

Influence de l'homme sur les Besoins non satisfaits en matière de planification familiale (BNS/PF) chez les femmes en union au Bénin

1. Introduction

1.1 Contexte

Les recommandations des Conférences internationales sur la population tenues respectivement à Bucarest (1974), à Mexico (1984) et au Caire (1994) ont amené les pays en développement à prendre la mesure de l'enjeu des liens entre dynamiques démographiques et développement socioéconomique. L'importance d'une relation entre Planification Familiale (PF) et qualité de vie des femmes est scientifiquement avérée dans le sens où la PF peut améliorer la vie des femmes et du couple en général notamment en ce qui concerne le contrôle des naissances, la possibilité d'accéder à un emploi rémunéré et à de meilleures conditions de vie (Evina, 2005 ; Ahovey, 2011). Or, depuis les deux dernières décennies, les données des Enquêtes démographiques et de santé (EDS) attestent que l'utilisation de la contraception moderne par les femmes en union n'a évolué que lentement passant de 5% à 12% alors que les Besoins Non Satisfaits en Planification Familiale (BNS/PF) tournaient autour de 30%. Il s'ensuit une augmentation de la demande totale de contraception qui est passée de 36% à 43% durant la même période (Machiyama et Cleland, 2013).

Le Bénin n'échappe guère à cette situation. Depuis une vingtaine d'années, le pays s'est doté d'un cadre juridique et institutionnel pour améliorer l'accès des populations à la Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) notamment la Planification familiale (PF). De même, il dispose depuis 1996 d'une Déclaration de politique de population (DEPOLIPO) consolidée en 2006 et 2013 et qui a permis d'implémenter des programmes et projets de promotion du bien-être familial conduits aussi bien par les pouvoirs publics que des organisations non étatiques. Ces interventions ont contribué à réduire légèrement la fécondité. Les données d'enquêtes démographiques et de santé (INSAE et ICF, 2007 ; INSAE et ICF, 2013) indiquent une baisse relative de l'Indice synthétique de fécondité (ISF) qui est passé de 5,7 à 4,9 enfants par femme entre 2006 et 2012 (respectivement). Le taux de natalité ainsi que le taux global de fécondité générale ont suivi la même tendance passant de 42‰ et 204‰ à 33,3‰ et 175‰, respectivement au cours de la même période (INSAE et ICF, 2007 ; INSAE et ICF 2013). D'après les mêmes sources, en 2006, on évaluait à 47% la demande potentielle des services de PF et à 30%¹ les besoins non satisfaits en PF chez les femmes en union, et à 7% la prévalence contraceptive moderne² chez les femmes de 15-49 ans. En 2012, les valeurs des mêmes indicateurs ont évolué timidement avec une demande de services de PF qui s'élevait à 45,5% ; des BNS/PF évalués à 32,6%³ et une prévalence contraceptive moderne qui s'élevait à 8%.

¹ 18% pour l'espacement des naissances et 12% pour la limitation des naissances.

² Méthodes modernes : stérilisation féminine (généralement ligature des trompes), stérilisation masculine (vasectomie), pilule, DIU ou stérilet, injection, méthodes vaginales (spermicides, mousses, gelée, crème, diaphragme), préservatifs masculins ou féminins, Norplant, Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA), contraception d'urgence ou pilule du lendemain, etc. Méthodes traditionnelles : Continence périodique et retrait. L'usage des cordes et des bagues sont classés dans la catégorie *méthodes populaires*. (INSAE, 2007).

³ 21,1% pour l'espacement des naissances et 11,5% pour la limitation des naissances.

La plupart des travaux réalisés sur l'offre ou la demande des services de PF en Afrique ont tenté de mettre en évidence les déterminants contextuels et/ou individuels sur les besoins en contraceptifs. Les présentes analyses qui ambitionnent de déterminer l'influence de l'homme sur les Besoins non satisfaits en matière de Planification familiale (BNS/PF) viennent en complément aux travaux réalisés au Bénin. De façon spécifique, il s'agit de : (i) déterminer le niveau des BNS/PF chez les femmes en union au Bénin; (ii) décrire l'association entre les caractéristiques de l'échantillon et les BNS/PF ; et (iii) analyser les facteurs associés aux BNS/PF au Bénin.

1.2 Revue de littérature et cadre d'analyse

1.2.1 Revue de littérature

Plusieurs travaux ont mis en évidence les facteurs institutionnel, socioculturel, socio-économique, sociodémographique et ceux liés aux relations de genre au sein du couple comme prédisposant les femmes à éprouver des BNS/PF ainsi que leurs mécanismes d'action. Les facteurs institutionnels expliquent les BNS en PF par l'inefficacité des politiques en PF, des lacunes au niveau des textes et loi sur la PF, l'offre (quantitative et qualitative) des services de santé, les difficultés d'accessibilité aux soins. Certaines études ont établi des relations entre proximité des services de PF et les BNS/PF (Talnan et al., 2008 ; Fall, 2007, Mbacké, 2017). D'autres ont mis en relief les problèmes d'accessibilité aux soins et aux moyens de contraception et les limites dans la qualité des services de la PF (Shrivastava et al., 2013).

Les facteurs socio-économiques mettent l'accent sur l'association entre la pauvreté et la prévalence des BNS/PF dans le sens d'une croissance des BNS en milieu urbain et leur décroissance en milieu rural d'une part et le lien entre les BNS en PF et l'augmentation du niveau de vie d'autre part (Ahoey, 2002 ; Congo, 2007 ; Evina, 2005; Fall, 2007 ; Kourouma, 2011). D'autres travaux ont montré que l'exercice d'une activité économique par la femme lui confère une autonomie financière et probablement une certaine liberté dans la prise de décision ce qui conforte sa capacité à utiliser les services de PF. Par ailleurs, une relation positive entre le niveau d'instruction de la femme et BNS/PF a aussi été mise en évidence (Ahoey, 2002; Akoto et Kamdem, 2001 ; Evina et Ngoy, 2001; Talnan et Vimard, 2005; Attanasso et al., 2007 ; Amadou Sanni, 2011).

Les facteurs socio-culturels révèlent les liens entre l'utilisation ou non des méthodes contraceptives et les normes et valeurs en matière de sexualité, de nuptialité, de famille, d'organisation sociale, de systèmes de parenté, de tabous sexuels, etc. Des travaux ont ainsi révélé que la religion et le groupe ethnique influencent les comportements contraceptifs des femmes et donc leurs BNS/PF (Akoto et Kamdem, 2001; Attanasso et al., 2007; Kourouma, 2011).

Les facteurs sociodémographiques tentent de montrer les liens entre les BNS/PF et les caractéristiques sociodémographiques comme par l'âge de la femme, son statut matrimonial, la parité, le nombre d'enfants qu'elle souhaite avoir, etc. (Akoto et al. (2002) et Kourouma, 2011 ; Evina et Ngoy, 2001). Un autre argument concerne la forte mortalité infantile qui peut freiner le recours à la contraception et par effet de récupération, limiter les besoins en PF chez les femmes (Evina, 2005, op.cit. ; Mburano et Saidou, 2019). Enfin les facteurs liés aux rapports de genre au sein du couple se focalisent sur les rapports entre conjoints et mettent

en exerçant le pouvoir d'autonomisation ou l'"empowerment". Ces travaux considèrent l'attitude du couple face à la PF et la fréquence de dialogue entre conjoints au sujet de la PF comme facteurs d'influence des relations de genre sur la variation de l'ampleur des BNS/PF à travers notamment l'utilisation des méthodes contraceptives (R. Fassassi, 2006; E. Akoto et H. Kamdem, 2001; K. Vignikin, 2004; Z. Congo, 2007; O. Attanasso et al., 2007; D. Bahan et I. Kabore, 2011). A l'ensemble de ces facteurs, il faut ajouter l'apport des Technologies de l'information et de la communication (TIC) et des mass médias (y compris les réseaux sociaux) mis en évidence par S. Khan et al. (2008).

1.2.2 Cadre d'analyse

La littérature sur les besoins en matière de Planification Familiale (PF) est partie d'abord de l'analyse des facteurs de la transition démographique avant d'aboutir aux Besoins Non Satisfaits en PF (BNS/PF). A ce sujet, Piché et Poirier (1995) soulignaient que les premières formulations de la théorie de la transition démographique étaient fondées sur une approche structuro-fonctionnaliste marquée par l'urbanisation et l'industrialisation et associaient les changements démographiques en particulier la baisse de la fécondité aux changements dans les structures socioéconomiques. Les limites de cette approche ont amené les chercheurs à inscrire leurs travaux dans une approche culturaliste qui associe la baisse de la fécondité aux changements de mentalité au niveau individuel. Cette approche basée sur les caractéristiques individuelles n'a non plus permis d'épuiser l'explication du phénomène ce qui a nécessité l'orientation des réflexions vers d'autres approches qui tentent de réconcilier les perspectives macro-démographiques et micro-démographiques. Nous rappellerons quelques approches explicatives des Besoins Non Satisfaits en matière de Planification Familiale et indiquerons celles qui paraissent propices à notre démarche.

De façon générale, les BNS/PF sont analysés du point de vue de l'offre ou de la demande de services de la planification familiale (PF). L'approche basée sur l'offre de services postule que l'amélioration de la qualité des services de Santé de la Reproduction (SR) contribue à leur utilisation. Partant de ce point de vue, les BNS/PF sont associés à l'existence et la qualité d'un cadre réglementaire et institutionnel de la PF, les politiques et programmes de PF, la disponibilité ainsi que la qualité des services de PF. Cette approche institutionnelle situe les gouvernants au cœur du débat sur les BNS/PF en les responsabilisant dans la mise en place des services nécessaires susceptibles de les combler ou de les susciter aux endroits où ils ne s'expriment pas clairement afin de les satisfaire. Cette approche justifie également en partie la tendance graduelle de plusieurs Etats Africains à s'engager dans le repositionnement de la PF comme l'une des stratégies majeures de maîtrise de la fécondité pour contribuer à l'accélération de la transition démographique et contribuer à la capture du dividende démographique. Ce repositionnement de la PF comprend également l'accessibilité géographique et économique aux produits et services de la SR de qualité jusqu'au dernier kilomètre (MLE, 2012). Une telle responsabilité justifie le plaidoyer des pouvoirs publics en direction des partenaires techniques et financiers pour l'apport de financement et aussi en direction des organisations non étatiques notamment les ONG et les acteurs communautaires afin qu'ils s'approprient les enjeux de la SR/PF et s'impliquent de façon volontaire dans la mise en œuvre des politiques et programmes en cours.

L'approche basée sur la demande de services de PF se focalise sur les approches tantôt micro-démographique, tantôt macro-démographiques aux travers des piliers économiques socioculturels et sociodémographiques. Au plan économique, Becker (1960) a montré que le

désir d'un enfant est fondé sur un calcul rationnel basé essentiellement sur les coûts et bénéfiques. Parmi les critiques de cette approche, figure Cadwell (1976) qui associe la fécondité élevée dans les pays en développement à la mauvaise qualité de leur système de sécurité sociale et de retraite ce qui amène les parents à s'investir dans la procréation pour faire des enfants une sorte d'assurance retraite. Pour Cadwell (1976, op.cit.), la diffusion des valeurs occidentales à travers la scolarisation et les médias a engendré une nucléarisation émotionnelle des parents qui se préoccupent plus de l'avenir de leurs enfants que des valeurs laissées en héritage par leurs ancêtres et l'intérêt qu'ils auraient dû accorder à la famille étendue. Cette situation a conduit à la nucléarisation économique et traduit la théorie de la stratégie de survie qui consiste pour les pauvres à maximiser le nombre de personnes économiquement rentables dans leur ménage pour espérer mobiliser des ressources additionnelles en cas de nécessité.

L'approche socioculturelle postule que la décision de fécondité prend non seulement en compte la volonté des géniteurs mais aussi celle de leur famille et de la société à laquelle ils appartiennent (Wakam, 2004 ; Vimard et Fassassi, 2007). Cette situation induit deux tendances en opposition : une valeur sociale accordée à l'enfant dans un contexte de vie en milieu traditionnel où l'individu est fortement influencé par les normes et valeurs d'une tradition pro-nataliste d'une part et une résistance à la procréation abondante induite par la scolarisation, l'urbanisation et l'exposition aux médias. En rappelant que les études empiriques réalisées dans ce domaine ne sont pas toujours conformes aux approches théoriques précédemment évoquées, Mburano et Saidou (2019, op.cit.) rapportent que dans plusieurs pays, l'effet de la scolarisation, des médias et de l'urbanisation sur les besoins en PF est tantôt favorable, tantôt défavorable selon le contexte de chaque pays. Quant aux approches sociodémographiques des BNS/PF, elles traduisent l'influence des variables comme l'âge, la mortalité des enfants, le nombre d'enfants survivants sur le phénomène. D'après certains travaux (Akoto et al., 2002 ; Amadou Sanni, 2011), les BNS en espacement des naissances baissent avec l'âge alors que les BNS en limitation des naissances augmentent avec celui-ci.

Notre préoccupation est d'apporter un éclairage sur l'influence de l'homme sur BNS/PF dans un contexte africain où les rapports de genre en matière de sexualité sont considérés a priori comme défavorables à la femme. L'analyse s'inscrit dans l'examen des facteurs agissant sur la santé sexuelle et de la reproduction des femmes. A terme ce travail pourrait contribuer aux débats sur les nouveaux statuts politique, social et économique que la communauté internationale revendique pour les femmes afin qu'elles puissent avoir accès aux ressources autant que les hommes et réaliser leur droit de prendre des décisions stratégiques pour leur vie.

1.2.3 Hypothèses de travail et cadre conceptuel

L'hypothèse générale qui se dégage de la littérature postule que les Besoins non satisfaits en PF sont influencés par les rapports de genre, le contexte de résidence de la femme, les facteurs institutionnels, socioculturels, socioéconomiques, sociodémographiques. Elle se décline en six hypothèses spécifiques (Hi) qui se présentent ainsi qu'il suit :

(H1) : Les femmes dont les conjoints désirent plus d'enfants ont moins de chance d'utiliser la contraception moderne ce qui augmente leurs BNS/PF.

(H2) : Les femmes qui discutent de la PF avec leurs conjoints ont plus de chance d'exprimer des besoins en PF et donc de chercher à les satisfaire que celles qui ne discutent jamais de la PF avec leurs conjoints.

(H3) : Les femmes dont les conjoints sont âgés de plus de 50 ans courent moins de risque d'avoir des BNS/PF comparées à celles dont les conjoints sont plus jeunes.

(H4) : Les femmes qui ont facilement accès aux services de PF sont plus susceptibles d'utiliser la contraception moderne, ce qui réduit leurs BNS/PF que celles qui y ont difficilement accès.

(H5) : La faible disponibilité et la moindre qualité des services SSR en milieu rural poussent les femmes à ressentir davantage des BNS/PF que celles vivant en milieu urbain.

(H6) : Les femmes qui ne travaillent pas courent plus de risque d'avoir des BNS/PF que celles qui exercent une activité génératrice de revenu.

2. Démarche méthodologique

2.1 Données et population cible

Les données ayant servi aux analyses proviennent de la quatrième édition de l'Enquête démographique et de santé (EDS) réalisée au Bénin en 2011-2012 par l'Institut national de statistique et de l'analyse économique (INSAE) en collaboration avec ICF international. La base de données comporte des informations pertinentes sur les niveaux de fécondité, l'activité sexuelle, les préférences en matière de fécondité, la connaissance et l'utilisation des méthodes de planification familiale, la santé de la mère et de l'enfant. La population cible est constituée de l'ensemble des femmes en âge de procréer âgées de 15-49 ans et en union au moment de l'enquête. Les questions sur l'état matrimonial ont été posées à toutes les femmes et à tous les hommes éligibles de l'échantillon. Dans le cadre de ce travail, il est considéré comme femme en union, toute femme mariée ou vivant en union consensuelle à l'exception des veuves, divorcées, ménopausées et infécondes. Les analyses concernent au total 11680 femmes en union.

2.1.1 Définition des variables

Variable dépendante : Pour tester les hypothèses émises, la variable dépendante retenue est le fait pour une femme d'avoir exprimé des besoins non satisfaits en planification familiale «*Unmet Need for Family Planning* » (BNS/PF) au moment de l'enquête. Pour des besoins d'exploitation, cette variable a été scindée en deux autres variables : (i) les besoins non satisfaits en espacement des naissances (« 1 » si la femme les a exprimés et « 0 » sinon) et les besoins non satisfaits en limitation des naissances (« 1 » si la femme les a exprimés et « 0 » sinon). D'après l'EDSB-2011-2012, "les besoins non satisfaits en espacement des naissances concernent les femmes enceintes dont la grossesse n'a pas eu lieu au moment voulu, les femmes en aménorrhée qui n'utilisent pas de méthode de PF et dont la dernière naissance ne s'est pas produite au moment voulu et les femmes fécondes qui ne sont ni enceintes ni en aménorrhée qui n'utilisent pas de méthode contraceptive et qui ont déclaré vouloir attendre au moins deux ans avant leur prochaine naissance. Sont également incluses, les femmes fécondes qui n'utilisent pas de méthode de PF au moment de l'enquête et qui déclarent qu'elles ne sont pas sûres de vouloir un autre enfant ou qui veulent un autre enfant mais ne savent pas à quel moment, à moins qu'elles déclarent que ce ne serait pas un problème si

elles apprenaient qu'elles étaient enceintes dans les semaines à venir. Les besoins non satisfaits en limitation des naissances concernent les femmes enceintes dont la grossesse n'était pas souhaitée, les femmes en aménorrhée qui n'utilisent pas de méthode de PF dont la dernière naissance n'était pas voulue et qui ne veulent plus d'enfants et les femmes fécondes qui ne sont ni enceintes ni en aménorrhée, qui n'utilisent pas de méthode de PF et qui ont déclaré ne plus vouloir d'enfants" (INSAE et ICF, 2013 : p.115).

Variables indépendantes : Conformément au schéma conceptuel présenté plus haut, dix-sept variables indépendantes permettent d'expliquer les Besoins non satisfaits en matière de Planification des naissances (BNS/PF). Il s'agit : du contexte de résidence dans lequel vivent les femmes (milieu de résidence et département de résidence), des variables relatives aux facteurs institutionnels (accessibilité aux services de santé), socioculturels (religion et ethnie), socioéconomiques (niveau de vie du ménage, activité économique de la femme, le niveau d'instruction de la femme et celui de l'homme), démographiques (âge de la femme, âge de l'homme, nombre d'enfants nés vivants chez la femme), au rapport de genre au sein du couple (participation de la femme à la prise de décisions sur sa propre santé, comportement du conjoint face à la contraception et discussion du couple sur la PF⁴) et les variables intermédiaires (préférence du mari en matière de fécondité et exposition aux médias). Les données utilisées pour l'analyse sont de bonne qualité illustrée par le tableau A en annexe qui indique un taux de non réponse inférieur à 5% au niveau de toutes les variables retenues.

2.1.2 Méthodes

Afin de déterminer les caractéristiques des femmes ayant des besoins non satisfaits en espacement et en limitation des naissances, des tableaux croisés à l'aide du test de Khi-deux ont été réalisés. Compte tenu de la nature dichotomique de la variable dépendante, le modèle multi-varié de régression logistique binomiale a été utilisé. Ce modèle fournit entre autres les statistiques suivantes : la probabilité de Khi 2 associée au modèle qui permet de se rassurer de l'adéquation du modèle, les rapports de chance (Odds ratio) et les seuils de significativité. Ces derniers permettent de déterminer les facteurs qui influencent le phénomène étudié et les groupes cibles sur lesquels il faudra agir. Le seuil de signification retenu est 5%.

En ce qui concerne la hiérarchisation des facteurs explicatifs des BNS/PF, il a été déterminé les contributions relatives de chacune des variables explicatives. Le résultat final est le rapport de la différence entre les Khi2 du modèle final et du modèle excluant la variable en question et le Khi2 final. Ces facteurs sont ensuite classés selon leur ordre d'importance. Pour rappel, la formule de calcul se présente ainsi qu'il suit :

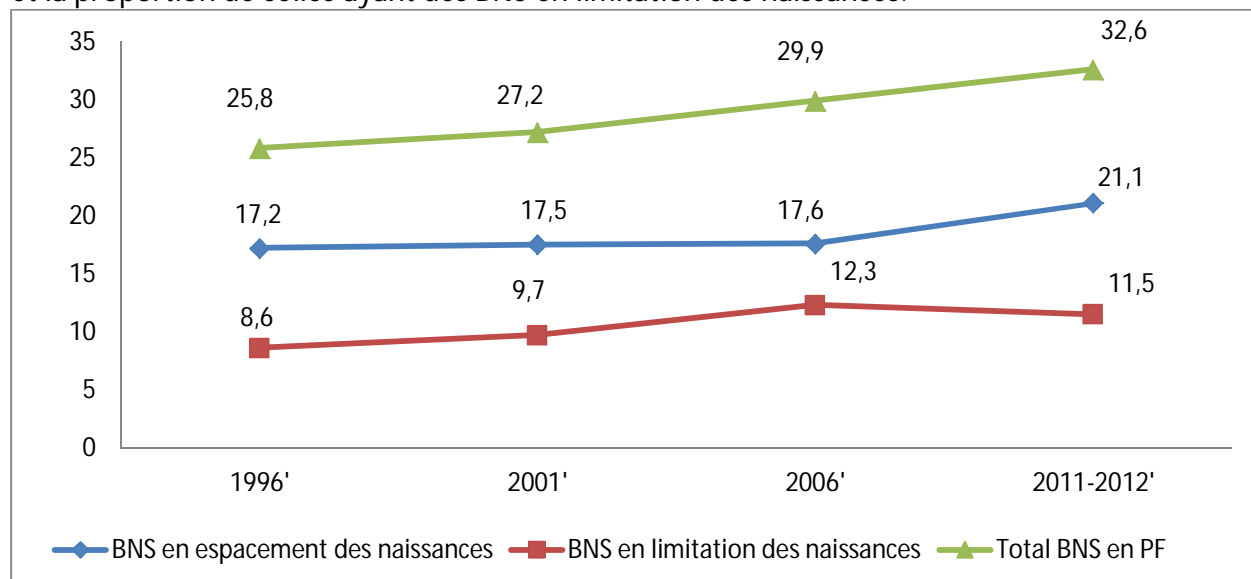
$$C_i = \frac{Khi2_{final} - Khi2_{sans\ i}}{Khi2_{final}} \text{ avec } \begin{cases} C_i : \text{Contribution de la variable } i \\ Khi2_{final} : \text{Valeur du Chi2 du modèle final} \\ Khi2_{sans\ i} : \text{Valeur du Chi2 sans la variable } i \end{cases}$$

⁴ Cette variable n'est pas utilisée dans cette étude car elle a un taux de non réponse trop élevé.

3. Résultats

3.1 Niveau et évolution des besoins non satisfaits en PF au Bénin

D'après le graphique 1, le niveau des Besoins non satisfaits en planification familiale (BNS/PF) au sein des femmes en union est élevé et en augmentation de 1996 à 2012 avec un écart important entre la proportion de femmes ayant des BNS en espacement des naissances et la proportion de celles ayant des BNS en limitation des naissances.



Graphique 1 : Évolution (%) des besoins non satisfaits en espacement et en limitation des naissances au Bénin

Source : EDSB-I, 1996 ; EDSB-II, 2001 ; EDSB-III, 2006 ; EDSB-IV, 2011-2012

3.2 Analyse différentielle des besoins non satisfaits en espacement et en limitation des naissances

Il ressort des données du tableau 1 qu'en dehors du niveau de vie et du niveau d'instruction de la femme, toutes les variables sont significativement associées aux besoins non satisfaits en espacement des naissances. Concernant les BNS en limitation des naissances, toutes les variables y sont associées sauf l'exposition aux médias.

Les BNS/PF varient selon le département de résidence de la femme. Les résultats du tableau 1 indiquent que c'est dans les départements de l'Ouémé/Plateau (28%), du Mono/Couffo (22%) et de l'Atlantique/littoral (21%) que la proportion des femmes ayant les BNS en espacement des naissances est plus élevée. A l'opposé, ce sont les départements du Zou/Collines (18,5%), de l'Alibori/Borgou (18,2%) et de l'Atacora/Donga (17,6%) qui détiennent les plus faibles proportions. Pour ce qui est de la limitation des naissances, la plus grande proportion des répondantes ayant exprimé ce besoin se trouve dans les départements de l'Atlantique/littoral (14%) et du Zou/Collines (12,3%). Les résultats ne montrent pas une grande variation des BNS/PF selon le milieu de résidence.

Dans l'ensemble, 20% de répondantes en milieu urbain contre 22% en milieu rural ont exprimé des BNS en espacement des naissances alors que la tendance est moindre en ce qui concerne les BNS en limitation des naissances (13% en milieu urbain contre 10% en milieu rural). Selon le niveau de vie du ménage, la proportion des BNS en limitation des naissances varie de 10% chez les femmes appartenant aux ménages les plus pauvres à 13% chez celles vivant dans les ménages les plus riches.

En considérant l'âge de la femme, on note que les BNS en espacement des naissances diminuent de façon régulière lorsque la femme approche la ménopause. Ce niveau est de 30,9% pour les femmes âgées de 15-24 ans, 25,1% pour celles âgées de 30-34 ans et 11% pour les femmes âgées de 45-49 ans. Par contre pour les BNS en limitation des naissances, le niveau augmente avec l'âge (3% pour les 15-19 ans ; 10% pour les 25-34 ans et 18% pour les 35-49 ans). La même tendance est observée avec le nombre d'enfants vivants de la femme (3% chez les femmes qui ont au plus 2 enfants vivants ; 13% chez celles ayant entre 3-5 enfants et 22% chez celles qui ont 6 enfants ou plus).

En revanche, la tendance s'inverse en ce qui concerne les BNS en espacement des naissances (24,5% pour les femmes ayant au plus 2 enfants ; 22% pour celles ayant entre 3-5 enfants et 14% pour celles qui ont 6 enfants ou plus). Par ailleurs, 22% des femmes dont le conjoint a de l'aversion pour la contraception ont des BNS en espacement des naissances contre 20% dans le cas contraire. La tendance est la même pour les BNS en limitation des naissances avec 13% lorsque le conjoint n'approuve pas et 10% lorsque celui-ci approuve.

La proportion des BNS en limitation des naissances diminue avec l'augmentation du niveau d'instruction de la femme (13% pour les femmes ayant le niveau primaire ; 11% chez celles qui ont atteint le niveau secondaire ou plus). Selon le groupe ethnique on note que les femmes Yoruba (33%), Adja (34%) et Fon (35%) détiennent les plus fortes proportions de BNS/PF suivies des autres groupes ethniques (29%) et les Bariba (26%). Le niveau de BNS en espacement des naissances est plus élevé chez les femmes Yorouba (23%), Fon (22%) et Adja (22%), tandis que le niveau des BNS en limitation des naissances l'est plus chez les femmes Fon (13%) et Adja (13%).

En considérant la religion on note que les femmes chrétiennes enregistrent le niveau de BNS en espacement des naissances le plus élevé (22,2%) comparées aux femmes adeptes des religions endogènes (19,9%) ; aux femmes musulmanes (19,6%) et chez celles « sans religion » (19,6%). Le niveau de BNS en limitation des naissances par contre est élevé chez les femmes « sans religion » (15%) suivi des femmes chrétiennes (13%) contre 9% chez les adeptes des religions endogènes et 8% des musulmanes.

Les BNS en limitation et en espacement des naissances sont fortement influencés par l'âge du conjoint. Ils varient d'un maximum de 32,2% chez les femmes dont les conjoints sont âgés de moins de 30 ans à 10,8% chez celles dont le conjoint sont âgés de plus de 50 ans en passant par 21,4% chez les femmes dont les conjoints sont âgés de 30 à 49 ans. La tendance inverse est observée en limitation des naissances où le niveau varie respectivement d'un minimum de 4,3% à un maximum de 14,3% en passant par 12,5% chez les femmes dont les conjoints sont âgés de 30 à 49 ans.

Tableau I : Pourcentages des femmes ayant des BNS en PF selon certaines caractéristiques

Variables/modalités	Besoins non satisfaits en PF				Total	
	Espacement des naissances		Limitation des naissances		Effectifs	Proportion
	Effectifs	Proportion	Effectifs	Proportion		
Région de résidence	Pr=0,000		Pr=0,000			
Atlantique-littoral	593	20,6	403	14,0	996	34,6
Ouémé-Plateau	625	27,7	253	11,2	878	38,9
Mono-Couffo	332	22,0	173	11,4	505	33,4
Zou-Collines	340	18,5	227	12,3	567	30,8
Borgou-Alibori	301	18,2	140	8,5	441	16,7
Atacora-Donga	271	17,6	146	9,5	417	27,1
Milieu de résidence	Pr=0,026		Pr=0,000			
Urbain	970	20,1	636	13,2	1606	33,3
Rural	1492	21,8	706	10,3	2198	32,1
Accessibilité aux services de santé	Pr=0,000		Pr=0,000			
Inaccessible	464	21,9	266	12,5	730	34,4
Faiblement accessible	411	25,4	170	10,5	581	35,9
Moyennement accessible	462	21,3	271	12,5	733	33,8
Accessible	444	18,0	250	10,5	694	28,5
Accessibilité complète	682	20,0	385	11,3	1067	31,3
Religion	Pr=0,012		Pr=0,000			
Chrétienne	1422	22,2	834	13,0	2256	35,2
Musulmane	543	19,6	231	8,4	774	28
Endogène	330	19,9	149	9,0	479	28,9
Sans religion	167	19,6	126	14,8	293	34,4
Ethnie	Pr=0,001		Pr=0,000			
Adja	386	21,5	228	12,7	614	34,2
Fon	1156	22,1	672	12,9	1828	35
Bariba	200	18,1	86	7,8	286	25,9
Yorouba	298	22,7	134	10,2	432	32,9
Autres ethnies	423	18,8	221	9,8	644	28,6
Niveau de vie du ménage	Pr=0,680		Pr=0,000			
Pauvre	988	21,4	458	9,9	1446	31,3
Moyen	477	20,5	251	10,8	728	31,3
Riche	998	21	632	13,3	1630	34,3
Niveau d'instruction	Pr=0,726		Pr=0,041			
Aucun niveau	1754	20,9	948	11,3	2702	32,2
Niveau primaire	422	21,8	247	12,7	669	34,5
Secondaire ou plus	286	20,9	146	10,7	432	31,6
Activité économique	Pr=0,000		Pr=0,000			
Aucune	802	24,1	354	10,6	1156	34,7
Cadres	537	21,0	333	13,0	870	34
Commerçante	464	19,8	317	13,5	781	33,3
Agricultrice	362	17,7	190	9,3	552	27
Autres	159	22,1	75	10,4	234	32,5
Prise de décision sur la santé de la femme	Pr=0,000		Pr=0,000			
Femme seule	417	20,9	290	14,6	707	35,5
Femme avec conjoint	1053	19,4	597	11,0	1650	30,4
Conjoint seul	975	23,1	451	10,7	1426	33,8
Comportement du mari face à la PF	Pr=0,033		Pr=0,000			
Désapprouve	1234	21,5	581	12,7	1815	34,2
Approuve	886	19,8	568	10,2	1454	30
Age de la femme	Pr=0,000		Pr=0,000			
15-24 ans	671	30,9	66	3,0	737	33,9
25-34 ans	1322	25,1	508	9,7	1830	34,8
35-49 ans	470	11,1	768	18,1	1238	29,2
Exposition aux médias	Pr=0,001		Pr=0,773			
N'a jamais été exposée	971	22,1	516	11,7	1487	33,8
Exposée une fois par semaine	420	18,4	260	11,4	680	29,8
Plus exposée	1071	21,4	565	11,3	1636	32,7
Préférence du conjoint en fécondité	Pr=0,000		Pr=0,016			
Conjoint veut moins d'enfants	1251	24,4	546	10,7	1797	35,1
Même nombre	585	17,5	388	11,6	973	29,1
Conjoint veut plus d'enfants	626	19,6	407	12,7	1033	32,3
Nombre d'enfants vivants	Pr=0,000		Pr=0,000			
<2 enfants	1143	24,5	142	3,0	1285	27,5
3-5 enfants	893	22,2	536	13,3	1429	35,5
6 enfants ou plus	426	14,3	663	22,2	1089	36,5
Age du conjoint	Pr=0,000		Pr=0,000		Pr=0,000	
Moins de 30 ans	617	32,2	82	4,3	699	36,5
30 à 49 ans	1598	21,4	932	12,5	2530	33,9
50 ans et plus	247	10,8	328	14,3	575	25,1
Niveau d'instruction du conjoint	Pr=0,000		Pr=0,000		Pr=0,000	
Aucun niveau	1280	21,0	635	10,4	1915	31,4
Niveau primaire	466	20,6	285	12,6	751	33,2
Secondaire ou plus	554	21,3	318	12,2	872	33,5
Ensemble national	2462	21,1	1341	11,5	3803	32,6

Source : Enquête Démographique et de Santé du Bénin, 2011-2012

3.3 Effets des facteurs explicatifs des besoins non satisfaits en PF

L'objectif de cette section est d'identifier les variables qui déterminent les Besoins non satisfaits (BNS) en espacement et en limitation des naissances. Il s'agit de dégager, les effets nets de chaque variable indépendante sur les BNS puis d'identifier celles qui expliquent le mieux le phénomène. Le tableau 2 montre que le comportement du conjoint face à la contraception, le nombre d'enfants vivants, le département de résidence, l'accessibilité aux services de santé, la participation de la femme à la prise de décision sur sa propre santé, son exposition aux médias et son âge ont un pouvoir prédictif significatif au seuil de 5% sur les BNS quel que soit le type (espacement et limitation des naissances). De façon spécifique, la religion et le niveau de vie du ménage influencent les BNS en limitation des naissances alors que l'activité économique de la femme, l'âge et le niveau d'instruction de son conjoint ainsi que la préférence de ce dernier en matière de fécondité influencent les BNS en espacement des naissances.

Age du conjoint : La probabilité pour la femme d'exprimer les BNS en espacement des naissances diminue avec l'âge de son conjoint. Comparativement aux femmes dont le conjoint est âgé de moins de 30 ans, celles dont le conjoint est âgé de 30 à 49 ans et celles dont le conjoint est âgé de 50 ans et plus courent respectivement 0,8 et 0,5 fois moins risque d'exprimer les BNS en espacement des naissances.

Niveau d'instruction du conjoint : Le niveau d'instruction du conjoint a également un effet significatif sur les BNS en espacement des naissances. Comparativement aux femmes dont les conjoints n'ont aucun niveau d'instruction, celle dont les conjoints ont atteint le niveau primaire, courent 0,8 fois moins de risque d'exprimer les BNS. Toutes fois, il n'existe pas de différence significative entre les femmes dont les conjoints ont atteint au moins le niveau secondaire et la population de référence.

Comportement du conjoint vis-à-vis de la PF : Dans les relations entre conjoints, l'opinion qu'a l'homme sur la PF est apparue comme l'un des facteurs explicatifs de l'existence des BNS chez la femme. Ainsi, les femmes dont le conjoint approuve la PF court 0,8 fois moins de risque d'avoir des BNS en espacement que celles dont le conjoint ne l'approuve pas. A contrario, les femmes dont le conjoint approuve l'utilisation du contraceptif courent 1,2 fois plus de risque d'exprimer des besoins en limitation des naissances.

Préférence du mari en matière de fécondité : Les femmes dont les conjoints désirent moins d'enfants courent 1,3 fois plus de risque d'exprimer des BNS en espacement des naissances comparativement aux femmes dont les conjoints désirent plus d'enfants. Par contre celles qui désirent le même nombre d'enfants que leurs conjoints courent 0,9 fois moins de risque d'exprimer ce type de BNS.

Nombre d'enfants vivants : Le comportement de la femme face à la PF peut dépendre du nombre d'enfants vivants qu'elle possède. Les femmes qui ont entre 3 et 5 enfants vivants courent 1,4 fois plus de risque d'éprouver les BNS en espacement des naissances que leurs congénères qui ont au plus 2 enfants vivants. De même, celles qui ont 3 à 4 enfants vivants et 5 enfants vivants ou plus courent respectivement 4,8 fois et 7,9 fois plus de risque d'avoir des BNS en limitation des naissances par rapport à celles qui ont au plus deux enfants vivants. Ces résultats traduisent le lien positif entre le nombre d'enfants vivants chez la femme et sa tendance à éprouver des BNS.

Département de résidence : Les femmes qui résident dans les départements de l'Ouémé/Plateau courent 1,6 fois plus de risque de ressentir des BNS en espacement des

naissances alors que celles qui habitent dans les départements du Zou/Collines, du Borgou/Alibori et de l'Atacora/Donga ont respectivement 0,9 ; 0,7 et 0,7 fois moins de risque d'avoir les mêmes BNS que leurs homologues qui résident dans les départements de l'Atlantique/Littoral. Comparées au même groupe de référence, les femmes qui habitent dans l'Ouémé/Plateau, Borgou/Alibori et l'Atacora/Donga courent respectivement 0,8 ; 0,7 et 0,6 fois moins de risque d'avoir des BNS en limitation de naissance.

Accessibilité des femmes aux services de santé : Les femmes qui n'ont aucun accès et celles qui ont partiellement accès aux services de santé courent respectivement 1,2 fois et 1,6 fois plus de risque d'avoir des BNS en espacement des naissances que celles ayant complètement accès aux services de santé. En ce qui concerne la limitation des naissances, les femmes qui n'ont accès à aucun service de santé courent 1,4 fois plus de risque d'avoir des BNS que celles qui ont complètement accès aux services de santé.

Age de la femme : Comparées aux femmes âgées de 25-34 ans, celles qui ont entre 15-24 ans et 35-49 ans courent respectivement 1,1 fois plus de risque et 0,5 fois moins de risque d'avoir des BNS en espacement des naissances. En ce qui concerne la limitation des naissances et comparées au même groupe de référence, les femmes âgées de 15-24 ans et 35-49 ans ont respectivement 0,8 fois moins de risque et 1,4 fois plus de risque d'avoir des BNS. Ces résultats confirment la réalité d'espacement des naissances chez les jeunes femmes et la limitation des naissances chez les femmes âgées.

Exposition aux médias : Les programmes médiatiques centrés sur la PF contribuent à sensibiliser les femmes, promouvoir les idées nouvelles et les encourager à adopter des comportements favorables à la PF. Ainsi, les femmes qui ont été exposées une fois par semaine aux messages de PF à travers les médias ont 0,9 fois moins de risque d'avoir des BNS en espacement des naissances que celles qui y ont été plus exposées. Les résultats montrent également que les femmes qui n'ont jamais été exposées aux médias courent 1,3 fois plus de risque d'avoir des BNS pour limiter leurs naissances que celles qui sont exposées au moins une fois par semaine aux médias.

Participation de la femme à la prise de décision sur sa propre santé : Les femmes qui prennent seules des décisions sur leurs soins de santé ont 0,4 fois moins de risque d'avoir des BNS pour limiter les naissances que celles qui participent à la prise de décisions sur leur santé aux côtés de leur conjoint. Comparées au même groupe de femmes, les femmes dont les conjoints prennent seuls les décisions et celles qui prennent seules lesdites décisions ont respectivement 1,2 fois plus de risque et 0,3 fois moins de risque d'avoir des BNS en espacement des naissances.

Occupation de la femme : Comparativement aux femmes inactives, les femmes cadres, commerçantes et agricultrices ont respectivement 0,8 fois, 0,9 fois et 0,7 fois moins de risque d'avoir des BNS en espacement de naissance. Il convient de souligner que les femmes agricultrices ressentent plus des BNS que les commerçantes et les cadres.

Religion : Les femmes musulmanes et celles pratiquant les religions endogènes courent respectivement 0,8 fois et 0,7 fois moins de risque d'avoir des BNS pour limiter leurs naissances par rapport à leurs homologues qui sont d'obédience chrétienne.

Niveau de vie du ménage : Comparées aux femmes vivant dans les ménages de niveau de vie faible, les femmes qui vivent dans les ménages à niveau de vie élevé courent 1,4 fois plus de risque d'avoir des BNS pour limiter leurs naissances.

Tableau II : Odds ratios issus des modèles multi-variés de régression logistique sur le fait d'avoir des BNS en espacement et en limitation des naissances au Bénin

Variables/modalités	BNS en espacement des naissances		BNS en limitation des naissances	
	OR	(% IC)	OR	(% IC)
Durée de mariage		***		**
Moins de 10 ans	Réf	Réf	Réf	Réf
10 ans et plus	0,7***	(0,6 ; 0,8)	1,3**	(1,1 ; 1,7)
Département de résidence		***		**
Atlantique-littoral	Réf	Réf	Réf	Réf
Ouémé-Plateau	1,6***	(1,3 ; 1,8)	0,8**	(0,6 ; 1,0)
Mono-Couffo	1,1ns	(0,8 ; 1,4)	0,9ns	(0,6 ; 1,2)
Zou-Collines	0,9ns	(0,7 ; 1,1)	0,9ns	(0,7 ; 1,2)
Borgou-Alibori	0,7**	(0,5 ; 1,0)	0,7**	(0,4 ; 1,0)
Atacora-Donga	0,7**	(0,6 ; 1,0)	0,6**	(0,4 ; 0,9)
Milieu de résidence		ns		*
Urbain	Réf	Réf	Réf	Réf
Rural	1,1ns	(0,9 ; 1,2)	0,9*	(0,7 ; 1,0)
Accessibilité aux services de santé		***		***
Inaccessible	1,2*	(1,0 ; 1,4)	1,4***	(1,2 ; 1,8)
Faiblement accessible	1,6***	(1,3 ; 1,9)	0,9ns	(0,7 ; 1,2)
Moyennement accessible	1,1ns	(0,9 ; 1,3)	1,1ns	(0,9 ; 1,3)
Accessible	1,0ns	(0,8 ; 1,2)	0,9ns	(0,7 ; 1,1)
Accessibilité complète	Réf	Réf	Réf	Réf
Religion		ns		**
Chrétienne	Réf	Réf	Réf	Réf
Musulmane	1,1ns	(0,8 ; 1,2)	0,8**	(0,6 ; 1,0)
Endogène	0,9ns	(0,8 ; 1,1)	0,7**	(0,6 ; 0,9)
Sans religion	0,9ns	(0,7 ; 1,2)	1,1ns	(0,9 ; 1,5)
Ethnie		ns		ns
Adja	1,2ns	(0,8 ; 1,7)	1,0ns	(0,6 ; 1,5)
Fon	1,0ns	(0,8 ; 1,4)	1,0ns	(0,7 ; 1,4)
Bariba	1,1ns	(0,8 ; 1,3)	0,8ns	(0,6 ; 1,1)
Yorouba	1,0ns	(0,8 ; 1,4)	0,9ns	(0,6 ; 1,3)
Autres ethnies	Réf	Réf	Réf	Réf
Niveau de vie du ménage		ns		***
Pauvre	Réf	Réf	Réf	Réf
Moyen	1,0ns	(0,8 ; 1,1)	1,1ns	(0,9 ; 1,3)
Riche	1,0ns	(0,9 ; 1,2)	1,4***	(1,1 ; 1,7)
Niveau d'instruction de la femme		ns		ns
Aucun niveau	Réf	Réf	Réf	Réf
Niveau primaire	1,1ns	(1,0 ; 1,3)	1,0ns	(0,8 ; 1,3)
Secondaire ou plus	1,1ns	(0,9 ; 1,4)	1,0ns	(0,7 ; 1,2)
Activité économique		***		***
Aucune	Réf	Réf	Réf	Réf
Cadres	0,8**	(0,7 ; 1,0)	1,0ns	(0,8 ; 1,2)
Commerçante	0,9**	(0,7 ; 1,0)	0,9ns	(0,8 ; 1,1)
Agricultrice	0,7***	(0,6 ; 0,9)	0,7***	(0,5 ; 0,9)
Autres	0,9ns	(0,7 ; 1,1)	0,9ns	(0,6 ; 1,2)
Décision sur les soins de santé		***		***
Femme seule	0,3***	(0,1 ; 0,5)	0,4***	(0,1 ; 0,6)
Femme avec conjoint	Réf	Réf	Réf	Réf
Conjoint seul	1,2***	(1,1 ; 1,4)	1,1ns	(1,0 ; 1,3)
Comportement du mari face à la PF		***		**
Désapprouve	Réf	Réf	Réf	Réf
Approuve	0,8***	(0,7 ; 0,9)	1,20**	(1,0 ; 1,4)
Age de la femme		***		***
15-24 ans	1,1ns	(1,0 ; 1,3)	0,8ns	(0,6 ; 1,2)
25-34 ans	Réf	Réf	Réf	Réf
35-49 ans	0,5***	(0,4 ; 0,6)	1,4***	(1,2 ; 1,6)
Exposition aux médias		**		***
N'a jamais été exposée	1,1**	(1,0 ; 1,3)	1,3***	(1,1 ; 1,5)
A été exposée une fois par semaine	0,9*	(0,7 ; 1,0)	1,2ns	(1,0 ; 1,4)
Plus exposée	Réf	Réf	Réf	Réf
Préférence du conjoint en fécondité		***		ns
Le conjoint veut plus d'enfants	Réf	Réf	Réf	Réf
Même nombre	0,9*	(0,7 ; 1,0)	0,9ns	(0,8 ; 1,1)
Le conjoint veut moins d'enfants	1,3***	(1,1 ; 1,5)	0,9ns	(0,7 ; 1,0)
Nombre d'enfants vivants		***		***
≤ 2 enfants	Réf	Réf	Réf	Réf
3-4 enfants	1,4***	(1,2 ; 1,7)	3,8***	(3,00 ; 5,0)
5 enfants ou plus	1,2*	(1,0 ; 1,4)	7,9***	(6,0 ; 10,4)
Age du conjoint		***		ns
Moins de 30 ans	Réf	Réf	Réf	Réf
30 à 49 ans	0,8***	(0,7 ; 0,9)	1,1ns	(0,8 ; 1,5)
50 ans et plus	0,5***	(0,4 ; 0,6)	0,9ns	(0,6 ; 1,2)
Niveau d'instruction du conjoint		***		ns
Aucun niveau	Réf	Réf	Réf	Réf
Niveau primaire	0,8***	(0,7 ; 0,9)	1,1 ns	(0,9 ; 1,4)
Secondaire ou plus	1,0ns	(0,8 ; 1,1)	1,0ns	(0,9 ; 1,4)

Source : Enquête Démographique et de Santé du Bénin, 2011-2012

Note : Réf : Modalité de référence *** : p < 0,01 ; ** : p < 0,05 ; * : p < 0,10

3.4 Hiérarchisation des facteurs explicatifs

A la suite de l'identification des variables qui déterminent les besoins non satisfaits en PF chez les femmes en union au Bénin, la présente section orientera le choix de priorité en matière d'interventions si l'on veut tenter de combler lesdits besoins. Le tableau 3 révèle que l'âge de la femme est le facteur qui contribue le plus à expliquer les BNS en espacement des naissances. Il est suivi du département de résidence, des préférences du conjoint en fécondité, de l'âge du conjoint et de l'accessibilité aux services de santé. En limitation des naissances, le nombre d'enfants vivants est de loin le facteur qui explique le mieux le phénomène avec 33,64% de la part totale expliquée.

Tableau III : Contribution des variables à l'explication des besoins non satisfaits en espacement ou en limitation des naissances (EDSB-IV, 2011-2012)

Variables	Khi-deux final	Khi-deux sans la variable	Contribution Ci (%)
Besoins non satisfaits en espacement des naissances			
Age de la femme	644,03	562,2	12,71
Département de résidence	644,03	589,37	8,49
Préférence du conjoint en fécondité	644,03	606,44	5,84
Age du conjoint	644,03	607,76	5,63
Accessibilité aux services de santé	644,03	609,73	5,33
Nombre d'enfants vivants	644,03	618,51	3,96
Exposition aux médias	644,03	632,09	1,85
Décision sur les soins de santé	644,03	641,31	0,42
Niveau d'instruction du conjoint	644,03	641,68	0,36
Comportement du mari face à la PF	644,03	642,65	0,21
Activité économique	644,03	643,31	0,11
Besoins non satisfaits en limitation des naissances			
Nombre d'enfants vivants	801,29	531,73	33,64
Accessibilité aux services de santé	801,29	778,28	2,87
Age de la femme	801,29	785,94	1,92
Religion	801,29	788,52	1,59
Département de résidence	801,29	792,31	1,12
Exposition aux médias	801,29	793,05	1,03
Niveau de vie du ménage	801,29	793,22	1,01
Décision sur les soins de santé	801,29	800,47	0,1
Activité économique	801,29	800,89	0,05
Comportement du mari face à la PF	801,29	801,1	0,02

Source : Enquête Démographique et de Santé du Bénin, 2011-2012

4. Discussions

Les résultats montrent que les BNS en espacement des naissances sont influencés par : l'âge de la femme, le département de résidence, la préférence du conjoint en matière de fécondité, l'âge du conjoint, l'accessibilité aux services de santé et le nombre d'enfants vivants chez la femme. Les travaux de Akoto et al. (2002) et de Kourouma (2011) confirment l'association entre les BNS/PF à l'âge de la femme. Ces auteurs ont montré que les comportements en matière de contraception varient aussi d'une génération à une autre avec une satisfaction proportionnelle à la génération des jeunes que celle des personnes âgées. Cela peut s'expliquer, entre autres, par la différence de scolarisation favorable aux jeunes, la modernité et le degré d'attachement aux valeurs pro-natalistes véhiculées par les modèles culturels traditionnels chez les femmes plus âgées.

En révélant que la nécessité d'espacer et de limiter les naissances est moins ressentie par les femmes habitant la région (départements) Nord-Bénin, comparées aux femmes résidant dans la partie méridionale du pays, les résultats interpellent sur les caractéristiques distinctives des deux régions. La région du Nord-Bénin est particulièrement marquée par une culture islamique basée sur une doctrine pro-nataliste (comme les religions d'obédience chrétienne plus prépondérantes au Sud-Bénin) et ouvertement favorable à la polygamie (ce qui en apparence est contraire au christianisme). Les analyses montrent également que les chrétiennes jouissent plus de liberté d'expression et d'action pour exprimer leurs BNS/PF que les musulmanes ou les femmes adeptes des religions endogènes. Il convient de noter que de façon empirique, il est difficile de faire la démarcation entre les comportements sexuels des fidèles des différentes régions et/ou religions. Il n'est donc pas exclu que ces résultats soient fondés sur des artefacts car à partir du moment où la foi est vécue de manière personnelle, il devient incertain de contrôler les individus dans leurs actes les plus personnels et intimes. Chaque fidèle quelle que soit sa croyance, conserve la possibilité de recourir à la PF tout en vivant sa foi religieuse. L'hypocrisie des discours sur les questions relevant de la sexualité autour de la PF au sein des confessions religieuses a été soulignée par Dion (2009) dans ses travaux sur les mouvements d'émancipation des couples canadiens-français à l'égard de la morale sexuelle catholique. Partie d'une logique de confrontation, les idéologies religieuses et celles qui sous-tendent les questions de la Santé Sexuelle et de la Reproduction (SSR) sont progressivement en train de s'inscrire dans une logique de coopération si ce n'est déjà celle de la négociation ce qui semble traduire une approche pragmatique visant à raffermir le contrôle religieux, à préserver la stabilité des communautés et qui fait de la religion plutôt une ressource dont les individus peuvent se servir stratégiquement dans leur existence comme l'ont montré les travaux de Trinitapoli (2015) au Malawi.

Les analyses montrent également que les BNS/PF sont influencés par la préférence de l'homme en matière de fécondité et son âge. Dans la tradition béninoise, c'est généralement à l'homme qu'incombe la prise de l'essentiel des décisions au sein du couple. Les analyses révèlent également que l'acceptation de la PF par l'homme favorise l'espacement des naissances mais n'infléchit pas systématiquement la limitation des naissances. Tout se passe comme si les femmes s'alignaient systématiquement sur les préférences de l'homme en matière de fécondité ce qui soulève la préoccupation de leur autonomisation. Ce constat est confirmé par les résultats de deux études récentes réalisées auprès de 3000⁵ femmes mères d'enfants de moins de 5 ans des milieux moins favorisés dans trois cents localités de dix zones sanitaires au Bénin (MS et USAID, 2016 ; USAID, 2019). Ces études ont montré globalement la prépondérance du pouvoir décisionnel de l'homme (score⁶ de 0,9 contre 0,4 pour les femmes en 2016 et en 2019) au sein des couples quand bien même des disparités sont notées en faveur du milieu urbain. Cette situation traduit que l'autonomisation des femmes à l'égard des hommes n'évolue que lentement en dépit de l'engagement politique renouvelé des gouvernements successifs au Bénin. L'apparente souveraineté de l'homme sur la femme relève de la tradition notamment l'implication de la famille et la force du contrôle social sur

⁵ A chaque édition (3000 en 2016 et 3000 en 2019).

⁶ L'index est défini en fonction du nombre de décisions auxquelles la femme participe ((i) achat de nourriture ; (ii) faire les petits achats du ménage ; (iii) faire les grands achats du ménage ; (iv) prendre ses propres décisions de santé ; (v) décision relative à la santé de l'enfant ; (vi) lieu d'accouchement et (vii) recherche de soins en cas de complication de grossesse). Une femme participe à la prise d'une décision donnée si elle la prenait seule ou conjointement avec d'autres personnes. Il est calculé en assignant le score de 1 à toute décision dans laquelle la femme intervient (et 0 sinon) seule ou conjointement avec d'autres personnes et faire la sommation.

l'organisation de la vie des ménages qui se transmet par génération et bénéficie d'un fort ancrage social (Binetou Dial, 2009 ; Machiyama et Cleland, 2013, op.cit.). Ainsi, l'homme est perçu a priori comme le principal ordonnateur de décisions au sein du couple. L'influence de ce pouvoir décisionnel s'accroît particulièrement dans les circonstances liées aux questions de production et de reproduction. Les efforts fournis jusque-là par les pouvoirs publics pour infléchir cette tendance à travers les textes et lois sur le genre, la parité, les mécanismes d'incitation des femmes à la scolarisation et à l'autonomisation, etc. n'ont pas encore permis de changer ces rapports de force. Par ailleurs, le faible pouvoir décisionnel des femmes au sein de leur foyer, les rumeurs négatives sur la PF, la faible accessibilité aux services de PF ainsi que les effets secondaires liés à l'utilisation des contraceptifs traduisent en partie l'insuffisance de la volonté politique à promouvoir la PF qui reste une opportunité pour accélérer la transition de la fécondité en Afrique et favoriser le dividende démographique. Mbacké (2017, op.cit.) a également mis en doute la volonté politique à soutenir la PF en Afrique.

Du point de vue des femmes, hormis les « féministe », beaucoup de femmes se conforment à la suprématie de l'homme par respect des contraintes socioculturelles et/ou socioéconomiques. D'autres semblent s'enorgueillir ou manifester une résignation enjouée. Cette situation affaiblit la jeune génération de femmes (filles). En effet, dans un rapport de recherche ethnologique au Bénin, Jobin (2008) a noté l'existence d'un processus de réappropriation et de réinterprétation de la contraception médicalisée chez les adolescents mais au lieu de favoriser l'émancipation de la femme, ce processus renforce plutôt la domination masculine, l'inégalité des rapports de genre et contribue à exclure la jeune fille de l'accès à la contraception.

En inscrivant la sexualité et le mariage au cœur de la fécondité, on comprend que le nombre d'enfants vivants soit révélateur du statut de la femme et de son rapport à la PF dans le sens de l'effet de remplacement ou de raccourcissement de l'aménorrhée que peut éventuellement avoir la mortalité infanto-juvénile sur la femme (B. Schoumaker, 2001). Les travaux de Kourouma (2011, op.cit.) en Guinée ont mis en relief l'effet positif des BNS/PF sur la mortalité des enfants alors que ceux de Khan et al. (2008) en Ouganda ont montré l'effet négatif du nombre d'enfants survivants sur les BNS/PF. Dans un contexte de mortalité infantile encore élevée où l'enfant est considéré comme un trésor, avoir peu d'enfants vivants n'inciterait guère à recourir à la PF. Aussi conviendrait-il de souligner que les charges résultant du nombre élevé d'enfants chez une femme pourraient l'amener à limiter sa progéniture et réduire ainsi les risques de vulnérabilité pour ceux-ci. Les travaux de Eloundou-Enyegue et al., (2017) sur l'Afrique subsaharienne ont montré que les inégalités dans l'enfance s'infiltrèrent dans la vie adulte et, à leur tour, façonnent les inégalités de comportement de fécondité. Il s'ensuit qu'une forte fécondité expose à plus de risque d'inégalité de chance et de vulnérabilité pour les enfants.

Toutefois, il convient de souligner que loin d'être immuables, les questions matrimoniales et de reproduction qui traversent la société béninoise continuent de générer des mutations et innovations dues aux politiques publiques, l'urbanisation, la mondialisation avec l'avènement des technologies de l'information et de la communication. Cette dynamique des changements sociaux qui marquent les parcours individuels et collectifs avait été mis en évidence par les travaux de Piché et Poirier (1995) qui ont montré l'influence des institutions comme les structures familiales, les systèmes de parenté, les classes sociales, le marché du

travail, les structures patriarcales et les structures foncières sur les comportements en matière de fécondité tout en modérant leur caractère universel, statique, et ahistorique.

De plus en plus de femmes commencent graduellement par intégrer l'importance relative, du moins les effets pervers du nombre élevé d'enfants pour l'amélioration du revenu familial et l'assurance vieillesse de la famille de sorte qu'au lieu de s'en tenir uniquement à la reproduction biologique, elles sont de plus en plus présentes dans la sphère marchande ou commerciale pour accroître leur autonomie ou « empowerment ». S'inscrivant progressivement dans un processus de réappropriation et de réinterprétation de la fécondité, ces femmes commencent par acquérir un nouveau statut qui accroît leur capacité à investir dans la santé et l'éducation de leurs enfants et donc dans leur ménage ce qui traduit l'émergence d'une conscience nouvelle orientée vers des formes d'épanouissement personnel et professionnel face à une tradition parfois pesante. Plusieurs travaux (Fassassi, 2006; Akoto et Kamdem, 2001; Vignikin, 2004; Congo, 2007; Attanasso et al., 2007 ; Bahan et Kabore, 2011) s'inscrivent dans la perspective explicative selon laquelle la prise de décision, l'accès aux ressources économiques, le degré d'autonomisation des femmes et la représentation féminine des relations de genre influencent les BNS/PF. Partant des limites des approches explicatives classiques des BNS/PF, Mburano et Saidou (2019, opcit.) ont proposé à partir de l'étude des enquêtes démographiques et de santé au Mali, une approche globale qui inscrit les comportements contraceptifs dans le contexte africain dans la combinaison intelligente des normes et valeurs véhiculées par la tradition mais également les rapports que les individus entretiennent avec celles-ci aux plans culturel et économique. Les analyses de Stevanovic et al. (2015) au sujet du mariage précoce des adolescents en Afrique de l'Ouest et du Centre s'inscrivent également dans cette perspective. Il convient de souligner qu'en cas de contradiction entre l'aspiration à la PF de la femme et l'aversion du conjoint, l'homme peut au mieux exploiter l'opportunité de la polygamie, un type d'union qui à certains égards est bénéfique à la femme aspirant à une certaine autonomie et émancipation dans le mariage et au pire, exposer cette dernière à la pression de la famille ce qui pourrait précipiter leur séparation ou divorce plongeant ainsi la femme dans une « position inconfortable » de « mère sans époux » et accélérant du coup une velléité de nouveau mariage chez l'homme.

Par ailleurs, l'accessibilité aux services de santé contribue aux BNS/PF dans la mesure où la proximité et la disponibilité des services de santé (SSR⁷/PF) à moindre coût des lieux de résidence des populations et de bonne qualité contribuent à la concrétisation des actions de communication persuasive qui facilitent la satisfaction des BNS/PF. Les travaux de R. Mburano et K. Saidou (2019, opcit.) au Mali ont révélé les liens positifs entre diminution des BNS/PF et disponibilité des services de qualité dans les formations sanitaires.

En termes d'implication politique, il est possible de se référer à l'expérience du Rwanda dont la volonté politique de promouvoir la PF a permis d'atteindre un taux de prévalence contraceptive de 27% avec pour conséquence la réduction des forts taux de mortalité maternelle et infantile ainsi que celle de la pauvreté liée à la forte fécondité (Intra Health international, 2008). Les décideurs du Bénin pourraient prendre en compte ces résultats pour améliorer les interventions sur le terrain notamment l'adoption d'une stratégie holistique de promotion de la PF. Les acteurs qui s'investissent dans la promotion de la SR/PF devraient associer les hommes (y compris les leaders communautaires) dans toutes leurs

⁷ Santé sexuelle et reproductive

initiatives. Mais en amont il faudra également assurer la disponibilité des services de PF à moindre coût.

5. Conclusion

L'objectif de cet article est de déterminer l'influence de l'homme sur les BNS/PF chez les femmes en union au Bénin. Les analyses montrent qu'en matière d'utilisation de la PF au Bénin, les normes sociales semblent encore imprégner les comportements. En effet, l'importance de la fracture de genre reste prépondérante avec un arbitrage plutôt favorable à l'homme. Il en est de même pour l'organisation de la subsistance au sein du ménage. Or, la satisfaction des besoins des femmes en PF est un facteur important pour assurer la baisse de la fécondité et envisager la perspective du dividende démographique puisqu'elle pourrait contribuer à terme, à réduire le taux de dépendance tout en permettant à plus d'actifs d'améliorer leur bien-être socio-économique et de contribuer aux côtés des investissements publics, à la richesse nationale. Quatre des six hypothèses sont avérées. Les hypothèses non confirmées sont celles relatives au milieu de résidence, et celle selon laquelle la discussion au sein du couple sur la PF accroît les BNS/PF au sujet de laquelle le taux élevé de non-réponse à la question n'a pu permettre de l'examiner de façon intrinsèque.

Malgré les résultats obtenus, il convient de souligner d'éventuelles erreurs de déclaration qui pourraient compromettre la qualité des données et ceci en raison de l'écart souvent important entre les déclarations et la réalité. Ces insuffisances concernent en partie les déclarations relatives à l'état de grossesse qui n'est souvent pas précis au cours premier mois. Les données sur l'offre des contraceptifs modernes ont été appréhendées à travers les déclarations des enquêtés en terme de difficulté d'accès aux dits services. La disponibilité et la qualité des services n'est pas prise en compte. Ainsi, l'étude ne s'appuie que sur les données liées à la demande ; les BNS/PF n'ont donc pas été appréhendés dans leur globalité. Enfin, il s'agit d'une étude transversale qui ne permet donc pas de mettre en évidence de lien de causalité et de connaître l'évolution du phénomène. Les prochains travaux pourraient examiner les BNS/PF dans une perspective holistique combinant données quantitatives et qualitatives.

Références bibliographiques

1. ABMS, 2016, « Evaluation finale du projet, les religieux s'engagent : Rapport d'analyse, Cotonou, 67p.
2. Ahoey E., C., , « Besoins non-satisfaits en planification familiale au sein du couple : caractéristiques socio-démographiques et Cadre de vie au Benin », CICRED, 28 p, 2002.
3. Ahoey E., C., « Evolution des besoins non satisfaits en contraception au Bénin : deux méthodes d'analyse complémentaire de changement de comportement pour l'atteinte des OMD », communication présentée à la sixième Conférence Africaine sur la Population à Ouagadougou du 5-9 décembre 2011, 26p.
4. Akoto E. et Kandem H. « Étude comparative des déterminants de la contraception moderne en Afrique», Gendreau F. et Poupard M. (dir.), Les transitions démographiques des pays du Sud, (Éds.) ESTEM/AUPELF-UREF, Paris, pp.269-285, 2001

5. Akoto E et al. « Besoins non-satisfaits en planification familiale et transition contraceptive au Burkina Faso, au Cameroun et en Côte d'Ivoire », *African Population Studies*, vol.17, N°1, pp.19-45, 2002.
6. Amadou Sanni M. « Niveaux et tendances des besoins non satisfaits de planification familiale au Bénin : Facteurs explicatifs et changements dans le temps », *African Population Studies*, Vol. 25, n°2, pp.381-401, 2011.
7. Attanasso O. et al. « Les facteurs de la contraception au Bénin au tournant du siècle, La planification familiale en Afrique », Documents d'analyse n° 4. 70p, 2007.
8. Bahan D. et Kabore I. « La pratique contraceptive par les femmes en union au Burkina Faso : Quelle est la place et le rôle du conjoint ? », communication présentée à la sixième Conférence Africaine sur la Population à Ouagadougou du 5-9 décembre, 17p, 2011.
9. Becker, G., S. « New economic approaches to fertility », *The journal of political economy*, vol.81, N°2, part 2 (Mar.-Apr. 1973), pp 279-288, 1960.
10. Binetou Dial F. « Diversité des itinéraires résidentielles des femmes Dakaroises après leur divorces » pp274-288, in AMADOU SANNI Mouftou et al., *Villes du Sud, dynamiques, diversités et enjeux sociodémographiques*, Actualité scientifique, AUF, *édition des archives contemporaines*, 371p, 2009.
11. Belohlav, K. et Karra M. « La prise de décisions de ménages et l'utilisation de la contraception en Zambie », Note de recherche, PRB, 5p. 2013.
12. Cadwell J. « Toward a restatement of demographic transition theory » *Population and development review*, vol.2 N°4, pp321-366, 1976.
13. Congo Z. « Les facteurs de la contraception au Burkina Faso au tournant du siècle : analyse des données de l'enquête démographique et de santé de 2001 », *Les Collections du CEPED*, 68p, 2007.
14. Dion M-P. « Une stratégie tranquille. Serge Mongeau et le centre de planification familiale du Québec dans la société québécoise, 1965-1972 », Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Trois-Rivières, 186p, 2009.
15. Eloundou-Enyegue, P and al., « African Transitions and Fertility Inequality: a demographic kuznets Hypothesis » *Population and Development Review*, pp59-93, 2017.
16. Evina A. et Ngoy K. « L'utilisation des méthodes contraceptives en Afrique : de l'espacement à la limitation des naissances ? », Gendreau F. avec Poupard M. (dir.), *Transitions démographiques des pays du Sud* (Éds.), ESTEEM, AUPELF/UREF, Paris, pp.254-268, 2001.
17. Evina A. Les facteurs de la contraception au Cameroun au tournant du siècle : Analyse des données de l'enquête démographique et de santé de 1998, collection du CEPED, n°6, 62p, 2005.
18. Fall S. « Les facteurs de la contraception au Sénégal au tournant du siècle ». Paris CEPED, 60p, 2007.
19. Fassassi R. « Les facteurs de la contraception en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale au tournant du siècle », Rapport de synthèse, Collection CEPED, document n°7, 77p, 2006.
20. INSAE et ICF International, Enquête Démographique et de Santé du Bénin 2006. Calverton, Maryland, USA : INSAE et ICF International, Rapport final, 492p, 2007.
21. INSAE et ICF International, Enquête Démographique et de Santé du Bénin 2011-2012. Calverton, Maryland, USA : INSAE et ICF International, Rapport final, 551p, 2013.
22. Intra Health international, « Planification familiale au Rwanda : comment un sujet tabou est devenu priorité numéro un », 38p, 2008.

23. Jobin, F, Discours, pratiques et représentations autour de la contraception médicalisée au Bénin : regard anthropologique sur la fréquentation d'une clinique privée à Abomey, Genève, 135p, 2008.
24. Khan S. et al. « Unmet Need and the Demand for Family Planning in Uganda :Further Analysis of the Uganda Demographic and Health Surveys, 1995-2006 » Calverton, Maryland, USA : Macro International Inc. 42p, 2008.
25. Kourouma N., Relations entre le niveau de vie, la fécondité et les besoins non satisfaits en matière de planification familiale en Guinée, Thèse de Doctorat, Université de Montréal, 253p, 2011
26. Machiyama K. et Cleland J., « Analyse des besoins non satisfaits au Sénégal » Rapport de Recherche STEP UP. London : London School of Hygiene & Tropical Medicine, 29p, 2013.
27. Mbacké C. « The Persistence of High Fertility in sub-Saharan Africa: a comment » *Population and Development Review*, pp330-337, 2017
28. Mburano R. et Saidou, K. « Approche globale des besoins non satisfait en planification familiale au Mali », *African Population Studies*, vol.33.1, 27p, 2019
29. MS et USAID, « Rapport final de l'enquête quantitative de base pour l'évaluation des indicateurs du Paquet d'Intervention à Haut Impact (PIHI) Communautaire au Bénin », Cotonou, 63p, 2016.
30. Piché V. et Poirier J.: « Les approches institutionnelles de la fécondité », in *Sociologie des populations*, Montréal, *Presse Universitaire de Montréal*, pp, 117-137, 1995.
31. Schoumaker B., , « Déterminants de la fécondité et contexte local au Maroc rural : une application des modèles multi-niveaux, Gendreau F. avec Poupard M. (dir.), *Transitions démographiques des pays du Sud* (Éds.), ESTEEM, AUPELF/UREF, Paris, pp139-143, 2001.
32. Shrivastava S. et al., « Unmet Need for Family Planning in Developing Countries : Challenges and Solutions », *International Journal of Gynecological and Obstetrical Research*, 2013, Vol.1, pp.84-87, 2013.
33. Stevanovic N. et al., , « Mariages d'enfants, grossesses précoces et formation de la famille en Afrique de l'Ouest et du Centre : schémas, tendances et facteurs de changement » Bureau régional pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre de l'UNICEF, Dakar, 88p, 2015
34. Talnan E. et Vimard P. « Développement local, pauvreté et pratique contraceptive en coté d'Ivoire », *Série Santé de la reproduction, fécondité et développement*, Document de recherche n°9, 27p, 2005.
35. Talnan E. et al., « Pauvreté et fécondité en Côte d'Ivoire : pourquoi le malthusianisme de pauvreté ne se vérifie-t-il pas ? », *Cahier Québécois de Démographie*, Vol. 37, n°2, Autonome, pp. 291-321, 2008
36. TRinitapoli, J. « Sida et vie religieuse au Malawi : repenser l'influence de la dynamique démographique sur les comportements culturels » Paris, *Population*, INED Vol. 70, pp 265-293, 2015.
37. USAID, Evaluation de la mise en œuvre du Paquet d'Intervention à Haut Impact-Communautaire (PIHI-Com) dans les dix Zones Sanitaires sous financement USAID, 118p, 2019.
38. Vignikin K. « Les facteurs de la contraception au Togo au tournant du siècle », collection du CEPED, document d'analyse n°3, 44p, 2004.
39. Vimard, P. et Fassassi R. « LA demande d'enfants en Afrique sub-saharienne », In Ferry Benoit (eds) : *L'Afrique face à ses défis démographique : un avenir incertain*, Paris Karthala, pp197-251, 2007.
40. Wakam, « De la pertinence des théories économiques de la fécondité en Afrique, Académia, Collection, Thèses en Sciences humaines 14, 527p, 2004.

Annexe

Tableau A : Répartition des femmes en union selon les caractéristiques de l'échantillon

Variables/modalités	Total	
	Effectifs	% pondéré
Région de résidence	11680	100
Atlantique-littoral	2883	24,7
Ouémé-Plateau	2256	19,3
Mono-Couffo	1512	12,9
Zou-Collines	1839	15,7
Borgou-Alibori	1654	14,2
Atacora-Donga	1537	13,2
Milieu de résidence	11680	100
Urbain	4832	41,4
Rural	6849	58,6
Accessibilité aux services de la santé	11680	100
Inaccessible	2120	18,1
Faiblement accessible	1620	13,9
Moyennement accessible	2165	18,5
Accessible	2372	20,3
Accessibilité complète	3403	29,1
Religion	11680	100
Chrétienne	6403	54,8
Musulmane	2765	23,7
Endogène	1660	14,2
Sans religion	853	7,3
Ethnie	11680	100
Adja	1793	15,4
Fon	5223	44,7
Bariba	1105	9,5
Yorouba	1311	11,2
Autres ethnies	2248	19,2
Niveau de vie	11680	100
Pauvre	4608	39,5
Moyen	2322	19,9
Riche	4750	40,7
Niveau d'instruction de la femme	11680	100
Aucun niveau	8373	71,7
Primaire	1940	16,6
Secondaire ou plus	1367	11,7
Activité économique de la femme	11000	94,2
Aucune	3325	28,5
Cadres	2558	21,9
Commerçante	2347	20,1
Agricultrice	2050	17,6
Autres	720	6,2
Participation de la femme à la prise de décision sur sa santé	11639	99,6
Femme seule	1990	17
Femme avec conjoint	5421	46,4
Conjoint seul	4227	36,2
Comportement du conjoint vis-à-vis de la PF	11137	95,4
Désapprouve	5400	46,2
Approuve	5737	49,2
Age de la femme	11680	100
15-24 ans	2173	18,6
25-34 ans	5261	45
35-49 ans	4246	36,4
Exposition aux médias	11680	100
N'a jamais été exposée	4392	37,6
Exposée une fois par semaine	2283	19,5
Plus exposée	5005	42,9
Préférence du conjoint en matière de fécondité	11664	99,9
Conjoint veut moins d'enfants	5126	43,9
Même nombre	3337	28,6
Conjoint veut plus d'enfants	3201	27,4
Nombre d'enfants vivants	11680	100
0-2 enfants	4664	39,9
3-5 enfants	4028	34,5
6 enfants ou plus	2989	25,6