

RESUME LONG

Introduction

Au cours de la dernière décennie, l'autonomisation des femmes en matière de santé sexuelle et reproductive est devenue un sujet de recherche de grande importance et un élément central des programmes de développement en matière de santé reproductive [1]. Son importance pour l'amélioration de la santé maternelle et infantile en Afrique subsaharienne est réaffirmé à l'issue de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) [2]. Depuis la CIPD, de nombreuses actions d'autonomisation des femmes ont été entreprises en Afrique au Sud du Sahara, dont certaines dans le cadre du projet SWEED. Mais, force est de constater que la proportion de femmes qui prennent seules les décisions ou qui participent à la prise des décisions dans les ménages dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive reste faible. En effet, l'indicateur 5.6.1 des Objectifs de Développement Durable (ODD) qui représente le pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont mariées (ou en union), qui participe à la décision dans les trois domaines : leurs soins de santé, l'utilisation de la contraception et les rapports sexuels avec leurs partenaires, n'était que de 25,2 % en 2017 au Bénin. Près de la moitié des femmes (43,0 %) ne pouvaient pas refuser les rapports sexuels à leur mari quand elles ne souhaitaient pas en avoir et 60,0 % des femmes ne pouvait pas demander à leur mari/partenaires d'utiliser un préservatif [3]. Or la prise de décision des femmes au sein du ménage dans le domaine de la sexualité est un facteur clé de leur vulnérabilité et leur résilience face aux infections sexuellement transmissibles (IST) y compris le VIH/Sida, surtout dans les pays à revenu faible ou à revenu intermédiaire [4,5]. Les femmes sans autonomie en matière de SSR sont aussi exposées à des grossesses non désirées, la coercition sexuelle et la violence [6]. Au regard de ces préoccupations, l'objectif général de cette étude est de contribuer à une meilleure connaissance des facteurs nécessaires à l'amélioration du niveau d'autonomie des femmes béninoises en matière de SSR.

Méthodologie

Données et population d'étude

Les données utilisées dans le cadre de cette étude sont issues de la cinquième Enquête Démographique et de Santé au Bénin l'EDSB-V 2017-2018 du Bénin. Notre population cible est constituée des femmes en union (mariées ou en union libre) âgées de 15 à 49 ans et qui ne sont pas enceintes car les données sur l'autonomie de décision en matière de SSR sont disponibles seulement pour les femmes actuellement en union qui ne sont pas enceintes [3]. Ainsi notre échantillon est constitué de 4566 femmes en union et qui n'étaient pas enceinte au moment de l'enquête.

Modèle théorique

Nous avons adopté une approche globale en tenant compte du fait que plusieurs facteurs à différents niveaux influencent l'autonomie des femmes en matière de SSR comme mentionné dans la théorie socio-écologique [7]. Aussi l'importance des ressources soulignée dans l'approche par la capacité [8] est aussi mise en exergue dans notre cadre. De plus en faisant référence à la théorie du genre et du pouvoir [9], l'effet du contexte socioculturel caractérisé par les normes de genre qui limitent la capacité des femmes à prendre des décisions concernant leur propre corps et leur sexualité est aussi pris en compte.

Définitions des variables d'étude

Variable dépendante : La variable dépendante de l'étude est le niveau d'autonomie de la femme en matière de SSR et qui a été construite en utilisant la méthode d'attribution et de sommation des scores. Elle a deux modalités **1 « Elevé et 0 « Faible »**. La création de cette variable a été guidé par des études antérieures réalisées dans le domaine [10–12].

Variable explicative : Les variables au niveau individuel sont constituées de l'âge de la femme, la religion de la femme, l'ethnie, le niveau d'instruction, l'exposition aux médias, la possession d'emploi rémunéré, le type d'union, le niveau d'instruction du conjoint, la différence d'âge entre conjoints, la parité de la femme, et le Poids financier de la femme dans le ménage. Au niveau ménage, nous avons le type d'union, la composition du ménage, le sexe du CM, et le niveau de vie ménage. Les variables au niveau communautaire sont la région de résidence, le milieu de résidence, le degré de contrôle conjugal de la communauté, le degré de contrôle conjugal de la communauté et le degré d'ouverture communautaire sur la négociation des rapports sexuels sécurisés.

Analyse statistique des données

Nous avons procédé à une évaluation de la qualité des données au moyen des taux de non-réponse ce qui a révélé des taux relativement faibles ne dépassant pas les 6%. Seulement deux variables étant concernées. Une analyse bivariée a été réalisée ce qui a permis d'identifier les associations potentielles entre la variable dépendante et les variables indépendantes grâce au test de chi-2. Afin d'identifier les facteurs explicatifs et d'apprécier la contribution des différents niveaux d'analyse, un modèle d'analyse de régression logistique binaire selon une approche multiniveau a été utilisée. Les méthodes multiniveaux sont plus adaptées à l'analyse des phénomènes sociaux du fait qu'elles prennent en compte l'influence de l'environnement sur l'individu [13]. Ceci est d'autant plus pertinent dans le cadre de cette étude qui porte sur l'autonomie des femmes en matière de SSR car en Afrique, le contexte joue un rôle clé dans les relations de pouvoir entre la femme et son conjoint au sein du foyer. [14,15]. Dans le cadre de l'analyse explicative cinq (5) modèles ont été successivement estimés. Il s'agit des modèles : M0 : ne contenant que la variable dépendante ; M1 : M0 + variables individuelles ou variables de niveau 1 ; M2 : M0 + variables liées au ménage ou variables de niveau 2 ; M3 : M0 + variables communautaires ou variables de niveau 3 ; M4 : M0 + toutes les variables explicatives. Le seuil de significativité retenu était de 5%. Nous avons procédé aussi à la détection éventuelle de la multi colinéarité grâce au test de VIF [16]. Nous avons utilisé le logiciel STATA 16 pour la réalisation de toutes les analyses.

Présentation des résultats

Analyse descriptive

On note que dans la population d'étude, 57,0 % des femmes ont un niveau d'autonomie élevé en matière de SSR tandis que 43,0 % ont un niveau faible. L'analyse descriptive a montré qu'à l'exception de la parité et du degré de contrôle conjugal de la communauté, toutes les autres variables avaient une association significative au seuil de 5% avec la variable dépendante.

Analyse explicative

Effets aléatoires

Les résultats issus du modèle vide M0 révèlent que la contribution de chaque niveau à l'explication du niveau d'autonomie des femmes en matière de SSR est assez importante. En effet, les coefficients de corrélation intra-classe sont respectivement de 67,4 % au niveau ménage et de 21,6 % au niveau communautaire. On déduit alors que les différences entre les femmes en matière d'autonomie sont attribuables aux facteurs non observés au niveau « ménage » et ceux non observés au niveau « communautaire ». Ceci est aussi un argument pertinent de l'utilité de recourir à un modèle hiérarchique à trois niveaux. En analysant les variations de variance au niveau des modèles M1 M2 et M3 on remarque que les caractéristiques individuelles expliquent 66,6 % de l'hétérogénéité non observée au niveau communautaire M1. Les variables au niveau ménage contribuent à l'explication d'une part assez importante de la variance intercommunautaire (38,2 %). Aussi les variables relatives au ménage n'expliquent que 5,8 % de l'hétérogénéité non observée à ce niveau (M2). Les

résultats montrent que variables communautaires réduisent de 72,6 % l'hétérogénéité non observée au niveau communautaire. Mais on observe une légère augmentation de la variance au niveau des ménages. Cela veut dire qu'une partie des différences entre les communautés était partiellement cachée par les caractéristiques du ménage M3. Le modèle M4, avec toutes les variables explicatives, réduit de manière importante la variance non expliquée au niveau communautaire (80,3 %) et au niveau des ménages (2,3 %), améliorant ainsi plus grandement la compréhension des facteurs influençant l'autonomie des femmes en matière de SSR.

Effets fixes

Les résultats montrent que, toutes choses égales par ailleurs, les femmes âgées d'au moins 35 ans ont 1,36 fois plus de chance d'avoir une autonomie élevée comparativement aux femmes âgées de 25- 34 ans. Les résultats montrent que plus le niveau d'instruction augmente, plus les femmes ont de fortes chances d'avoir une autonomie élevée. En effet, les femmes de niveau primaire d'instruction et celles de niveau secondaire ou supérieur d'instruction ont respectivement 1,53 et 2,09 fois plus de chances d'avoir une autonomie élevée en matière de SSR que les femmes sans niveau d'instruction. Les femmes ayant une exposition élevée aux médias ont 1,48 fois plus de chance d'avoir une autonomie élevée comparativement à leur consœur qui sont faiblement exposées aux médias. Les femmes qui ont un poids financier élevé dans le ménage ont 2,68 fois plus de chance d'avoir une autonomie élevée en matière de SSR que celles qui ont un poids faible. Les femmes dont le partenaire a le niveau secondaire ou plus ont 1,56 fois plus de chance d'avoir une autonomie élevée en matière de SSR que celles dont le partenaire n'a aucun niveau d'instruction.

Comparativement aux femmes Fon, les femmes Adja ont 55,0 % moins de chance d'avoir une autonomie élevée en matière de SSR. On n'observe pas de différence significative au seuil de 5 % entre les femmes Fon et celles des autres ethnies (Bariba, Dendi, Betamaribe, Peulhs, Yoruba et autres). Aussi les femmes n'ayant aucune exposition aux médias ont 32,1 % moins de chance d'avoir une autonomie élevée comparativement à celles faiblement exposées aux médias. Les femmes qui n'ont pas un emploi rémunéré ont 47,1 % moins de chances d'avoir une autonomie élevée en matière de SSR comparativement à celles ayant un emploi rémunéré. Les femmes qui vivent dans une union polygamique ont 32,9 % moins de chance d'avoir une autonomie élevée en matière de SSR que celles qui vivent dans une union monogamique. Aucun facteur au niveau ménage n'est apparu déterminant.

Au niveau communautaire, on note que les femmes originaires du centre et du nord ont respectivement 64,2 % et 67,0 % moins de chances d'avoir une autonomie élevée en matière de SSR comparativement à celles qui vivent au sud. Les résultats montrent également que, toutes choses égales par ailleurs, les femmes qui vivent dans les communautés où l'ampleur des normes de genre légitimant la violence est élevée ont 27,8 % moins de chances d'avoir une autonomie élevée en matière de SSR comparativement à celles qui vivent dans les communautés où l'ampleur est faible. On note également que les femmes qui vivent dans les communautés caractérisées par un degré d'ouverture élevé sur la négociation des rapports sexuels ont 2,44 fois plus de chances d'avoir une autonomie élevée en matière de SSR comparativement à celles qui vivent dans les communautés où le degré d'ouverture est faible.

Conclusion

Les résultats obtenus dans la présente étude sont très utiles pour guider les décideurs dans leurs actions d'amélioration du niveau d'autonomie des femmes béninoises en matière de SSR. Elles prédisent de manière cohérente une association significative entre la variable dépendante et les facteurs socio-démographiques, économiques, familiaux et communautaire. Ces résultats soulignent l'importance d'investir davantage dans l'éducation des femmes et dans l'amélioration de leur accès aux médias et leur statut économique. Il faut également

œuvrer à lutter contre les normes de genre légitimant la violence et accorder une assistance particulière aux femmes Adja, celle moins âgés, celles en union polygamique et celles vivant au centre et au nord du Bénin. Ces initiatives pourraient représenter des leviers forts d'amélioration de la situation des femmes dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive au Bénin.

Références bibliographiques

- [1] Moreau, Karp, Wood, Galadanci, Kibira, Makumbi, et al. Reconceptualizing Women's and Girls' Empowerment: A Cross-Cultural Index for Measuring Progress Toward Improved Sexual and Reproductive Health. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2020;46:187. <https://doi.org/10.1363/46e9920>.
- [2] UNFPA. *International Conference on Population and Development 1994*.
- [3] INSAE, ICF International. *Enquête Démographique et de Santé au Bénin, 2017-2018*. Cotonou, Bénin: Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique et ICF International; 2019.
- [4] Feyisetan B, Oyediran KA. Can married or cohabiting women negotiate protective sex? Findings from Demographic and Health Surveys of two West African countries. *Journal of Biosocial Science* 2019. <https://doi.org/10.1017/S0021932019000798>.
- [5] Jesmin SS, Cready CM. Can a woman refuse sex if her husband has a sexually transmitted infection? Attitudes toward safer-sex negotiation among married women in Bangladesh. <Http://DxDoiOrg/101080/136910582014901561> 2014;16:666–82. <https://doi.org/10.1080/13691058.2014.901561>.
- [6] Montgomery CM, Lees S, Stadler J, Morar NS, Ssali A, Mwanza B, et al. The role of partnership dynamics in determining the acceptability of condoms and microbicides. *AIDS Care* 2008;20:733–40. <https://doi.org/10.1080/09540120701693974>.
- [7] Sallis J, Owen N, Fisher E. *Ecological Models of Health Behavior*. Jossey-Bass; 2008.
- [8] Sen A. *Equality of What? Tanner Lecture on Human Values*, 1979.
- [9] Connell RW. *Gender and Power: Society, the Person, and Sexual Politics*. Stanford: Stanford University Press; 1987.
- [10] Darteh EKM, Dickson KS, Doku DT. Women's reproductive health decision-making: A multi-country analysis of demographic and health surveys in sub-Saharan Africa. *PLOS ONE* 2019;14:e0209985. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209985>.
- [11] Solanke BL, Adetutu OM, Sunmola KA, Opadere AA, Adeyemi NK, Soladoye DA. Multi-level predictors of sexual autonomy among married women in Nigeria. *BMC Women's Health* 2022;22. <https://doi.org/10.1186/S12905-022-01699-W>.
- [12] UNFPA. *Tracking women's decision-making for sexual and reproductive health and reproductive rights : Sustainable Development Goal indicator 5.6.1*. 2020.
- [13] Rwenge J-R, Njingouo Mounchingam A. Déterminants Individuels, Familiaux et Contextuels de la Malnutrition des Enfants de moins de cinq ans au Cameroun. *Biostatistiques et Sciences de La Santé* 2021;2. <https://doi.org/10.21494/ISTE.OP.2021.0728>.
- [14] Kishor S, Subaiya L. *Understanding women's empowerment: a comparative analysis of demographic and health surveys (DHS) data*. 2008.
- [15] Riley N. *Demography of Gender*, 2005, p. 109–41. https://doi.org/10.1007/0-387-23106-4_5.
- [16] O'Brien R. A Caution Regarding Rules of Thumb for Variance Inflation Factors. *Quality & Quantity* 2007;41:673–90. <https://doi.org/10.1007/s11135-006-9018-6>.