

# **Evolution des influences contextuelles de l'utilisation de la contraception moderne chez les adolescentes des milieux ruraux au Bénin**

**Achille TOKIN<sup>1</sup>, Mouftaou AMADOU SANNI<sup>2</sup>**

*(1) Doctorant en Population, Développement et Environnement Naturel (PDEN), Ecole Doctorale des sciences Agronomiques et de l'Eau, laboratoire de Recherche en Sciences de la Population et du Développement (LaReSPD), Université de Parakou ; Email : [achilletokin@yahoo.fr](mailto:achilletokin@yahoo.fr) ;*

*(2) Démographe, Ph D. Maître de Conférences des Universités du CAMES, Coordonnateur du laboratoire de Recherche en Sciences de la Population et du Développement (LaReSPD), Université de Parakou, BP 1018 Parakou Tél. +229 95458782/96406446 Email : [mouftaouamadousanni@yahoo.fr](mailto:mouftaouamadousanni@yahoo.fr)*

## **Résumé :**

Cet article utilise une approche à plusieurs niveaux pour identifier les déterminants de l'utilisation des contraceptifs modernes chez les adolescentes des milieux ruraux dans des contextes évolutifs au Bénin. Nous explorons dans quelle mesure quatre sphères de la communauté : développement socio-économique, autonomisation des femmes, normes de fécondité et accès aux informations et aux services de planification familiale déterminent l'utilisation des contraceptifs par les adolescentes, après ajustement en fonction des caractéristiques sociodémographiques individuelles et des autres facteurs contextuels.

Les modèles logit à effets aléatoires sont réalisés pour chaque période afin d'examiner la variation de l'utilisation de la contraception moderne expliquée par chacune des quatre sphères d'influences choisies au niveau de la communauté. Il ressort que les programmes de planification familiale sont plus pertinents au niveau communautaire. L'accès et l'utilisation des services de la planification familiale par les adolescentes sont influencés non seulement par les caractéristiques individuelles et domestiques, mais également par ces quatre sphères de la communauté.

**Mots clés :** Planification familiale, fécondité des adolescentes ; approche des capacités ; contraception

## **Abstract :**

This article uses a multi-level approach to identify the determinants of modern contraceptive use among adolescent girls in rural settings in Benin. We explore the extent to which four spheres of the community: socio-economic development, women's empowerment, fertility standards, and access to family planning information and services determine adolescents' use of contraceptives, adjusted for sociodemographic characteristics. individual and other contextual factors.

Logit random effects models are performed for each period to examine the variation in modern contraceptive use explained by each of the four community-based spheres of

influence. It appears that family planning programs are more relevant at the community level. Access to and use of family planning services by adolescent girls is influenced not only by individual and household characteristics but also by these four spheres of the community.

Keywords: Family planning, adolescent fertility; capability approach; contraception

## 1. Introduction

La situation sociale des adolescents en Afrique au Sud du Sahara montre une démographie galopante de ce sous-groupe. On estime que ce dernier représente une grande frange de la population mondiale, ayant des besoins et des droits en matière de santé sexuelle et reproductive non réalisés. En 2015, l’OMS estime à 1,2 million le nombre d’adolescents décédés dans le monde, soit plus de 3000 par jour ; le plus souvent, ces décès auraient pu être évités ou traités. L’organisation estime aussi la fécondité des adolescentes à 44 naissances pour 1000 jeunes fille chaque année.

En 2019, paraissait un rapport de l’UNFPA intitulé « *Etat de la population mondiale* ». Ses auteurs estimaient qu’ « *il y a cinquante ans, il était difficile pour les femmes de se procurer un moyen de contraception, et le risque de mourir en couches était relativement élevé. De nombreuses femmes se trouvaient dans l’impossibilité de choisir leur conjoint, le moment de leur mariage, si elles voulaient des enfants, et à quel moment* ». L’état de la population mondiale (UNFPA, 2019) révèle qu’aujourd’hui encore, les normes de genre inéquitables freinent considérablement la capacité des femmes et des filles à faire librement des choix fondamentaux concernant leur santé et leurs droits en matière de sexualité et de procréation. Il y ressort que ces choix sont essentiellement relationnels, au sens où ils impliquent des interactions avec d’autres personnes notamment, les partenaires sexuels ou amoureux, mais aussi les membres d’une famille élargie, les membres de la communauté ou les institutions (cliniques, hôpitaux, etc.). Les auteurs postulent que le pouvoir d’agir d’une personne se manifeste et se détermine différemment et à plusieurs niveaux au sein d’une relation. Ce modèle montre que le pouvoir de l’individu, l’expression (*la capacité à exprimer et défendre ses besoins et ses désirs*) et la latitude de faire le choix déterminent la capacité d’une personne à agir au sein d’une relation et de prendre une décision.

Au cours de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), en 1994, l’importance et l’intérêt des liens entre l’autonomisation des femmes, la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation et le développement durable ont été unanimement reconnus. Cependant, plusieurs femmes notamment les adolescentes connaissent beaucoup d’obstacles les empêchant de réaliser pleinement leur potentiel dans l’exercice de leur droit.

Le Bénin, dans la mise en œuvre des recommandations de la Conférence Internationale pour la Population et le Développement (CIPD) du Caire en 1994, a fait dans son système sanitaire plusieurs réformes pour promouvoir la Santé de la Reproduction (SR). La planification familiale se révèle comme un des trois piliers de la lutte contre la mortalité maternelle dans la politique sanitaire au regard de sa place dans l’atteinte des ODD, notamment l’Objectif N°3.

Car, plusieurs décennies durant, les activités de planification familiale ont été menées malgré l'existence de la loi de 1920 qui interdit toute propagande contraceptive. L'intérêt et l'importance de la planification familiale a amené le Gouvernement béninois à faire voter par l'Assemblée Nationale le 3 Mars 2003, la loi N°2003-03 relative à la santé sexuelle et à la reproduction qui abroge ainsi celle de 1920. De ce fait, l'environnement politique de mise en œuvre de la planification familiale au Bénin s'est amélioré rendant favorable ce cadre de référence et aussi avec l'intégration de la planification familiale dans le Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018 (PNDS), la création du Programme National de Santé de la Reproduction 2011-2015 (PNSR) suivi des actions pour une amélioration de la situation (DSME, 2015). L'adoption de cette nouvelle loi, confère à toute personne « le droit d'être informé et d'utiliser la méthode de planification familiale de son choix, qui ne soit pas contraire à la loi ». Cependant, l'environnement social et culturel est peu favorable à l'utilisation de la contraception moderne. Le document de la Stratégie Nationale de Repositionnement de la Planification Familiale au Bénin montre qu'il existe de nombreuses pesanteurs qui font obstacles à l'utilisation des moyens de contraception au Bénin même si les contraintes économiques forcent vers une limitation de la taille des ménages. GBEDJISSOKPA et al (2011) révèle dans leur rapport sur l'analyse de la situation de la Planification Familiale au Bénin que la mentalité des populations reste en général pro nataliste. Le gouvernement à renforcer l'accessibilité de la population aux méthodes contraceptives à travers des investissements dans plusieurs domaines de la PF à travers les crédits délégués au Ministère de la Santé (formation, supervision, promotion, subvention des produits contraceptifs). Mieux, une ligne spéciale est allouée et approvisionnée depuis 2006 pour acquérir les produits contraceptifs. L'analyse de la disponibilité des services de PF dans les structures sanitaires montre que 81% des formations sanitaires offrent au moins une méthode contraceptive au niveau national. Cependant, seule 7,5% des formations sanitaires ont une bonne disponibilité des services de contraception, car ne sont pas en mesure d'offrir toutes les méthodes de contraception. L'Unicef dans son rapport sur l'étude sur la cartographie des Intervenants et des Interventions en SMNI, montre que cette situation est due au fait que les méthodes de longue durée (Dispositif Intra Utérin, Implant) ne sont pas disponibles dans la majorité des structures de premier niveau soit en raison du plateau technique soit en raison de la compétence du personnel. La plupart des 27 Hôpitaux de zone et des 09 hôpitaux ayant potentiellement le plateau technique pour offrir toutes les méthodes contraceptives ne l'offrent pas non plus.

Au niveau communautaire, l'expérience de l'offre des services de planification familiale a démarré dans certaines régions. Les agents de proximités vivant dans les villages sont utilisés comme des relais afin de réaliser les activités promotionnelles, préventives et de fournitures des services de PF en communauté dans le cadre de la mise en œuvre du Paquet d'Intervention à Haut Impact en milieu communautaire (PIHI-Com). Malheureusement, ceci n'est possible que dans les villages qui bénéficient de l'appui des Partenaires Techniques et Financiers (PTFs). La couverture des services en PF n'étant pas encore totale, nombreuses sont les femmes de ces localités qui aspirent aux services de planification familiale mais faute de disponibilité ne peuvent pas l'utiliser.

## **2. Objectif de l'article**

Cette étude examine quatre domaines d'influence au niveau communautaire: développement socio-économique, autonomisation des femmes, accès aux informations et services de planification familiale et normes de fécondité. Nous explorons l'influence de chacun de ces domaines communautaires sur l'utilisation actuelle de la contraception moderne par les

adolescentes, après avoir tenu compte de l'influence de leurs caractéristiques socio-économiques individuelles et du ménage. Chaque domaine d'influence communautaire pourrait influencer sur la décision d'une adolescente d'utiliser un moyen de contraception moderne, en influant sur son accès aux fournitures et services de contraception, ou sur son choix d'utiliser des contraceptifs en influençant son désir d'enfants ou son sens de l'acceptabilité de la planification familiale elle-même.

### 3. Matériels et Méthodes

#### 3.1. Données et mesures

Cette analyse utilise principalement les données des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) du Bénin réalisées en 1996 ; 2001 ; 2006 ; 2011-2012 et 2017-2018. Les EDS adoptent généralement un plan de sondage à deux étapes (degrés) au niveau pays après avoir assuré la représentativité niveau de la région et dans les zones urbaines et rurales. La première étape consiste à sélectionner des grappes (généralement dans les zones urbaines et les villages dans les zones rurales) avec une probabilité proportionnelle à la taille échantillon principal. Au cours de cette étape, un certain nombre de grappes ont été sélectionnées suivant chaque période.

Au cours de la seconde étape, un échantillon systématique aléatoire de ménages est tiré d'une liste de ménages de chacune des grappes EDS. Toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans dans les ménages sélectionnés sont éligibles pour être interviewées. Pour les besoins de cette analyse, nous nous intéressons aux femmes de 15- 22 ans quel que soit leur état matrimonial dans les zones rurales du pays. Nous limitons en outre l'analyse aux femmes de 15-22 ans qui ne voulaient pas (ou ne savaient pas si elles voulaient) une naissance dans les deux prochaines années à compter de la date de l'enquête. Celles qui remplissaient ces critères sont consignées dans le tableau 1 ci-dessous.

**Tableau 1** : Répartition des adolescentes âgées de 15-22 ans qui ne voulaient pas (ou ne savaient pas si elles voulaient) une naissance dans les deux prochaines années par milieu de résidence et par grappe en 1996 et 2017-2018

EDS B	Adolescentes <sup>1</sup>			Population cible			Pourcentage d'adolescentes enquêtées (%)	Nombre de grappes en milieu rural
	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total		
<b>I</b>	641	1056	1697	576	869	1445	30,9	108
<b>II</b>	886	1170	2056	797	970	1767	33,1	129
<b>III</b>	2317	2781	5098	2104	2372	4476	28,7	440
<b>IV</b>	2194	2583	4777	1917	2092	4009	28,8	440
<b>V</b>	2268	2973	5241	2063	2519	4582	32,9	304

#### 3.2. Population cible

Nos analyses vont se concentrer sur les femmes de 15 à 22 ans interrogées dans le cadre des enquêtes EDS au Bénin entre 1996 et 2017. Elles constituent les unités d'observation au premier niveau. En effet, cette population cible est définie selon la dimension démographique

<sup>1</sup> Adolescentes : femmes de 15-22 ans

et sociologique de l'adolescence avec l'âge comme critère ultime. Selon l'UNFPA (2003), les adolescents regroupent les 10–19 ans, les jeunes sont les individus de 15–24 ans et la jeune génération les 10–24 ans. L'Union pour l'Etude de la Population Africaine (UEPA) s'intéresse beaucoup plus à cette dimension compte tenu de la limite imposée la plupart du temps par les sources de données usuelles. La période de la vie où l'individu est âgé de 15-19 ans devrait être retenue. Car, elle commence avec la puberté, et ouvre la voie à la fonction de reproduction. Evina (1998) trouve qu'il est cependant commode d'ajouter à cette tranche d'âge, les jeunes de moins de 13 ans qui sont sexuellement actifs de plus en plus et ceux du groupe d'âge 20-22 ans qui dépendent encore de leurs parents dans le contexte africain (Evina, 1998). Selon l'OMS (1974), « *le passage se fait de l'état de dépendance socio-économique totale à l'état d'indépendance relative* ». L'adolescence est « *la tranche d'âge chronologique à l'intérieur de laquelle un individu n'est considéré ni comme un enfant, ni comme un adulte mature* » (Kuate-Defo, 1998). Ce dernier montre que c'est une période « *socialement définie selon un ensemble de normes culturelles et de pratiques qui encadrent la transition entre l'enfance et l'âge adulte* ». Les tranches d'âge suivantes sont retenues dans notre analyse : < 15 ans ; 15-19 ans et 20-22 ans.

Tenant compte de ces différentes considérations, notre choix porte sur le groupe d'âge 15-22 ans. Ceci permet de ne pas mélanger les histoires reproductives des générations trop différentes lors de l'interprétation des résultats et de mieux appréhender les comportements contraceptifs récents selon les contextes de résidence.

### **3.3. Méthode d'analyse**

Nous utilisons des régressions logit à effets aléatoires pour l'analyse multivariée présentée dans cet article. Les données EDS suivent une structure hiérarchique: les individus sont imbriqués dans des grappes et les grappes sont imbriquées dans des régions. Les femmes adolescentes qui vivent dans le même groupe ou la même région peuvent ne pas être indépendants les uns des autres. Comparée aux analyses de régression régulières au niveau individuel qui supposent que tous les individus sont indépendants, l'approche de la modélisation à plusieurs niveaux tient compte du fait que les personnes vivant dans la même zone peuvent avoir certaines caractéristiques en commun. Il convient de noter que les femmes vivant dans le même ménage ne sont pas indépendantes. Cependant, cet effet de regroupement est ignoré dans la présente analyse car il n'est pas courant que plusieurs femmes d'un même ménage aient été interrogées.

Alors que la variable de résultat de cette étude - *utilisation de contraceptifs modernes* - est mesurée au niveau individuel, les prédicteurs de la plupart des intérêts (influences au niveau de la communauté) sont mesurés au niveau de la grappe. En utilisant l'approche statistique standard, des questions se posent sur l'unité d'analyse appropriée. L'analyse au niveau individuel ne prend pas en compte l'imbrication de personnes dans des grappes, ce qui entraîne une sous-estimation des erreurs-types et une augmentation des risques de rejet incorrect des hypothèses nulles (Raudenbush & Bryk, 2002).

Sinon, si l'unité d'analyse est la grappe, il devient difficile d'inclure des variables de niveau individuel dans l'analyse. Ces problèmes sont résolus par une modélisation à plusieurs niveaux qui permet d'étudier simultanément les effets des prédicteurs au niveau du groupe et au niveau de l'individu sur les résultats au niveau de l'individu.

Une autre caractéristique importante du modèle à effets aléatoires est qu'il fournit des informations sur la proportion de la variation totale expliquée par les prédicteurs au niveau du groupe. Les modèles à effets aléatoires incluent généralement une interception aléatoire et / ou des pentes aléatoires. Cette analyse permet des interceptions aléatoires entre les grappes et suppose des effets fixes des covariables sur les grappes.

#### 4. Résultats

#### 5. Discussion

### Références bibliographie

EVINA Akam, (1998). *Vie féconde des adolescents en milieu urbain camerounais*, les cahiers de l'IFORD N° 3, IFORD, Yaoundé 117p.

EVINA, A. (2007), *Les facteurs de la contraception au Cameroun au tournant du siècle*, Paris, CEPED, Regards sur les collections du CEPED, 62 p.

KUATE-DEFO B. (1998). *"Tendances et déterminants des variations régionales de l'activité sexuelle prémaritale à l'adolescence"*, in Kuate-Defo, B. (sous la direction de), *Sexualité et Santé reproductive durant l'adolescence en Afrique, avec une attention particulière sur le Cameroun*, Ediconseil Inc., Québec, pp. 133-150.

Fonds des Nations unies pour la population, *État du rapport de la population mondiale (2012), par choix, pas par hasard : la planification familiale, droits de l'homme et du développement*, p. 31.

UNICEF, *Progrès pour les Enfants: Un bilan sur les adolescents (2012)*, p. 7.

Ministère de la Santé/ Direction de la Santé de la Mère et l'Enfant : *Programme National de Santé de la Reproduction 2011-2015*.

Assemblée Nationale : loi N°2003-04 du 03 mars 2003 relative à la santé sexuelle et de la reproduction en République du Bénin.

G.GBEDJISSOKPA, J.NICOUE : *Analyse situationnelle de la Planification familiale au Bénin*

Selon le rapport de l'UNFPA (<https://www.unfpa.org/fr/swop-2019>),  
[https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/)

Raudenbush, S. W., & Bryk, A. S. (2002). *Hierarchical linear models: Applications and data analysis methods* (2nd ed., Vol. 1). Thousand Oaks: Sage