

To cite: Ouedrago C. S. & Bougma M.(2025). *Planification des grossesses et pratiques de soins infantiles en Afrique subsaharienne. Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique,7(2), 18-34.*
<https://doi.org/10.4314/rasp.v7i2.2>

Research**Planification des grossesses et pratiques de soins infantiles en Afrique subsaharienne**

Pregnancy planning and child care practices in sub-Saharan Africa

Sibiri Clément Ouedraogo^{1,*}, Moussa Bougma²

¹Institut national de la statistique et de la démographie, Doctorant à l’Institut supérieur des sciences de la population, Université Joseph Ki Zerbo, Ouagadougou, Burkina Faso

²Institut supérieur des sciences de la population, Université Joseph Ki Zerbo, Ouagadougou, Burkina Faso

* Correspondance : clementouedraogo100@gmail.com ; Tel : +22654772811 ;

Résumé

Cet article s'est fixé pour objectif d'évaluer l'impact de la planification des grossesses sur quatre pratiques de soins infantiles en Afrique subsaharienne que sont l'initiation précoce à l'allaitement, le recours aux soins postnatals, l'allaitement exclusif et la complétude vaccinale. Les dernières données disponibles en 2024 des enquêtes démographiques et de santé de 34 pays d'Afrique subsaharienne couvrant la période de 2011-2022 ont été mobilisées et des méthodes descriptives bivariées et multivariées à travers des régressions logistiques binomiales ont été aussi utilisées pour l'analyse. Les résultats indiquent que les pratiques de santé qui surviennent immédiatement après l'accouchement (initiation à l'allaitement et soins postnatals) sont fortement impactés par la planification des grossesses. En effet, comparativement aux naissances planifiées, celles mal planifiées et non désirées ont respectivement 14,1% et 16,5% moins de chances d'être allaité dans l'heure suivant l'accouchement. Elles ont par ailleurs respectivement 3,9 % et 11,3 % moins de chances de bénéficier de soins postnatals dans les deux jours suivants l'accouchement comparativement aux naissances planifiées. A contrario, les pratiques sanitaires qui surviennent plus tardivement (allaitement exclusif pendant 6 mois, complétude vaccinale) sont faiblement impactées par la planification de la grossesse. Ces résultats indiquent un effet régressif avec le temps de la planification de la grossesse sur les indicateurs de prise en charge sanitaire des enfants en Afrique subsaharienne. Cela peut être mis en relation avec les normes culturelles qui régissent les sociétés africaines ainsi que les liens affectifs qui se développent entre les parents et leurs enfants.

Mots clés : Mal planifiées, non désirées, allaitement, soins postnatals, vaccination.

Abstract

The objective of this article was to assess the impact of pregnancy planning on four childcare practices in sub-Saharan Africa: early initiation of breastfeeding, use of postnatal care, exclusive breastfeeding and complete immunisation. The latest data available in 2024 from the demographic and health surveys of 34 countries in sub-Saharan Africa, covering the period 2011-2022, were mobilised, and bivariate and multivariate descriptive methods through binomial logistic regressions were also used for the

analysis. The results indicate that health practices that occur immediately after childbirth (initiation of breastfeeding and postnatal care) are strongly impacted by pregnancies planning. In fact, compared to planned births, mistimed and unwanted births are 14.1% and 16.5% less likely to be breastfed within an hour of delivery, respectively. They are also 3.9% and 11.3% less likely to receive postnatal care within two days of delivery compared to planned births, respectively. On the other hand, health practices that occur later (exclusive breastfeeding for 6 months, complete vaccination) are little impacted by pregnancy planning. These results highlight a time-dependent effect of pregnancy planning on child health care indicators in sub-Saharan Africa. This can be related to the cultural norms that govern African societies as well as the emotional bonds that develop between parents and their children.

Keywords: Mistimed, unwanted, breastfeeding, postnatal care, immunization.

1. Introduction

L'allaitement maternel, le recours aux soins postnataux et la vaccination des enfants sont des composantes majeures des soins de santé destinés à l'enfant. Ils font partie des mesures les plus efficaces pour prévenir la mortalité, la morbidité et les complications des maladies infectieuses chez les enfants.

L'initiation précoce ou opportune de l'allaitement, en particulier dans l'heure qui suit la naissance, est une pratique recommandée par l'Organisation mondiale de la santé, (UNICEF & OMS, 2018). Une revue systématique et une méta-analyse ont révélé que l'initiation de l'allaitement après la première heure de la naissance double le risque de mortalité néonatale, (Khan et al., 2015). Les preuves, tirées d'une méta-analyse de plus de 63 pays en développement, montrent que l'initiation précoce de l'allaitement maternel prévient les infections du nouveau-né, évite la mort du nouveau-né due à la septicémie, à la pneumonie, à la diarrhée et à l'hypothermie, et facilite la poursuite de l'allaitement maternel, (Oddy, 2013). L'allaitement maternel exclusif pendant les six (6) premiers mois de la vie est également une des recommandations de l'OMS. Il améliore la croissance, la santé et la survie des nouveau-nés et constitue un moyen naturel et efficace de médecine préventive, (WHO, 2003). Par ailleurs, les visites postnatales permettent de surveiller le poids, la croissance, les vaccinations et de détecter d'éventuelles anomalies de développement à un stade précoce. En ce qui concerne la vaccination, elle protège contre des maladies potentiellement mortelles ou graves. On estime qu'elle permet d'éviter environ 3 millions de décès chaque année dans le monde et d'éviter à près 750 000 enfants de souffrir de sérieux handicaps physiques, mentaux ou neurologiques, (Bos & Batson, 2000).

Ces pratiques de soins infantiles constituent ainsi des piliers incontournables des politiques de santé infantile. Pourtant, leur adoption reste inégale, notamment dans les contextes de grossesses non planifiées, où les risques sanitaires pour l'enfant sont exacerbés. Des études ont montré dans diverses contrées que les grossesses non désirées ou mal planifiées sont associées à des soins sanitaires inadéquats, (Brown & Eisenberg, 1995; Hajizadeh & Nghiem, 2020). Plusieurs études ont montré que les grossesses mal planifiées ou non désirées sont associées à une initiation tardive ou à l'absence d'allaitement maternel exclusif dans le contexte américain, (Cheng et al., 2009; Joyce et al., 2000; Kost et al., 1998; Kost & Lindberg, 2015; Lindberg et al., 2015), aux Philippines, (Ulep & Borja, 2012), en Égypte, (Mohamed et al., 2019) et au Ghana, (Chinebuah & Pérez-Escamilla, 2001). Par ailleurs, un moindre recours à la vaccination en cas de grossesse non désirée ou mal planifiée a été mis en évidence et documenté dans le contexte asiatique notamment, (Singh et al., 2012, 2013, 2015).

Bien que ces mécanismes soient bien établis dans les pays occidentaux, leur transposabilité en Afrique subsaharienne reste incertaine, notamment en raison des dynamiques culturelles et socio-économiques qui pourraient modérer ces effets. Cette assertion tire ses fondements du modèle bioécologique de Bronfenbrenner qui postule que différents environnements influencent le développement cognitif,

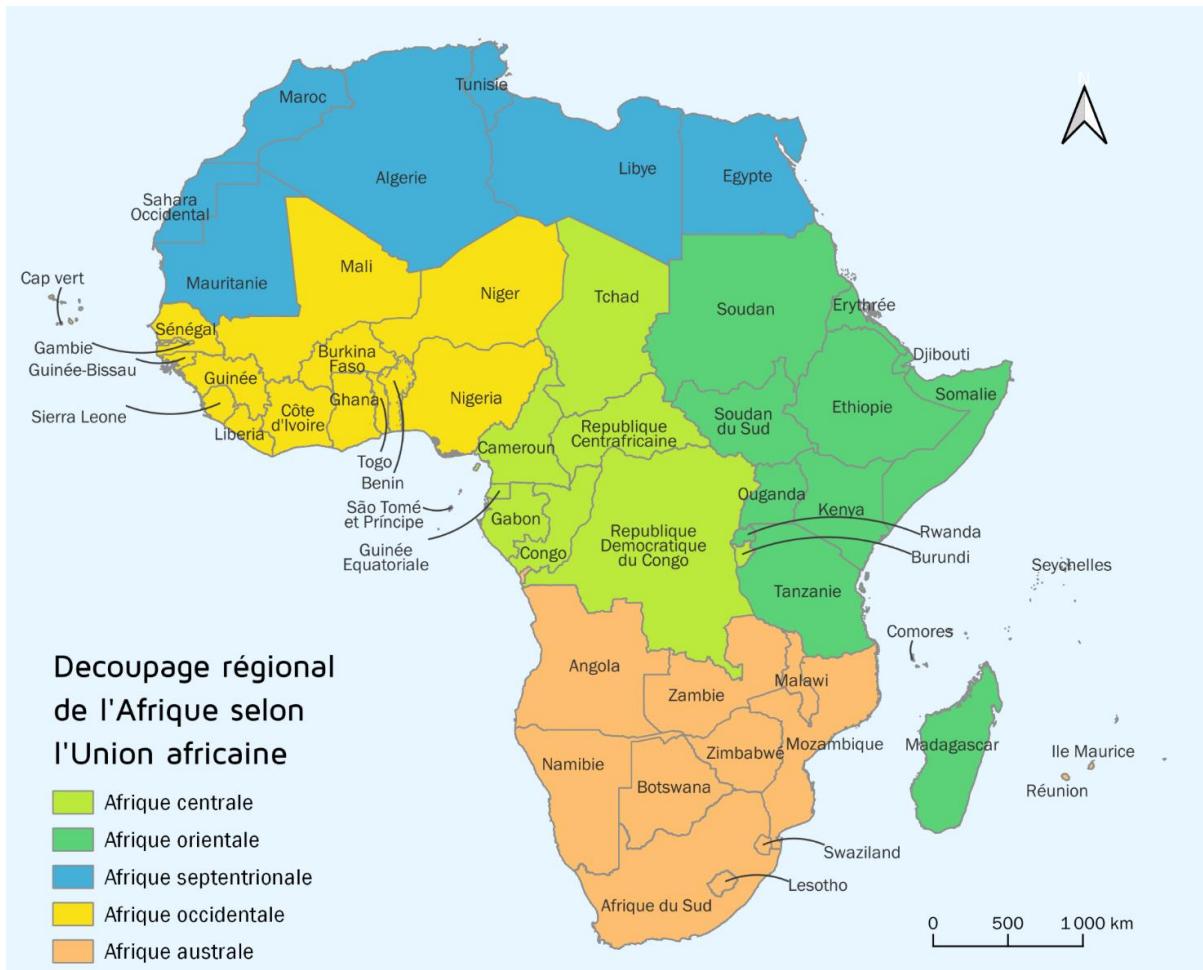
moral et relationnel de chaque individu. En Afrique subsaharienne, les valeurs occupent une place centrale : l'Africain authentique est connu et identifié dans sa communauté, (Kanu, 2010). Il pose ainsi ses actes de manière à ne pas jeter l'opprobre sur cette communauté. La culture africaine est également ancrée dans de fortes considérations morales et religieuses. La croyance en une vie après la mort a doté l'homme noir du respect de la vie et de la dignité humaine. Par ailleurs, le culte des divinités dans certaines communautés aident à rationaliser le comportement dans la société et les gens ont peur de commettre des infractions par peur d'être exposés, (Idang, 2015). Au-delà des valeurs culturelles, les liens affectifs qui naissent et se renforcent au fil du temps entre une mère et son enfant peuvent être à l'origine d'un aménagement des conséquences des grossesses mal planifiées et non désirées avec le temps. Ce postulat prend ses fondements des travaux sur la résilience maternelle, (Masten, 2014) et l'attachement, (Bowlby, 1979). Les mécanismes par lesquels ces liens se créent sont de divers ordres : réinterprétation du sens (une mère peut redéfinir son expérience car ce qui n'était pas planifié peut devenir une source de bonheur), support émotionnel mutuel (l'enfant devient une source de motivation pour surmonter les défis), adaptation progressive (le temps permet à la mère de développer des compétences parentales et de s'ajuster aux nouvelles réalités). La mère peut aussi développer un sentiment de rejet dans les cas des enfants non désirés.

Au vu de ce qui précède, cette étude vise à combler un vide scientifique : l'absence de données panafricaines sur l'impact des grossesses mal planifiées et non désirées sur les soins infantiles. L'objectif de cette étude est ainsi d'évaluer l'impact de la planification de la grossesse sur la prise en charge sanitaire des enfants de moins de 5 ans en Afrique subsaharienne. Elle ouvre la voie à des politiques de santé plus contextualisées, alignées sur les réalités socioculturelles de la région. Nous formulons ainsi les quatre hypothèses suivantes : H1 : comparativement aux naissances planifiées, celles mal planifiées et non désirées sont moins susceptibles de bénéficier d'une initiation précoce à l'allaitement, H2 : Elles sont également moins susceptibles de bénéficier d'une visite postnatale dans les deux premiers jours, H3 : Les naissances mal planifiées et non désirées ont cependant les mêmes chances d'allaitement maternel exclusif que celles planifiées et H4 : elles ont également dans chances identiques de complétude vaccinale.

2. Matériels et Méthodes

2.1. Présentation de la zone d'étude

La zone de couverture de cette étude est l'Afrique subsaharienne qui désigne l'étendue du continent africain au Sud du Sahara. Elle s'étend sur une superficie de 22 431 000 km² et abrite quarante-huit États sur les 55 que compte le continent africain. Ce dernier peut être subdivisé en 5 grandes régions : Afrique orientale, Afrique centrale, Afrique australe, Afrique occidentale et Afrique septentrionale. L'Afrique subsaharienne couvre les quatre premières citées. Seule l'Afrique septentrionale constituée des pays du Maghreb ne fait pas partie de cette entité.



Sources : Fonds de carte de Gadm 4, Découpage de l'Union Africaine

Carte 1 : Découpage régional de l'Afrique

2.2. Données

La présente étude adopte une démarche quantitative. La population cible est constituée d'enfants de moins de 5 ans. L'échantillon est constitué à partir de l'historique des naissances vivantes survenues au cours des cinq années précédant l'enquête fourni par les femmes de 15-49 ans. Les informations sur les enfants sont données par leurs mères.

Les données utilisées sont celles des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) réalisées dans les pays d'Afrique subsaharienne, les EDS ont pour objectif d'estimer de nombreux indicateurs socioéconomiques, démographiques et sanitaires au niveau de l'ensemble de la population et des sous-populations des femmes de 15 à 49 ans, des enfants de moins de 5 ans et des hommes de 15 à 59 ans. Par ailleurs, les données sont collectées selon une méthodologie similaire favorisant la comparabilité des données entre pays.

Les dernières données disponibles en 2024 pour chaque pays sont retenues pour les analyses. Aussi, les pays ne disposant pas de données relativement récentes (après 2010) ont été exclus. Les niveaux d'analyse retenus sont le niveau national, le niveau sous-régional et le niveau régional. Pour la pondération des données aux niveau régional et sous régional, il existe essentiellement deux options. La première consiste à redimensionner le poids de chaque pays afin qu'il soit proportionnel à la population du pays au moment de l'enquête. La seconde option consiste à redimensionner afin que le poids total soit le même pour chaque pays. La première option a le problème qu'en général un grand

pays, comme le Nigeria, dominera complètement les résultats, de ce fait nous optons pour la seconde. Les données utilisées concernent 34 pays.

Tableau 1 : Année d'enquête et effectif des enfants de moins de cinq ans par pays

Pays	Année d'enquête	Effectif des enfants de moins de 5 ans
Afrique australe	-	66 447
Afrique du Sud	2016	3 389
Angola	2015-16	13 549
Lesotho	2014	2 915
Malawi	2015-16	16 330
Mozambique	2011	10 291
Namibie	2013	4 818
Zambie	2018	9 398
Zimbabwe	2015	5 757
Afrique centrale	-	70 490
Burundi	2016-17	12 384
Cameroun	2018	9 043
Gabon	2019-21	8 857
RDC	2013-14	6 077
Congo	2011-12	17 228
Tchad	2014-15	16 901
Afrique de l'Est	-	76 037
Comores	2012	3 023
Éthiopie	2016	9 939
Kenya	2022	18 698
Madagascar	2021	11 686
Ouganda	2016	14 633
Rwanda	2019-20	7 737
Tanzanie	2022	10 321
Afrique de l'Ouest	-	136 288
Bénin	2017-18	12 564
Burkina Faso	2021	11 757
Côte d'Ivoire	2021	9 878
Gambie	2019-20	7 883
Ghana	2022	9 005
Guinée	2018	7 233
Liberia	2019-20	5 209
Mali	2018	9 221
Niger	2012	11 602
Nigeria	2018	30 547
Sénégal	2019	5 845
Sierra Leone	2019	9 009
Togo	2013-14	6 535

Source : Enquêtes démographiques et de santé EDS 2011-2022

2.3. Variables

Trois types de variables ont été mobilisées dans le cadre des analyses : les variables dépendantes, la variable indépendante principale et les autres variables indépendantes.

Les variables dépendantes sont l'initiation précoce à l'allaitement, le recours aux soins postnataux, l'allaitement exclusif et la complétude vaccinale.

La variable indépendante principale est la variable dont nous désirons mettre en lumière l'influence sur les variables dépendantes. Il s'agit de la planification de la grossesse (m4 dans la base EDS) qui est captée au travers des questions suivantes adressées aux femmes âgées de 15-49 ans pour chacune de leurs naissances survenues au cours des cinq dernières années : *Quand vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous être enceinte à ce moment-là ? Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard ou est-ce que vous ne vouliez plus (ou pas) d'enfant ?* Cette variable comporte des limites inhérentes à son caractère rétrospectif. La variable « planification des grossesses » comprend 3 modalités : **Planifiée** (grossesse voulue au moment), **Mal planifiée** (grossesse voulue plus tard) et **Non désirée** (grossesse non voulue, ni au moment ni plus tard).

Les autres variables indépendantes sont les caractéristiques socioéconomiques et démographiques qui sont généralement connues pour être associées aux variables dépendantes. Elles seront mises à contribution pour contrôler la relation entre la variable indépendante principale et chaque variable dépendante. Nous avons retenu le milieu de résidence (urbain-rural), le quintile de richesse du ménage (très faible, faible, moyen, élevé, très élevé), le niveau d'instruction de la mère (aucun, primaire, secondaire ou plus), l'occupation de la mère (active, inactive), son statut matrimonial (en union ou pas en union), son groupe d'âge (15-19 ans, 20-34 ans, 35-45 ans), son exposition aux médias (fortement, faiblement ou pas exposée), le rang de la naissance (1, 2-3, 4-5, 6 ou plus) et l'intervalle avec la naissance précédente (première naissance, moins 24 mois, 24-47 mois, 48 mois ou plus).

2.4. Méthodes d'analyse

Deux types d'analyses sont mise en œuvre dans cette étude : **une analyse descriptive et une explicative**. L'analyse descriptive consiste à une analyse d'association entre la planification de la grossesse et chacune des variables dépendantes à travers des tableaux croisés et des tests de proportion au vu de leur nature qualitative. Cette première analyse à visée descriptive est réalisée par sous-région et par pays. Elle sera ensuite contrôlée au niveau global (Afrique subsaharienne) par les autres variables explicatives prises individuellement. Le but est d'évaluer l'effet de chacune de ces autres variables sur les relations entre la planification de la grossesse et les variables dépendantes.

Au niveau explicatif, la relation est analysée en présence des autres variables indépendantes prises simultanément à travers des régressions logistiques binomiales ou binaires (les variables dépendantes ayant chacune deux modalités). L'objectif étant d'identifier les effets nets de la planification de la grossesse sur les variables dépendantes. Le modèle d'analyse peut être illustré comme suit :

La régression logistique commence par une combinaison linéaire des variables indépendantes (ou prédicteurs) :

$$z = \beta_0 + \beta_1 x X_1 + \beta_2 x X_2 + \cdots + \beta_n x X_n$$

Où z est le score linéaire, β_0 l'ordonnée à l'origine (intercept), β_i sont les coefficients (poids) associés à chaque variable indépendante X_i .

Ce score z est ensuite passé à travers la fonction logistique (sigmoïde) :

$$P(Y = 1) = \frac{1}{1 + e^{-z}}$$

où P(Y=1) est la probabilité que l'enfant ait le caractère étudié.

Pour une interprétation intuitive, on convertit souvent les coefficients en Odds Ratios (OR) ou Rapport de Cotes (RC) en prenant l'exponentielle du coefficient ($e^{-\beta_i}$).

Si cette valeur est inférieure à 1, on dira que les enfants de la catégorie k ont (1-RC)*100 moins de chance que leurs homologues du groupe de référence à avoir le caractère étudié. Un “odd ratio” supérieur à 1 signifie que cette chance est de RC fois plus que les enfants de la catégorie de référence. Enfin pour la mise en œuvre de ces analyses, le logiciel Stata 16 est utilisé.

3. Résultats

3.1. Analyse descriptive

3.1.1. Planification de la grossesse, initiation à l'allaitement et recours aux soins postnatals

Le tableau 2 ci-après présente la proportion des naissances allaitées dans l'heure et celles ayant reçu des soins postnatals selon la planification de la grossesse.

Tableau 2 : Proportion des naissances allaitées dans l'heure et ayant reçu des soins postnatals selon la planification de la grossesse

Pays /Sous-région	Allaitement dans l'heure				Soins postnatals			
	Ensemble	Planifiée	Mal planifiée	Non désirée	Ensemble	Planifiée	Mal planifiée	Non désirée
Afrique australe	70,5	71,5	69,4*	68,5*	37,5	35,2	40,9***	40,9***
Afrique du Sud	76,6	77,4	76,5ns	75,1ns	71,7	72,6	72,5ns	68,7ns
Angola	51,9	50,9	54,6ns	48,4ns	13,8	12,2	18,0***	11,7ns
Lesotho	67,7	68,6	68,1ns	65,5ns	18,9	19,3	20,2ns	16,4ns
Malawi	78,2	79,4	77,0ns	75,4*	46,3	45,1	48,9*	46,2ns
Mozambique	78,0	79,4	70,9***	69,9**	-	-	-	-
Namibie	74,1	77,1	71,5**	71,7ns	19,8	19,8	19,2ns	21,5ns
Zambie	77,1	79,7	73,8**	71,3**	52,9	51,1	55,6*	58,0*
Zimbabwe	58,2	58,3	58,6ns	56,7ns	57,5	56,4	58,1ns	66,1**
Afrique centrale	53,0	52,5	52,4ns	61,3***	32,1	29,5	38,1***	38,4***
Burundi	85,0	85,4	83,8ns	84,7ns	32,5	32,1	32,9ns	34,3ns
Cameroun	53,6	55,7	45,1***	53,2ns	40,1	38,0	48,6***	45,8*
Congo	24,7	28,2	16,2***	23,6ns	29,3	29,0	31,0ns	24,1ns
Gabon	74,8	77,0	72,6ns	71,3ns	56,3	54,3	59,7*	56,0ns
RDC	52,1	53,4	50,3ns	45,3*	8,0	7,5	8,8ns	10,6ns
Tchad	24,6	25,2	19,3**	25,2ns	4,8	4,5	7,1*	5,9ns
Afrique de l'Est	68,1	68,6	66,6ns	68,2ns	37,6	35,7	42,9***	39,7**
Comores	39,7	41,3	36,5ns	36,5ns	13,4	11,6	18,0*	13,6ns
Éthiopie	75,0	76,4	72,5ns	68,7*	8,5	8,5	8,4ns	9,2ns
Kenya	60,5	60,3	60,5ns	62,2ns	75,2	73,8	77,3*	77,8ns
Madagascar	62,5	62,8	57,4*	64,2ns	34,8	34,4	38,7ns	35,1ns
Ouganda	67,4	71,4	61,9***	64,1***	37,0	35,5	39,6**	37,5ns
Rwanda	86,2	85,3	86,8ns	88,5*	56,1	54,5	59,2**	57,4ns
Tanzanie	75,4	76,5	73,9ns	63,3**	48,7	49,6	46,6ns	45,3ns
Afrique de l'Ouest	55,2	55,4	53,4ns	57,3ns	47,5	45,6	55,7***	53,8***
Bénin	55,5	57,4	48,9***	53,8ns	42,9	40,7	50,0***	51,3***
Burkina Faso	64,8	65,2	62,3ns	58,1ns	68,4	68,8	66,0ns	61,4ns
Côte d'Ivoire	46,0	46,3	42,6ns	60,1**	65,8	65,9	65,1ns	66,4ns
Gambie	37,5	38,7	33,4ns	28,3ns	57,6	56,1	63,7***	70,1***
Ghana	60,2	61,6	58,8ns	56,2ns	78,9	79,2	78,0ns	79,6ns
Guinée	46,9	48,5	39,4**	30,0***	29,7	29,6	35,0ns	17,1***
Liberia	66,5	66,2	65,4ns	72,9ns	57,0	54,5	60,7*	60,9ns
Mali	66,2	67,7	58,8**	58,4ns	34,6	33,4	43,9***	34,6ns
Niger	53,9	54,1	51,9ns	53,4ns	13,8	13,3	19,5**	14,5ns
Nigeria	44,4	43,9	46,7ns	49,9*	24,8	23,5	35,0***	41,0***
Sénégal	34,8	35,4	29,8ns	40,4ns	58,0	57,9	57,5ns	68,9*
Sierra Léone	76,8	78,7	68,5***	69,9**	62,1	60,0	73,2***	70,6***
Togo	62,4	63,2	60,9ns	59,2ns	36,0	36,5	35,5ns	32,0ns
Afrique subsaharienne	61,3	60,9	61,3ns	64,9***	40,4	38,8	44,9***	43,0***

Source : Enquêtes démographiques et de santé EDS 2011-2022

Significativité : *** 1% ; ** 5% ; * 10% ; Ns non significatif

L'allaitement dans l'heure qui suit la naissance permet d'apporter au nouveau-né le colostrum. Cela aide également à éviter des infections néonatales, comme la pneumonie et la diarrhée, réduisant le risque de mortalité néonatale. Un démarrage précoce peut également favoriser un allaitement durable. Sur dix naissances, seules 6 ont bénéficié d'une mise au sein dans l'heure après l'accouchement. L'Afrique australe enregistre le taux le plus élevé (70,5 %) avec des variations marquées entre pays :

Le Mozambique (78 %) et la Zambie (77,1 %) excellent, contrairement à l'Angola (51,9 %). L'Afrique de l'Est affiche des performances moyennes (68,1 %) avec des leaders comme le Rwanda (86,2 %). L'Afrique de l'Ouest (55,2 %) et l'Afrique centrale (53,0 %) enregistrent les taux le plus bas avec une forte hétérogénéité et des extrêmes comme le Congo (24,7 %) et le Tchad (24,6 %).

Pour ce qui est de l'influence de la planification de la grossesse, on observe paradoxalement que la mise au sein précoce est significativement plus fréquente chez les naissances mal planifiées (64,9%), comparativement à celle planifiées (60,9 %). Pour ce qui est des naissances mal planifiées, les différences ne sont pas significatives. La différence observée au niveau des naissances mal planifiée est principalement tributaire des écarts observés en Afrique centrale. Dans les autres sous régions, la planification de la grossesse n'a pas d'impact sur la mise au sein précoce. Les résultats par pays indiquent pour les naissances mal planifiées, une diminution significative en Mozambique, Namibie, Zambie, Cameroun, Congo, Tchad, Ouganda, Bénin, Guinée, Mali et Sierra Léone. Pour les naissances non désirées, une baisse marquée est observée au Mozambique, Zambie, Ouganda, Tanzanie, Guinée et Sierra Léone. Par ailleurs une augmentation paradoxale est observée en Côte d'Ivoire (tableau 2).

Par ailleurs, en Afrique subsaharienne, seules quatre naissances sur dix (40,4%) ont bénéficié de soins postnatals dans les deux jours suivants l'accouchement. L'Afrique de l'Ouest enregistre le taux le plus élevé avec 47,5 % bien qu'il soit très faible au Niger (13,8 %). L'Afrique de l'Est et l'Afrique australe affichent des taux de 37 %, avec des pays performants comme le Kenya (75,2 %) et l'Afrique du Sud (71,7%). En Afrique centrale, seules 32,1 % des naissances ont bénéficié de ces soins avec des disparités criantes (8 % en RDC contre 56,3 % au Gabon).

Concernant l'effet de la planification de la grossesse sur le recours aux soins, il apparaît des résultats paradoxaux. Les naissances planifiées ont moins bénéficié de soins postnatals dans les deux premiers jours suivant l'accouchement (38,8%) comparativement aux naissances mal planifiées (44,9%) ou non désirées (43,0%). Ce résultat est observé dans l'ensemble des sous régions et dans la majorité des pays bien qu'il existe certains pays (comme l'Afrique du Sud, le Lesotho, etc.) où la planification de la grossesse n'influe pas sur le recours aux soins postnatals.

3.1.2. Planification de la grossesse, allaitement exclusif et complétude vaccinale

L'allaitement maternel exclusif présente de nombreux avantages pour l'enfant, la mère et la société de façon générale. Il en est de même pour la complétude vaccinale. Le tableau 3 présente la proportion des naissances exclusivement allaitées et complètement vaccinées selon la planification de la grossesse.

Tableau 3 : Proportion des naissances exclusivement allaitées et complètement vaccinées selon la planification de la grossesse

Pays /Sous-région	Allaitement exclusif				Complétude vaccinale			
	Ensemble	Planifiée	Mal planifiée	Non désirée	Ensemble	Planifiée	Mal planifiée	Non désirée
Afrique australe	50,9	48,8	55,0**	51,3ns	63,4	62,7	64,7ns	63,6ns
Afrique du Sud	32,1	35,7	35,1ns	23,0ns	58,7	56,5	62,2ns	57,7ns
Angola	39,2	37,3	40,0ns	56,4**	28,6	25,9	34,7**	29,6ns
Lesotho	66,0	61,5	72,8ns	69,0ns	68,6	69,6	68,8ns	66,5ns
Malawi	62,9	60,7	65,0ns	68,0ns	73,4	74,0	73,6ns	70,2ns
Mozambique	37,7	37,8	37,5ns	37,6ns	64,6	64,2	66,5ns	68,5ns
Namibie	48,0	41,3	56,7**	45,6ns	63,6	62,3	65,4ns	62,5ns
Zambie	72,9	72,4	71,2ns	84,7*	73,8	73,9	73,8ns	73,1ns
Zimbabwe	48,8	47,2	52,5ns	51,1ns	75,8	77,6	72,0ns	74,6ns
Afrique centrale	35,0	32,5	39,0**	46,6***	48,4	47,9	49,6ns	49,4ns
Burundi	84,6	82,3	89,2*	86,2ns	84,4	84,5	84,9ns	82,2ns
Cameroun	40,9	39,8	44,3ns	46,4ns	52,1	51,7	54,2ns	50,3ns
Congo	20,8	20,2	22,2ns	19,5ns	40,6	41,2	41,1ns	24,4**
Gabon	20,7	19,5	20,3ns	27,0ns	39,8	42,3	36,3ns	38,7ns
RDC	46,9	45,3	51,2ns	44,4ns	45,7	45,4	47,2ns	40,4ns

Tchad	0,5	0,3	0,3ns	12,6*	24,9	24,2	31,8**	19,4ns
Afrique de l'Est	53,8	54,3	54,0ns	49,6ns	59,1	57,6	62,7** *	61,2ns
Comores	12,1	12,8	11,8ns	7,2ns	56,8	57,6	54,5ns	57,1ns
Éthiopie	59,5	61,9	60,3ns	35,9**	36,5	35,2	44,3*	32,7ns
Kenya	33,9	35,6	30,2ns	35,7ns	65,3	64,8	65,0ns	69,5ns
Madagascar	58,7	58,2	64,6ns	57,0ns	48,4	48,5	48,2ns	47,0ns
Ouganda	67,1	67,0	67,7ns	65,5ns	54,0	56,1	52,5ns	46,3** *
Rwanda	81,9	79,1	88,9**	77,4ns	94,9	95,9	94,8ns	90,7**
Tanzanie	69,9	69,9	70,7ns	61,6ns	55,2	53,8	59,7*	51,5ns
Afrique de l'Ouest	44,8	44,3	45,8ns	49,5ns	54,3	54,2	55,1ns	51,0ns
Bénin	42,5	41,9	44,2ns	43,7ns	55,1	55,2	56,6ns	48,2ns
Burkina Faso	52,0	52,7	50,0ns	36,8ns	70,7	71,7	64,7*	53,1**
Côte d'Ivoire	36,8	38,1	33,6ns	33,7ns	34,4	35,4	31,7ns	28,6ns
Gambie	55,3	58,6	45,8*	29,1*	83,2	83,0	83,8ns	83,5ns
Ghana	56,7	60,4	49,8ns	58,7ns	73,3	73,1	72,8ns	75,9ns
Guinée	35,4	35,7	35,2ns	32,4ns	24,0	24,9	19,8ns	17,9ns
Liberia	56,8	55,4	54,7ns	86,7***	47,9	48,9	46,8ns	45,5ns
Mali	41,8	40,1	45,4ns	62,4*	40,7	40,9	40,8ns	32,0ns
Niger	23,0	23,9	14,5*	6,2**	52,2	52,0	53,7ns	59,8ns
Nigeria	29,6	29,5	31,0ns	27,8ns	29,7	28,9	36,2**	30,9ns
Sénégal	43,3	44,1	40,6ns	31,0ns	74,9	73,9	84,3**	55,7ns
Sierra Léone	56,2	54,5	64,4ns	53,7ns	53,4	55,0	45,8**	48,0ns
Togo	56,5	57,6	54,0ns	55,7ns	58,5	60,0	55,4ns	51,7ns
Afrique subsaharienne	46,3	45,1	49,0**	49,8**	56,4	55,5	58,8**	58,1** *

Source : Enquêtes démographiques et de santé EDS 2011-2022

Significativité : *** 1% ; ** 5% ; * 10% ; Ns non significatif

Seule une moitié des enfants de moins de 5 ans (46,3%) en bénéficient dans la partie subsaharienne de l'Afrique. Par sous-région, on constate que l'allaitement exclusif est très peu pratiqué en Afrique centrale (35%). Elle l'est davantage en Afrique de l'Est (53,8%). Selon les pays, l'allaitement maternel exclusif durant les 6 premiers mois est une pratique quasi inexistante au Niger où moins d'un pourcent des enfants en ont bénéficié. Il est également peu répandu au Comores (12,1%).

L'allaitement exclusif durant les six premiers mois de vie demeure paradoxalement plus accru chez les enfants dont les grossesses étaient mal planifiées ou non désirées (49%) contre 45% chez les enfants dont les grossesses étaient planifiées. Aussi, la différence de prévalence de l'allaitement exclusif au profil des naissances mal planifiées ou non désirées est constatée en Afrique australe et centrale. Dans les parties Est et Ouest de l'Afrique en revanche, la planification de la grossesse n'influe pas la pratique de l'allaitement maternel exclusif durant les 6 premiers mois. L'impact de la planification de la grossesse sur l'allaitement maternel est observable en Angola, en Namibie, en Éthiopie, au Rwanda, au Liberia et au Niger. Dans les autres pays, son impact demeure non significatif.

Concernant la complétude vaccinale, il ressort qu'en Afrique subsaharienne, seul un enfant sur deux (56,4%) a bénéficié d'une vaccination complète. Cette proportion demeure très variable selon les régions. Elle est nettement plus élevée en Afrique australe (63,4%) tandis qu'elle est estimée à 59,1% en Afrique de l'Est, 54,3% en Afrique de l'Ouest et seulement 48,4% en Afrique centrale. Selon les pays, la complétude vaccinale est plus fréquente au Rwanda, au Burundi et en Gambie où elle enregistre des taux excédant 80%. Elle demeure en revanche très faible en Angola (28,6%), au Tchad (24,9%) et en Guinée (24,0%).

Concernant l'impact de la planification de la grossesse sur cet indicateur, il demeure significatif dans l'ensemble de la région : 55,5% des naissances planifiées ont bénéficié d'une vaccination complète contre respectivement 58,8% et 58,1% pour les naissances mal planifiées et non désirées. La complétude vaccinale est ainsi paradoxalement plus accrue lorsque la grossesse est mal planifiée ou non désirée et les différences demeurent statistiquement significatives au seuil retenu de 5%. Aussi, la planification de la grossesse n'a aucune incidence sur la complétude vaccinale dans la plupart des sous

régions d'Afrique subsaharienne. C'est uniquement en Afrique de l'Est que la proportion des enfants complètement vaccinés est plus élevée pour les grossesses mal planifiées par rapport à celles planifiées. L'analyse selon les pays révèle que la planification de la grossesse n'a aucun impact sur la complétude vaccinale dans la grande majorité des pays. Son impact demeure significatif dans quelques pays : en Sierra Léone, la complétude vaccinale est plus fréquente chez les naissances planifiées par rapport aux naissances mal planifiées. En revanche, en Angola, au Tchad, Au Nigeria et au Sénégal, c'est la situation inverse qui est observée : les naissances mal planifiées sont plus fréquemment vaccinées complètement que celles planifiées. En ce qui concerne les naissances non désirées, il ressort qu'au Congo, en Ouganda, au Rwanda et au Burkina Faso, elles sont moins fréquemment vaccinées complètement que celles planifiées.

De façon globale, des résultats paradoxaux se dégagent des analyses bivariées : En Afrique subsaharienne, l'initiation précoce à l'allaitement, le recours aux soins postnatals, l'allaitement exclusif et la complétude vaccinale sont plus fréquents chez les naissances mal planifiées ou non désirées comparativement aux naissances planifiées. Il pourrait s'agir d'associations fallacieuses fréquemment observées dans les analyses bivariées. De ce fait, la véracité de ce résultat sera évaluée au travers des analyses explicatives.

3.2. Analyse explicative

3.2.1. Planification de la grossesse, initiation précoce à l'allaitement et recours aux soins postnatals
Les résultats des régressions logistiques sur la relation entre la planification de la grossesse, initiation à l'allaitement et soins postnatals par pays sont présentés dans le tableau 4.

Tableau 4 : Résultats des régressions logistiques sur la relation entre la planification de la grossesse, initiation à l'allaitement et soins postnatals par pays

Pays /Sous-région	Allaitement dans l'heure		Soins postnatals dans les 2 jours	
	Mal planifiées	Non désirées	Mal planifiées	Non désirées
Afrique australe	0,924**	0,818***	0,929*	0,883*
Afrique du Sud	0,929ns	0,759*	0,976ns	0,799ns
Angola	1,122**	0,911ns	1,017ns	0,609***
Lesotho	1,526**	1,270ns	0,922ns	0,868ns
Malawi	0,875***	0,710***	0,933*	0,790***
Mozambique	0,648***	0,660***	-	-
Namibie	0,839*	0,728**	0,968ns	1,310*
Zambie	0,695***	0,609***	0,813***	0,768**
Zimbabwe	1,053ns	0,944ns	0,888ns	1,037ns
Afrique centrale	0,753***	0,803**	0,839***	0,816**
Burundi	0,863*	0,856ns	1,018ns	0,900ns
Cameroun	0,641***	0,952ns	1,021ns	0,801ns
Congo	0,557***	0,939ns	1,225***	0,928ns
Gabon	0,724***	0,681***	0,983ns	0,910ns
RDC	0,971ns	0,796**	1,061ns	1,348**
Tchad	0,796***	0,993ns	1,202ns	0,932ns
Afrique de l'Est	0,877***	0,834***	1,720***	1,058ns
Comores	0,751**	0,906ns	0,989ns	0,920ns
Éthiopie	0,792***	0,634***	0,961ns	1,466***
Kenya	1,038ns	0,990ns	0,861**	1,172ns
Madagascar	0,818**	0,925ns	1,134ns	0,896ns
Ouganda	0,771***	0,765***	0,951ns	0,920ns
Rwanda	1,090ns	1,117ns	0,944ns	0,799**
Tanzanie	1,035ns	0,619***	0,768***	0,720**
Afrique de l'Ouest	0,851***	0,902*	0,928ns	0,682*
Bénin	0,818***	0,920ns	0,951ns	0,877**

Burkina Faso	0,835*	0,728ns	0,874*	1,042ns
Côte d'Ivoire	0,809***	1,825***	0,924ns	0,903ns
Gambie	0,842**	0,663*	0,999ns	1,446ns
Ghana	0,927ns	0,850ns	0,813*	0,919ns
Guinée	0,664***	0,556***	0,827*	0,539***
Liberia	1,124ns	1,356**	1,098ns	0,946ns
Mali	0,624***	0,637***	1,255***	0,765*
Niger	0,965ns	0,911ns	1,260*	0,668ns
Nigeria	0,883**	0,815**	0,838***	0,935ns
Sénégal	0,808*	1,008ns	0,761***	1,104ns
Sierra Léone	0,657***	0,594***	1,023ns	0,845ns
Togo	0,951ns	0,839ns	0,795*	0,782ns
Afrique subsaharienne	0,859***	0,835***	0,961**	0,887***

Source : Enquêtes démographiques et de santé EDS 2011-2022

Réf. : Modalité de référence

Significativité : *** 1% ; ** 5% ; * 10% ; Ns non significatif

Régressions logistiques contrôlées par la région de résidence, le milieu de résidence, l'occupation, l'exposition aux médias et le niveau d'instruction de la femme, le niveau d'instruction de son conjoint, l'âge de la femme à la naissance de l'enfant, le rang de naissance, l'intervalle avec la naissance précédente, le niveau de vie du ménage.

Les résultats explicatifs montrent l'existence d'une relation entre la planification de la grossesse et la mise au sein précoce en Afrique subsaharienne. En effet, comparativement aux naissances planifiées, celles mal planifiées et non désirées ont respectivement 14,1% ($OR=0,859$) et 16,5% ($OR=0,835$) moins de chances d'être allaité dans l'heure suivant l'accouchement.

Ce résultat demeure valable dans l'ensemble des sous régions, toutefois avec une exception en Afrique de l'Ouest, où les naissances non désirées ont les mêmes risques d'initiation précoce à l'allaitement que les naissances planifiées. La différence de risque est plus accrue en Afrique centrale, où les naissances mal planifiées et non désirées ont respectivement 24,7% et 19,7% de chances en moins d'être allaités dans l'heure suivant l'accouchement comparativement aux naissances planifiées. Certains pays se démarquent avec des différences de risques très prononcées autant pour les naissances mal planifiées que celles non désirées. Il s'agit du Mozambique, Zambie, Guinée et Mali. Par ailleurs, la planification de la grossesse n'a pas d'incidence sur la mise au sein précoce en Afrique du Sud, Zimbabwe, Burundi, Kenya, Rwanda, Burkina Faso, Ghana, Niger, Sénégal et Togo. Ces variations reflètent probablement des différences socio-culturelles et d'accès aux services de santé maternelle.

L'accès aux soins postnatals dans les 48 heures post-accouchement est fortement influencé par la planification de la grossesse en Afrique subsaharienne. Les naissances mal planifiées et non désirées ont respectivement 3,9 % ($OR=0,961$) et 11,3 % ($OR=0,887$) moins de chances de bénéficier de soins postnatals dans les deux jours suivants l'accouchement comparativement aux naissances planifiées. Des disparités régionales subsistent cependant. En effet, ce résultat est surtout valable en Afrique centrale, où les naissances mal planifiées et non désirées ont respectivement 16,1% et 18,4 % moins de chances de bénéficier de soins postnatals dans les deux jours suivants l'accouchement comparativement aux naissances planifiées. En Afrique australie et de l'Ouest, l'influence de la planification de la grossesse s'est révélée non significative tandis qu'en Afrique de l'Est les naissances mal planifiées ont paradoxalement 1,7 fois plus de chances de bénéficier d'un suivi postnatal pendant les deux premiers jours de vie. Ce résultat paradoxal est constaté dans différents pays (Congo, RDC, Éthiopie, Mali).

3.2.2. Planification de la grossesse, allaitement exclusif et complétude vaccinale

L'allaitement exclusif et la complétude vaccinale sont d'une importance cruciale pour la santé des enfants. Le tableau 5 ci-après montre les résultats des régressions logistiques portant sur les relations entre planification de la grossesse, allaitement exclusif et complétude vaccinale.

Tableau 5 : Résultats des régressions logistiques sur la relation entre la planification de la grossesse, allaitement exclusif et vaccination par pays

Pays /Sous-région	Allaitement exclusif durant les 6 premiers mois		Complétude vaccinale après une année de vie	
	Mal planifiées	Non désirées	Mal planifiées	Non désirées
Afrique australe	1,101ns	1,179ns	1,089ns	0,991ns
Afrique du Sud	1,164ns	0,664ns	1,291*	1,059ns
Angola	0,934ns	2,094**	1,347***	1,081ns
Lesotho	-	1,000	1,735*	1,252ns
Malawi	1,329**	1,465*	1,017ns	0,831*
Mozambique	0,626**	0,527ns	0,765**	0,993ns
Namibie	1,298ns	0,927ns	1,070ns	0,743ns
Zambie	1,127ns	2,835**	0,966ns	1,115ns
Zimbabwe	0,968ns	0,797ns	0,957ns	0,958ns
Afrique centrale	1,266*	1,253ns	0,984ns	0,822*
Burundi	1,620*	1,153ns	1,104ns	1,139ns
Cameroun	1,164ns	1,119ns	0,880ns	0,867ns
Congo	1,544*	1,407ns	1,215*	0,523**
Gabon	0,664ns	1,129ns	0,790**	0,982ns
RDC	1,511***	1,097ns	0,969ns	0,745**
Tchad	-	-	1,291**	0,527**
Afrique de l'Est	1,037ns	0,737**	1,032ns	0,945ns
Comores	1,045ns	0,785ns	0,794ns	0,827ns
Éthiopie	0,864ns	0,256***	1,623***	1,319*
Kenya	0,837ns	1,110ns	0,858**	1,090ns
Madagascar	1,129ns	0,912ns	0,967ns	1,010ns
Ouganda	0,960ns	0,820ns	0,935ns	0,791**
Rwanda	2,115***	0,992ns	0,916ns	0,609**
Tanzanie	0,935ns	0,862ns	1,194**	1,009ns
Afrique de l'Ouest	0,933ns	1,043ns	0,993ns	0,785***
Bénin	1,197ns	1,151ns	0,930ns	0,609***
Burkina Faso	1,050ns	0,397**	0,787*	0,476**
Côte d'Ivoire	0,761ns	1,260ns	0,875ns	0,673*
Gambie	0,558**	0,176***	1,012ns	0,789ns
Ghana	0,851ns	1,279ns	0,997ns	1,052ns
Guinée	0,958ns	0,971ns	0,792ns	1,180ns
Liberia	0,957ns	5,649***	1,143ns	0,749ns
Mali	1,280ns	1,950ns	0,974ns	0,668ns
Niger	0,492**	0,224ns	1,070ns	1,807ns
Nigeria	0,839ns	0,650ns	1,000ns	0,818ns
Sénégal	0,767ns	0,703ns	1,948***	0,415**
Sierra Léone	1,292ns	0,947ns	0,783**	0,883ns
Togo	1,045ns	1,207ns	1,000ns	0,814ns
Afrique subsaharienne	1,041ns	1,018ns	1,022ns	0,889**

Source : Enquêtes démographiques et de santé EDS 2011-2022

Réf. : Modalité de référence

Significativité : *** 1% ; ** 5% ; * 10% ; Ns non significatif

Régressions logistiques contrôlées par la région de résidence, le milieu de résidence, l'occupation, l'exposition aux médias et le niveau d'instruction de la femme, le niveau d'instruction de son conjoint, l'âge de la femme à la naissance de l'enfant, le rang de naissance, l'intervalle avec la naissance précédente, le niveau de vie du ménage.

La pratique de l'allaitement exclusif sur six mois n'est pas influencée par le statut de planification de la grossesse en Afrique subsaharienne. En effet, les naissances mal planifiées et non désirées ont les mêmes chances d'être allaité exclusivement au lait maternel que celles planifiées. Cette absence d'influence est constatée dans toutes les sous régions à l'exception de l'Afrique de l'Est, où les naissances non désirées ont 26,3% moins de chances d'être allaités exclusivement comparativement aux naissances planifiées. Dans la majorité des pays, on note également, une influence non significative de la planification de la grossesse sur l'allaitement maternel exclusif. Les données manquantes au Lesotho et au Tchad sont dues à des valeurs aberrantes.

Les résultats obtenus indiquent une influence mitigée de la planification de la grossesse sur la complétude vaccinale en Afrique subsaharienne. En effet, les naissances non désirées ont 11,1 % moins de chances d'être complètement vaccinées par rapport aux naissances planifiées. Pour les naissances mal planifiées en revanche, la chance d'être complètement vacciné est la même que celle des naissances planifiées. Par sous-région, une absence d'influence est constatée en Afrique australe, centrale et de l'Est. En Afrique de l'Ouest en revanche, les naissances non désirées ont 11,5 % moins de chances d'être complètement vaccinées par rapport aux naissances planifiées. L'analyse par pays indique que la planification de la grossesse n'a pas d'impact sur la complétude vaccinale dans la majorité des pays bien qu'il existe quelques disparités.

Globalement, les naissances mal planifiées et non désirées sont associées à des chances réduites d'initiation précoces à l'allaitement et de recours aux soins postnatals soulignant ainsi, l'importance de renforcer les systèmes de suivi pour ces populations vulnérables. Ces résultats mettent en lumière l'impact persistant des inégalités structurelles d'accès aux soins, nécessitant des interventions adaptées aux contextes locaux. Il ressort également une influence nettement moins prononcée sur la complétude vaccinale et une absence d'influence sur l'allaitement exclusif durant les six premiers mois.

4. Discussion

Cet article s'est fixé pour objectif d'évaluer l'impact de la planification de la grossesse sur la prise en charge sanitaire des enfants de moins de 5 ans en Afrique subsaharienne. La prise en charge sanitaire a été appréhendée à travers quatre indicateurs : l'initiation précoce à l'allaitement, le recours aux soins postnatals, l'allaitement exclusif et la complétude vaccinale. Des analyses bivariées et multivariées ont été menées en ayant recours aux données des enquêtes démographiques et de santé de 34 pays subsahariens.

Des résultats paradoxaux se sont dégagés des analyses bivariées avec une initiation précoce à l'allaitement, un recours aux soins postnatals, un allaitement exclusif et une complétude vaccinale plus fréquents chez les naissances mal planifiées ou non désirées comparativement aux naissances planifiées. Les analyses explicatives ont permis de déduire qu'il s'agissait d'associations fallacieuses.

Les résultats explicatifs ont montré l'existence d'une association entre la planification de la grossesse et la mise au sein précoce en Afrique subsaharienne. En effet, comparativement aux naissances planifiées, celles mal planifiées et non désirées ont respectivement 14,1% ($OR=0,859$) et 16,5% ($OR=0,835$) moins de chances d'être allaité dans l'heure suivant l'accouchement. Ce résultat va dans le même sens que ceux obtenus par Joyce et al., (2000) aux États-Unis indiquant que la grossesse non désirée est associée à la non pratique de l'allaitement. Dans l'Oklahoma, Lindberg et al., (2015) parviennent à des résultats similaires selon lesquels l'allaitement maternel était significativement moins probable parmi les naissances non désirées ($OR = 0,68$) ; Dans le même sens, Kost et al., (1998b) et Kost & Lindberg, (2015) ont montré qu'une grossesse non désirée réduit les chances d'allaiter même si une grossesse inopportun n'a aucun effet significatif sur cette variable. Aux Philippines également, les enfants nés de grossesses inopportunes sont plus susceptibles d'avoir une initiation tardive à l'allaitement que les enfants nés de grossesses désirées ($OR = 1,44$; IC à 90 % : 1,17-1,78), tandis que les enfants nés de grossesses non désirées sont plus susceptibles d'avoir une courte durée d'allaitement ($OR = 0,60$; IC à 90 % : 0,48-0,76) (Ulep & Borja, 2012). Ce résultat a également été observé dans le district de Sohag en Égypte, où les grossesses inopportunes et non désirées étaient significativement associées à l'absence d'allaitement (Mohamed et al., 2019). Les résultats obtenus confirment l'hypothèse H1.

L'accès aux soins postnatals dans les 48 heures post'accouchement est également influencé par la planification de la grossesse en Afrique subsaharienne. Les naissances mal planifiées et non désirées ont respectivement 3,9% et 11,3 % moins de chances de bénéficier de soins postnatals dans les deux

jours suivants l'accouchement comparativement aux naissances planifiées. Bien que très peu d'études aient évalué cette relation, il faut noter que ces résultats contrastent avec ceux de Kost et al., (1998b) qui montrent que les grossesses non désirées ou inopportunnes n'ont pas d'effet indépendant sur le recours aux soins de santé avant l'âge de trois mois aux Etats-Unis. Ces résultats confirment l'hypothèse H2.

La pratique de l'allaitement exclusif sur six mois n'est pas influencée par le statut de planification de la grossesse en Afrique subsaharienne. En effet, les naissances mal planifiées et non désirées ont les mêmes chances d'être allaité exclusivement au lait maternel que celles planifiées. Ce résultat contraste avec ceux de certaines études antérieures dont celle menée dans l'Oklahoma qui montre que l'allaitement maternel pendant au moins six mois était significativement moins probable parmi les naissances très inopportunnes ($OR = 0,70$), (Lindberg et al., 2015). D. Cheng et al. (2009) ont également mis en évidence le fait que les femmes ayant des grossesses non désirées soient moins susceptibles d'allaiter pendant 8 semaines ou plus ($OR = 0,74$, IC à 95 % 0,57-0,97), comparativement aux femmes ayant des grossesses planifiées. L'hypothèse H3 est ainsi vérifiée au vu des résultats obtenus.

Les résultats obtenus indiquent une influence mitigée de la planification de la grossesse sur la complétude vaccinale en Afrique subsaharienne. Les naissances non désirées ont 11,1 % moins de chances d'être complètement vaccinées par rapport aux naissances planifiées ce qui n'est pas le cas pour les naissances mal planifiées. La différence significative pour les naissances mal planifiées va dans le même sens que les résultats observés dans le contexte asiatique notamment. En Inde, les enfants non désirés et ceux dont les naissances sont inopportunnes sont plus susceptibles de ne pas recevoir tous les vaccins recommandés que les enfants désirés, ($OR = 2,2$ et $1,4$ respectivement), (Singh et al., 2012). En milieu rural indien, les naissances non désirées étaient 1,38 fois (IC à 95 % : 1,01–1,87) plus susceptibles que les naissances désirées de recevoir des vaccinations infantiles inadéquates, (Singh et al., 2013). Au Népal également les nouveau-nés issus de grossesses non désirées étaient plus susceptibles de recevoir une immunisation inadéquate ($OR = 1,18$; IC à 95 % = 1,00-1,40), (Singh et al., 2015). En outre, le fait que les naissances mal planifiées aient les chances d'allaitement exclusif que celles planifiées en Afrique subsaharienne confirme les résultats mitigés dans d'autres contextes. Par exemple, au Pérou, la vaccination de l'enfant est significativement influencée par la planification de la grossesse cependant en Bolivie, en Égypte, au Kenya et aux Philippines, aucun effet n'a été constaté, (Marston & Cleland, 2003). Dans l'ensemble des pays à revenu faible et intermédiaire également, Hajizadeh & Nghiem (2020) n'ont trouvé aucun impact significatif des grossesses non désirées sur la vaccination des enfants. Au vu des résultats obtenus, l'hypothèse H4 est partiellement vérifiée avec une différence significative pour les naissances non désirées et non significative pour les naissances mal planifiées.

En somme, cette étude met en lumière un effet régressif de la planification de la grossesse sur les indicateurs de prise en charge sanitaire des enfants de moins de cinq (5) ans en Afrique subsaharienne. Les pratiques de santé qui surviennent immédiatement après l'accouchement (initiation à l'allaitement et soins postnatals) sont fortement impactées, tandis que celles qui surviennent plus tardivement (allaitement exclusif pendant 6 mois, complétude vaccinale) le sont moins. Ce résultat peut être mis en relation avec les normes culturelles qui régissent les sociétés africaines ainsi que les liens affectifs qui se développent entre les parents et leurs enfants.

Le lien entre ces résultats et les normes culturelles africaines s'explique par la manière dont les représentations sociales et les valeurs traditionnelles influencent les comportements sanitaires. Dans de nombreuses sociétés subsahariennes, l'enfant est perçu comme un « don divin » ou une bénédiction, une conception qui s'inscrit dans des systèmes de croyances religieuses ou ancestrales. Cette vision sacralisée de la maternité et de la naissance peut générer une certaine motivation à une prise en charge adéquate même quand la grossesse n'est pas planifiée ou désirée. Cela s'aligne avec le devoir culturel de protéger la vie offerte. En outre, les rituels postnataux (comme les cérémonies de baptême)

renforcent l'intégration de l'enfant dans la communauté, ce qui peut favoriser l'adhésion aux suivis médicaux ultérieurs.

Aussi, une fois l'enfant né, les liens affectifs et sociaux se renforcent progressivement. Cette idée s'ancre dans les dynamiques culturelles, psychosociales et émotionnelles des sociétés subsahariennes. L'attachement parental est rarement un phénomène instantané ou purement biologique. Il se construit dans l'interaction quotidienne conformément aux travaux sur la résilience maternelle, (Masten, 2014) et l'attachement, (Bowlby, 1979). Cet attachement parental, encouragé par des normes communautaires valorisant la famille élargie et la solidarité intergénérationnelle, motive d'avantage l'investissement dans des soins différés comme la vaccination ou l'allaitement prolongé.

Ces résultats soulignent la nécessité d'adapter les politiques de santé maternelle et infantile aux réalités socioculturelles, en intégrant les représentations locales de la parentalité et du cycle de vie pour renforcer l'efficacité des interventions sanitaires.

Par ailleurs, cette étude comporte certaines limites qu'il convient de relever. En effet, les données d'EDS présentent des limites inhérentes à toute enquête rétrospective, transversale et à passage unique, notamment les biais de sélection et d'omissions. A ce titre, la variable indépendante principale (planification de la grossesse) comporte des limites inhérentes à son caractère rétrospectif. La déclaration d'une grossesse non désirée fait l'objet de critiques car elle est déclarée par les mères après la naissance des enfants et peut donc être sujette à un biais de rappel. Aussi, nous avons inclus des enquêtes qui ont été menées à des moments différents (entre 2011 et 2022).

5. Conclusion

Cette analyse révèle des disparités persistantes dans les indicateurs de santé infantile en fonction de la planification des grossesses en Afrique subsaharienne en matière d'initiation à l'allaitement et des soins postnataux. Les naissances mal planifiées et non désirées sont associées à des résultats moins favorables. Les variations régionales et nationales soulignent l'importance de facteurs contextuels tels que les politiques sanitaires, les normes culturelles et l'accès aux services. En ce qui concerne, l'allaitement exclusif et la complétude vaccinale qui surviennent plus tard dans la vie des enfants, un impact de la planification de la grossesse y est peu perceptible.

Ces résultats confirment la thèse d'un amenuisement des conséquences des grossesses mal planifiées et non désirées avec le temps. Dans le contexte subsaharien cela peut être mis en relation avec les valeurs culturelles, mais également les liens affectifs qui naissent et se développent entre les parents et leurs enfants.

Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour identifier les mécanismes sous-jacents tandis que les décideurs devraient prioriser des interventions ciblées pour les populations vulnérables, notamment les femmes ayant des grossesses mal planifiées ou non désirées.

Conflit of Intérêts

Les auteurs n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

Disponibilité des données

L'ensemble des données étant les conclusions de cet article est disponible à la demande sur le site du programme des enquêtes démographiques et de santé <https://dhsprogram.com/data/available-datasets.cfm>.

Déclaration de financement

Cet article est réalisé dans le cadre d'une recherche doctorale financée par le Projet d'harmonisation et d'amélioration des statistiques en Afrique de l'Ouest (PHASAO).

Références

- Bos, E., Batson, A. (2000). Using immunization coverage rates for monitoring health sector performance. *Washington, DC: The World Bank*, 5.
<https://documents1.worldbank.org/curated/pt/607721468763783070/pdf/288630Bos010Using0Immunization1whole.pdf>
- Bowlby, J. (1979). The bowlby-ainsworth attachment theory. *Behavioral and brain sciences*, 2(4), 637-638. <https://www.cambridge.org/core/journals/behavioral-and-brain-sciences/article/bowlbyainsworth-attachment-theory/6D35C7A344107195D97FD7ADAE06C807>
- Brown, S. S., Eisenberg, L. (1995). *The best intentions : Unintended pregnancy and the well-being of children and families* (Institutte of medicine). National Academies Press.
- Cheng, D., Schwarz, E. B., Douglas, E., Horon, I. (2009). Unintended pregnancy and associated maternal preconception, prenatal and postpartum behaviors. *Contraception*, 79(3), 194-198. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19185672/>
- Chinebuah, B., Pérez-Escamilla, R. (2001). Unplanned pregnancies are associated with less likelihood of prolonged breast-feeding among primiparous women in Ghana. *The Journal of nutrition*, 131(4), 1247-1249. <https://doi.org/10.1093/jn/131.4.1247>
- Hajizadeh, M., Nghiem, S. (2020). Does unwanted pregnancy lead to adverse health and healthcare utilization for mother and child? Evidence from low- and middle-income countries. *International Journal of Public Health*, 65(4), 457-468. <https://doi.org/10.1007/s00038-020-01358-7>
- Idang, G. E. (2015). African culture and values. *Phronimon*, 16(2), 97-111. http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1561-40182015000200006&lng=en&nrm=iso&tlang=en
- Joyce, T. J., Kaestner, R., Korenman, S. (2000). The effect of pregnancy intention on child development. *Demography*, 37(1), 83-94. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10748991/>
- Kanu, M. A. (2010). The indispensability of the basic social values in African tradition : A philosophical appraisal. *OGIRISI: a New Journal of African Studies*, 7, 149-161. <https://doi.org/10.4314/og.v7i1.57930>
- Khan, J., Vesel, L., Bahl, R., Martines, J. C. (2015). Timing of Breastfeeding Initiation and Exclusivity of Breastfeeding During the First Month of Life : Effects on Neonatal Mortality and Morbidity—A Systematic Review and Meta-analysis. *Maternal and Child Health Journal*, 19(3), 468-479. <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1526-8>
- Kost, K., Landry, D. J., Darroch, J. E. (1998). The effects of pregnancy planning status on birth outcomes and infant care. *Family Planning Perspectives*, 30(5), 223-230. <https://doi.org/10.2307/2991608>
- Kost, K., Lindberg, L. (2015). Pregnancy intentions, maternal behaviors, and infant health : Investigating relationships with new measures and propensity score analysis. *Demography*, 52(1), 83-111. <https://doi.org/10.1007/s13524-014-0359-9>
- Lindberg, L., Maddow-Zimet, I., Kost, K., Lincoln, A. (2015). Pregnancy intentions and maternal and child health : An analysis of longitudinal data in Oklahoma. *Maternal and Child Health Journal*, 19(5), 1087-1096. <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1609-6>
- Marston, C., Cleland, J. (2003). Do unintended pregnancies carried to term lead to adverse outcomes for mother and child? An assessment in five developing countries. *Population studies*, 57(1), 77-93. <https://doi.org/10.1080/0032472032000061749>

- Masten, A. S. (2014). Global Perspectives on Resilience in Children and Youth. *Child Development*, 85(1), 6-20. <https://doi.org/10.1111/cdev.12205>
- Mohamed, E. A.-E. B., Hamed, A. F., Yousef, F., Ahmed, E. A. (2019). Prevalence, determinants, and outcomes of unintended pregnancy in Sohag district, Egypt. *Journal of the Egyptian Public Health Association*, 94(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s42506-019-0014-9>
- Oddy, W. H. (2013). Breastfeeding in the first hour of life protects against neonatal mortality. *Jornal de Pediatria*, 89, 109-111. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2013.03.012>
- Singh, A., Chalasani, S., Koenig, M. A., Mahapatra, B. (2012). The consequences of unintended births for maternal and child health in India. *Population studies*, 66(3), 223-239. <https://doi.org/10.1080/00324728.2012.697568>
- Singh, A., Singh, A., Mahapatra, B. (2013). The consequences of unintended pregnancy for maternal and child health in rural India : Evidence from prospective data. *Maternal and child health journal*, 17(3), 493-500. <https://doi.org/10.1007/s10995-012-1023-x>
- Singh, A., Singh, A., Thapa, S. (2015). Adverse consequences of unintended pregnancy for maternal and child health in Nepal. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 27(2), NP1481-NP1491. <https://doi.org/10.1177/1010539513498769>
- Ulep, V. G. T., Borja, M. P. (2012). Association between pregnancy intention and optimal breastfeeding practices in the Philippines : A cross-sectional study1. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(1), 69. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-69>
- UNICEF, OMS. (2018). Saisir le moment – La mise au sein précoce : le meilleur point de départ pour chaque nouveau-né. New York, UNICEF. https://www.unicef.org/media/47726/file/UNICEF_WHO_Capture_the_moment_EIBF_2018_FR.pdf
- WHO (2003). *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9241562218>

© 2025 OUEDRAGO, Licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

Note de l'éditeur

Bamako Institute for Research and Development Studies Press reste neutre en ce qui concerne les revendications juridictionnelles dans les publications des cartes/maps et affiliations institutionnelles.