu rural semblent avoir un risque légèrement accru, cette différence n'est pas statistiquement significative.

En l'absence de la variable état matrimonial, le rapport de risque pour le milieu rural passe à 1,254 ($p = 0,001$), avec un intervalle de confiance à 95 % compris entre 1,094 et 1,437 (voir Tableau 12). Ce résultat suggère que les jeunes en milieu rural sont 25,4 % plus susceptibles de connaître la première maternité plus tôt après leur premier rapport sexuel que leurs homologues urbaines.

Niveau d'instruction

L'inclusion de la variable état matrimonial dans le modèle montre que le niveau d'instruction peut agir comme un facteur protecteur en retardant la durée entre l'âge au premier rapport sexuel et l'âge à la première naissance, bien que les résultats ne soient pas tous statistiquement significatifs. Les adolescentes et jeunes ayant atteint un niveau d'instruction secondaire ou plus ont un rapport de risque de 0,889 (IC à 95 % : [0,767-1,029]) par rapport à celles sans instruction (voir Tableau 12). En revanche, celles

ayant une éducation primaire présentent un rapport de risque de 1,034 (IC à 95 % : [0,900 - 1,187]).

Cependant, lorsque la variable état matrimonial est exclue du modèle, les adolescentes et jeunes ayant un niveau d'instruction primaire montrent un rapport de risque non significatif de 0,981. Celles ayant atteint un niveau d'instruction secondaire ou supérieur présentent un rapport de risque de 0,754 avec une p-valeur de 0,000 et un intervalle de confiance compris entre 0,645 et 0,881 (voir Tableau 12), soulignant un effet protecteur qui retarde de 24,6 % l'âge à la première maternité par rapport aux adolescentes et jeunes sans instruction. Cela confirme que l'éducation secondaire ou supérieure joue un rôle clé dans la réduction du risque de grossesse précoce en augmentant la durée entre le premier rapport sexuel et la première maternité.

Zone géographique

En incluant la variable état matrimonial, les résultats montrent des variations selon les zones géographiques, mais aucune de ces différences n'est statistiquement significative. Le rapport de risque pour les adolescentes et jeunes dans la zone Kasai est de 0,977 (IC à 95 % : [0,841 - 1,135]), dans la zone nord de 1,088 (IC à 95 % : [0,948 - 1,248]), et dans la zone Grand Est de 1,145 (IC à 95 % : [0,974 - 1,346]) (voir Tableau 12), comparé à celles de la zone Ouest. Ces résultats suggèrent que les différences régionales n'ont pas d'impact significatif sur la durée entre l'âge au premier rapport sexuel et l'âge à la première naissance.

Cependant, en l'absence de la variable état matrimonial, le rapport de risque pour les adolescentes et jeunes dans la zone Kasai est de 1,347 avec une p-valeur de 0,000 et un intervalle de confiance compris entre 1,141 et 1,591, indiquant une réduction de la durée avec une arrivée plus rapide de 34,7 % de la première maternité par rapport à la zone Ouest. De manière similaire, les adolescentes et jeunes de la zone Grand Est présentent un rapport de risque de 1,349 ($p = 0,000$, IC à 95 % : [1,143 - 1,592]) (voir Tableau 12), ce qui correspond à une réduction de 34,9 % du délai avant la première maternité. En revanche, celles de la zone Nord montrent un rapport de risque de 1,147, avec une p-valeur non significative de 0,053 et un intervalle de confiance compris entre [0,998 - 1,316], indiquant une tendance similaire mais non statistiquement significatif.

Afin d'approfondir notre compréhension des facteurs influençant la durée entre l'âge au premier rapport sexuel (RS) et l'âge à la première naissance (PN) chez les adolescentes et jeunes, nous avons exploré ces variables en tenant compte de l'état matrimonial, puis en l'excluant du modèle. Le graphique combiné ci-dessous présente une comparaison visuelle des coefficients de risque associés à chaque facteur dans les deux contextes. Cela permet de mettre en lumière la manière dont l'état matrimonial peut modifier leur influence sur la temporalité de la première maternité.

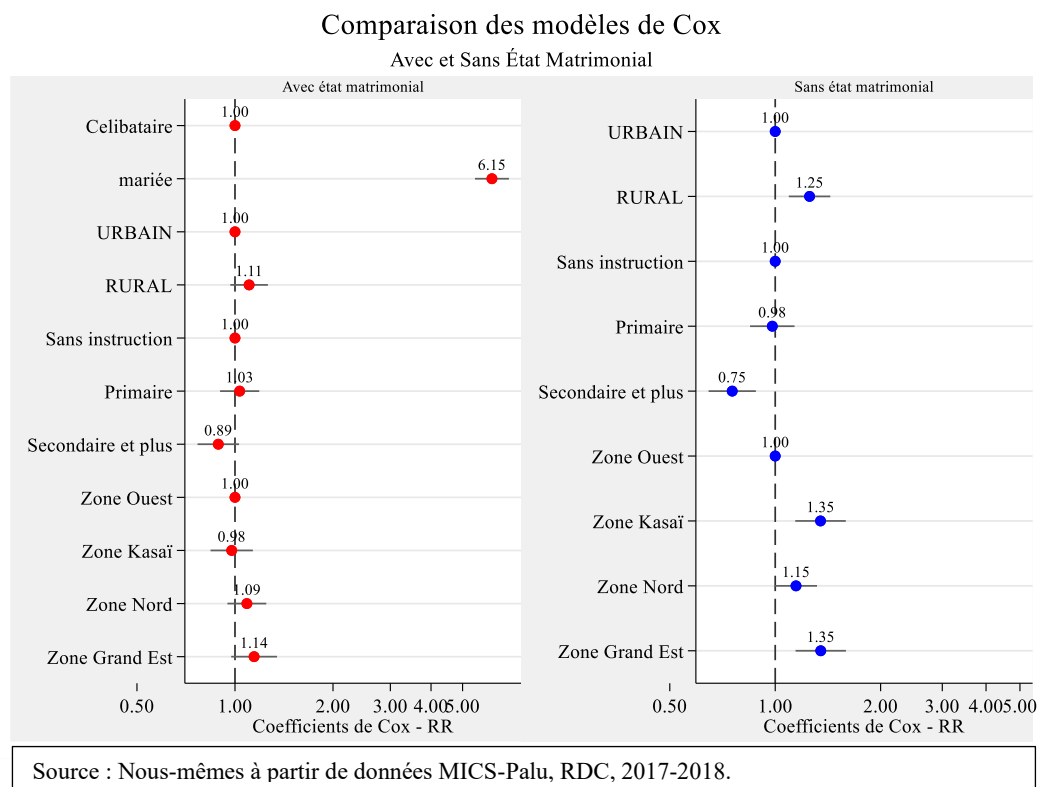


Figure 13 : Facteurs influençant la durée entre l'âge au premier RS et l'âge à la PN

Les résultats de cette analyse mettent en lumière l'importance cruciale de l'état matrimonial sur la durée entre l'âge du premier rapport sexuel et l'âge de la première naissance, ce qui influence le risque de grossesses précoces chez les adolescentes et les jeunes de notre échantillon en RDC (voir Figure 13). En présence de la variable état matrimonial, les autres variables ne présentent pas de significativité statistique.

En revanche, en l'absence de l'état matrimonial dans le modèle, des facteurs tels que le milieu de résidence, le niveau d'instruction secondaire ou supérieur, ainsi que les zones géographiques du Kasai et du Grand Est, montrent un impact statistiquement significatif sur la durée entre le premier rapport sexuel et la première naissance (voir Figure 13).

Ces résultats confirment notre troisième hypothèse selon laquelle divers facteurs, tels que le niveau d'instruction, l'état matrimonial, le milieu de résidence et la zone géographique, jouent un rôle déterminant dans cette dynamique. Ces facteurs influencent le risque de grossesses précoces chez les adolescentes et les jeunes de notre échantillon en RDC et varient selon certains groupes sociaux, par exemple en fonction du milieu de résidence (rural ou urbain) ou du statut matrimonial, et influencent tant l'âge au premier rapport sexuel que la durée entre le premier rapport sexuel et la première naissance chez les adolescentes et les jeunes de notre échantillon.

Discussion

La République Démocratique du Congo, comme de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, se caractérise par une population jeune et en pleine croissance. C'est un pays à forte fécondité, classé parmi ceux ayant les taux de fécondité les plus élevés au monde (Schoumaker & Sánchez-Páez, 2022). Les grossesses chez les adolescentes et jeunes sont également particulièrement fréquentes (Schoumaker & Sánchez-Páez, 2022). Les déterminants de l'âge à la première naissance chez les adolescentes et jeunes sont multiples. Comme l'a montré une étude menée à Dodoma en Tanzanie (Moshi & Tilisho, 2023) et d'autres, notre recherche a démontré que le premier rapport sexuel, le mariage précoce, le milieu de résidence, le niveau d'instruction et la zone géographique sont des déterminants majeurs de l'âge à la première maternité chez les adolescentes et jeunes de notre échantillon, bien que ces études se distinguent à la nôtre par leurs approches méthodologiques.

Être marié ou en union a été identifié comme un facteur associé à la première grossesse parmi les adolescentes et les jeunes ayant déjà eu des relations sexuelles, comme le confirment des études antérieures (Budhwani et al., 2018). Le mariage ou l'union augmente la probabilité de grossesse, car ces situations accroissent le désir d'avoir des enfants (Budhwani et al., 2018). Cette tendance est particulièrement prononcée dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, où les adolescentes sont souvent confrontées à des pressions sociales pour se marier et, une fois mariées, pour avoir des enfants (Ahinkorah et al., 2021). Par ailleurs, d'autres recherches ont révélé que certaines adolescentes et jeunes sont contraintes au mariage ou finissent par cohabiter à la suite d'une grossesse (Mehra et al., 2018).

L'activité sexuelle, déterminée par l'âge au premier rapport sexuel, est également un facteur crucial et direct de la maternité chez les adolescentes et les jeunes. Dans notre étude, cette variable intermédiaire est influencée par l'état matrimonial, le milieu de résidence, le niveau d'instruction et la zone géographique. Toutes ces variables influencent l'âge à la première naissance chez les adolescentes et jeunes de notre échantillon.

L'initiation à la sexualité précoce expose directement les filles au risque de grossesse précoce, comme le soulignent Moshi et Tilisho (2023). L'initiation sexuelle précoce

est une pratique à risque, associée à des grossesses inattendues, des avortements non sécurisés, des accouchements prématurés et des problèmes psychosociaux (Hailegebreal et al., 2022; Moshi & Tilisho, 2023).

Nos résultats sont cohérents avec les études sur les facteurs associés à l'initiation sexuelle précoce chez les jeunes femmes en Afrique de l'Est et au Nigeria. Bien que différentes par leurs méthodes, ces études révèlent que le niveau d'éducation, le statut matrimonial, la région et le lieu de résidence sont des facteurs déterminants de l'âge au premier rapport sexuel et de la première maternité (Hailegebreal et al., 2022; Peltzer, 2010; Uthman, 2008). Cependant, contrairement à nos résultats, les études montrent que les jeunes résidant en milieu urbain sont plus susceptibles de commencer leur vie sexuelle plus tôt que celles vivant en milieu rural (Hailegebreal et al., 2022).

À mesure que le niveau d'instruction augmente, la probabilité d'une initiation sexuelle précoce diminue (Nigatu et al., 2020). Cette relation s'explique par le fait que les adolescentes et jeunes mieux éduquées sont plus conscientes des problèmes potentiels liés aux rapports sexuels précoces et peuvent prendre des mesures pour s'en protéger (Hailegebreal et al., 2022). De plus, l'éducation peut induire des changements de comportements réduisant les risques, notamment en diminuant l'usage de substances favorisant une initiation sexuelle précoce (Hailegebreal et al., 2022).

Le fait d'être marié augmente les chances d'une initiation sexuelle précoce par rapport aux adolescentes et jeunes qui ne sont pas mariées ou en union. Ce résultat est corroboré par d'autres études réalisées en Afrique (Nigatu et al., 2020; Tadesse & Yakob, 2015). Cela pourrait s'expliquer par l'engagement dans un mariage précoce avant l'âge de 15 ans, une situation propice à l'activité sexuelle à un jeune âge (Hailegebreal et al., 2022).

En outre, les adolescentes et jeunes des milieux urbains avaient une probabilité plus faible d'initiation sexuelle précoce par rapport à celles des milieux ruraux. Cela est contredit par une étude menée en Afrique de l'Est (Hailegebreal et al., 2022), qui est cohérent avec des études antérieures (Girmay et al., 2019), contredisant ainsi nos résultats. Cette divergence pourrait être attribuée au fait que les jeunes femmes urbaines sont exposées à l'alcool, aux substances et aux matériaux pornographiques, ce qui conduit à une initiation sexuelle précoce (Hailegebreal et al., 2022). Les médias

pornographiques peuvent susciter un désir émotionnel et physiologique de sexe, incitant les jeunes filles à expérimenter ce qu'elles ont vu, conduisant à une pratique sexuelle précoce (Hailegebreal et al., 2022).

Les différences régionales ont des effets significatifs sur le comportement sexuel précoce. Cela peut être attribué aux changements dans les normes traditionnelles résultant de la mondialisation, entraînant des changements dans les caractéristiques sociodémographiques des adolescentes et jeunes telles que la religion, l'exposition aux médias, l'éducation et le statut socio-économique (Melesse et al., 2021). Cette différence peut expliquer pourquoi les débuts sexuels chez les adolescentes et jeunes varient selon les régions.

Concernant la durée entre l'âge au premier rapport sexuel et l'âge à la première naissance, l'état matrimonial, le milieu de résidence, le niveau d'instruction et la zone géographique ont été identifiés comme facteur associé à cette durée. Les adolescentes et jeunes mariées ou en union présentent un risque significativement plus élevé de devenir mères rapidement après leur premier rapport sexuel. Cela corrobore plusieurs autres études, comme celle menée au Ghana, qui ont trouvé une association entre le mariage des enfants et la grossesse chez les adolescentes et les jeunes (de Groot et al., 2018). La plupart des filles qui se marient jeunes n'ont pas d'éducation, vivent dans des ménages pauvres et souvent en milieu rural, ce qui augmente leurs chances d'adopter des comportements les exposant à un risque de grossesse (de Groot et al., 2018).

Une raison plausible est que le mariage ou l'union rend les adolescentes et les jeunes plus susceptibles de tomber enceintes, car cela augmente leur désir d'avoir des enfants (Ahinkorah et al., 2021). Cette situation est encore plus prononcée dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, où les adolescentes et les jeunes peuvent être confrontés à des pressions sociales d'abandonner les études pour se marier et avoir des enfants après le mariage (Ahinkorah et al., 2021), réduisant ainsi la durée entre l'âge du premier rapport sexuel et l'âge de la maternité chez les adolescentes et les jeunes.

Limites de l'étude

Les limites de cette étude sont principalement liées à la nature des données utilisées, qui sont essentiellement quantitatives. De plus, ces données n'ont pas été spécifiquement collectées pour une étude sur les adolescentes et les jeunes, ce qui signifie que les modules sur la fécondité et la santé de la reproduction s'adressent principalement aux femmes âgées de 15 à 49 ans. Par conséquent, il est difficile d'inclure des variables permettant de capturer les informations sur les déterminants de la première grossesse, ainsi que les facteurs influençant la durée entre l'âge au premier rapport sexuel et la survenance de grossesses chez les adolescentes et les jeunes.

En outre, il s'agit de données transversales, et l'utilisation de la méthode biographique, plus appropriée pour des données longitudinales, repose sur des hypothèses qui limitent le portrait de notre analyse et de nos résultats. Étant donné les objectifs de cette enquête, et parce que les causes précèdent les effets et que certains facteurs varient avec le temps, plusieurs variables potentiellement importantes n'ont pas été intégrées dans cette étude. Ces variables incluent le statut professionnel des adolescentes et des jeunes, la contraception, la religion, l'indice de richesse, le lien de parenté avec le chef de ménage, l'absence de communication efficace sur les questions de santé sexuelle et procréative au sein des familles, le niveau d'éducation des parents, les facteurs liés aux services de santé, etc.. Ces éléments sont souvent identifiés dans la littérature comme des déterminants essentiels des grossesses chez les adolescentes et les jeunes.

La collecte des données sur ces variables était limitée à des périodes définies lors de l'enquête, généralement les douze derniers mois, les deux dernières années ou au moment de l'enquête, tandis que certaines grossesses chez les adolescentes et les jeunes pourraient survenir en dehors de cette temporalité. Cette contrainte nous a obligés à nous appuyer sur des hypothèses pour contourner ces limites. Il est donc recommandé que les prochaines enquêtes prennent en compte cette dimension temporelle pour une meilleure compréhension des déterminants des grossesses chez les adolescentes et les jeunes.

Conclusion

Caractérisée par une population jeune et en pleine croissance, la République Démocratique du Congo est l'un des pays au monde où le nombre de naissances chez les adolescentes et jeunes est le plus élevé. Cependant, en raison d'un manque de données et d'intérêt, les études sur les facteurs influençant les grossesses chez les adolescentes et jeunes sont rares. C'est pourquoi nous avons jugé nécessaire d'analyser les déterminants des grossesses précoces et très précoces chez cette population en RDC.

Les questionnements soulevés nous ont permis d'identifier plusieurs objectifs pour cette étude. Premièrement, évaluer l'association entre l'âge au premier rapport sexuel et l'âge à la première naissance parmi les adolescentes et jeunes en RDC. Deuxièmement, identifier les facteurs influençant l'âge à la première maternité, l'âge au premier rapport sexuel et la durée entre ces deux événements. Troisièmement, déterminer si le premier rapport sexuel est un prédicteur direct de la grossesse chez les adolescentes et jeunes congolaises.

L'originalité de cette étude réside dans l'intégration à la fois des très jeunes adolescentes, des adolescentes et des jeunes, ainsi que dans l'examen simultané des déterminants de l'âge au premier rapport sexuel, de l'âge à la première maternité et de la durée entre ces deux événements. L'analyse repose sur la méthode biographique, en particulier la régression de Cox, pour examiner ces variables à l'aide des données de l'enquête MICS-RDC 2017-2018.

Trois hypothèses ont été testées : une association significative entre l'âge au premier rapport sexuel (premier rapport sexuel) et l'âge à la première naissance (première hypothèse), l'absence de maternité automatique après le premier rapport sexuel, suggérant l'intervention d'autres facteurs (deuxième hypothèse), et les déterminants de l'âge au premier rapport sexuel, de l'âge à la première maternité ainsi que de la durée entre les deux événements (troisième hypothèse).

Les résultats de nos analyses indiquent une association significative entre le premier rapport sexuel et l'âge à la première maternité chez les adolescentes et jeunes, confirmant ainsi notre première hypothèse. Nos résultats montrent également que le

premier rapport sexuel est un prédicteur de la première maternité, mais que l'état matrimonial, ainsi que d'autres facteurs tels que le niveau d'instruction, le milieu de résidence et la zone géographique, jouent également un rôle déterminant, confirmant ainsi notre deuxième hypothèse. Enfin, l'état matrimonial, le milieu de résidence, le niveau d'instruction et la zone géographique sont des déterminants de l'âge au premier rapport sexuel et de la durée entre l'âge au premier rapport sexuel et l'âge à la première maternité, cela confirme notre troisième hypothèse.

Nos résultats corroborent les findings de nombreuses études antérieures, notamment celles de Budhwani et al. (2018) et Ahinkorah et al. (2021), qui soulignent l'influence du mariage précoce et des pressions sociales sur les grossesses précoces en Afrique subsaharienne. Cela renforce la pertinence de nos résultats dans le contexte plus large de la littérature existante.

Ces résultats ont des implications pratiques importantes. Ils suggèrent que les politiques visant à retarder le mariage et à promouvoir l'éducation des filles pourraient réduire le taux de grossesses précoces. De plus, des programmes d'éducation sexuelle et de planning familial pourraient aider les adolescentes et jeunes à prendre des décisions plus éclairées concernant leur santé reproductive.

Cependant, notre étude présente certaines limites. Elle est basée sur des données transversales, ce qui limite la capacité à établir des relations causales. De plus, les facteurs contextuels, socioéconomiques et culturels spécifiques n'ont pas été pleinement explorés. Pour des recherches futures, il serait pertinent d'examiner plus en profondeur les rôles des facteurs socioéconomiques, culturels et contextuels dans les transitions de vie des adolescentes et jeunes. Des études longitudinales pourraient également fournir des insights plus robustes sur les dynamiques de ces transitions.

Bibliographie

- Ahinkorah, B. O., Kang, M., Perry, L., Brooks, F., & Hayen, A. (2021). Prevalence of first adolescent pregnancy and its associated factors in sub-Saharan Africa : A multi-country analysis. *PLOS ONE*, *16*(2), e0246308. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246308>
- Akanbi, M. A., Ope, B. W., Adeloye, D. O., Amoo, E. O., Iruonagbe, T. C., & Omojola, O. (2021). Influence of socio-economic factors on prevalence of teenage pregnancy in Nigeria. *African Journal of Reproductive Health*, *25*(5s), Article 5s.
- Alemayehu, G. M., Chernet, A. G., & Dumga, kassahun T. (2024). *Determinants of child size at birth and associated maternal factor in Gurage zone : Application of ordinal logistic regression analysis*. <https://doi.org/10.21203/rs.2.11819/v1>
- Allahyari, E. (2021). Differential item functioning analysis on the Geriatric Depression Scale-15 : An iterative hybrid ordinal logistic regression. *BioMedicine*, *11*(4), 23-34. <https://doi.org/10.37796/2211-8039.1098>
- Ancelle, T. (2017). *Statistique, épidémiologie* (4e éd). Maloine.
- Anne E. Calvès, Fatou Binetou Dial, & Richard Marcoux. (2021). Nouvelles dynamiques familiales en Afrique, Québec : Presses de l'Université du Québec, 2018, 419 pages. *Anthropologica*, *63*(1), 1-4. <https://doi.org/10.18357/anthropologica6312021368>
- Asmamaw, D. B., Tafere, T. Z., & Negash, W. D. (2023). Prevalence of teenage pregnancy and its associated factors in high fertility sub-Saharan Africa countries : A multilevel analysis. *BMC Women's Health*, *23*(1), 23. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02169-7>

- Ayanaw Habitu, Y., Yalew, A., & Azale Bisetegn, T. (2018). Prevalence and Factors Associated with Teenage Pregnancy, Northeast Ethiopia, 2017 : A Cross-Sectional Study. *Journal of Pregnancy*, 2018, e1714527. <https://doi.org/10.1155/2018/1714527>
- Ayebare, S., Plumptre, A. J., Kujirakwinja, D., & Segan, D. (2018). Conservation of the endemic species of the Albertine Rift under future climate change. *Biological Conservation*, 220, 67-75. <https://doi.org/10.1016/j.biocon.2018.02.001>
- Ayele, B. G., Gebregzabher, T. G., Hailu, T. T., & Assefa, B. A. (2018). Determinants of teenage pregnancy in Degua Tembien District, Tigray, Northern Ethiopia : A community-based case-control study. *PLOS ONE*, 13(7), e0200898. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0200898>
- Bahamondes, L. (2018). *Long term social consequences of adolescent pregnancy*. <https://clacaidigital.info/handle/123456789/1306>
- Bastien, S., Ferenchick, E., Mbassi, S. M., Plesons, M., & Chandra-Mouli, V. (2022). Improving health worker motivation and performance to deliver adolescent sexual and reproductive health services in the Democratic Republic of Congo : Study design of implementation research to assess the feasibility, acceptability, and effectiveness of a package of interventions. *Global Health Action*, 15(1), 2022280. <https://doi.org/10.1080/16549716.2021.2022280>
- Beauchemin, C., & Schoumaker, B. (2016). Micro Methods : Longitudinal Surveys and Analyses. In M. J. White (Éd.), *International Handbook of Migration and Population Distribution* (p. 175-204). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-94-017-7282-2_9

- Beegle, K., & Poulin, M. (2013). Migration and the Transition to Adulthood in Contemporary Malawi. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 648(1), 38-51. <https://doi.org/10.1177/0002716213481329>
- Bertrand, A.-L. (2019). Refugees' trajectories in Switzerland: Impact of residence permits on labour market integration. *Quetelet Journal*, 7(1), Article 1. <https://doi.org/10.14428/rqj2019.07.01.03>
- Bertrand, J. T. (2024). *Fifty Years of Family Planning in the Democratic Republic of the Congo: The Dogged Pursuit of Progress*. Taylor & Francis. <https://doi.org/10.4324/9781032718897>
- Boshwaa, N. K. (2015). PERCEPTION ET ENJEUX DU DECOUPAGE TERRITORIAL EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO. *KAS African Law Study Library - Librairie Africaine d'Etudes Juridiques*, 2(3), 552-560. <https://doi.org/10.5771/2363-6262-2015-3-552>
- Breakthrough, A. (2021). *Malaria Behavior Survey: Democratic Republic of the Congo, 2021. Report submitted to President's Malaria Initiative, USAID*. <https://malariabehaviorsurvey.org/countries/democratic-republic-of-the-congo/>
- Bruneau, J.-C. (2009). Les nouvelles provinces de la République Démocratique du Congo : Construction territoriale et ethnicités. *L'Espace Politique. Revue en ligne de géographie politique et de géopolitique*, 7, Article 7. <https://doi.org/10.4000/espacepolitique.1296>
- Budhwani, H., Anderson, J., & Hearld, K. R. (2018). Muslim Women's use of contraception in the United States. *Reproductive Health*, 15(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0439-6>

- Byonanebye, J., Brazauskas, R., Tumwesigye, N., Young, S., May, T., & Cassidy, L. (2020). Geographic variation and risk factors for teenage pregnancy in Uganda. *African Health Sciences*, 20(4), Article 4. <https://doi.org/10.4314/ahs.v20i4.48>
- Cook, S. M. C., & Cameron, S. T. (2015). Social issues of teenage pregnancy. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 25(9), 243-248. <https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2015.06.001>
- Cook, S. M. C., & Cameron, S. T. (2017). Social issues of teenage pregnancy. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 27(11), 327-332. <https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2017.08.005>
- Cook, S. MC., & Cameron, S. T. (2020). Social issues of teenage pregnancy. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 30(10), 309-314. <https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2020.07.006>
- Dabis, F., & Desenclos, J.-C. (2017). *Épidémiologie de terrain : Méthodes et applications* (2e éd). Éditions John Libbey Eurotext.
- de Groot, R., Kuunyem, M. Y., Palermo, T., de Groot, R., Palermo, T., Osei-Akoto, I., Adamba, C., Darko, J. K., Osei, R. D., Dompae, F., Yaw, N., Barrington, C., Abdoulayi, S., Angeles, G., Chakrabarti, A., Otchere, F., Akaligaung, A. J., Aborigo, R., Kidman, R., ... on behalf of the Ghana LEAP 1000 evaluation team. (2018). Child marriage and associated outcomes in northern Ghana : A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 18(1), 285. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5166-6>
- Emina, Be-Ofuriyua Jacques. (2005). *Situation résidentielle, scolarisation et mortalité des enfants selon la légitimité de leur naissance : Une analyse du Cameroun, de la Centrafrique et de la République Démocratique du Congo. Prom. : Bartiaux, Françoise ; Akoto, Eliwo Mandjale* [UCL-ESPO/SPED-

Département des sciences de la population et du développement].

<http://hdl.handle.net/2078.1/4849>

- Erfina, E., Widyawati, W., McKenna, L., Reisenhofer, S., & Ismail, D. (2019). Adolescent mothers' experiences of the transition to motherhood: An integrative review. *International Journal of Nursing Sciences*, 6(2), 221-228. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.03.013>
- Ezeh, A. C., Mberu, B. U., & Emina, J. O. (2009). Stall in fertility decline in Eastern African countries: Regional analysis of patterns, determinants and implications. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 364(1532), 2991-3007. <https://doi.org/10.1098/rstb.2009.0166>
- Fatusi, A. O. (2016). Young People's Sexual and Reproductive Health Interventions in Developing Countries: Making the Investments Count. *Journal of Adolescent Health*, 59(3), S1-S3. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.06.016>
- Gillet, A., Brostaux, Y., & Palm, R. (2011). Principaux modèles utilisés en régression logistique. *Biotechnol. Agron. Soc. Environ.*
- Girmay, A., Mariye, T., & Gerense, H. (2019). Early sexual debut and associated factors among secondary school students of central zone of Tigray, Northern Ethiopia, 2018. *The Pan African Medical Journal*, 34(1), Article 1. <https://doi.org/10.11604/pamj.2019.34.1.17139>
- Gunawardena, N., Fantaye, A. W., & Yaya, S. (2019). Predictors of pregnancy among young people in sub-Saharan Africa: A systematic review and narrative synthesis. *BMJ Global Health*, 4(3), e001499. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001499>
- Hailegebreal, S., Gilano, G., Seboka, B. T., Sidelil, H., Awol, S. M., Haile, Y., Simegn, A. E., & Haile, F. (2022). Prevalence and associated factors of early sexual

initiation among female youth in East Africa : Further analysis of recent demographic and health survey. *BMC Women's Health*, 22(1), 304. <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01895-8>

Houfort, N., & Laurent, F.-A. (2020). LES RÉGRESSIONS LINÉAIRES ET LOGISTIQUES. *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes, 2e édition: Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. <https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=ngv5DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT462&dq=Crit%C3%A8re+de+s%C3%A9lection+de+mod%C3%A8le+d+e+r%C3%A9gression+logistique+mixte+%C3%A0+deux+niveaux+et+la+r%C3%A9gression+logistique+bivariable+%C3%A0+plusieurs+niveaux+&ots=zSUHVdsOHu&sig=BrRaWHdl3cxXBgrleYSIO8c0yPw>

Institut Gates & École de santé publique Johns Hopkins Bloomberg. (2021). *République démocratique du Congo | Dividende démographique*. <https://demographicdividend.org/fr/democratic-republic-of-the-congo/>

Jajang, J., Nurhayati, N., & Mufida, S. J. (2022). ORDINAL LOGISTIC REGRESSION MODEL AND CLASSIFICATION TREE ON ORDINAL RESPONSE DATA. *BAREKENG: Jurnal Ilmu Matematika Dan Terapan*, 16(1), Article 1. <https://doi.org/10.30598/barekengvol16iss1pp075-082>

Jonas, K., Crutzen, R., van den Borne, B., Sewpaul, R., & Reddy, P. (2016). Teenage pregnancy rates and associations with other health risk behaviours : A three-wave cross-sectional study among South African school-going adolescents. *Reproductive Health*, 13(1), 50. <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0170-8>

Kabali, E., Mbika, C., & Mangalu, J. (2010). Niveaux et déterminants des grossesses des adolescentes de 15-17 ans en RDC. *C. Gourbin et al., Santé de la reproduction au Nord et au Sud. De la connaissance à l'action*, 75-89.

- Kabemba, B. H., Alimasi, Y. G., Ntambwe, A. M., Kalamba, M. E., Kitenge, F. F., Nyongonyi, O. E., & Monzi, H. K. (2018). Adolescent Pregnancy and Delivery in the Rural Areas of DR. Congo : A Cross-Sectional Descriptive Study (2014 to 2016). *Open Access Library Journal*, 5(8), Article 8. <https://doi.org/10.4236/oalib.1104762>
- Kalisa, F. (2021). *Socio-economic factors associated with teenage pregnancy in Rwanda : A secondary analysis of Rwanda Demographic and Health Survey data from 2014-2015*. <https://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:uu:diva-457813>
- Kaniki, F. R., Sanni, O. F., Kyampof, K. N., & Lazare, S. R. (2023). A retrospective analysis of the trends in modern contraceptive use among adolescents and young women (15–24 years) in the Democratic Republic of the Congo in the last two decades. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 12(10), 2260. https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_128_23
- Kaphagawani, N. C., & Kalipeni, E. (2017). Sociocultural factors contributing to teenage pregnancy in Zomba district, Malawi. *Global Public Health*, 12(6), 694-710. <https://doi.org/10.1080/17441692.2016.1229354>
- Kassa, G. M., Arowojolu, A. O., Odukogbe, A. A., & Yalew, A. W. (2018). Prevalence and determinants of adolescent pregnancy in Africa : A systematic review and Meta-analysis. *Reproductive Health*, 15(1), 195. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0640-2>
- Kefale, B., Yalew, M., Damtie, Y., & Adane, B. (2020). A Multilevel Analysis of Factors Associated with Teenage Pregnancy in Ethiopia. *International Journal of Women's Health*, 12, 785-793. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S265201>

- Kombo Yetilo, J. (2010). La sous-administration territoriale en République démocratique du Congo. Etat des lieux et perspectives. *Pyramides. Revue du Centre d'études et de recherches en administration publique*, 19, Article 19.
- Kwete, D., Binanga, A., Mukaba, T., Nemuandjare, T., Mbadu, M. F., Kyungu, M.-T., Sutton, P., & Bertrand, J. T. (2018). Family Planning in the Democratic Republic of the Congo : Encouraging Momentum, Formidable Challenges. *Global Health: Science and Practice*, 6(1), 40-54. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-17-00346>
- Lara, L. A. S., & Abdo, C. H. N. (2016). Age at Time of Initial Sexual Intercourse and Health of Adolescent Girls. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 29(5), 417-423. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2015.11.012>
- Lopes, M. C. de L., Oliveira, R. R. de, Silva, M. de A. P. da, Padovani, C., Oliveira, N. L. B. de, & Higarashi, I. H. (2020). Temporal trend and factors associated to teenage pregnancy. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 54, e03639.
- Lowe, M., & Rojas, B. M. (2021). Examining ethnic differences in age at sexual debut among adolescent girls in the Gambia. *African Journal of Reproductive Health*, 25(3), Article 3.
- Maharaj, N. R. (2022). Adolescent pregnancy in sub-Saharan Africa – a cause for concern. *Frontiers in Reproductive Health*, 4. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/frph.2022.984303>
- Maravilla, J. C., Betts, K. S., Couto e Cruz, C., & Alati, R. (2017). Factors influencing repeated teenage pregnancy : A review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 217(5), 527-545.e31. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.04.021>

- Masuy-Stroobant, G., & Costa, R. (2013). *Analyser les données en sciences sociales : De la préparation des données à l'analyse multivariée*. PeterLang.
- Mbadu Muanda, F., Gahungu, N. P., Wood, F., & Bertrand, J. T. (2018). Attitudes toward sexual and reproductive health among adolescents and young people in urban and rural DR Congo. *Reproductive Health, 15*(1), 74. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0517-4>
- Mebet, D., Atsedeweyn, A., & Abathun, D. (2021). Ordinal logistic regression analysis of hypertension data and identifying factors that influence the incidence of hypertension in Gondar University Teaching Hospital, Northwest Ethiopia. *Journal of Public Health and Epidemiology, 13*(3), 176-183. <https://doi.org/10.5897/JPHE2020.1294>
- Mehra, D., Sarkar, A., Sreenath, P., Behera, J., & Mehra, S. (2018). Effectiveness of a community based intervention to delay early marriage, early pregnancy and improve school retention among adolescents in India. *BMC Public Health, 18*(1), 732. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5586-3>
- Melesse, D. Y., Cane, R. M., Mangombe, A., Ijadunola, M. Y., Manu, A., Bamgboye, E., Mohiddin, A., Kananura, R. M., Akwara, E., du Plessis, E., Wado, Y. D., Mutua, M. K., Mekonnen, W., Faye, C. M., Neal, S., & Boerma, T. (2021). Inequalities in early marriage, childbearing and sexual debut among adolescents in sub-Saharan Africa. *Reproductive Health, 18*(1), 117. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01125-8>
- Meslé, F., Toulemon, L., & Véron, J. (Éds.). (2011). *Dictionnaire de démographie et des sciences de la population*. Colin.
- Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM), Ministère de la Santé, Publique (MSP), & ICF International.

- (2014). *Enquête Démographique et de Santé en République Démocratique du Congo 2013-2014 : Rapport de synthèse*. (p. 24). MPSMRM, MSP et ICF International. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/sr218/sr218.pdf>
- Moshi, F. V., & Tilisho, O. (2023). The magnitude of teenage pregnancy and its associated factors among teenagers in Dodoma Tanzania : A community-based analytical cross-sectional study. *Reproductive Health*, 20(1), 28. <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01554-z>
- Mpilambo, J. E., Appunni, S. S., Kanayo, O., & Stiegler, N. (2017). Determinants of Early Marriage among Young Women in Democratic Republic of Congo. *Journal of Social Sciences*, 52(1-3), 82-91. <https://doi.org/10.1080/09718923.2017.1322393>
- Mpunga, D. M., Chenge, F. M., Mambu, T. NM., Akilimali, P. Z., Mapatano, M. A., & Wembodinga, G. U. (2022). Determinants of the use of contraceptive methods by adolescents in the Democratic Republic of the Congo : Results of a cross-sectional survey. *BMC Women's Health*, 22(1), 478. <https://doi.org/10.1186/s12905-022-02084-3>
- Nair, A., & Devi, S. (2015). Obstetric outcome of teenage pregnancy in comparison with pregnant women of 20-29 years : A retrospective study. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 4(5), 1319-1324.
- Nigatu, A. M., Birhanu, A. Y., & Endehabtu, B. F. (2020). Geographical variations of early age sexual initiation among reproductive-age women in Ethiopia : Evidence from EDHS 2016. *Archives of Public Health*, 78(1), 28. <https://doi.org/10.1186/s13690-020-00411-4>

- Nyamugira, A. B., Richter, A., Furaha, G., & Flessa, S. (2022). Towards the achievement of universal health coverage in the Democratic Republic of Congo : Does the Country walk its talk? *BMC Health Services Research*, 22(1), 860. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08228-3>
- Ochen, A. M., Chi, P. C., & Lawoko, S. (2019). Predictors of teenage pregnancy among girls aged 13–19 years in Uganda : A community based case-control study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 211. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2347-y>
- Odimba, S. O., Squires, F., Ferenchick, E., Mbassi, S. M., Chick, P., Plesons, M., & Chandra-Mouli, V. (2021). A collaborative learning approach to improving health worker performance in adolescent sexual and reproductive health service provision : A descriptive feasibility study in six health zones in the Democratic Republic of the Congo. *Global Health Action*, 14(1), 1985228. <https://doi.org/10.1080/16549716.2021.1985228>
- Odimegwu, C., & Mkwanaenzi, S. (2016). Factors associated with teen pregnancy in sub-Saharan Africa : A multi-country cross-sectional study : original research article. *African Journal of Reproductive Health*, 20(3), 94-107. <https://doi.org/10.10520/EJC195767>
- Organisation Mondiale de la Santé, O. (2022). *Grossesse chez les adolescentes*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- Peltzer, K. (2010). Early sexual debut and associated factors among in-school adolescents in eight African countries. *Acta Paediatrica*, 99(8), 1242-1247. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2010.01874.x>
- Pfeiffer, C., Ahorlu, C. K., Alba, S., & Obrist, B. (2017). Understanding resilience of female adolescents towards teenage pregnancy : A cross-sectional survey in

- Dar es Salaam, Tanzania. *Reproductive Health*, 14(1), 77.
<https://doi.org/10.1186/s12978-017-0338-x>
- Phiri, M., Kasonde, M. E., Moyo, N., Sikaluzwe, M., & Simona, S. (2023). A multilevel analysis of trends and predictors associated with teenage pregnancy in Zambia (2001–2018). *Reproductive Health*, 20(1), 16.
<https://doi.org/10.1186/s12978-023-01567-2>
- RDC/UNICEF, E. de santé E. de S. (2020, mars 2). Rapport MICS RDC 2018. *Ecole de Santé Publique de Kinshasa*. <https://eskinshasa.net/rapport-mics-2018/>
- République Démocratique du Congo, Ministère du Plan, & INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE. (2021). *ANNUAIRE STATISTIQUE RDC 2020* (p. 433). INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE.
 file:///C:/Users/alpho/Downloads/UNDP-CD-ANNUAIRE-STAT.-2020-.pdf
- Ross, D. A., Hinton, R., Melles-Brewer, M., Engel, D., Zeck, W., Fagan, L., Herat, J., Phaladi, G., Imbago-Jácome, D., Anyona, P., Sanchez, A., Damji, N., Terki, F., Baltag, V., Patton, G., Silverman, A., Fogstad, H., Banerjee, A., & Mohan, A. (2020). Adolescent Well-Being : A Definition and Conceptual Framework. *Journal of Adolescent Health*, 67(4), 472-476.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.06.042>
- Sagalova, V., Garcia, J., Kapeu, A. S., Ntambi, J., Zagre, N. M., & Vollmer, S. (2021). Socio-economic predictors of adolescent marriage and maternity in West and Central Africa between 1986 and 2017. *Journal of Global Health*, 11, 13002.
<https://doi.org/10.7189/jogh.11.13002>
- Sarah Katz-Lavigne, Réginas Ndayiragije, Lucien Ramazani Kalyongo, & Benjamin Chemouni. (2022). Conjonctures de l’Afrique centrale. *Musée royal de l’Afrique centrale et L’Harmattan*, 98(n° 98), 314.

- Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., & Patton, G. C. (2018). The age of adolescence. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2(3), 223-228. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30022-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30022-1)
- Schedwin, M., Furaha, A. B., Kapend, R., Akilimali, P., Malembaka, E. B., Hildenwall, H., Alfvén, T., Tylleskär, T., Mapatano, M. A., & King, C. (2022). Under-five mortality in the Democratic Republic of the Congo : Secondary analyses of survey and conflict data by province. *Bulletin of the World Health Organization*, 100(7), 422-435. <https://doi.org/10.2471/BLT.22.287915>
- Schoumaker, B., & Sánchez-Páez, D. A. (2022). La fécondité des filles de moins de 15 ans dans le monde. *Population & Sociétés*, 601(6), 1-4. <https://doi.org/10.3917/popsoc.601.0001>
- Senderowicz, L., Bullington, B. W., Sawadogo, N., Tumlinson, K., Langer, A., Soura, A., Zabré, P., & Sié, A. (2023). Measuring Contraceptive Autonomy at Two Sites in Burkina Faso : A First Attempt to Measure a Novel Family Planning Indicator. *Studies in Family Planning*, 54(1), 201-230. <https://doi.org/10.1111/sifp.12224>
- Senécal-Lirette, V. (2021). Nouvelles dynamiques familiales en Afrique, dirigé par Anne E. Calvès, Fatou Binetou Dial et Richard Marcoux. *Anthropologica*, 63(1), Article 1. <https://doi.org/10.18357/anthropologica6312021368>
- Shumba, S., Moonga, V., Miyoba, T. O., Jere, S., Nkonde, J. M., & Mumba, P. (2023). *Socio-economic disparities and predictors of fertility among adolescents aged 15 to 19 in Zambia : Evidence from the Zambia demographic and health survey (2018)* (p. 2023.12.05.23299479). medRxiv. <https://doi.org/10.1101/2023.12.05.23299479>

- Simwanza, N. R., Kalungwe, M., Nyashanu, M., Karonga, T., & Ekpenyong, M. S. (2022). Exploring the enablers of teenage pregnancy in Sub-Saharan Africa (SSA) : A scoping literature review. *International Journal of Pregnancy and Child Birth*, 8(3), Article 3. <https://doi.org/10.15406/ipcb.2022.08.00265>
- Tabutin, D. (1982). Évolution régionale de la fécondité dans l'ouest du Zaïre. *Population (French Edition)*, 37(1), 29-50. <https://doi.org/10.2307/1532485>
- Tadesse, G., & Yakob, B. (2015). Risky Sexual Behaviors among Female Youth in Tiss Abay, a Semi-Urban Area of the Amhara Region, Ethiopia. *PLOS ONE*, 10(3), e0119050. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0119050>
- Tigabu, S., Liyew, A. M., & Geremew, B. M. (2021). Modeling spatial determinates of teenage pregnancy in Ethiopia; geographically weighted regression. *BMC Women's Health*, 21(1), 254. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01400-7>
- UN/ World Population Prospects. (2022). *World Bank Open Data*. World Bank Open Data. <https://data.worldbank.org>
- Uthman, O. A. (2008). Geographical variations and contextual effects on age of initiation of sexual intercourse among women in Nigeria : A multilevel and spatial analysis. *International Journal of Health Geographics*, 7(1), 27. <https://doi.org/10.1186/1476-072X-7-27>
- Wado, Y. D., Sully, E. A., & Mumah, J. N. (2019). Pregnancy and early motherhood among adolescents in five East African countries : A multi-level analysis of risk and protective factors. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 59. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2204-z>
- Woo, H.-S., Kim, J., & Cannella, A. A. (2023). Time Dependence in the Cox Proportional Hazard Model as a Theory Development Opportunity : A Step-

by-Step Guide. *Organizational Research Methods*, 10944281231205027.

<https://doi.org/10.1177/10944281231205027>

Worku, M. G., Tessema, Z. T., Teshale, A. B., Tesema, G. A., & Yeshaw, Y. (2021).

Prevalence and associated factors of adolescent pregnancy (15–19 years) in East Africa : A multilevel analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 253.

<https://doi.org/10.1186/s12884-021-03713-9>

World Bank Group. (2018). *Democratic Republic of Congo Systematic Country*

Diagnostic. World Bank, Washington, DC. <https://doi.org/10.1596/30057>

Yakubu, I., & Salisu, W. J. (2018). Determinants of adolescent pregnancy in sub-

Saharan Africa : A systematic review. *Reproductive Health*, 15(1), 15.

<https://doi.org/10.1186/s12978-018-0460-4>

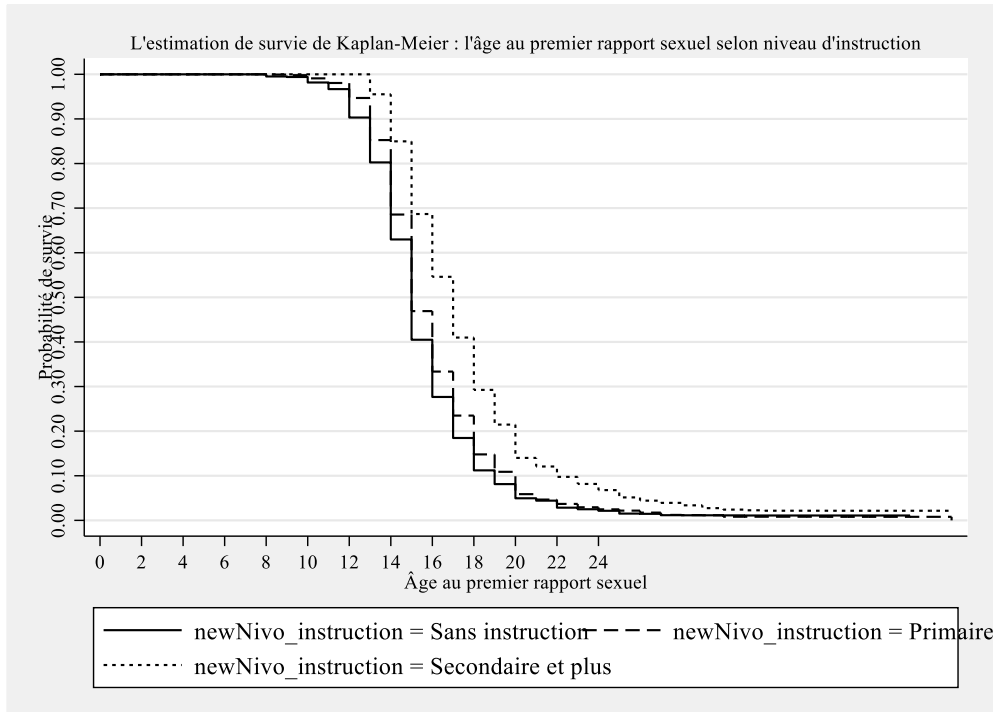
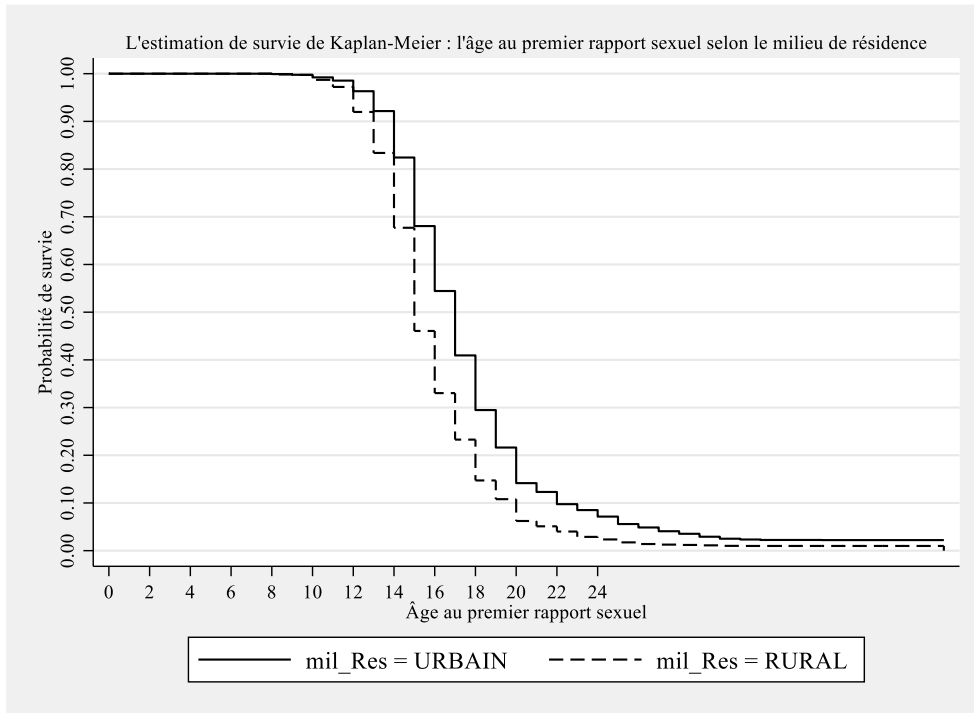
Zemene, M. A., Dagnaw, F. T., Anley, D. T., Dagneu, E., Zewdie, A., Haimanot, A. B.,

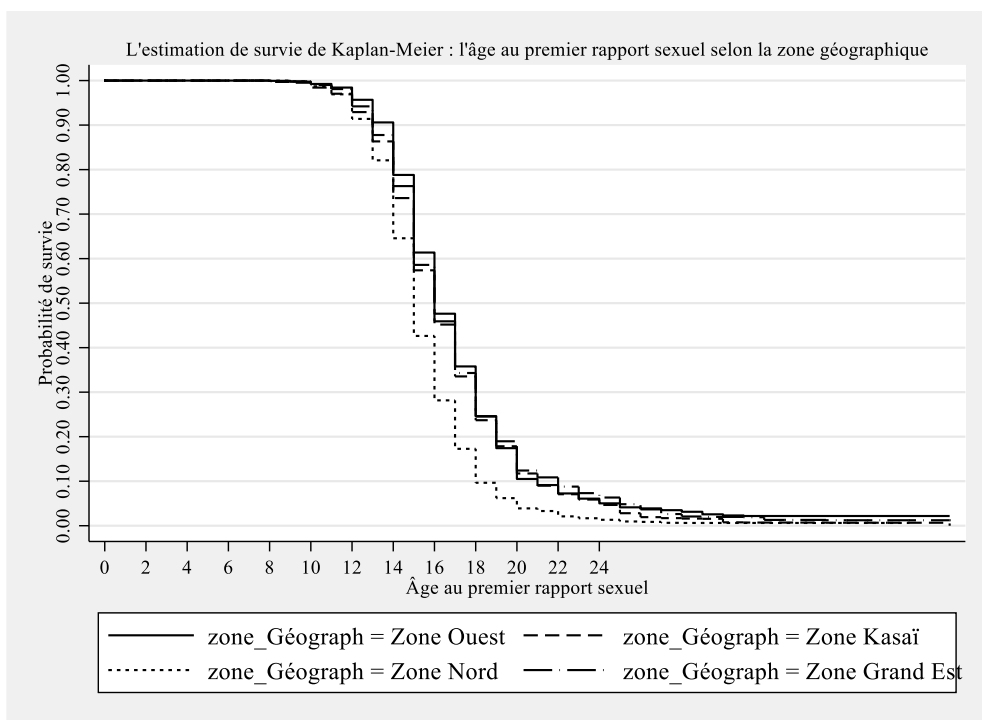
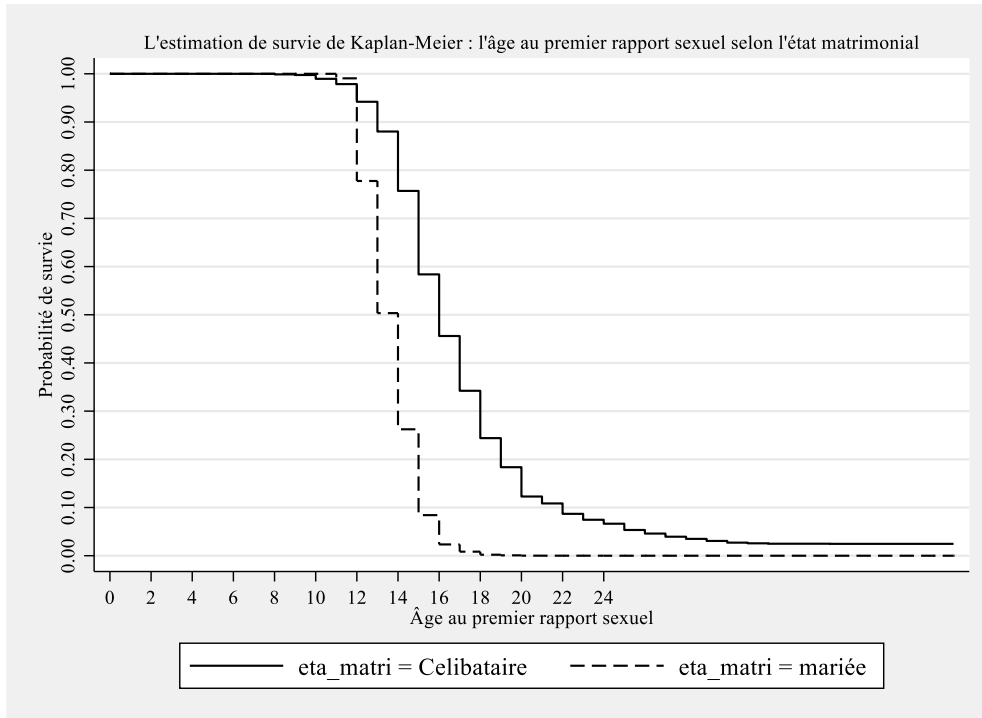
& Dessie, A. M. (2024). Trends and factors associated with teenage pregnancy in Ethiopia : Multivariate decomposition analysis. *Scientific Reports*, 14(1),

2216. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-52665-5>

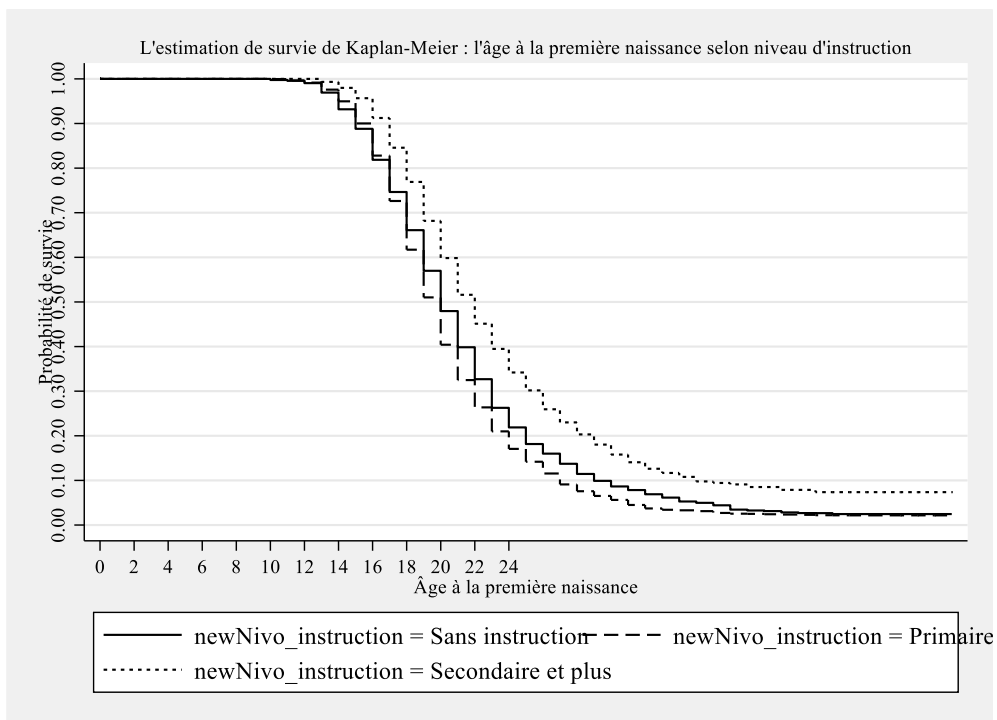
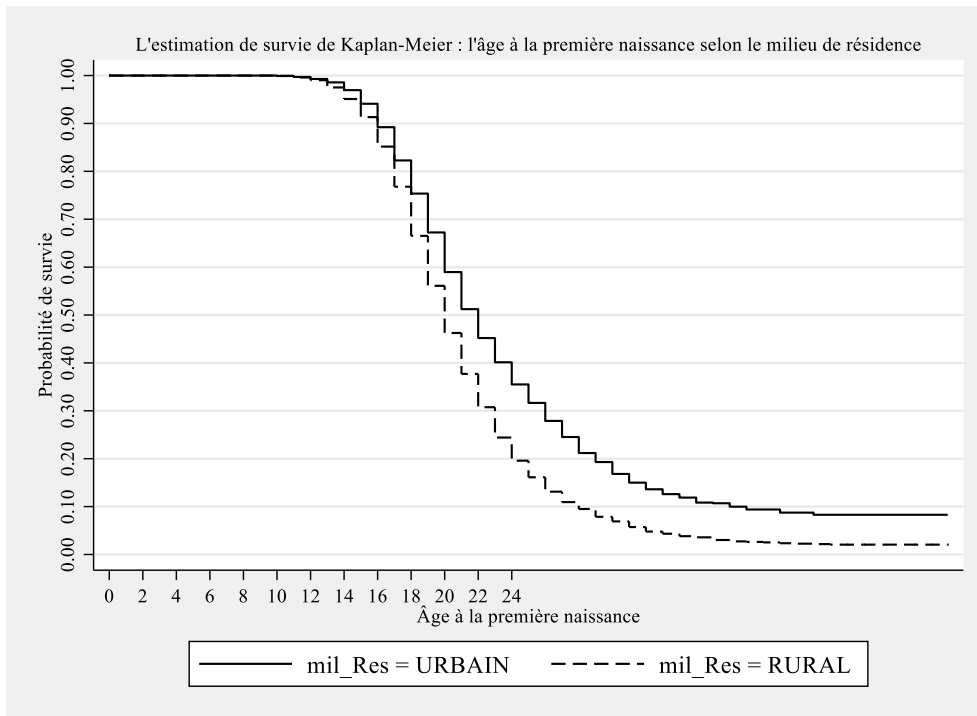
Annexes

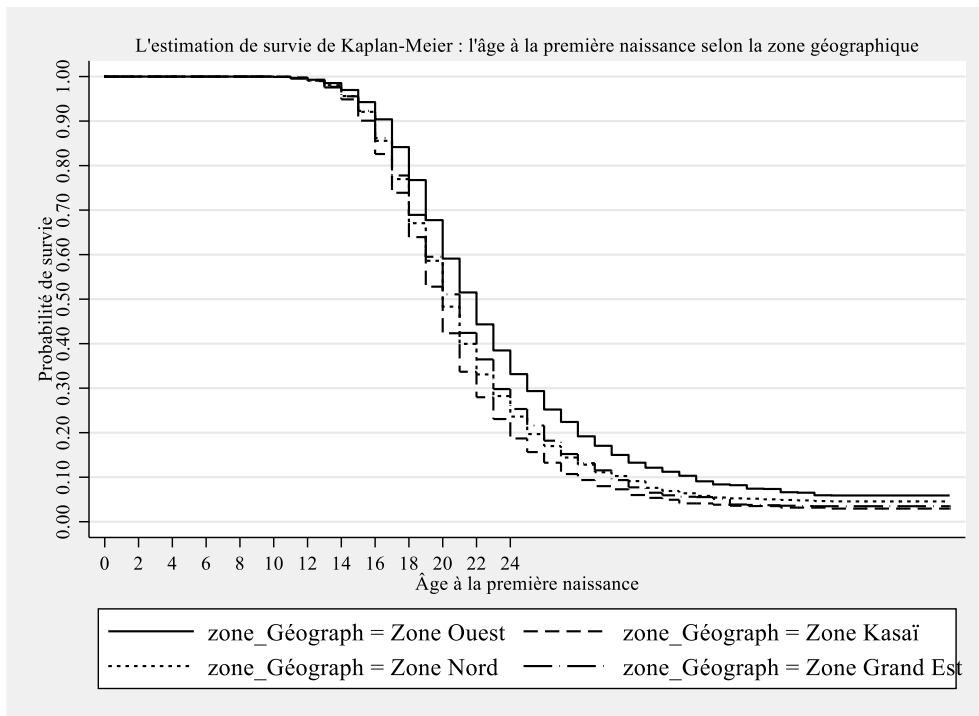
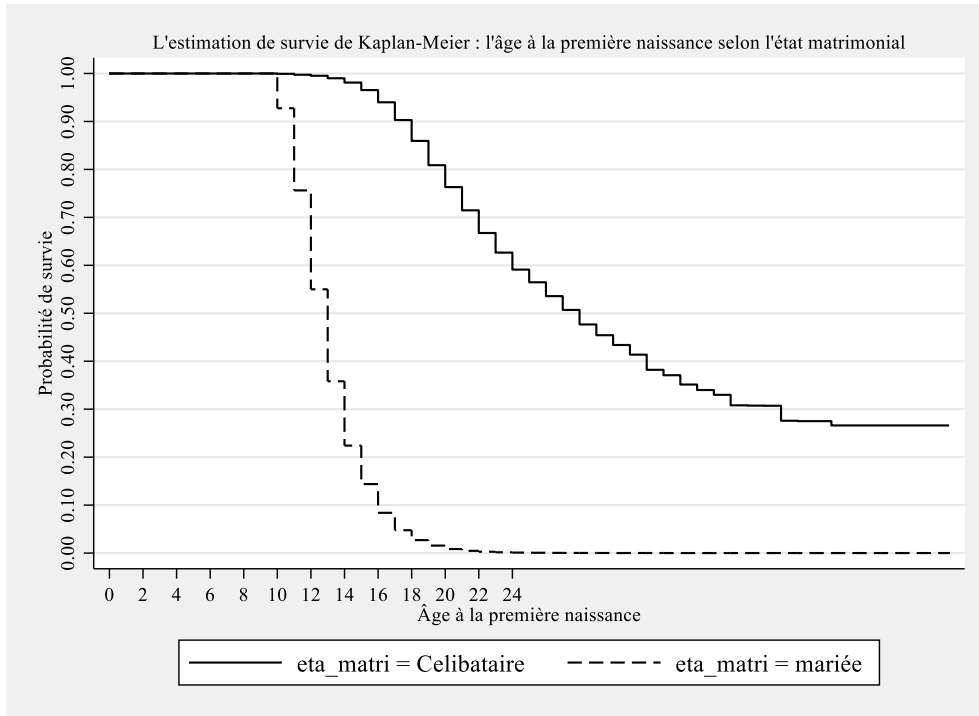
Annexes1 : Âge au premier rapport sexuel

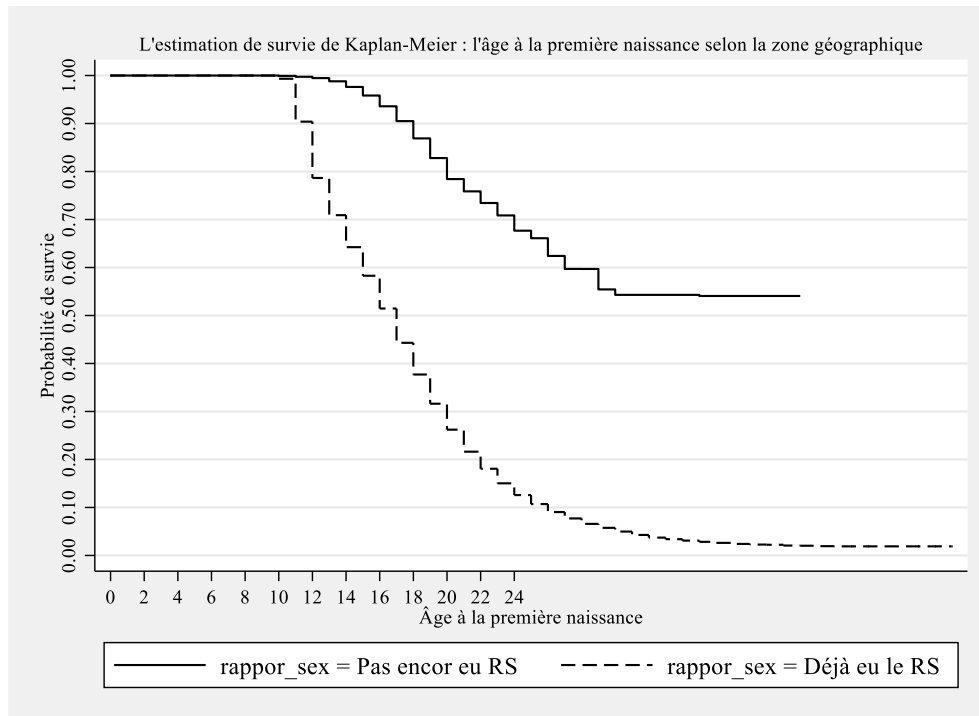




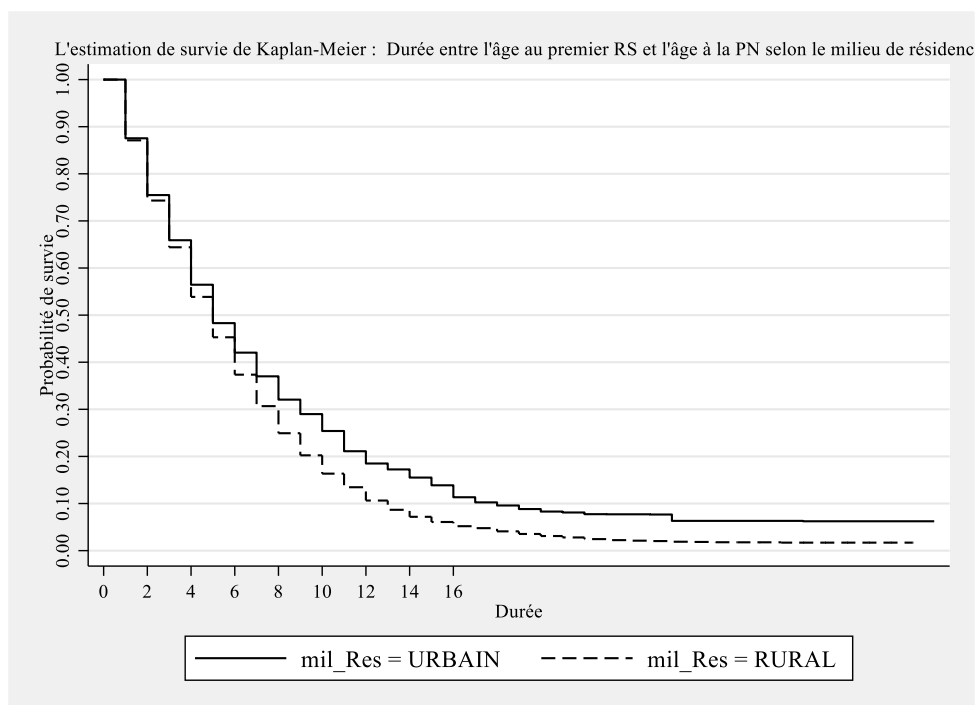
Annexes 2 : Âge à la première maternité



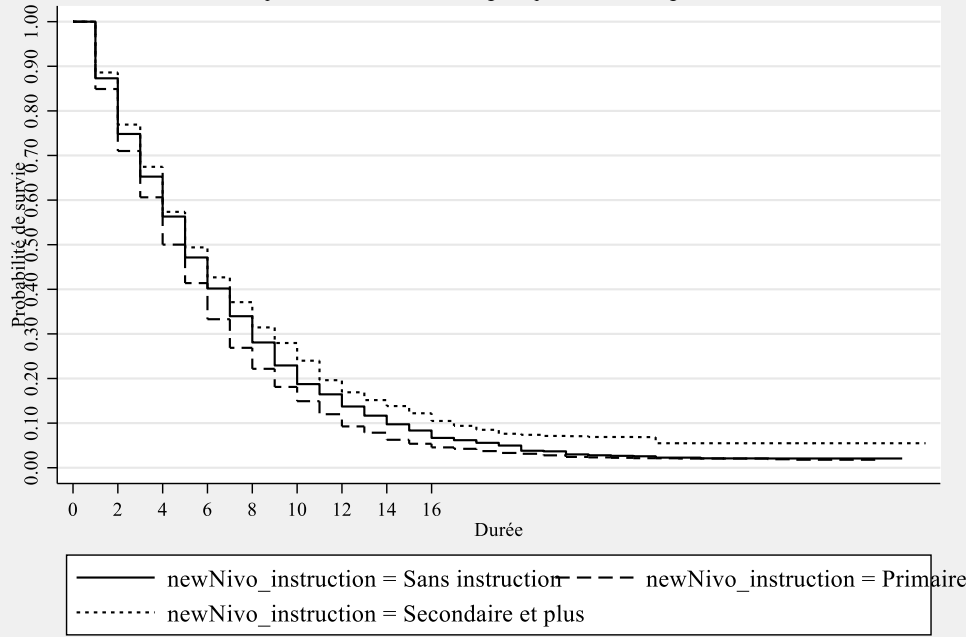




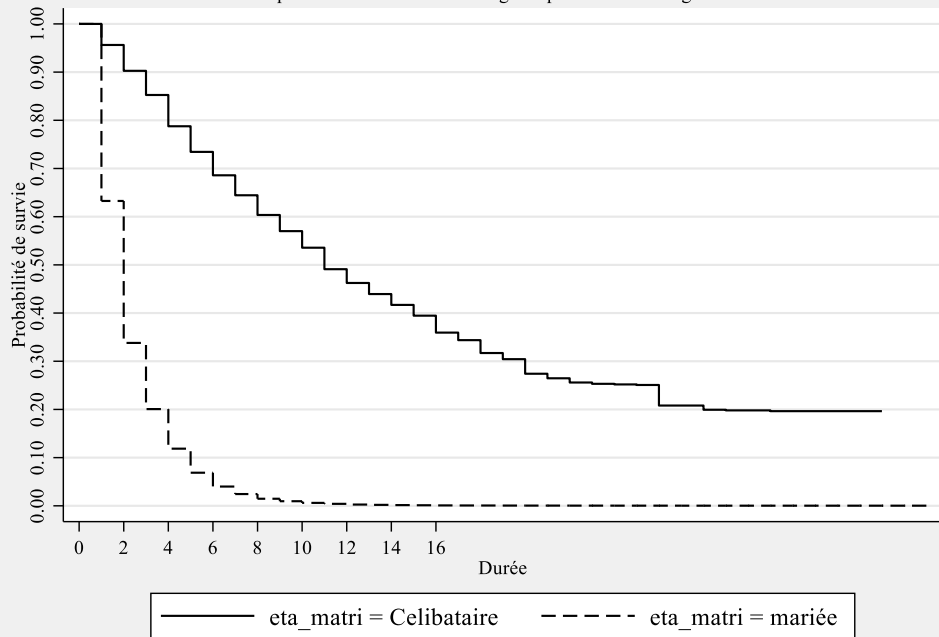
Annexes 3 : Durée entre l'âge au premier rapport sexuel et l'âge à la première naissance

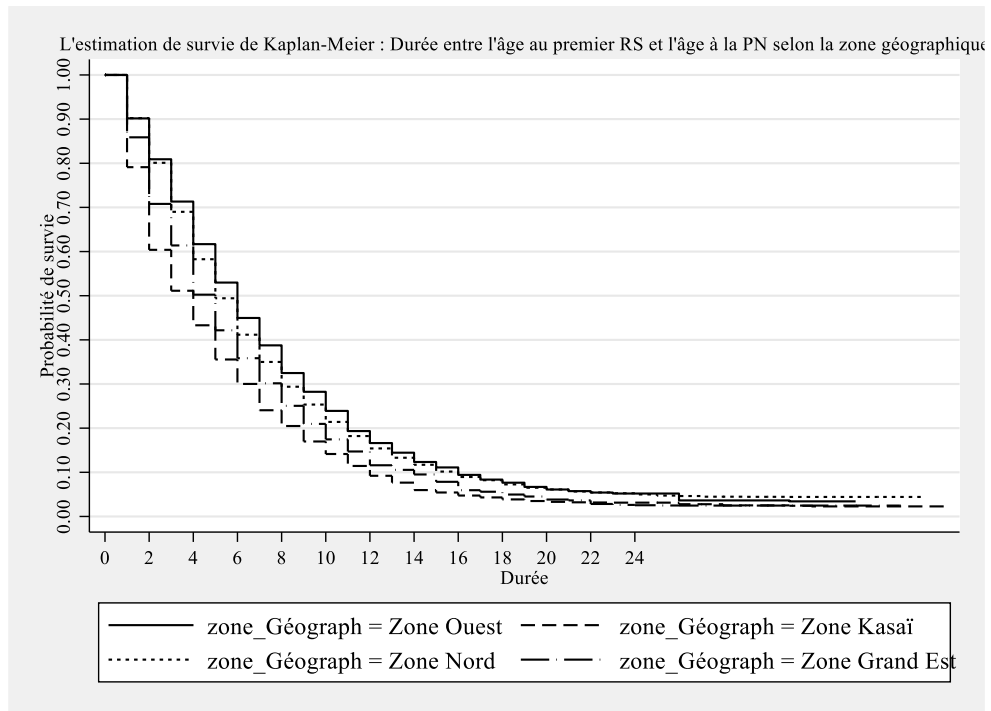


L'estimation de survie de Kaplan-Meier : Durée entre l'âge au premier RS et l'âge à la PN selon niveau d'instruction



L'estimation de survie de Kaplan-Meier : Durée entre l'âge au premier RS et l'âge à la PN selon l'état matrimonial





Mots-clés : Déterminants, risques de grossesses précoces, adolescentes et jeunes, analyse biographique, RDC

Résumé

Pays à forte fécondité et en pleine croissance démographique, la République Démocratique du Congo (RDC) se distingue par une population jeune avec un nombre élevé de grossesses chez les adolescentes et les jeunes. En utilisant les données de l'enquête MICS-RDC 2017-2018 et en s'appuyant sur la méthode biographique, ce mémoire analyse les déterminants des risques de grossesses précoces et très précoces chez cette population. Les objectifs de l'étude sont d'identifier les déterminants de l'âge au premier rapport sexuel, de l'âge à la première maternité et de la durée entre ces deux événements. Les résultats montrent que le milieu de résidence, l'état matrimonial, le niveau d'instruction et la zone géographique sont des déterminants de l'âge au premier rapport sexuel et de la durée entre l'âge au premier rapport sexuel et l'âge à la première maternité. L'état matrimonial et le premier rapport sexuel se révèlent être des déterminants directs de l'âge à la première naissance. Toutefois, en l'absence de la variable état matrimonial, le milieu de résidence, le niveau d'instruction et la zone géographique ce sont révélés être les déterminants de l'âge à la première maternité en plus de premier rapport sexuel.