

**Titre : L'agentivité en SR affecte-t-elle l'utilisation de la contraception moderne et la survenue des rapports sexuels non désirés chez les adolescentes et jeunes femmes au Burkina Faso ?**

**Auteur :** Fiacre Bazié, Yentéma Onadja, Bouma Fernand Bationo

**Plan de l'article**

1- Background .....	2
2- Méthodes .....	5
Données .....	5
Variables.....	7
Analyses .....	8
3- Résultats .....	9
3.1. Caractéristiques de la population enquêtée. ....	9
3.2. Associations entre l'agentivité reproductive, l'utilisation de la contraception moderne et la survenue des rapports sexuels non souhaités.....	12
Liens entre autonomisation et les résultats de SR une année plus tard .....	16
3.3. Dynamiques d'agentivité contraceptive et associations avec les résultats de SR.....	18
4- Discussion .....	19
Conclusion.....	23
Annexes .....	25
Annexe 1 : Méthode de construction de la variable dynamique ou transition de l'agentivité contraceptive .....	25
Références bibliographiques .....	28

## 1- Background

De nombreuses personnes vivent leurs premières expériences sexuelles et reproductives à l'adolescence et au début de l'âge adulte (Halpern et Haydon 2012). Les jeunes femmes vivent ces expériences à un moment critique de leur développement psychologique, social, cognitif et physique (Ralph et Brindis 2010). La santé sexuelle et reproductive (SSR) y compris le mariage précoce, les grossesses précoces et non désirées, les avortements ainsi que les infections précoces par le VIH et les IST, représente une charge de morbidité importante, en particulier pour les filles vivant dans les pays en développement (OMS, 2016). Environ 11 % des naissances dans le monde ont lieu chez les adolescentes de 15 à 19 ans, et presque toutes (95 %) ont lieu dans les pays à faible et moyen revenu (WHO, 2016). En 2019, l'on estimait à environ 21 millions de grossesses parmi les adolescentes âgées de 15 à 19 ans dans les pays en développement dont 50% étaient des grossesses non désirées (Sully et al., 2016, Darroch et al., 2020). Les données disponibles estiment également que dans la même année 55% des grossesses non désirées se terminaient par des avortements (Sully et al., 2016) qui se passent très souvent dans des conditions jugées dangereuses dans ces pays (Bell et al., 2022 ; Guillaume et Rossier, 2018). Au Burkina Faso, en 2020, près de 31% des grossesses et dernières naissances chez les adolescentes étaient non désirées (PMA, 2020). Dans la même année, l'incidence des avortements provoqués, plus élevée chez les adolescentes était de 31 pour mille. L'on estimait que plus de 95% de ces avortements étaient non sécurisés et 32% avaient donné lieu à des complications (Bell et al., 2022). Les grossesses précoces et non désirées chez les adolescentes et les jeunes peuvent avoir des conséquences à court et à long terme sur leur propre santé et leur bien-être, ainsi que sur la santé et le bien-être de leurs enfants et de leurs familles (Ganchimeg et al., 2014).

Les filles confrontées à une absence de choix et de perspectives, ou ayant un accès restreint aux services de santé sexuelle et reproductive, sont plus susceptibles de subir des rapports sexuels forcés ou de tomber enceintes (UNFPA 2017). Il est aussi reconnu que les facteurs qui sous-tendent les problèmes de SSR des filles dans les pays en développement sont essentiellement sociaux et culturels, et reflètent en général les contraintes et les normes sexospécifiques néfastes auxquelles sont confrontées une majorité de filles dans les sociétés (Nicole et al., 2017). Par exemple, le mariage des enfants, ou le mariage avant l'âge de 18 ans ou encore le mariage forcé, qui touchent environ 15 millions de filles chaque année dans les pays en développement (Steinhaus M et al., 2016), les violences basées sur le genre qui touchent environ 29,4 % des filles ayant déjà été mariées de 15 à 19 ans dans le monde entier (OMS, 2013) et les inégalités de genre qui touchent une grande partie des jeunes femmes dans ces pays (UNFPA 2017). Des pratiques qui sapent non seulement les droits des filles, leur agentivité, leur autonomie et liberté pour accéder aux soins, et leur état actuel de santé sexuelle et reproductive, mais qui limitent également leurs possibilités économiques et affectent leur santé et leur bien-être à l'âge adulte (McCarthy KJ et al., 2016 , Nour N., 2006).

L'amélioration de la SSR des adolescentes et jeunes répond non seulement à des besoins de santé immédiats et favorise également leurs futures trajectoires de santé, tout en promouvant "le bien-être de la prochaine génération" et sa pleine contribution aux défis de développement (UNFPA, 2017).

Un grand nombre de recherches ont mis en exergue le lien entre l'autonomie et l'amélioration des comportements et des résultats en matière de santé sexuelle et reproductive chez les femmes et les filles (Prata et al., 2017), y compris l'utilisation de la contraception (Bose et Heymann, 2019 ; Ewerling et al., 2017 ; James-Hawkins et al., 2016 ; Prata et al. 2017 ; Yaya et al., 2018), la prévention des grossesses non désirées (Upadhyay et Hindin, 2005), la réception de soins prénataux (Mistry et al., 2009), l'amélioration des pratiques alimentaires maternelles (Gram et al., 2019), l'accouchement avec une accoucheuse qualifiée (Shimamoto et Gipson, 2015) et la négociation dans les relations sexuelles (Pearson, 2006 ; Wolff et al., 2000).

Les modèles conceptuels qui pour la plupart reposent sur la définition de Kabeer (1999), distinguent trois étapes dans le processus d'empowerment : les ressources, également appelées conditions préalables (Kabeer 1999) ou structures d'opportunité (Alsop et Heinsohn 2005), l'agentivité, également appelée autonomie (Allendorf 2012), et les réalisations, également appelées résultats (Alsop et Heinsohn 2005 ; Kabeer 1999). L'agentivité est étroitement liée à l'autonomisation, bien que cette dernière soit un concept plus large, généralement associé dans la littérature à des résultats comme des améliorations du bien-être dans les domaines de la santé, de l'éducation, des opportunités économiques, de la vie publique et de la sécurité (Kabeer 1999). Quant à l'agentivité, elle est vue comme la "capacité à définir ses objectifs et à agir en conséquence" (Kabeer 1999 ; Donald et al. 2017). Cette définition comprend deux composantes essentielles : (1) la capacité de la personne à fixer des objectifs conformes à ses valeurs et préférences concernant une question ou une décision particulière qui est aussi appelée motivation ou « autonomie motivationnelle » ; (2) sa perception de sa capacité d'agir en vue d'atteindre ces objectifs ou auto-efficacité (Bandura 1977, 1990 ; Longmore et al. 2003 ; Donald et al. 2016). Si l'autonomisation comprend des éléments tels que les ressources (conditions préalables) et les réalisations (résultats), l'agentivité est le processus qui lie les premières aux seconds. En ce sens, elle est un médiateur entre les ressources et les objectifs des femmes (Kabeer 1999 ; Kishor 2000 ; Malhotra et Schuler 2005 ; Samman et Santos 2009 ; James-Hawkins et al., 2018).

En dépit des évidences sur les liens entre l'autonomisation des femmes ou ces différentes composantes et les résultats de santé reproductive, de nombreuses recherches reconnaissent la complexité de cette relation se traduisant par des relations souvent négatives ou contre-intuitives (Schatz et Williams, 2012 ; Edmeades, J et al ., 2018, Prata et al. 2017). Ces relations ambiguës entre l'autonomie et les résultats de santé constaté dans le contexte spécifique de l'Afrique, sont souvent expliquées entre autres par des lacunes à définir l'autonomie par les facteurs qui la déterminent dans chaque contexte (Malhotra 2004 ;

Heaton, Huntsman et Flake, 2005 ; Mumtaz et Salway, 2005 ; Edmeades, J et al ., 2018, Prata et al. 2017, Richardson., 2018 ; Yount et al., 2018) et par des problèmes méthodologiques dans la mesure de l'autonomisation (Agarwala et Lynch, 2006 ; Edmeades, J et al ., 2018, Prata et al. 2017).

Aussi, dans les études portant sur les liens entre l'autonomisation et la SR, le constat de l'utilisation des mesures diversifiées de l'autonomisation dans les différents contextes, allant des indicateurs généraux tels que le niveau d'éducation, l'emploi ou le statut socio-économique à des mesures plus spécifiques telles que la participation à la prise de décision au sein du ménage et la mobilité de la femme, qui sont principalement utilisées dans les pays à revenu faible ou moyen révèle l'absence d'un cadre unifié guidant la recherche dans ce domaine et aboutissant souvent à des mesures inadaptées (Malhotra 2004 ; Heaton, Huntsman et Flake, 2005 ; Mumtaz et Salway, 2005 ; Edmeades, J et al ., 2018, Prata et al. 2017, Richardson 2018 ; Karp et al. 2020). En effet, les questions sur l'autonomie décisionnelle qui sont largement utilisées dans la littérature comme mesure de l'autonomisation des femmes, sont basées sur des expériences en Asie et peuvent ne pas refléter la situation des pays d'Afrique. Par exemple, concernant la liberté de mouvement qui est toujours utilisée comme un indicateur d'autonomie de la femme, certaines recherches ont prouvé que les femmes en Afrique subsahariennes ne sont pas limitées dans leurs déplacements et jouissent naturellement d'une plus grande liberté civile (Heckert et Fabic, 2013 ; OCDE, 2010).

Jusqu'à nos jours les rares études qui sont intéressées aux liens entre l'autonomisation et la santé reproductive des femmes au Burkina Faso ont pour la plupart utilisées la participation à la prise de décision au sein du ménage comme instrument de mesure de l'autonomisation (Pambè, Gnoumou, & Kaboré. 2014 ; Atake, E. H., & Gnakou Ali, P. 2019 ; Some, Pu et Huan 2021 ; Beaujoin et al. 2021).

Cette situation reflète également l'incapacité à traiter l'autonomisation en matière de reproduction comme un processus à part entière qui reflète et façonne les processus impliqués dans l'autonomisation globale de manière plus générale (Edmeades et al., 2018). Il est de plus en plus justifié d'envisager une dimension d'autonomisation spécifique à la santé reproductive (Pratley 2016 ; Hanmer & Klugman 2016) au vu du rôle central de la reproduction dans l'autonomisation globale, en particulier des femmes, et son influence sur les autres dimensions de l'autonomisation (Pratley., 2016 ; Edmeades et al 2018).

Cet ensemble de constats empêche de comprendre clairement l'importance de l'autonomisation ou de l'agentivité sur les résultats en matière de santé de la reproduction (Upadhyay et al., 2014 ; Edmeades et al., 2018 ; Moreau et al., 2020). Par conséquent, la littérature est restée limitée dans sa capacité à explorer pleinement la façon dont l'autonomisation est liée aux résultats en matière de santé reproductive

Cette étude se propose d'utiliser une échelle de mesure de l'agentivité adaptée à la santé reproductive pour explorer l'effet de l'autonomisation sur l'utilisation de la contraception et la survenue des rapports sexuels non souhaités. Cette échelle d'autonomie reproductive développée dans des contextes de l'Afrique Subsaharienne similaires à celui du Burkina Faso (Moreau et al. 2020 ; Wood et al. 2020 ;

Karp et al. 2020), utilise deux sous échelles dans deux domaines de la SR que sont la sexualité et la contraception pour cerner les effets de l'autonomisation sur les comportements reproductifs des femmes. Elle utilise distinctement le domaine de la motivation et celui de l'auto-efficacité tous les deux constitutifs de l'agentivité (Donald et al. 2017 ; Richardson 2018) pour prendre en compte l'intériorisation des pressions externes et des valeurs personnelles en lien avec les questions de contraception et de sexualité sur les comportements reproductifs des femmes. En outre, pour combler un gap de connaissances lié au manque d'évidences de l'effet à travers le temps de l'autonomisation sur les résultats reproductifs (Eerdewijk et al. 2017 ; Edmeades et al. 2018 ; James-Hawkins et al. 2016 ; Vizheh et al. 2021), il sera aussi question d'explorer la nature dynamique de l'agentivité contraceptive et ses liens avec les deux résultats de SR.

## **2- Méthodes**

### **Données**

Cette recherche utilise les données issues de la plateforme de recherche Performance Monitoring for Action (PMA) au Burkina Faso. PMA est une plateforme de suivi des indicateurs de santé de la reproduction et de la planification familiale implémentée dans huit (08) pays d'Afrique Subsaharienne et d'Asie dont le Burkina Faso. Dans chaque pays, PMA utilise un échantillonnage par grappes stratifiées à plusieurs degrés pour sélectionner un échantillon aléatoire de ménages et de femmes en âge de procréer (15-49 ans) représentatif aux niveaux national et infranational selon les pays.

Durant la période 2019-2021, en plus du design d'enquête longitudinale utilisé, la plateforme a introduit de nouvelles thématiques dont un module sur l'autonomisation des femmes et des filles en SR. Cette échelle de mesure de l'autonomie reproductive des femmes, fruit d'une collaboration entre différentes équipes pays de mise en œuvre, a été développée pour la première fois en Ethiopie, en Ouganda et au Nigéria entre 2018 et 2019 en utilisant des méthodologies qualitatives et quantitatives (Karp et al. 2020 ; Wood et al., 2020, Moreau et al. 2020). Ces différentes études ont abouti à la validation d'une échelle de mesure de l'autonomie reproductive dans les domaines de la sexualité et de la contraception. Chaque domaine d'autonomie étant composé de deux sous-échelles qui sont : la motivation et l'auto-efficacité (Moreau et al. 2020) qui prennent en compte l'intériorisation des contraintes externes et des valeurs personnelles des femmes dans la définition de leurs choix et objectifs et dans leurs prises de décisions concernant les rapports sexuels et l'utilisation de la contraception moderne.

Au Burkina Faso cette enquête était représentative du niveau national et selon le milieu de résidence (urbain/rural). Elle a concerné 167 zones de dénombrement (ZD), 5800 ménages et 6500 femmes âgées de 15-49 ans). Pour son implémentation dans la plateforme PMA, les questions sur l'agentivité contraceptive étaient posées à toutes les femmes, alors que celles sur l'agentivité en sexualité étaient uniquement posées aux femmes sexuellement actives. Le tableau 1 présente les questionnaires du module autonomisation en SR qui a été implémenté au Burkina Faso.

A l'enquête de base, les taux de réponses étaient de 98% pour le questionnaire ménage et de 95% pour le questionnaire des femmes. Les données manquantes qui étaient pour la plupart inférieures à 3% ont été écartées des analyses. Les données utilisées pour cette présente recherche sont celles d'une cohorte de 2709 adolescentes et jeunes de 15-24 ans qui a fait l'objet d'un suivi longitudinal à un intervalle d'environ une année entre décembre 2019 et février 2021. Environ 80% de l'échantillon des jeunes femmes enrôlé a pu effectivement être suivi après une année soit un effectif de 2119 enquêtées. Les données manquantes pour l'enquête de suivi qui étaient pour la plupart inférieures à 1% ont été écartées des analyses. Différentes raisons expliquent les pertes de vue d'une année à l'autre dont notamment la non obtention du consentement, les refus, et les migrations et autres absences durant l'enquête. Le **tableau 1** en annexe présente les profils des jeunes femmes perdues de vue.

**Tableau 1 : Les questionnaires de l'échelle de mesure de l'autonomie reproductive**

Sous dimensions	Items	Population cible	Modalités de réponses
Motivation en PF (5 items)  Alpha Cronbach= 0.78	Si j'utilise une méthode de planification familiale, mon mari/conjoint pourrait chercher une autre partenaire sexuelle.	Toutes les femmes âgées de 15-49 ans	Échelle de Likert (1-Pas du tout D'accord à 5- Tout à fait d'accord)
	Si j'utilise une méthode de planification familiale, je tomberais difficilement enceinte quand je voudrai avoir des enfants.		
	Je peux/pourrai avoir des problèmes dans mon couple/mariage si j'utilise une méthode de planification familiale.		
	Si j'utilise une méthode de planification familiale, mes enfants pourraient ne pas être normaux à la naissance.		
	Si j'utilise une méthode de planification familiale, mon corps pourrait avoir des effets secondaires qui pourraient affecter ma relation entre mon mari/conjoint et moi.		
Auto-efficacité en PF (2 items)  Alpha Cronbach= N/A	Je peux changer de méthode de planification familiale si je veux.		
	Je peux dire avec assurance à mon prestataire de santé ce qui compte pour moi dans le choix d'une méthode de planification familiale.		
Motivation en Sexualité (4 items)	Si je refuse d'avoir des rapports sexuels avec mon mari / conjoint, il ne prendra plus soin de moi.	Toutes les femmes âgées de 15-49 ans ayant déjà eu des rapports sexuels	Échelle de Likert (1-Pas du tout D'accord à 5- Tout à fait d'accord)
	Si je refuse d'avoir des rapports sexuels avec mon mari/ conjoint, il me forcera à le faire.		
	Si je refuse d'avoir des rapports sexuels avec mon mari/ conjoint, il pourrait me battre.		

Alpha Cronbach= 0.72	Si je montre à mon mari / conjoint que j'ai envie de lui, il pourrait me considérer comme une femme aux mœurs légères	
Auto-efficacité en sexualité (4 items)	Je suis confiante que je peux dire à mon mari/conjoint quand j'ai envie d'avoir des rapports sexuels	
Alpha Cronbach= 0.70	Je peux décider quand je veux avoir des rapports sexuels.	
	Si je ne veux pas avoir des rapports sexuels, je peux le dire à mon mari/conjoint.	
	Si je ne veux pas avoir des rapports sexuels avec mon mari / conjoint, je suis capable de l'éviter.	

## Variables

- Principales variables explicatives : Nos principales variables explicatives sont constituées par le niveau dans chacune des sous-dimensions (motivation et auto-efficacité) des deux domaines de l'agentivité reproductive chez les jeunes femmes. Pour les trois sous-échelles qui ont été construites avec au moins quatre (04) items, un indice combiné a été créé sur la base d'une analyse factorielle et la méthode d'analyse en composante principale pour retenir le score factoriel (latent). Ce score était compris entre -2.75 (pour les jeunes femmes avec une faible autonomie) et 1.21 (pour les femmes avec une grande autonomie). Pour la sous dimension auto-efficacité contraceptive qui est mesurée ici à travers deux questions, l'indice a été construit à partir d'un score sommatif qui correspond à la somme des scores moyens des deux items. Les scores d'auto-efficacité contraceptive étaient compris entre 1 (pour les femmes avec une faible auto-efficacité) et 5 (pour les femmes avec une auto-efficacité élevée). Les mêmes méthodes de calcul de l'indice ont été utilisées pour toutes les deux enquêtes. Les résultats des différentes analyses portant sur la validation locale de cette échelle de mesure sont présentés ailleurs. Des terciles ont ensuite servi à fixer les catégories d'autonomie. Le premier tercile reflétant les jeunes femmes avec une « *faible autonomie* », le deuxième celles avec une « *autonomie moyenne* » et le troisième les jeunes femmes avec une « *grande autonomie* ».
- Les variables dépendantes : Nos variables dépendantes sont les résultats dans les deux domaines de SR (variables dépendantes) qui sont le caractère volontaire du dernier rapport sexuel (domaine de la sexualité) et l'utilisation d'une méthode de contraception moderne<sup>1</sup> (domaine de la PF) chez les jeunes femmes. La variable « rapports sexuels volontaires » a été obtenue en posant la question suivante aux jeunes femmes sexuellement actives dans les dans les trois derniers mois avant l'enquête - *La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels,*

<sup>1</sup> L'utilisation de la contraception moderne inclut uniquement les femmes qui utilisaient le condom masculin ou féminin, la pilule, l'injectable, le DIU, l'implant, la pilule du lendemain au moment de l'enquête.

*est-ce que l'une des choses suivantes s'est produite ?* Les modalités de réponses étaient : (1- Je ne voulais pas avoir un rapport sexuel à ce moment-là, 2- Mon mari / conjoint m'a mis la pression pour avoir des rapports sexuels, 3- Je n'ai pas consenti (j'ai été forcée) à avoir un rapport sexuel à ce moment-là, 4- Je me sentais à risque de violence physique si je refusais d'avoir des rapports sexuels à ce moment-là, 5- Aucun des éléments ci-dessus). Les femmes qui ont rapporté au moins une des quatre premières réponses étaient considérées comme ayant eu des rapports sexuels non souhaités au cours des trois derniers mois. La variable « utilisation de la contraception moderne » a été obtenue avec uniquement les jeunes femmes sexuellement actives. La même méthode de construction des deux variables a été utilisée pour l'enquête de suivi.

- Les autres variables indépendantes : Dans les différents modèles explicatifs, les caractéristiques individuelles telles que le niveau d'éducation, le niveau de vie du ménage et l'emploi<sup>2</sup>, habituellement utilisées comme indicateurs de substitution de l'autonomie ont été utilisées comme des variables d'ajustement. Pour tenir compte du contexte, les différents modèles ont également été ajustés avec le milieu de résidence.

## **Analyses**

Dans un premier temps, à travers une analyse descriptive, nous avons mesurer les associations bivariées entre les différentes sous-échelles de l'agentivité reproductive et les deux résultats de SR.

Pour les analyses explicatives, plusieurs modèles de régressions logistiques ont été utilisées afin d'évaluer la nature et le degré des associations entre les niveaux d'autonomie et les deux résultats de SR.

Dans la première série des résultats, nous évaluons les associations entre les niveaux d'autonomie et les deux résultats de SR à l'enquête transversale c'est-à-dire au moment de l'enquête. Pour ces résultats, nous évaluons d'abord (modèle 1) les effets nets de chaque sous-échelle de l'agentivité reproductive prise une à la fois en ajustant avec les variables proxys de l'autonomie caractéristiques individuelles des jeunes femmes. Dans le modèle 2, les quatre sous-dimensions ont été ajustées à la fois avec les mêmes variables de contrôle afin de saisir l'effet de chaque sous-échelles en présence en présence des autres. Dans un troisième temps, des termes d'interactions a été introduits entre chacune des sous-échelles et le statut marital des jeunes femmes. Nous anticipons qu'il pourrait y avoir une influence différente et importante de l'autonomie reproductive sur l'utilisation de la contraception et la survenue des rapports sexuels selon que la jeune femme soit en union ou qu'elle soit célibataire. En effet, pour les jeunes femmes en union, l'exposition plus régulière au partenaire peut directement influencer l'exercice de l'autonomie reproductive mais aussi la survenue des rapports sexuels et l'utilisation de la contraception

---

<sup>2</sup> L'emploi est saisi pour les femmes qui disent avoir travaillé en dehors du ménage au cours des sept derniers jours ou cours des 12 derniers mois et qui sont réénumérées : 1- En espèces, 2- En nature et en espèces.

par rapport aux jeunes femmes célibataires. Pour cela, il était nécessaire de comprendre comment l'autonomie des jeunes femmes interagit avec leur statut marital dans l'utilisation de la contraception et le caractère volontaire des rapports sexuels.

Dans la deuxième série des résultats, nous évaluons dans une perspective longitudinale, les associations entre le niveau dans les quatre dimensions de l'autonomie reproductive des jeunes femmes et les résultats de SR une année après. Tout comme précédemment, un premier modèle évalue l'effet net de chaque sous échelle prise une à la fois et ajustée avec les caractéristiques individuelles à la même année (enquête de base) sur les résultats de SR une année après. Dans le deuxième modèle, toutes les quatre sous-échelles sont ajustées à la fois avec les caractéristiques individuelles.

Enfin, nous explorons les associations entre les dynamiques de l'autonomie sur une année et les deux résultats de SR. Il s'agit de voir comment le niveau d'autonomie reproductive des jeunes femmes évolue sur une année et si la nature de l'évolution est différemment associée aux deux résultats de SR. Ces dernières analyses n'ont concerné que le domaine de l'agentivité contraceptive. L'enquête de suivi n'ayant pas inclus les questionnaires de l'agentivité en sexualité. Pour ces analyses, dans un premier temps, nous avons construit une variable de transitions qui illustre les dynamiques de l'autonomie entre les deux enquêtes chez les mêmes jeunes femmes. Les transitions ont été saisies à partir des changements observés dans les catégories de l'autonomie (faible, moyenne et grande) dans chacune des deux sous-échelles de l'agentivité entre l'enquête de base et l'enquête de suivi. Ce calcul a été fait en faisant un tableau croisé des trois modalités entre les deux enquêtes. Ensuite un regroupement des neuf modalités a été fait pour aboutir à une variable dichotomique illustrant les jeunes femmes ayant connu une trajectoire « positive » d'autonomie par rapport à celle qui ont connu une trajectoire « négative ». Des détails sur la construction de cette variable sont fournis dans le document 2 en annexe. Nous avons finalement utilisé des modèles multivariés pour évaluer les associations entre cette variable « transition » d'agentivité contraceptive et nos deux résultats de SR.

Les analyses avec les données transversales ont été pondérées avec les poids l'enquête transversale. Alors les analyses longitudinales ont été pondérées avec les poids de l'enquête de suivi. Toutes les analyses ont été menées avec le logiciel d'analyse statistique stata.16.

### **3- Résultats**

#### **3.1. Caractéristiques de la population enquêtée.**

Le tableau 2 résume les caractéristiques des adolescentes et jeunes femmes enquêtées au cours des deux enquêtes. L'on peut constater que d'une année à l'autre les caractéristiques sociodémographiques sont restées globalement stables. Ainsi, les célibataires, celles qui n'avaient aucun enfant et celles qui n'avaient pas encore eu un rapport sexuel qui constituaient respectivement 50,3%, 57,1% et 32,9% de

l'échantillon à l'enquête de base constituent 49,6%, 56,1% et 32,2% de celui de l'enquête de suivi. Par contre, l'intention d'utiliser la contraception a augmenté, passant de 64,8% à l'enquête de base à 73,5% à l'enquête de suivi. Avec également une légère augmentation de l'utilisation de la contraception moderne qui est passée de 20,0% à 21,1%. La proportion des jeunes ayant déclaré que leurs derniers rapports sexuels étaient non souhaités connu une baisse importante entre les deux enquêtes passant de 40,7% à l'enquête de base à 21,8% à celle de suivi.

**Tableau 2 : Caractéristiques et autres indicateurs de base de la cohorte de jeunes femmes de 15 – 24 ans pendant les deux enquêtes.**

<b>Caractéristiques sociodémographiques de la cohorte d'adolescentes et jeunes</b>	Enquête de base	Enquête de suivi
	<b>Variables</b> % (N=2709)	% (N=2119)
<b>Milieu de résidence</b>		
Urbain	26,2	25,9
Rural	73,8	74,1
<b>Statut marital</b>		
Célibataire	50,3	49,6
En union	49,7	50,4
<b>Groupes d'âge</b>		
15-19 ans	55	54,7
20-24 ans	45	45,3
<b>Naissances vivantes</b>		
Aucun	57,1	56,1
Un enfant	24,1	25
2 et plus	18,8	18,9
<b>Niveau éducation</b>		
Aucun	35,3	34,6
Primaire	22,9	23,4
Second 1	32,9	32,3
Second 2 et plus	8,9	9,7
<b>Niveau de vie du ménage</b>		
Pauvre	27,9	29,1
Moyen	34,3	32,9
Riche	37,7	38
<b>Emploi</b>		
Non	75,9	75,5
Oui	24,1	24,5
<b>Expérience sexualité</b>		
Non	32,9	32,2
Oui	67,1	67,8
<b>Intention d'utiliser la contraception moderne</b>		
Non	35,2	26,5
Oui	64,8	73,5
<b>Utilisation d'une méthode</b>		
Non	80	78,9
Oui	20	21,1
<b>Dernier rapport sexuel</b>		
Non désiré	40,7	21,8
Désiré	59,3	78,2
<b>Motivation en PF (score latent)</b>	(-2,75 à 1,21)	(-2,89 à 1,18)
<b>Auto-efficacité en PF (score moyen des items)</b>	1 à 5	1 à 5
<b>Motivation en sexualité (score latent)</b>	(-2,62 à 1,07)	
<b>Auto-efficacité en sexualité (score latent)</b>	(-2,19 à 1,33)	

### **3.2. Associations entre l'agentivité reproductive, l'utilisation de la contraception moderne et la survenue des rapports sexuels non souhaités.**

Le tableau 3 présente les relations bivariées entre le niveau dans les quatre sous-dimension de l'agentivité reproductive et l'utilisation de la contraception moderne chez les jeunes femmes sexuellement actives et la survenue d'un rapport sexuel non souhaité au cours des trois derniers mois. Les tests du khi-deux montrent que l'utilisation de la contraception augmentait selon le niveau dans l'ensemble des quatre sous-échelles de l'agentivité reproductive. Par contre, seulement les femmes le niveau de la motivation contraceptive était statistiquement associé à la survenue des rapports sexuels où les femmes avec un niveau élevé étaient moins nombreuses à avoir eu des rapports sexuels non souhaités au cours des trois derniers mois comparativement à celles qui avaient un faible niveau de motivation contraceptive.

Les analyses explicatives viennent confirmer l'importance de la motivation contraceptive dans l'utilisation de la contraception moderne chez les jeunes femmes par rapport aux autres sous-dimensions. Les résultats (tableau 4) montrent que les chances d'utiliser la contraception (qui sont de l'ordre de 2 à 3 fois plus élevées chez les jeunes femmes avec un niveau de motivation faible ou élevé dans le modèle 1) restaient inchangées lorsque l'ensemble des quatre sous-dimensions sont mises en compétition (modèle 2). Les résultats montrent aussi que l'auto-efficacité contraceptive et sexuelle étaient les deux positivement associées à l'utilisation de la contraception moderne. Dans le modèle avec les termes d'interactions (modèle 3), au-delà du fait que le statut marital n'était pas significativement associé à l'utilisation de la contraception, la motivation contraceptive avait un plus grand effet sur l'utilisation de la contraception chez les jeunes femmes en union par rapport aux célibataires où cette interaction n'était pas significative. Par contre, l'auto-efficacité contraceptive renforçait davantage l'utilisation de la contraception chez les jeunes femmes célibataires par rapport à celles en union. Aucune sous-échelle de l'agentivité en sexualité n'a montré une interaction significative avec le statut marital pour l'utilisation de la contraception moderne.

Dans le domaine de la sexualité, les résultats (tableau 5) montrent à travers les modèles 1 et 2 que seule la motivation contraceptive avait une association la plus importante avec la survenue des rapports sexuels non souhaités. Les jeunes femmes avec une grande motivation dans le domaine de la contraception avaient près de 2 fois moins de chances d'avoir des rapports sexuels non souhaités les trois derniers mois par rapport à celles qui avaient une faible motivation. Les trois autres sous-échelles n'ont pas distinctement montré des associations significatives avec la survenue des rapports sexuels non souhaités au cours des derniers mois. Dans le modèle avec les termes d'interactions où le statut marital était significativement associé aux rapports sexuels non souhaités, les résultats montrent que le niveau de la motivation en sexualité exposait davantage moins les célibataires aux rapports sexuels non souhaités comparativement aux jeunes femmes en union où cette interaction semblait augmenter les chances de vivre cet évènement. C'est le cas également de l'auto-efficacité contraceptive qui avait un

plus grand effet de non exposition aux rapports sexuels non souhaités chez les célibataires contrairement à son effet chez les jeunes femmes en union. Dans les deux domaines de l'agentivité reproductive, l'introduction des termes d'interaction améliore légèrement notre modèle explicatif par rapport à nos données.

**Tableau 3:** Associations bivariées entre le niveau dans les différentes sous-échelles de l'agentivité reproductive, l'utilisation de la contraception moderne et la survenue des rapports sexuels au cours des trois derniers mois chez les jeunes femmes enquêtées.

Agentivité reproductive	Utilisation d'une méthode moderne de contraception (n=1690)		Rapports sexuels non souhaités les trois derniers mois (n=1256)	
	Non %	Oui %	Non %	Oui %
<b>Ensemble</b>	70.89	29.11	59.39	40.61
<b>Agentivité contraceptive</b>				
<b>Motivation (Chi2)</b>	56.23 (p<0.001)		32.15 (p<0.01)	
Faible	81.52	18.48	48.71	51.29
Moyen	69.03	30.97	63.83	36.17
Le plus élevé	62.15	37.85	66.15	33.85
<b>Auto-efficacité (Chi2)</b>	27.49 (p<0.01)		7.03 (p=0.305)	
Faible	80.97	19.03	59.20	40.80
Moyen	76.90	23.10	67.73	32.27
Le plus élevé	66.92	33.08	57.47	42.53
<b>Agentivité sexualité</b>				
<b>Motivation (Chi2)</b>	14.51 (p<0.05)		20.08 (p=0.10)	
Faible	74.45	25.55	50.99	49.01
Moyen	72.98	27.02	65.21	34.79
Le plus élevé	64.85	35.15	62.55	37.45
<b>Auto-efficacité (Chi2)</b>	38.71 (p<0.01)		1.58 (p=0.72)	
Faible	80.79	19.21	57.40%	42.60
Moyen	65.19	34.81	57.74%	42.26
Le plus élevé	66.81	33.19	61.20%	38.80

**Tableau 4. Rapports de côtes de la régression logistique prédisant l'utilisation d'une méthode contraceptive moderne selon le niveau des sous-dimension de l'agentivité reproductive chez les jeunes femmes de 15-24 ans sexuellement actives (catégorie de référence=Tercile le plus bas)**

	Modèle 1 ORA (95% IC)	Modèle 2 ORA (95% IC)	Modèle 3 ORA (95% IC)
<b>AGENTIVITÉ CONTRACEPTION</b>			
<b>Motivation</b>			
Moyen	2.03 (1.38 - 2.99)***	2.09 (1.36 - 3.21)**	1.06 (0.62 - 1.80)
Le plus élevé	3.24 (2.20 - 5.20)**	3.23 (2.01 - 5.18)***	1.08 (0.59 - 1.98)
<b>Auto-efficacité</b>			
Moyen	1.05 (0.62 - 1.77)	1.09 (0.64 - 1.86)	1.20 (0.59 - 2.41)
Le plus élevé	2.17 (1.28 - 3.69)**	2.00 (1.18 - 3.39)*	2.62 (1.41 - 4.87)**
<b>AGENTIVITÉ SEXUALITÉ</b>			
<b>Motivation</b>			
Moyen	0.94 (0.67 - 1.31)	0.81 (0.56 - 1.18)	1.13 (0.72 - 1.78)
Le plus élevé	1.45 (0.95 - 2.22)	0.86 (0.59 - 1.26)	1.48 (0.75 - 2.93)
<b>Auto-efficacité</b>			
Moyen	1.82 (1.18 - 2.82)**	2.03 (1.21 - 3.41)**	1.77 (0.90 - 3.48)
Le plus élevé	1.82 (1.06 - 3.12)*	1.47 (0.85 - 2.56)	1.01 (0.48 - 2.11)
<b>CARACTÉRISTIQUE INDIVIDUELLE</b>			
<b>Statut marital (réf : célibataire)</b>			
En union		0.69 (0.47 - 1.01)	0.39 (0.12 - 1.20)
<b>Statut marital #Motivation contraceptive</b>			
En union#Moyen			2.96 (1.31 - 6.68)**
En union#Le plus élevé			4.93 (1.88 - 12.96)**
<b>Statut marital #Auto-efficacité contraceptive</b>			
En union#Moyen			0.95 ( 0.41 - 2.22)
En union#Le plus élevé			0.71 (0.31 - 1.62)
<b>Statut marital #Motivation sexualité</b>			
En union#Moyen			0.64 (0.33 - 1.24)
En union#Le plus élevé			0.49 (0.21 - 1.13)
<b>Statut marital #Auto-efficacité sexualité</b>			
En union#Moyen			1.20 (0.48 - 2.96)
En union#Le plus élevé			1.68 (0.55 - 5.12)
N		1645	1645
Goodness of fit : F statistic		0.89	0.85
Goodness of fit: p-value:		0.53	0.56

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

Dans le modèle 1 chaque sous dimension est distinctement ajustée avec le milieu de résidence, le niveau d'éducation, le statut marital, la richesse du ménage et l'emploi. Dans les modèles 2 et 3, toutes les quatre sous dimensions ont été ajustées à la fois avec l'ensemble des variables de contrôle. Le modèle 3 reprend le modèle 2 en introduisant des effets d'interaction entre chaque sous-dimensions de l'agentivité et le statut matrimonial.

**Tableau 5. Rapports de côtes de la régression logistique prédisant la survenue des rapports sexuels non souhaités selon le niveau dans les sous-dimension de l'agentivité en sexualité chez les jeunes femmes de 15-24 ans (catégorie de référence=Tercile le plus bas)**

	Modèle 1 ORA (95% IC)	Modèle 2 ORA (95% IC)	Modèle 3 ORA (95% IC)
<b>AGENTIVITÉ SEXUALITE</b>			
<b>Motivation</b>			
Moyen	0.54 (0.31 - 0.95)*	0.63 (0.36 - 1.10)	0.49 (0.24 - 0.98)*
Le plus élevé	0.68 (0.37 - 1.25)	0.85 (0.45 - 1.59)	0.33 (0.16 - 0.68)**
<b>Auto-efficacité</b>			
Moyen	0.92 (0.59 - 1.43)	0.95 (0.62 - 1.45)	0.88 (0.28 - 2.81)
Le plus élevé	0.81 (0.51 - 1.30)	0.88 (0.56 - 1.37)	0.89 (0.29 - 2.72)
<b>AGENTIVITÉ CONTRACEPTION</b>			
<b>Motivation</b>			
Moyen	0.53 (0.32 - 0.87)*	0.60 (0.36 - 0.99)*	0.46 (0.21 - 0.99)*
Le plus élevé	0.50 (0.29 - 0.86)*	0.48 (0.26 - 0.89)*	0.60 (0.24 - 1.31)
<b>Auto-efficacité</b>			
Moyen	0.76 (0.41 - 1.41)	0.70 (0.37 - 1.30)	0.27 (0.11 - 0.63)**
Le plus élevé	1.10 (0.67 - 1.83)	1.18 (0.67 - 2.06)	0.56 (0.24 - 1.31)
<b>CARACTÉRISTIQUE INDIVIDUELLE</b>			
<b>Statut marital (réf : célibataire)</b>			
En union		0.53 (0.35 - 0.81)**	0.14 (0.04 - 0.52)**
<b>Statut marital #Motivation sexualité</b>			
En union#Moyen			1.24 (0.51 - 2.98)
En union#Le plus élevé			3.00 (1.10 - 8.12)*
<b>Statut marital #Auto-efficacité sexualité</b>			
En union#Moyen			1.08 (0.29 - 4.03)
En union#Le plus élevé			1.02 (0.24 - 4.30)
<b>Statut marital #Motivation contraceptive</b>			
En union#Moyen			1.45 (0.56 - 3.71)
En union#Le plus élevé			0.79 (0.26 - 2.37)
<b>Statut marital #Auto-efficacité contraceptive</b>			
En union#Moyen			3.43 (1.31 - 8.96)*
En union#Le plus élevé			2.61 (1.02 - 6.66)*
N		1229	1229
Goodness of fit : F statistic		0.85	0.80
Goodness of fit: p-value:		0.57	0.61

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

Dans le modèle 1 chaque sous dimension est ajustée distinctement avec le milieu de résidence, le niveau d'éducation, le statut marital, la richesse du ménage et l'emploi. Dans les modèles 2 et 3, toutes les quatre sous dimensions ont été ajustées à la fois avec l'ensemble des variables de contrôle. Le modèle 3 reprend le modèle 2 en introduisant des effets d'interaction entre chaque sous-dimensions de l'agentivité et le statut matrimonial.

## **Liens entre autonomisation et les résultats de SR une année plus tard**

Les tableaux 6 et 7 évaluent l'effet au fil du temps du niveau d'agentivité reproductive sur l'utilisation de la contraception moderne et la survenue des rapports sexuels non souhaités une année après. En d'autres termes, il s'agit de voir dans quelle mesure le niveau d'autonomie à l'enquête de base affecte ou non les résultats de SR l'année suivante. Pour ce qui est de l'utilisation de la contraception moderne, les résultats (tableau 6) montrent que l'agentivité contraceptive des jeunes femmes une année avant avait un effet limité sur leur utilisation actuelle de la contraception. Seulement les enquêtées avec un niveau moyen de motivation contraceptive avait plus de chances d'utiliser la contraception moderne par rapport à celles qui avaient un niveau faible. Cette association n'était pas significative chez les jeunes femmes avec un niveau élevé de motivation. Dans le domaine de la sexualité par contre, une auto-efficacité élevée était significativement associée à 2 fois plus de chances d'utiliser une méthode de contraception moderne l'année suivante (modèle 1 et 2) par rapport aux jeunes femmes avec un faible niveau d'auto-efficacité.

Dans le domaine de la sexualité, la motivation en sexualité était fortement inversement associée aux rapports sexuels non souhaités une année après. Les jeunes femmes qui avaient un niveau élevé de motivation avaient plus de 2 fois moins de chances d'avoir des rapports sexuels non souhaités l'année suivante (modèle 1 et 2). Le niveau d'auto-efficacité en sexualité était également inversement associée aux rapports sexuels non souhaités (modèle 1). Mais cette association n'était plus significative lorsque cette dimension était ajustée aux autres (modèle 2). L'on constate le même résultat pour la motivation contraceptive. Par contre, l'auto-efficacité contraceptive était fortement et inversement associée aux rapports sexuels non souhaités (modèle 1 et 2). Les jeunes femmes qui avaient un niveau un niveau élevé d'auto-efficacité contraceptive l'année précédente ont eu plus de 2 fois moins de chances d'avoir des rapports sexuels non souhaités l'année suivante (modèle 1 et 2).

**Tableau 6. Rapports de côtes de la régression logistique prédisant l'utilisation de la contraception moderne selon le niveau dans les sous-dimensions de l'agentivité reproductive l'année précédente chez les jeunes femmes de 15-24 ans sexuellement actives (catégorie de référence=Tercile le plus bas) (1518)**

	Modèle 1 ORA (95% IC)	Modèle 2 ORA (95% IC)
<b>AGENTIVITÉ CONTRACEPTION</b>		
<b>Motivation</b>		
Moyen	1.47 (1.00 - 2.15)*	1.54 (1.00 - 2.35)*
Le plus élevé	1.34 (0.85 - 2.12)	1.28 (0.78 - 2.09)
<b>Auto-efficacité</b>		
Moyen	0.87 (0.46 - 1.64)	0.66 (0.34 - 1.31)
Le plus élevé	1.21 (0.70 - 2.07)	0.91 (0.54 - 1.53)
<b>AGENTIVITÉ SEXUALITÉ</b>		
<b>Motivation</b>		
Moyen	0.86 (0.57 - 1.31)	0.74 (0.48 - 1.13)
Le plus élevé	1.43 (0.86 - 2.38)	1.04 (0.60 - 1.79)
<b>Auto-efficacité</b>		
Moyen	1.39 (0.89 - 2.16)	1.45 (0.93 - 2.25)
Le plus élevé	2.00 (1.23 - 3.26)**	1.89 (1.17 - 3.05)**

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

Dans le modèle 1 chaque sous dimension est ajustée avec le milieu de résidence, le niveau d'éducation, la richesse du ménage et l'emploi. Dans le modèle 2, toutes les quatre sous dimensions ont été ajustées à la fois avec l'ensemble de ces variables de contrôle.

**Tableau 7. Rapports de côtes de la régression logistique prédisant la survenue de rapports sexuels non souhaités selon le niveau dans les sous-dimensions de l'agentivité reproductive l'année précédente chez les jeunes femmes de 15-24 ans sexuellement actives (catégorie de référence=Tercile le plus bas)**

	Modèle 1 ORA (95% IC)	Modèle 2 ORA (95% IC)
<b>AGENTIVITÉ SEXUALITÉ</b>		
<b>Motivation</b>		
Moyen	0.45 (0.26 - 0.80)**	0.45 (0.26 - 0.78)**
Le plus élevé	0.34 (0.19 - 0.63)**	0.38 (0.20 - 0.70)**
<b>Auto-efficacité</b>		
Moyen	1.13 (0.69 - 1.85)	1.32 (0.78 - 2.22)
Le plus élevé	0.43 (0.25 - 0.75)**	0.59 (0.34 - 1.02)
<b>AGENTIVITÉ CONTRACEPTION</b>		
<b>Motivation</b>		
Moyen	0.65 (0.38 - 1.12)	1.02 (0.59 - 1.77)
Le plus élevé	0.51 (0.30 - 0.88)*	0.96 (0.49 - 1.87)
<b>Auto-efficacité</b>		
Moyen	0.51 (0.28 - 0.90)*	0.38 (0.21 - 0.70)**
Le plus élevé	0.45 (0.29 - 0.69)***	0.45 (0.29 - 0.69)***

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

Dans le modèle 1 chaque sous dimension est ajustée avec le milieu de résidence, le niveau d'éducation, la richesse du ménage et l'emploi. Dans le modèle 2, toutes les quatre sous dimensions ont été ajustées à la fois avec le milieu de résidence, le niveau d'éducation, la richesse du ménage et l'emploi.

### 3.3. Dynamiques d'agentivité contraceptive et associations avec les résultats de SR

Notre dernier objectif était de cerner l'effet des dynamiques d'agentivité contraceptive sur les deux résultats de SR sur une année. Pour cela, une variable transition d'agentivité contraceptive a été construite. Cette variable dichotomique regroupe les jeunes femmes selon qu'elles ont connu une trajectoire négative ou positive dans leur niveau d'autonomie dans chacune des deux sous-échelles de l'agentivité contraceptive d'une année à l'autre. La modalité « *transition positive* » reflétant celles qui sont restées constamment dans les catégories « tercile moyen » ou « tercile le plus élevé » ou celles qui sont passées d'un tercile inférieur à un qui était supérieur. Et la modalité « *transition négative* » celles qui sont restées constamment dans le tercile le plus faible ou qui sont passées d'un niveau qui était plus haut à un niveau plus bas entre les deux enquêtes. Les détails sur la méthode de construction de cette variable sont présentés dans le document 1 en annexe.

Le tableau 8 présente les résultats des associations bivariées entre le type de transition d'agentivité contraceptive et les résultats de SR une année après. L'on peut observer à travers les tests du khi-deux qu'il y avait une plus grande utilisation de la contraception et moins de rapports sexuels non souhaités au cours de l'année chez les jeunes femmes qui ont connu une transition positive dans la sous-échelle de la motivation. Cette même tendance était constatée chez celles qui ont connu une transition positive dans l'auto-efficacité contraceptive, même si elle n'était pas statistiquement significative.

Ces mêmes résultats se confirment avec les analyses explicatives où les deux modèles montrent que les jeunes femmes qui ont connu une transition positive dans la motivation avaient plus de chances d'utiliser la contraception et avaient près de 50% moins de chances d'avoir des rapports sexuels non souhaités l'année qui a suivi.

<b>Tableau 8. Associations bivariées entre la nature des transitions d'agentivité contraceptive, l'utilisation de la contraception moderne et la survenue des rapports sexuels une après chez les jeunes femmes enquêtées.</b>				
<b>Agentivité reproductive</b>	<b>Utilisation d'une méthode moderne de contraception (n=1519)</b>		<b>Rapports sexuels non souhaités les trois derniers mois (n=1478)</b>	
	Non %	Oui %	Non %	Oui %
<b>Ensemble</b>	64.50	35.50	78.86	21.14
<b>Agentivité contraceptive</b>				
<b>Motivation (Chi2)</b>	13.20 (p<0.05)		24.06 (p<0.05)	
Transition négative	81.52	18.48	48.71	51.29
Transition positive	69.03	30.97	63.83	36.17
<b>Auto-efficacité (Chi2)</b>	1.02 (p=0.51)		5.76 (p=0.22)	
Transition négative	80.97	19.03	59.20	40.80
Transition positive	76.90	23.10	67.73	32.27

**Tableau 5. Rapports de côtes de la régression logistique prédisant l'utilisation de la contraception moderne et la survenue des rapports sexuels non souhaités selon le type de transition dans les dynamiques de l'agentivité contraceptive sur une année chez les jeunes femmes de 15-24 ans (1518)**

<b>Type de transition d'agentivité contraceptive</b>	<b>Utilisation contraception moderne</b>		<b>Rapports sexuels non souhaités</b>	
	Modèle 1 ORA (95% IC)	Modèle 2 ORA (95% IC)	Modèle 1 ORA (95% IC)	Modèle 2 ORA (95% IC)
<b>Motivation (réf: transition négative)</b>				
Transition positive	1.53 (1.08 - 2.18)*	1.52 (1.06 - 2.18)*	0.51 (0.30 - 0.87)*	0.53 (0.30 - 0.93)*
<b>Auto-efficacité (réf: transition négative)</b>				
Transition positive	1.15 (0.77 - 1.69)	1.06 (0.72 - 1.57)	0.72 (0.41 - 1.28)	0.81 (0.44 - 1.48)

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

Dans le modèle 1 chaque sous dimension est ajustée avec le milieu de résidence, le niveau d'éducation, la richesse du ménage et l'emploi. Dans le modèle 2, toutes les quatre sous dimensions ont été ajustées à la fois avec le milieu de résidence, le niveau d'éducation, la richesse du ménage et l'emploi.

#### **4- Discussion**

Cette étude avait pour objectif d'utiliser une échelle de mesure adaptée au contexte de l'Afrique subsaharienne pour cerner l'influence de l'autonomie reproductive sur les résultats de SR chez les adolescentes et jeunes femmes au Burkina Faso. L'utilisation de cette échelle de mesure qui se concentre

sur deux des domaines pertinents de la vie reproductive répond à un besoin de combler un gap lié à l'utilisation courante de mesures inadaptées pour cerner l'influence du pouvoir décisionnel des femmes sur leur vie reproductive (James-Hawkins et al. 2016 ; Prata et al. 2017 ; Richardson 2018 ; Edmeades et al. 2018 ; Vizheh et al. 2021).

L'agentivité reproductive est constituée d'une part de la motivation qui fait référence à la capacité ou l'autonomie des femmes à définir leurs choix reproductifs et d'autre part de l'auto-efficacité qui elle renvoie à leurs perceptions de leurs capacités à mettre en œuvre ces choix (Kabeer 1999 ; Donald et al. 2017)). Cette échelle de mesure tient compte des structures de pouvoir qui influencent et façonnent les choix sexuels et reproductifs des femmes (Eerdewijk et al. 2017 ; Edmeades et al. 2018), de l'intériorisation de ces structures qui déterminent les motivations internes orientant les processus décisionnels et enfin des processus psychosociaux de l'autonomisation tels que perçus dans le cadre de la banque mondiale (Malhotra et Schuller 2005).

Nos résultats montrent que bien que cette association soit différente dans le temps, chacune des sous-dimension de cette échelle de mesure était associée d'une certaine façon au résultat considéré dans chaque domaine de l'agentivité reproductive. Ainsi, dans le domaine de la contraception, la motivation avait une plus grande influence sur l'utilisation des méthodes modernes par rapport à l'auto-efficacité. On observe les mêmes résultats dans le domaine de la sexualité lorsque l'on considère l'influence de l'autonomie sur les décisions liées aux rapports sexuels une année après. Ces résultats sont globalement similaires à ceux que Moreau et ses collègues (2020) avaient déjà trouvé dans d'autres contextes de l'Afrique subsaharienne tels que l'Ouganda et l'Ethiopie. Du point de vue local, dans l'ensemble, nos résultats sont également similaires à ceux d'autres études réalisées dans le contexte du Burkina Faso et qui ont notamment montré une association positive entre le niveau de l'autonomie décisionnel des femmes et certains résultats de SR dont l'utilisation de la contraception (Some, Pu et Huang 2021) et les intentions de fécondité (Atake et Gnakou 2019). Bien que la majorité de ces précédentes études aient eu recours au pouvoir décisionnel de la femme sur les questions relatives au ménage comme mesure de leur autonomie.

Si les résultats démontrent une influence plus importante de la motivation dans chaque domaine de l'agentivité, toutefois, la motivation contraceptive était la sous-échelle qui a montré une plus grande association avec les deux résultats de SR considérés c'est-à-dire l'utilisation de la contraception moderne mais aussi le caractère volontaire des rapports sexuels chez les jeunes femmes. En d'autres termes, lorsque les jeunes femmes étaient en mesure de définir librement des objectifs reproductifs en fonction de leurs propres préférences et leurs valeurs internes en matière de contraception, elles avaient plus de chance d'avoir de meilleurs résultats reproductifs. A contrario, lorsqu'elles avaient une faible autonomie pour définir leurs objectifs reproductifs, elles utilisaient moins la contraception moderne et subissaient davantage des rapports sexuels non souhaités. L'on peut donc dire que la motivation des

jeunes femmes, leur capacité à définir leurs objectifs reproductifs conformément à leurs valeurs et préférences dans le domaine de la contraception constituait l'élément central pour l'exercice de l'agentivité reproductive. Ce qui suggère aussi que les attentes sociales concernant la procréation, la peur de l'infertilité, la stigmatisation de la sexualité féminine, la perception des droits sexuels des hommes et la peur des sanctions relationnelles qui constituent les composantes de la motivation contraceptive, continuent d'être les moteurs de l'autonomie des jeunes femmes en matière de SR au Burkina Faso. Ces résultats reflètent en outre les vastes inégalités entre les sexes au niveau du couple et plus globalement de la société (Blanc 2011) qui sont toujours des facteurs importants de l'utilisation de la contraception moderne et des décisions en matière de sexualité chez les jeunes femmes burkinabé.

L'on peut aussi remarquer que si la motivation contraceptive était globalement liée aux choix reproductifs des jeunes femmes, elle avait une influence plus importante dans le recours à la contraception moderne chez celles qui étaient en union par rapport aux célibataires. Ce résultat peut être compris en partant du fait qu'à travers le mariage, les jeunes femmes sont plus exposées aux relations avec le partenaire masculin, à la sexualité et également aux exigences sociales en matière de fécondité et cela donne une plus grande importance à l'autonomie de la jeune femme dans la satisfaction du désir d'utiliser la contraception en ce sens qu'une autonomie élevée est davantage nécessaire pour surpasser les obstacles liés au statut marital. Contrairement à la motivation en sexualité qui avait une plus grande influence pour prévenir les rapports sexuels non souhaités chez les célibataires par rapport aux jeunes femmes en union. Ce dernier résultat qui montre une différence plus importante de non exposition aux rapports sexuels non désirés selon l'autonomie chez les célibataires, vient confirmer l'hypothèse selon laquelle les femmes vivant dans des partenariats occasionnels sont plus susceptibles d'avoir tout le pouvoir de décision concernant leurs décisions en matière de reproduction que celles qui vivent dans des partenariats stables ou de long terme (Upadhyay et al. 2014). L'on peut finalement considérer que pendant que la motivation contraceptive a un plus grand effet prédictif sur l'utilisation de la contraception chez les jeunes femmes mariées, la motivation en sexualité a quant à elle plus d'importance sur la prévention des rapports sexuels non souhaités chez les célibataires. Nous pouvons dire que d'un point de vue programmatique, il peut y avoir plus grand intérêt à promouvoir l'agentivité en sexualité pour les célibataires en ce sens qu'il a un meilleur impact sur la prévention des rapports sexuels non souhaités dans ce groupe. A l'opposé, la motivation contraceptive ciblerait davantage les jeunes en union où elle a une plus grande influence sur le recours à la contraception.

Nos résultats montrent aussi une influence limitée de l'agentivité contraceptive sur les résultats de SR dans le temps, contrairement à une influence plus importante de l'agentivité en sexualité sur les rapports sexuels. Ces différences d'associations avec les deux résultats de SR peuvent aussi s'expliquer par la nature plus rétrospective des rapports sexuels (bien qu'ici nous n'ayons considérés que les rapports qui ont lieu dans les trois derniers mois) par rapport à l'utilisation de la contraception moderne. Cela peut en outre indiquer qu'il convient mieux d'utiliser l'agentivité en sexualité lorsqu'il s'agit de cerner l'effet

de l'autonomie reproductive sur les comportements reproductifs dans le temps et non dans une perspective transversale.

Considérant l'influence dans le temps, l'auto-efficacité en sexualité cernée ici par la perception de la capacité de la jeune femme à faire attendre ou mettre en œuvre ses choix en matière sexualité, était la seule sous-échelle significativement associée à l'utilisation de la contraception moderne dans le temps. Des résultats similaires avaient été trouvés par Upadhyay et ses collègues (2014) qui avaient montré que les femmes qui avaient une grande capacité d'exprimer leurs choix en matière de sexualité et de fécondité avec leurs partenaires avaient moins de chances d'avoir des rapports sexuels non protégés et ont davantage utilisé la contraception moderne lors de leurs derniers rapports sexuels. Ce qui pourrait alors signifier que l'auto-efficacité en sexualité tout comme la motivation contraceptive, avait le double avantage de prévenir les rapports sexuels non souhaités et de favoriser l'utilisation de la contraception moderne. Même si son effet dans le temps pour prévenir les rapports sexuels non souhaités n'était pas significatif dans le modèle ajusté aux autres composantes de l'autonomie reproductive (tableau 7).

En outre, les dynamiques observées mettent une fois de plus en exergue la nature dynamique et non linéaire de l'autonomisation en général, qui peut augmenter ou diminuer selon l'étape de parcours de vie des femmes ou certains facteurs contextuels ou structurels (Gupta 1996 ; Hindin 2000 ; Lee-Rifee 2010 ; Kabeer 1999 ; Malhotra et Schuller 2005 ; Upadhyaya et al. 2014 ; James-Hawkins et al. 2016). Dans notre cas, l'on a pu observer que d'une année à l'autre, les jeunes femmes qui ont maintenu une trajectoire positive de motivation contraceptive, avaient plus de chances d'exercer leurs droits reproductifs, par ricochet de mieux planifier leur vie reproductive et plus globalement leur avenir. Il convient alors dans les futures recherches de mieux appréhender les facteurs aussi bien individuels mais surtout contextuels réputés être plus importants pour déterminer l'autonomie, ses dynamiques et ses résultats (Malhotra et Schuler 2005 ; Mason 1998).

### **Limites de l'étude**

Cette étude n'est pas sans limites, La première réside dans le fait que les différents items utilisés pour la construction des sous-échelles ont été générés dans d'autres contextes qui bien que pouvant être similaires par endroit à celui du Burkina Faso, ont tout de même leurs spécificités socioéconomiques et culturelles. De ce fait, même si toutes les sous-dimensions ont montré une fiabilité interne acceptable, l'on ne peut pas garantir que des items différents et plus alignés sur le contexte local n'auraient pas émergés si les études exploratoires pour la construction de l'échelle s'étaient réalisées au Burkina Faso.

La deuxième limite réside dans les méthodes différentes utilisées pour la construction des sous-échelles de mesure notamment pour ce qui concerne la sous-dimension auto-efficacité contraceptive qui contrairement aux autres, du fait du nombre limité d'items, a été construite à partir d'un score sommatif au lieu du score latent. La construction des échelles de mesure à partir des scores latents est une recommandation de plusieurs auteurs pour minimiser les biais de mesure et d'impact qui peuvent résulter

des problèmes liés aux pondérations des items lorsque l'on utilise les scores sommatifs (Yount et al. 2017 ; Steele et Goldstein 2006). Cette sous-dimension a alors besoin d'être renforcée par des items supplémentaires tirés du contexte du Burkina pour garantir la fiabilité de sa mesure mais aussi pour aboutir à une méthode de mesure standard à travers toutes les sous-dimensions de l'agentivité.

Il est important de reconnaître le problème de l'endogénéité des variables. Le caractère endogène des variables et les effets de certains facteurs non contrôlés font qu'il est difficile d'établir des liens de causes à effets entre l'agentivité reproductive et les deux résultats de SR considérés. Par exemple, l'éducation et certaines normes sociales pourraient aussi bien influencer l'agentivité reproductive que les deux résultats de SR et d'autres variables de contrôle. Ces possibles interrelations entre les facteurs observés et non observés soulignent la probabilité d'endogénéité. C'est pourquoi nous ne pouvons qu'établir des associations et nous nous gardons bien d'en déduire des relations de cause à effet.

Enfin, il n'a pas aussi été possible d'étudier les dynamiques de l'agentivité en sexualité pour saisir leurs effets sur les comportements reproductifs dans le temps. Cela aurait permis de cerner les effets comparatifs des dynamiques dans les deux domaines de l'agentivité reproductive sur les résultats reproductifs dans le temps.

### **Forces de l'étude**

En dépit de ces insuffisances, cette étude a aussi des forces. A notre connaissance, elle est la première qui utilise un cadre conceptuel adapté à la SR et développé dans le contexte de l'Afrique subsaharienne pour cerner l'influence de l'autonomie sur des résultats reproductifs importants tels que l'utilisation de la contraception moderne et les décisions liées aux rapports sexuels dans la population des jeunes femmes au Burkina Faso. Cette étude utilise également un échantillon inclusif en tenant compte des jeunes femmes célibataires, un groupe qui n'est très souvent pas pris en compte dans les études de ce genre. Aussi, cette échelle en utilisant les composantes de l'agentivité, met en exergue les processus psychosociaux de l'autonomisation et leur influence différentielle sur les résultats de SR pour ce groupe de femmes qui sont à un moment critique de leur développement psychologique, social, et cognitif, où quête de l'autonomie est un aspect essentiel (Ralph et Brindis 2010). Enfin, à travers la perspective longitudinale, cette recherche comble également un gap de connaissances dans le domaine et qui était lié au manque de données longitudinales qui permettent de cerner l'influence de l'autonomie sur les résultats reproductifs dans le temps (Edmeades et al. 2018 ; James-Hawkins et al. 2016)

### **Conclusion**

L'autonomisation des femmes est un concept multidimensionnel qui couvre de nombreux domaines, notamment économique, socioculturel, reproductif, juridique, politique et psychologique (Malhotra, Schuler et Boender 2002). Les femmes peuvent être plus autonomes dans certains domaines de leur vie que dans d'autres (Gipson et Hindin 2007).

Le pouvoir de prendre des décisions en matière de sexualité et de reproduction est une condition fondamentale de l'autonomisation des femmes. Une femme qui a le contrôle sur son corps a plus de chances de bénéficier d'une autonomisation dans d'autres aspects de sa vie. À l'inverse, une femme ou une adolescente ayant peu d'autonomie corporelle a moins de chances d'avoir le contrôle sur sa vie domestique, sa santé, son avenir, et moins de chances de faire valoir ses droits. (UNFPA, 2021)

Il est essentiel d'aborder la question de l'autonomie reproductive pour améliorer l'utilisation de la contraception moderne et pour prévenir les rapports sexuels non souhaités et réduire le nombre de grossesses non désirées. Les grossesses non désirées affectent directement le parcours de vie de millions de femmes et de leurs enfants chaque année et ont des conséquences néfastes sur la santé (Gipson, Koenig et Hindin 2008 ; Cheng et al. 2009). Les interventions en matière de santé sexuelle et reproductive qui abordent explicitement l'autonomie reproductive des femmes comme une dimension à part entière, sont susceptibles d'être plus efficaces pour aider les femmes à réaliser leurs intentions en matière de reproduction et de sexualité (Upadhyay et al. 2014).

Du point de vue politique et programmatique, nous suggérons que l'adoption de politiques visant à renforcer la capacité des jeunes femmes à prendre des décisions peut accroître l'utilisation de la contraception moderne et prévenir les rapports sexuels non souhaités. Inversement, l'augmentation de l'utilisation de la contraception et une plus grande autonomie corporelle peut améliorer leur pouvoir de décision en leur permettant de contrôler leur fécondité et de mieux planifier leur avenir (James-Hawkins et al. 2016). Enfin, lors de la conception des interventions, les programmes de santé reproductive devraient considérer l'agentivité reproductive des jeunes femmes comme un mécanisme potentiellement important pour améliorer leur vie. Cela passe aussi par une définition, une application et l'opérationnalisation d'un cadre conceptuel adapté et qui améliore la compréhension de l'influence de l'autonomie des jeunes sur les résultats critiques en matière de SR. C'est dans ce sens que cette échelle de mesure adaptée au contexte africain et Burkinabé et qui a montré des liens importants entre l'agentivité des jeunes femmes et les résultats de SR aussi bien à l'instant présent que dans le temps peut servir comme boussole pour orienter les programmes et les interventions des différents acteurs au Burkina Faso. Toutefois, pour cela, il serait important dans les futures recherches de mieux comprendre les ressources, aussi bien individuelles que contextuelles qui favorisent ou conditionnent la motivation et l'auto-efficacité reproductive des jeunes femmes. Une importance particulière doit notamment être accordée aux facteurs contextuels notamment les normes sociales et coercitives et les systèmes sociaux tels que le patriarcat qui nourrissent les inégalités de genre et dont leur intériorisation influencent voire déterminent les motivations internes et externes chez les femmes dans le domaine de la SR (Eerdewijk et al. 2017).

## Annexes

### Annexe 1 : Méthode de construction de la variable dynamique ou transition de l'agentivité contraceptive

La variable transition correspond aux dynamiques de l'agentivité contraceptive que l'on observe d'une année à l'autre chez les jeunes femmes. L'agentivité est constituée des sous dimensions motivation et auto-efficacité contraceptive. Pour la sous dimension motivation contraceptive qui est construite avec 5 questions, un indice combiné a été construit à travers une analyse factorielle et la méthode d'analyse en composante principale pour retenir le score factoriel (latent) comme indice de mesure de la motivation. Le score latent était compris entre -2.75 (pour les femmes avec une faible motivation) et 1.21 (pour les femmes avec une motivation élevée). Pour l'auto-efficacité qui est mesurée ici à travers deux questions, l'indice a été construit à partir d'un score sommatif qui correspond à la somme des scores moyens des deux questions. Les scores d'auto-efficacité étaient compris entre 1 (pour les femmes avec une faible auto-efficacité) et 5 (pour les femmes avec une auto-efficacité élevée). Les mêmes méthodes de calcul de l'indice ont été utilisées pour toutes les deux enquêtes. Des terciles ont ensuite servi à fixer les niveaux d'autonomie dans les deux sous dimensions de l'agentivité. Le premier tercile reflétant les jeunes femmes avec une « *faible autonomie* », le deuxième celles avec une « *autonomie moyenne* » et le troisième les jeunes femmes avec une « *grande autonomie* ». Les transitions ont été saisies à partir des changements observés dans chacune des deux sous-échelles de l'agentivité contraceptive entre l'enquête 1 et l'enquête 2. Ce calcul a été fait en faisant un tableau croisé de chaque sous-dimension à l'enquête 1 et à l'enquête 2 (Voir tableau 2). Ces résultats sont aussi illustrés dans le graphique 1.

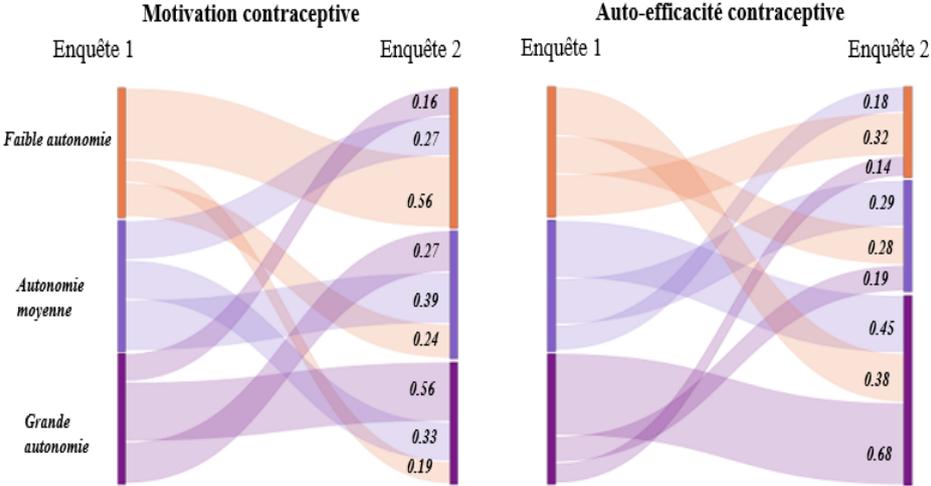
Après cette étape et pour aboutir à une variable dichotomique illustrant au mieux une transition positive par rapport à une transition négative dans chaque sous-dimension, l'ensemble des neuf (09) transitions ont été regroupées en deux modalités : transition positive et transition négative. Pour ce faire, nous avons considérées comme transition positive, tout passage d'une catégorie d'autonomie inférieure à une catégorie supérieure d'une année à l'autre. Par exemple, les enquêtées qui étaient dans une situation de « *faible autonomie* » à l'enquête 1 et qui se retrouvent dans les catégories de « *moyenne autonomie* » ou « *grande autonomie* » à l'enquête 2 ont été considérées dans la modalité « transition positive ». Cela correspond respectivement aux proportions de 24% (n=216) et 19% (133) dans la sous dimension motivation contraceptive. A l'inverse, l'on assiste à une transition négative lorsque l'enquêtée passe d'une catégorie d'autonomie supérieure à l'enquête 1 à une catégorie inférieure à l'enquêté 2. Par exemple les enquêtées qui étaient dans une situation de « *grande autonomie* » à l'enquête 1 et qui se retrouvent dans une situation de « *moyenne autonomie* » ou de « *faible autonomie* » à l'enquête 2. Cela correspond aux proportions de 16% (n=125) et 27% (n=195) dans la sous dimension motivation contraceptive. Les enquêtées dont le niveau d'autonomie est resté constant, c'est-à-dire qui n'ont connu aucune évolution d'une année à l'autre, ont été considérées différemment. Les enquêtées qui sont restées

constamment dans les catégories « *moyenne autonomie* » et « *grande autonomie* » ont été considérées comme ayant eu une transition positive car n'ayant pas basculé dans les catégories inférieures. Par contre, celles qui sont restées constamment dans la catégorie « *faible autonomie* » ont été rangées dans la modalité « *transition négative* » en ce sens qu'elles sont restées dans la catégorie des jeunes femmes les plus faiblement autonomes entre les deux enquêtes.

**Tableau 2 : Dynamiques de la motivation contraceptive et de l'auto-efficacité contraceptive entre les deux enquêtes chez les adolescentes et jeunes femmes de 15-24 ans (N=2119)**

<b>Motivation contraceptive à l'enquête 2</b>			
<b>Motivation contraceptive à l'enquête 1</b>	Faible autonomie % (pondérés)	Autonomie moyenne % (pondérés)	Grande autonomie % (pondérés)
Faible autonomie (n=819)	0.56 (470)	0.24 (216)	0.19 (133)
Autonomie moyenne (n=696)	0.27 (212)	0.39 (277)	0.33 (2017)
Grande autonomie (=604)	0.16 (125)	0.27 (195)	0.56 (284)
<b>Total</b>	<b>0.34 (807)</b>	<b>0.29 (688)</b>	<b>0.35 (624)</b>
<b>Auto-efficacité contraceptive à l'enquête 2</b>			
<b>Auto-efficacité contraceptive à l'enquête 1</b>	Faible autonomie % (pondérés)	Autonomie moyenne % (pondérés)	Grande autonomie % (pondérés)
Faible autonomie (n=415)	0.32 (137)	0.24 (120)	0.42 (158)
Autonomie moyenne (n=416)	0.16 (78)	0.29 (149)	0.54 (189)
Grande autonomie (n=1,288)	0.14 (189)	0.17 (248)	0.68 (851)
<b>Total</b>	<b>0.18 (404)</b>	<b>0.20 (517)</b>	<b>0.60 (1198)</b>

**Graphique 1 : Diagrammes de Sankey illustrant les transitions dans les deux sous dimensions d'agentivité entre les deux enquêtes chez les adolescentes et jeunes de 15-24 ans (n=2119)**



## Références bibliographiques