

**Université de Montréal**

**L'influence de la polygynie sur le besoin non satisfait en planification familiale chez  
les femmes en union au Bénin**

Par

**Guéter PORT-LOUIS**

Département de Démographie, Faculté des Arts et des Sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures et postdoctorales en vue de  
l'obtention du grade de Maîtrise ès sciences (M. Sc.) en Démographie

**Décembre 2023**

**©Guéter PORT-LOUIS, 2023**

Université de Montréal

Unité académique : Département de démographie, Faculté des Arts et Sciences

---

*Ce mémoire intitulé*

**L'influence de la polygynie sur le besoin non satisfait en planification familiale chez  
les femmes en union au Bénin**

*Présenté par*

Guéter PORT-LOUIS

*A été évalué par un jury composé des personnes suivantes*

Barthélemy KUATE DEFO

Président-rapporteur

Sophia CHAE

Directrice de recherche

Yves CARRIÈRE

Codirecteur

Madeleine WAYACK PAMBE

Membre du jury

## RÉSUMÉ

La littérature suggère que le type de mariage joue un rôle important dans l'utilisation des services de planification familiale en Afrique subsaharienne et que les femmes impliquées dans les mariages polygynes sont moins susceptibles d'utiliser des méthodes contraceptives. Certaines d'entre elles s'exposent au risque de grossesses non désirées et de besoins non satisfaits en contraception. Cependant, l'association entre le type de mariage et le besoin non satisfait en planification familiale reste encore peu étudiée.

Cette étude vise à analyser l'influence de la polygynie sur le besoin non satisfait en contraception et à explorer également comment elle est associée aux raisons sous-jacentes à ce besoin chez les femmes en union au Bénin. Pour ce faire, nous avons utilisé les données de l'enquête démographique et de santé (EDS) de 2017-2018 et estimé des modèles de régression logistique binaire et multinomiale.

Les résultats indiquent que parmi les femmes en union au Bénin, 38% étaient impliquées dans des mariages polygynes et que 32% avaient un besoin non satisfait en contraception. Ils révèlent que les femmes issues de mariages polygynes, notamment les épouses juniors (RC=1,134;  $p<0,10$ ) étaient plus susceptibles d'exprimer un besoin non satisfait que les épouses de mariages monogames, mais ce résultat n'est que marginalement significatif. En ce qui concerne les motifs des besoins non satisfaits, ils montrent que les épouses des mariages polygynes avaient un risque plus élevé d'exprimer les besoins insatisfaits en espacement, en particulier les épouses juniors (RRR=1,157;  $p<0,10$ ), et en report de naissances (RRR=1,196;  $p<0,10$ ) que les épouses des unions monogames. Toutefois, ces associations sont marginalement significatives. À noter qu'aucune différence significative n'a été observée entre les épouses seniors et les épouses en unions monogames.

Cette étude souligne la nécessité de mener des recherches complémentaires pour approfondir ce sujet et de fournir des explications précises à ce constat. Les résultats suggèrent aussi qu'on doit prendre en compte le rang des épouses dans les analyses futures.

**Mots-clés** : Polygynie, planification familiale, besoin non satisfait, union, rang, Bénin.

## ABSTRACT

The literature suggests that the type of marriage plays an important role in the use of family planning services in sub-Saharan Africa, and that women involved in polygynous marriages are less likely to use contraceptive methods. Some of them are at risk of unwanted pregnancies and unmet need for contraception. However, the association between type of marriage and unmet need for family planning remains largely unexplored.

This study aims to analyze the influence of polygyny on unmet need for contraception and explore how it is associated with the reasons underlying this need among women in unions in Benin. Therefore, we estimated binary and multinomial logistic regression models using data from the 2017-2018 Demographic and Health Survey (EDS) and estimated.

The results indicate that 38% of women in union in Benin were involved in polygynous marriages and 32% had an unmet need for contraception. We also find that women from polygynous marriages, especially junior wives (OR=1.134;  $p<0.10$ ), were more likely to express an unmet need than wives from monogamous marriages; however, this result is only marginally significant. Regarding the reasons for unmet need, we show that wives in polygynous marriages, particularly junior wives (RRR=1.157;  $p<0.10$ ), had a higher risk of expressing unmet needs for spacing, and postponement of births (RRR=1.196;  $p<0.10$ ) than wives in monogamous unions. However, these associations are marginally significant. No significant difference was observed between senior wives and wives in monogamous unions.

This study highlights the need for further research to explore this subject, and to provide specific explanations for this finding. The results also suggest that we must consider the rank of wives in future analyses.

**Keywords:** Polygyny, family planning, unmet need, union, wife's rank, Benin.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>RÉSUMÉ</b> .....	iii
<b>ABSTRACT</b> .....	iv
<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	vii
<b>LISTE DES GRAPHIQUES</b> .....	vii
<b>LISTE DES FIGURES</b> .....	vii
<b>LISTE DES ACRONYMES</b> .....	viii
<b>DÉDICACES</b> .....	ix
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	x
<b>INTRODUCTION</b> .....	1
<b>1.-REVUE DE LITTÉRATURE</b> .....	4
1.1.-La polygynie en Afrique subsaharienne : prévalence, motivations de son existence et dynamiques des unions polygynes. ....	4
Dynamiques des unions polygynes.....	5
Relation entre la polygynie et la fécondité .....	7
1.2.- Définition du concept de besoins non satisfaits en planification et la recension des écrits sur ce terme en Afrique subsaharienne.....	8
Définition du concept de besoins non satisfaits en planification familiale .....	8
Besoin non satisfait en Afrique subsaharienne : situation actuelle et les facteurs associés .....	13
1.3.-La polygynie et les besoins non satisfaits en planification familiale.....	16
1.4.-Questions et hypothèses de recherche.....	18
<b>2.-CONTEXTE DE L'ÉTUDE : BÉNIN</b> .....	20
<b>3.-MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE</b> .....	24
3.1.-Source de données et population cible.....	24
3.2. -Variables dépendantes, indépendantes et de contrôle.....	25

3.3. -Méthodes.....	30
Analyse descriptive univariée et bivariée .....	30
Analyse multivariée.....	30
<b>4.-PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.....</b>	<b>34</b>
4.1.-Description de la population étudiée.....	34
4.2.-Répartition des besoins non satisfaits suivant les facteurs sociodémographiques.	36
4.3.-Résultats de l'analyse multivariée .....	40
<b>5.-DISCUSSION ET CONCLUSION .....</b>	<b>47</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>53</b>

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 4. 1.-Distribution des femmes en union selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Bénin, 2017-2018.....	35
Tableau 4. 2.-Distribution, par caractéristique sociodémographique, des femmes en unions âgées de 15-49 ans selon qu’elles ont ou non un besoin non satisfait, Bénin, 2017-2018. .....	38
Tableau 4. 3.- Résultats issus des modèles de régression logistique sur le type de mariage et le besoin non satisfait, Bénin, 2017-2018.....	43
Tableau 4. 4.-Résultats issus des modèles de régression logistique sur le rang de l’épouse et le besoin non satisfait, Bénin, 2017-2018.....	45

## **LISTE DES GRAPHIQUES**

Graphique 2. 1.-Pyramide des âges de la population du Bénin en 2021 selon le sexe (%) .....	20
Graphique 2. 3.- Évolution de l’indice synthétique de fécondité (ISF) et le nombre idéal moyen d’enfants des hommes et des femmes, Bénin, 1996-2018.....	22

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1.-Définition des besoins non satisfaits chez les femmes en union.....	12
---	----

## LISTE DES ACRONYMES

CIPD	Conférence internationale sur la population et le développement
DHS	Demographic and health survey
EDS	Enquête démographique et de santé
IIA	Indépendance des alternatives non pertinentes
IIG	Indice d'inégalité de genre
INSAE	Institut national de la statistique et de l'analyse économique
ISF	Indice synthétique de fécondité
MAMA	Méthode d'allaitement maternel et de l'aménorrhée
ODD	Objectifs de développement durable
PF	Planification familiale
PIB	Produit intérieur brut
PNUD	Programme des Nations unies pour le développement
RC	Rapport de cotes
RRR	Ratio de risque relatif
UN	United Nations
UNDP	United Nations Development Program
UNFPA	United Nations Population Fund
UPS	Unité primaire de sondage
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
USD	United States dollar
WHO	World health organization



## **DÉDICACES**

**À ma mère, Guerta Doré**

## REMERCIEMENTS

La rédaction de ce mémoire est le résultat d'un effort collectif. Je tiens à adresser mes sincères remerciements à celles et ceux qui m'ont aidé tout au long de ce processus et à la réalisation de cette œuvre. Tout d'abord, je veux remercier ma directrice, Sophia Chae et mon codirecteur, Yves Carrière qui m'ont accompagné et guidé avec rigueur tout au long de l'élaboration de cette recherche. Leurs conseils et commentaires constructifs m'ont permis d'améliorer à chaque fois ce travail

J'adresse également mes remerciements à tous les professeurs du département de démographie. Un grand merci à Élane Gingras et à Anick Gagnon pour leur accueil chaleureux et leur disponibilité pour répondre à mes sollicitations. J'exprime ma gratitude aussi à mes collègues du département, en particulier Silvia Grueva pour les lectures et les relectures.

Mes sincères remerciements vont aussi à mes ami.e.s Woodley Génés, David Jean Simon, Emmanuel Exantus, Jimmy Verné, Kensley Blaise, Leenchid St-Hilaire, Houlio St-Preux, Jean Ébène, Junior Pierre, Edwin Belzince, Marie-Claude Vincent et Vilbrun Leonard pour leurs encouragements.

Finalement, je tiens à exprimer ma gratitude envers ma mère, Guerta Doré, ma famille au Canada, notamment la famille Dubreuil, et ailleurs pour leur soutien moral et économique.

Merci infiniment.

## INTRODUCTION

En 2015, les Nations Unies ont adopté les objectifs de développement durable (ODD) à l'horizon 2030 et l'un d'entre eux vise à garantir l'accès universel aux services de santé sexuelle et reproductive (ODD3) (United Nations (UN) General Assembly, 2015). De ce fait, les autorités de l'Afrique subsaharienne cherchent à rendre plus accessibles les soins de santé reproductive. Malgré les différents programmes de promotion de la planification familiale (PF) mis en place, la région a le niveau le plus élevé de fécondité (5 enfants par femme) dans le monde (Tesfa *et al.*, 2023) et la plus grande proportion de femmes déclarant un besoin non satisfait en planification familiale (24%) (Kulczycki, 2018; Teshale, 2022). Le terme « besoin non satisfait » fait référence aux femmes sexuellement actives qui aimeraient retarder une grossesse ou qui ne veulent pas avoir d'enfants, mais qui n'utilisent aucune méthode de contraception (WHO, 2022). Il mesure donc l'écart entre les intentions de reproduction des femmes et leurs comportements contraceptifs (Bradley et Casterline, 2014; Juarez *et al.*, 2018).

Le besoin non satisfait indique également dans quelle mesure les femmes ne sont pas en mesure de contrôler leur procréation (Bhattathiry et Ethirajan, 2014; Juarez *et al.*, 2018; WHO, 2022). Les femmes ayant des besoins non satisfaits ont une plus grande probabilité de vivre des grossesses non désirées (Bishwajit *et al.*, 2017; Singh *et al.*, 2003; Yaya *et al.*, 2018). En outre, elles sont plus susceptibles d'expérimenter des avortements risqués et de la perte de leur enfant (Adedini *et al.*, 2015) et la mortalité maternelle (Singh *et al.*, 2003). Plusieurs chercheurs affirment qu'un nombre important de grossesses non désirées et de décès de mères et d'enfants auraient pu être évités s'il y avait une utilisation efficace de la planification familiale ou une réduction substantielle des besoins non satisfaits (Adedini *et al.*, 2015; Bishwajit *et al.*, 2017; Hubacher *et al.*, 2008; Sinai *et al.*, 2018; Singh *et al.*, 2003; Tsui *et al.*, 2010).

Dans le cadre des efforts visant à réduire les besoins non satisfaits en contraception en Afrique subsaharienne, diverses études s'intéressent aux facteurs qui y sont associés. Dans la littérature existante, il ressort que les femmes les plus susceptibles de déclarer des besoins non satisfaits sont celles qui sont les plus jeunes (Wulifan *et al.*, 2019), les moins éduquées (Hailemariam et Haddis, 2011; Teshale, 2022), qui résident en milieu rural (Hailemariam et Haddis, 2011) et dans des ménages à faible niveau de richesse (Ahinkorah *et al.*, 2020). D'autres études révèlent également que celles qui ont un faible niveau de pouvoir décisionnel en matière de santé reproductive

expriment plus de besoins en contraception (Dejene *et al.*, 2021). Si les études sus-présentées ont mis en exergue des résultats intéressants, notons que très peu d'entre elles ont pris en compte la polygynie dans leur analyse, un facteur socioculturel important et très présent dans les sociétés de l'Afrique subsaharienne (Ojediran, 2020).

La polygynie est une forme d'union dans laquelle un homme a plus d'une épouse simultanément. Elle est très répandue dans bon nombre de pays d'Afrique subsaharienne (Chae et Agadjanian, 2022; Timaeus et Reynar, 1998; Whitehouse, 2017). Dans cette forme de mariage, les femmes sont généralement moins instruites (Chae et Agadjanian, 2022) et moins susceptibles de discuter de la planification familiale avec leurs époux comparativement à celles qui sont dans un mariage monogame (Baschieri *et al.*, 2013; Ezeh, 1997; Hogan *et al.*, 1999; Peterson, 1999). De plus, l'opposition d'un homme vis-à-vis la contraception et le désir d'un mari d'avoir plus d'enfants que son épouse sont plus probables au sein des couples polygynes (Agadjanian et Ezeh, 2000; Ezeh, 1997; Hogan *et al.*, 1999; Odusina *et al.*, 2020). Par ailleurs, ces femmes sont plus susceptibles d'être indécises quant au calendrier de la maternité ou encore sur la volonté d'avoir des enfants additionnels (supplémentaires). Donc, ces situations peuvent compromettre l'utilisation (régulière) de la contraception et augmenter le risque des besoins non satisfaits chez les épouses des mariages polygynes.

Le lien entre la polygynie et les besoins non satisfaits a été très peu étudié en Afrique subsaharienne. En outre, les recherches existantes n'ont pas exploré l'association entre ce type de mariage et la nature des besoins non satisfaits en matière de contraception (différer une grossesse, reporter à une date imprécise la décision d'avoir une autre grossesse ou limiter les naissances) (Ojediran, 2020). Pour combler ces lacunes, nous proposons d'analyser l'association entre la polygynie et les besoins non satisfaits chez les femmes en union au Bénin. De plus, nous explorons la relation entre la polygynie et la nature des besoins non satisfaits (en espacement, en report et en limitation des naissances). Nous cherchons également à identifier l'influence du rang des épouses sur le risque d'exprimer des besoins non satisfaits. Nous étudions le Bénin parce qu'il présente un pourcentage très élevé de femmes issues de mariages polygynes (38%) (Chae et Agadjanian, 2022), ainsi qu'une faible prévalence d'utilisation de contraception moderne (12%) et un niveau élevé de fécondité (5,7 enfants par femme) (Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique

(INSAE) et ICF, 2019). Les résultats de cette étude permettront de mieux comprendre l'influence de cette forme d'union sur les besoins non satisfaits.

Ce travail de recherche est structuré en cinq chapitres. Au premier, nous dresserons le contexte évolutif de la polygynie et la situation actuelle en besoins non satisfaits dans la région subsaharienne. Par ailleurs, nous présenterons les résultats des travaux de recherches qui ont étudié l'association entre le type de mariage et le besoin non satisfait en contraception. Dans le second chapitre, nous aborderons le contexte de notre étude en présentant le portrait géographique, sociodémographique et économique du Bénin. Le chapitre suivant traitera l'aspect méthodologique de cette recherche. Ainsi, nous décrirons les sources de données, la population à l'étude et le plan d'analyse des données. Le quatrième chapitre présentera les résultats à partir des sources de données mobilisées. Dans le dernier chapitre, la discussion situera les résultats par rapport à ceux obtenus dans les études antérieures en tenant compte du contexte béninois. Quelques implications pour les politiques publiques seront aussi discutées. Pour finir, nous examinerons les forces et limites de cette étude et proposerons des pistes pour les recherches futures.

## 1.-REVUE DE LITTÉRATURE

Ce chapitre vise principalement à présenter une recension des études permettant de comprendre la relation entre la polygynie et les besoins non satisfaits en matière de planification familiale. D'abord, il décrit l'état de la polygynie en Afrique subsaharienne et les dynamiques de couples issus de ce type de mariage. Ensuite, il présente et discute les définitions des besoins non satisfaits et la situation actuelle de la région vis-à-vis de ce sujet.

### 1.1.-La polygynie en Afrique subsaharienne : prévalence, motivations de son existence et dynamiques des unions polygynes.

En Afrique, le mariage est pratiquement universel et se caractérise par la précocité de l'âge de l'entrée en union chez les femmes (Marcoux et Antoine, 2014; Tabutin et Schoumaker, 2020; Timaeus et Reynar, 1998). Dans un passé relativement récent, la polygynie représentait « la caractéristique la plus distinctive du mariage africain » (Garenne et Van Walle, 1989, p. 267). Bien qu'il n'y ait pas une statistique globale pour l'ensemble de la région, les études multi-pays montrent clairement la popularité de cette forme de mariage dans bon nombre de pays même de nos jours (Chae et Agadjanian, 2022; Whitehouse, 2017). En effet, selon une recherche récente menée sur 27 pays africains, seuls 4 ont moins de 10% des femmes mariées sont impliquées dans des unions polygynes (Chae et Agadjanian, 2022). Les résultats de cette même étude indiquent que, 13 pays ont entre 10% et 25% de femmes dans des mariages polygynes et 10 présentent une prévalence supérieure à 30%. En outre, les données révèlent que les unions polygynes sont plus importantes dans les milieux ruraux et chez les musulmans (Tabutin et Schoumaker, 2020; Whitehouse, 2017).

La pratique de la polygynie est souvent associée à des croyances religieuses — par exemple, l'islam —, cependant, elle s'avère être indépendante de la religion selon certaines études (Zeitzen, 2020). Les raisons de l'existence de cette forme de mariage sont multiples et se fondent essentiellement sur des modèles économiques, démographiques et sociaux (Ember, 1974; White et Burton, 1988). Premièrement, la polygynie est mise en relation avec les systèmes économiques fondés sur la force de travail plutôt que la mécanisation, l'accumulation d'épouses et d'enfants étant un moyen d'augmenter la main-d'œuvre et la production agricole (Jacoby, 1995; Lesthaeghe *et al.*, 1986; Zeitzen, 2020). De plus, les parents cherchent à maximiser leurs descendants afin d'assurer leur vieillesse étant donné qu'il n'existe pas de protection sociale dans ces sociétés

préindustrielles (Fapohunda et Todaro, 1988). Au regard de l'importance accordée aux enfants, une femme stérile peut même encourager ou accepter que son mari épouse une autre femme afin de préserver son mariage au lieu de divorcer (Tabi *et al.*, 2010).

En second lieu, on considère que, dans certaines sociétés, l'existence de la polygynie est expliquée par le surplus de femmes disponibles sur le marché matrimonial (Antoine et Pilon, 1998; Ember, 1974). Généralement, les femmes ont tendance à entrer en union beaucoup plus tôt que les hommes (Barbieri et Hertrich, 2005). Cette situation résulte en un plus grand nombre de femmes disponibles sur le marché matrimonial et crée une différence d'âges entre les conjoints. Ainsi, la pratique de ce type de mariage permet de réduire le déséquilibre entre les effectifs des deux sexes. Elle est également mise en relation avec la pratique du lévirat et la nécessité d'avoir des enfants qui poursuivent la lignée de la famille (Lardoux et Van de Walle, 2003; Zeitzen, 2020). La pratique du lévirat veut qu'une veuve épouse un parent de son mari décédé, généralement son frère afin d'assurer la continuité de la lignée et la protection des ressources de la famille (Lardoux et Van de Walle, 2003; Zeitzen, 2020).

Finalement, ce type de mariage peut être associé à des raisons sociales, car pour certains la pratique de ce dernier représente un symbole de pouvoir et de prestige social (Peterson, 1999). En Afrique, un homme ayant plusieurs épouses est perçu comme une personne riche et cette perception lui confère un énorme prestige (Clignet, 1970 cité dans Zeitzen, 2020). Par ailleurs, certains chercheurs en biologie humaine (les sociobiologistes) considèrent que la pratique de la polygynie est une stratégie utilisée par les hommes non seulement pour satisfaire leur besoin sexuel durant la période d'abstinence post-partum, mais aussi pour maximiser leur progéniture (White et Burton, 1988; Zeitzen, 2020).

### Dynamiques des unions polygynes

Les épouses des mariages polygynes se distinguent de celles des unions monogames par leurs caractéristiques sociodémographiques. Dans les unions polygynes, les femmes ont tendance à être plus pauvres, moins instruites et beaucoup plus jeunes que leurs époux (Barbieri et Hertrich, 2005; Baschieri *et al.*, 2013; Ezeh, 1997; Hertrich, 2006; Tabutin et Schoumaker, 2020). Ces caractéristiques socioéconomiques et démographiques sont fortement liées à leur faible pouvoir décisionnel (Adongo *et al.*, 1997; Agadjanian et Ezeh, 2000; White et Burton, 1988). En effet, le partage du pouvoir au sein des mariages polygynes est alors plus susceptible d'être inégal que dans

les mariages monogames (Dodoo, 1998). D'autre part, certains chercheurs considèrent que dans ces mariages le mari agit en étant le principal décideur et tuteur de ses épouses (Farrell *et al.*, 2014). Cette pratique a tendance à isoler les épouses des décisions importantes liées à la planification familiale (Adongo *et al.*, 1997).

Le pouvoir de décision d'une épouse des familles polygynes ne résulte pas uniquement de la relation entre cette dernière et son mari. Mais, il découle aussi de la relation entre les coépouses, ainsi que de celle de l'époux avec les autres épouses. Bien que les normes promeuvent des traitements égaux du mari envers elles, il ne les traite pas toujours de la même manière. Autrement dit, elles n'ont pas le même niveau de pouvoir, qui varie en fonction de plusieurs facteurs. Parmi ces derniers figurent leur statut, leurs contributions productives au sein du foyer, leurs origines sociales, leurs capacités reproductives (nombre d'enfants), leurs rangs (première épouse, seconde épouse, etc.), ainsi que le fait d'avoir été précédemment mariée ou pas (première union, femme remariée) (Al-Krenawi, 1999; Al-Krenawi et Graham, 2006; Zeitzen, 2020).

En général, la première épouse détient un pouvoir plus important en raison de l'ordre hiérarchique établi au sein des familles où la femme senior (plus ancienne) a un droit de domination sur les épouses juniors (Al-Krenawi, 1999; Naksomboon, 2013). Parfois, elle encourage et peut participer à la décision de l'arrivée d'une nouvelle épouse dans le foyer afin de l'aider dans les tâches domestiques (Clignet, 1970 cité dans Zeitzen, 2020). Puisque l'épouse senior peut disposer de plus de pouvoir que les femmes juniors, le rang des épouses influence leur pouvoir de décision sur la santé reproductive — en particulier leur possibilité d'utilisation des méthodes contraceptive— et leur risque d'avoir des besoins non satisfaits.

Le pouvoir des épouses au sein des mariages polygynes varie également en fonction du nombre d'union qu'elles ont eu au cours de leur vie, c'est-à-dire si elles sont à leur premier mariage ou si elles ont déjà contracté une première union (remariées) (Burgoyne et Morison, 1997; Zeitzen, 2020). Les femmes remariées ont un plus grand pouvoir de décision que celles en étant à leur première union, car l'expérience vécue dans le précédent mariage peut leur servir à orienter leurs nouveaux choix en discutant au préalable avec leur époux de la planification familiale et à négocier des arrangements (partage des revenus, biens, héritage, entre autres), notamment lorsqu'elles ont déjà des enfants de la précédente union (Burgoyne et Morison, 1997; Pyke, 1994). Elles ont tendance à maintenir l'autorité acquise lors de leur divorce, à apporter d'importantes ressources



dans leur nouveau mariage et à réfléchir avant de prendre la décision de contracter une nouvelle union (Burgoyne et Morison, 1997). Par ailleurs, la littérature souligne que les femmes remariées sont plus susceptibles de s'engager dans des unions polygynes; ces dernières favorisent le remariage rapide des veuves et des divorcées (Whitehouse, 2017). Du coup, on s'attend à ce que les femmes remariées aient un plus grand pouvoir décisionnel concernant leur santé et qu'elles expriment moins de besoins non satisfaits en contraception comparées à celles qui sont à leur premier mariage.

### Relation entre la polygynie et la fécondité

Dans de nombreuses sociétés, le mariage est assigné à la procréation. Les comportements, les motivations et les préférences de fécondité peuvent varier en fonction du type de mariage. Dans les unions polygynes les enfants sont très valorisés. Il est à rappeler que, pour les hommes, cette forme de mariage peut constituer une approche pour atteindre la fécondité souhaitée (Amadou Sanni, 2001).

Cependant, le lien de causalité entre la polygynie et la fécondité est difficile à établir pour diverses raisons, notamment en raison de l'absence de données longitudinales pour ce type d'analyse. De plus, ce lien n'est pas identique pour le mari et les épouses et il peut varier en fonction du rang de l'épouse. Selon certains chercheurs, la polygynie semble augmenter le nombre moyen de descendants des hommes, tandis qu'elle a tendance à le diminuer chez les femmes (Anderton et Emigh, 1989).

Certains auteurs soutiennent l'idée selon laquelle la fécondité des femmes vivant en union polygyne est plus faible que celle des unions monogames, arguant que les épouses des mariages polygynes auraient moins de chances de tomber enceintes en raison des rapports sexuels moins fréquents (Lardoux et Van de Walle, 2003; Madhavan, 1998). Les résultats de l'étude de Lardoux et Van de Walle (2003) confirment une association négative entre le nombre de coépouses et la fécondité à Ngayokheme, une zone rurale du Sénégal.

Au-delà de ce constat, il est important de noter que les épouses des mariages polygynes ne sont pas homogènes dans leur traitement. Généralement, le favoritisme ou la préférence (sexuelle) pour la nouvelle épouse (la favorite) semble augmenter la probabilité de tomber enceinte. D'ailleurs, il a été démontré que les épouses de rang plus élevé (la nouvelle arrivée) sont plus susceptibles d'avoir accouché récemment (Lardoux et Van de Walle, 2003).

D'autres auteurs affirment que la polygynie contribue indubitablement à une fécondité élevée. D'un côté, elle influence la fécondité des coépouses en raison de la compétition entre elles pour avoir plus d'enfants. Cette concurrence est souvent associée à des désirs de fécondité ambivalents chez les épouses des familles polygynes, car le nombre d'enfants de chacune détermine leur statut réciproque au sein de la famille (Madhavan, 1998). De plus, l'effet de la polygynie sur la fécondité est lié aux caractéristiques sociodémographiques des femmes telles que l'entrée en union précoce et le remariage rapide des femmes divorcées ou des veuves. Ainsi, elle augmente la probabilité que les femmes tombent enceintes (Timaeus et Reynar, 1998; Lardoux et Van de Walle, 2003).

Donc, la relation entre la polygynie et la fécondité n'est pas concluante, et le rang des épouses est un élément important pour étayer certains aspects de cette relation. Il est également crucial de tenir compte d'une relation triangulaire, à savoir le lien entre les coépouses et celui entre l'époux et leurs épouses.

## 1.2.- Définition du concept de besoins non satisfaits en planification et la recension des écrits sur ce terme en Afrique subsaharienne

### Définition du concept de besoins non satisfaits en planification familiale

Le terme « besoin non satisfait en matière de planification familiale » trouve son origine dans les premières enquêtes sur la fécondité et la planification familiale menées au cours des années 60 (Bradley *et al.*, 2012). Depuis lors, il y a eu des révisions continues dans la définition et la mesure de celui-ci (Bradley *et al.*, 2012; Bradley et Casterline, 2014; Sedgh *et al.*, 2007). Dans les travaux réalisés avant les années 80, le terme « besoin non satisfait » est utilisé pour décrire les femmes en union qui veulent éviter une grossesse, mais n'utilisent pas de contraception (Bradley *et al.*, 2012; Bradley et Casterline, 2014). Ils se basent uniquement sur les femmes en union et les besoins non satisfaits en limitation de naissances en raison des données disponibles à l'époque (Bradley *et al.*, 2012).

Depuis 1984, le programme des enquêtes démographiques et de santé (EDS) aide à consolider la mesure de ce concept tout en proposant une nouvelle définition qui englobe les besoins non satisfaits en espacement et en limitation des naissances chez les femmes en union formelle et en union consensuelle. Cette définition dite originale (ou standard) repose sur des hypothèses complexes (Bradley *et al.*, 2012). Par exemple, pour l'estimation des besoins non satisfaits, on

considère les femmes comme étant en aménorrhée post-partum jusqu'à cinq ans après leur accouchement le plus récent, c'est-à-dire, qu'elles ne s'exposent pas au risque de besoins non satisfaits pendant cette période. De plus, les femmes enceintes ou en aménorrhée post-partum en raison d'un échec de la contraception ne sont pas considérées comme ayant un besoin non satisfait parce qu'elles utilisaient un moyen de contraception pour éviter la grossesse (ou la dernière naissance). En outre, les femmes ayant des données manquantes pour des questions clés se voient attribuer un statut de besoins non satisfaits. Ces suppositions rendent complexe l'estimation des besoins non satisfaits et risque de le biaiser.

Afin de réduire la complexité de la définition originale, et sur la base des recommandations formulées par un groupe d'experts sur les besoins non satisfaits en matière de planification familiale, les responsables du programme des EDS ont révisé les hypothèses précédentes et proposé une « définition révisée » (Bradley et Casterline, 2014; Bradley *et al.*, 2012). Cette dernière recommande de ne pas supposer un statut de besoin non satisfait pour les femmes qui n'ont pas répondu à des questions clés et à réduire à deux ans la période aménorrhéique. Elle fait aussi une meilleure distinction entre les besoins non satisfaits en espacement et ceux en matière de limitation. Auparavant, les femmes qui étaient i) enceintes ou en aménorrhée post-partum, et ii) qui ne voulaient pas du tout de la grossesse actuelle (ou la dernière naissance), se classaient comme celles ayant des besoins non satisfaits en limitation (Bradley *et al.*, 2012). En revanche, la définition révisée de 2012 utilise davantage d'informations pour classer ces femmes : si la grossesse en cours (ou la dernière naissance) n'était pas désirée, mais que dans une question distincte, elles déclaraient vouloir plus d'enfants à l'avenir, elles étaient classées comme ayant un besoin non satisfait d'espacement plutôt que de limitation (Bradley *et al.*, 2012; Bradley et Casterline, 2014). En effet, la demande totale de besoins insatisfaits en matière de planification pour une population donnée est la somme de toutes les femmes qui n'utilisent pas une méthode contraceptive et qui se trouvent dans une des situations suivantes :

A- Elles ne sont pas enceintes ni aménorrhéiques post-partum :

- i- Elles sont fécondes, mais ne veulent plus d'enfants.
- ii- Elles sont fécondes, veulent des enfants dans deux ans et plus ou elles sont indécises quant au calendrier de maternité ou à la volonté d'avoir des enfants.

B- Elles sont enceintes ou aménorrhéiques post-partum :

- iii- Elles ne veulent pas de la grossesse en cours (ou la dernière naissance).
- iv- Elles veulent la grossesse actuelle (ou la dernière naissance) plus tard.

Les besoins non satisfaits en espacement se réfèrent aux situations ii et iv tandis que les besoins en limitation de naissances se rapportent aux cas i et iii. Ainsi, les besoins non satisfaits en limitation se réfèrent au contrôle sur la taille de la famille, tandis que les besoins non satisfaits en espacement concernent principalement le contrôle sur l'intervalle de temps entre les naissances.

À l'instar des définitions précédentes, cette définition révisée n'est pas parfaite et ni exempte de critiques. Elle a des limites d'ordre conceptuel et méthodologique (Moreau *et al.*, 2019).

Premièrement, les limites conceptuelles de cet indicateur reposent sur des hypothèses qui présentent certaines confusions dans l'interprétation des résultats et dans les implications conçues par les responsables des programmes de planification familiale. À rappeler que l'indicateur des besoins non satisfaits est opérationnalisé comme étant un simple écart entre la non-utilisation de contraception et le désir en matière de fécondité des femmes (Karra, 2022; Smith et Connolly, 2020). Il établit ainsi un lien inextricable entre les préférences de fécondité et celles contraceptives sans inclure des questions sur la volonté ou l'intention future des femmes d'utiliser des méthodes contraceptives (Karra, 2022; Speizer *et al.*, 2022). Les chercheurs ont tendance à lier les résultats obtenus au manque d'accès. Toutefois, ces résultats ne fournissent pas suffisamment de renseignements sur le manque d'accès à la contraception ou sur le désir inassouvi d'utiliser une méthode contraceptive, limitant ainsi les implications pour les programmes de planification familiale (Senderowicz et Maloney, 2022). Le fait qu'une personne ne recherche pas activement une grossesse ne signifie pas qu'elle souhaiterait utiliser une méthode contraceptive (Sarnak *et al.*, 2023; Senderowicz et Maloney, 2022). Ainsi, des études récentes ont démontré que de nombreuses femmes auxquelles on attribue des besoins non satisfaits prennent la décision de ne pas utiliser une méthode ou ne souhaitent pas le faire dans le futur, bien qu'elles aient l'accès aux services (Karra, 2022; Sarnak *et al.*, 2023; Senderowicz et Maloney, 2022).

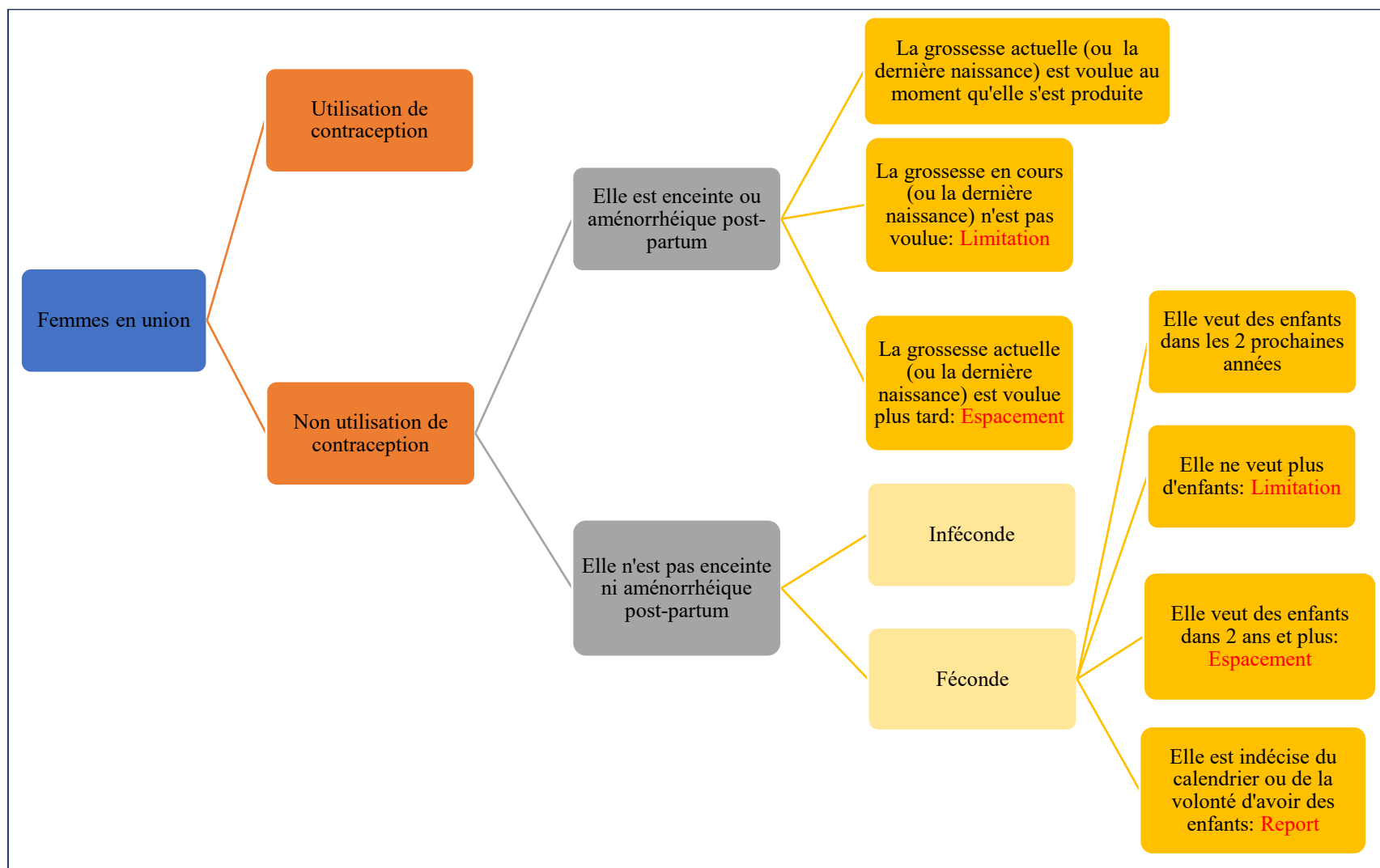
De plus, la définition révisée de 2012 ne distingue pas les besoins non satisfaits en espacement de ceux liés à l'indécision vis-à-vis du calendrier des naissances ou de la volonté d'avoir des enfants (*Report, voir figure 1*). Les besoins non satisfaits pour des raisons de report des naissances est une nouvelle catégorie qui s'est développée au cours des dernières années afin de mettre en exergue les femmes qui sont indécises de leur calendrier de maternité ou la volonté de ne plus avoir d'enfant

(Hayford et Agadjanian., 2019; Timæus et Moultrie, 2020; Towriss *et al.*, 2019). On le définit comme étant un besoin non satisfait en report des naissances (*postponement*), parce qu'il ne se réfère ni au contrôle sur la progression de la parité (limitation) ni sur la longueur de l'intervalle de temps entre les naissances (espacement), mais il découle simplement du report pour une date imprécise de la décision des femmes concernant leur reproduction sans tenir compte des antécédents de fécondité (Hayford et Agadjanian., 2019).

De nombreuses femmes peuvent être dans une situation ambivalente vis-à-vis de leur désir de fécondité, se retrouvant ainsi indécises quant à la procréation future ou le moment de celle-ci (Speizer *et al.*, 2022). Cette attitude est particulièrement associée aux femmes impliquées dans les unions polygynes, car elles sont préoccupées par l'évolution de la parité des coépouses (Madhavan, 1998). Pendant ces périodes d'incertitude, elles peuvent s'engager dans des relations non protégées et par conséquent, expérimenter des grossesses non désirées et exprimer des besoins non satisfaits.

L'adoption d'une définition de besoins non satisfaits qui permet d'identifier les quatre préférences en matière de contrôle de la fécondité comprend d'importants avantages (voir figure 1). Précisément, elle aide à distinguer les femmes qui rapportent clairement leurs préférences de fécondité sur un intervalle de temps bien défini (besoins non satisfaits en espacement) et sur la progression de la parité (besoins non satisfaits en limitation) de celles qui associent leurs intentions de maternité aux aléas de la vie (changement d'état de santé, des situations socioéconomiques et des conditions environnementales, grossesse d'une co-épouse, etc.) (Timæus et Moultrie, 2020). Elle permet également d'établir le lien entre la polygynie et les besoins non satisfaits en évaluant l'effet de l'incertitude des épouses des familles polygynes en matière de fécondité dans cette relation.

Figure 1.-Définition des besoins non satisfaits chez les femmes en union.



Source : Élaboré et modifié par l’auteur à partir de Bradley *et al.* (2012 :11).

En second lieu, l'évaluation de l'indicateur des besoins non satisfaits suscite des critiques du point de vue méthodologique, car les rouages de sa mesure peuvent biaiser les résultats qui en découlent. D'un côté, en supposant que toutes les femmes mariées sont exposées à des grossesses, même si elles n'utilisent pas de contraception en raison de l'absence de leurs partenaires, on tend à surestimer l'estimation des besoins non satisfaits (Karra, 2022; Speizer *et al.*, 2022).

D'un autre côté, le fait de considérer la durée aménorrhéique post-partum -absence de risque de grossesse après un accouchement- pour une période de deux ans fait objet de débat. Des analyses de sensibilité ont démontré une sous-estimation des besoins non satisfaits chez les femmes en adoptant l'hypothèse de deux ans (Karra, 2022). Un autre problème méthodologique concerne les biais de rappel puisque la mesure des besoins non satisfaits dépend des préférences déclarées en matière de fécondité, en demandant aux femmes de se souvenir de leurs préférences lorsqu'elles étaient tombées enceintes. De nombreuses études ont identifié d'importants biais dans la mesure du désir des naissances des femmes en utilisant l'approche rétrospective directe du rappel (Agyekum *et al.*, 2022; Karra, 2022).

En somme, les besoins non satisfaits se révèlent être un concept complexe à multiples facettes qui nécessite d'être appréhendé au moyen d'autres informations, telles que la motivation contraceptive (Smith et Connolly, 2020). Malgré les critiques susmentionnées, il demeure l'indicateur le plus utilisé pour mesurer la demande de contraception au sein d'une population. Sa normalisation dans tous les contextes et son utilisation continue en tant qu'indicateur clé permettent d'évaluer les progrès en ce qui concerne l'utilisation de la planification familiale dans les engagements mondiaux tels que les objectifs de développement durable (Sarnak *et al.*, 2023).

### Besoin non satisfait en Afrique subsaharienne : situation actuelle et les facteurs associés

Le besoin non satisfait en contraception est un indicateur permettant de mesurer l'écart entre les aspirations et les pratiques des individus en matière de fécondité et de contraception. Il est très utilisé pour justifier les investissements dans les programmes de planification familiale, ainsi que pour mesurer les progrès accomplis en la matière (Bhattathiry et Ethirajan, 2014; Bradley et Casterline, 2014; Kulczycki, 2018; WHO, 2022). Il est en effet au cœur des programmes

internationaux de planification familiale et de la recherche sur la population d'Afrique subsaharienne (Kourouma, 2011; Phiri *et al.*, 2023; Sidze *et al.*, 2014 ; Teshale, 2022).

Bien qu'il y ait des progrès sur cette thématique grâce aux différents programmes de planification familiale mis sur pied au cours des dernières décennies, la croissance démographique reste importante dans cette région et les résultats en santé reproductive sont encore médiocres. En Afrique subsaharienne, la prévalence globale des besoins non satisfaits est d'environ 24%. La proportion de celles ayant des besoins insatisfaits en espacement et en limitation des naissances est 16% et 8% respectivement (Phiri *et al.*, 2023; Teshale, 2022). Réduire les besoins non satisfaits en matière de contraception est un moyen important pour contrôler le niveau de fécondité et pour améliorer la santé maternelle (Cleland *et al.*, 2006; Kulczycki, 2018). Les femmes ayant des besoins non satisfaits courent le risque de connaître des grossesses non désirées; l'une des principales causes de mortalité maternelle (The Alan Guttmacher Institute, 1999). Selon les statistiques disponibles, la réduction des besoins non satisfaits en matière de planification familiale dans les pays en développement, dont l'Afrique subsaharienne, pourrait éviter chaque année 54 millions de grossesses non désirées, 2,3 millions de décès infantiles et 200 milles de décès maternels (Singh *et al.*, 2014). Par conséquent, estimer l'ampleur des besoins non satisfaits dans cette région et comprendre les facteurs associés à cette problématique reste un sujet important.

La richesse de la littérature sur les besoins non satisfaits en planification familiale a permis d'identifier que les facteurs sociodémographiques et économiques, les croyances religieuses et culturelles tels que l'âge de la femme, son niveau d'éducation, sa religion, son milieu de résidence, le nombre d'enfants vivants (parité) et l'indice de richesse du ménage sont susceptibles d'être associés à leur risque des besoins non satisfaits en contraception (Phiri *et al.*, 2023; Teshale, 2022; Zoetyande *et al.*, 2020).

Selon certains chercheurs, les femmes les plus jeunes sont plus susceptibles d'avoir des besoins non satisfaits (Ahinkorah *et al.*, 2020; Hailemariam et Haddis, 2011; Nkoka *et al.*, 2020; Solanke, 2016; Wulifan *et al.*, 2019), car elles auraient plus de contraintes pour accéder aux services de santé tels que des difficultés financières et des refus d'accès aux produits contraceptifs en raison de leur âge (Kourouma, 2011; Sidze *et al.*, 2014). Par ailleurs, plusieurs études ont trouvé que les femmes qui ont un niveau d'éducation supérieur ont moins de chances de présenter un besoin non satisfait parce qu'elles seraient plus à même de connaître les méthodes contraceptives, de se protéger des



fausses idées liées à leur utilisation et d’avoir accès aux établissements de santé (Hailemariam et Haddis, 2011; Teshale, 2022).

La littérature fait mention des croyances religieuses comme un facteur susceptible d’exercer une grande influence sur les préférences en matière de fécondité des femmes et les besoins non satisfaits (Nkoka *et al.*, 2020). Les femmes ayant de fortes préférences de fécondité telles que les musulmanes seraient plus susceptibles d’éviter l’utilisation de la contraception et moins enclines à avoir des besoins non satisfaits (Tebekaw *et al.*, 2014). Cependant, selon une étude menée au Malawi, les femmes musulmanes étaient plus susceptibles d’avoir un besoin non satisfait comparativement aux femmes catholiques (Nkoka *et al.*, 2020). Par ailleurs, les recherches ont démontré que la parité est positivement associée au risque de besoins non satisfaits (Ahinkorah *et al.*, 2020; Teshale, 2022; Wulifan *et al.*, 2019; Zoetyande *et al.*, 2020). Il est plus probable que les femmes ayant des parités élevées aient atteint la taille idéale de leur famille, augmentant le risque d’avoir des besoins non satisfaits qui auraient eu pour but de limiter la naissance d’enfants additionnels (Ahinkorah *et al.*, 2020; Teshale, 2022; Wulifa *et al.*, 2019; Zoetyande *et al.*, 2020).

Plusieurs études ont révélé que les femmes vivant dans les milieux ruraux sont plus susceptibles d’avoir des besoins non satisfaits parce que l’accès et la disponibilité des services de santé y sont plus difficiles (Ahinkorah *et al.*, 2020; Dejene *et al.*, 2021). De plus, les femmes des régions rurales seraient moins informées des méthodes de contraceptives que celles des milieux urbains. En outre, il a été démontré que les femmes de statuts socioéconomiques les plus élevés sont plus en mesure de surmonter les obstacles qui les empêcheraient accéder aux services de santé —notamment la planification familiale— tels que le coût des services ou des produits. En effet, les femmes du quintile le plus riche sont moins susceptibles de déclarer un besoin non satisfait en méthode contraceptive que celles du quintile le plus pauvre (Ahinkorah *et al.*, 2020; Anik *et al.*, 2022).

Les différences entre les caractéristiques sociodémographiques des époux peuvent être associées au pouvoir décisionnel des femmes (Kriel *et al.*, 2019). Elles facilitent aux époux d’imposer leurs préférences de fécondité en faisant obstacle à l’utilisation de la contraception (Ezeh, 1997; Odusina *et al.*, 2020). Il convient de noter que ces comportements sont plus probables lorsque les femmes sont beaucoup plus jeunes ou ont moins d’éducation par rapport à leur conjoint,

car l'écart d'âge et de niveaux d'éducation influence le pouvoir de négociation ou de prise de décision en ce qui concerne la contraception (Izugbara, 2018).

Afin d'ajouter à la littérature existante sur les facteurs susceptibles de faire varier le risque de besoins non satisfaits chez les femmes, on propose d'examiner l'influence du type de mariage et le rang des épouses sur les besoins non satisfaits au Bénin.

### 1.3.-La polygynie et les besoins non satisfaits en planification familiale

Comme mentionné antérieurement, le lien entre la polygynie et les besoins non satisfaits en contraception a été peu étudié. De plus, les résultats des recherches jusqu'à ce jour sont mitigés. D'après l'étude réalisée par Ojediran (2020) auprès d'un groupe de jeunes femmes ayant reçu des services de santé maternelle d'une clinique dans l'État d'Oyo, au Nigéria, les besoins non satisfaits en planification familiale sont plus importants chez les femmes en union polygyne. En outre, en utilisant les données de l'enquête démographique et de santé (EDS) de 2012 de la Jordanie, Clark *et al.* (2017) ont étudié la relation entre la polygynie et le besoin non satisfait chez les femmes victimes de violence conjugale et ils sont parvenus à la même conclusion. Il convient de signaler que les études menées par Clark *et al.* (2017) et Ojediran (2020) se concentrent sur des groupes spécifiques plutôt que l'ensemble de la population. Par conséquent, leurs résultats ne peuvent être extrapolés aux femmes qui n'appartiennent pas à ces sous-groupes précis.

Par ailleurs, l'étude de Solanke (2016) sur les facteurs sociodémographiques associés aux besoins non satisfaits à partir des données de l'EDS de 2013 du Nigéria n'a pas identifié d'association significative avec la polygynie. Quant à l'étude de Wang *et al.* (2017) sur sept pays africains (Cameroun, Côte d'Ivoire, Mozambique, Nigéria, République démocratique du Congo, Sierra Leone, Tanzanie) via une analyse descriptive, elle démontre que le pourcentage de femmes issues des mariages polygyes ayant des besoins non satisfaits en contraception est similaire à celui des épouses d'unions monogames, et ce, quelle que soit le type de besoin (espacement ou limitation).

La polygynie peut être associée aux besoins non satisfaits pour diverses raisons. Premièrement, l'opposition des maris à l'égard de la planification familiale est considérée comme l'un des facteurs qui augmentent le risque de besoins non satisfaits chez les femmes des mariages polygyes (Clark *et al.*, 2008; Darroch *et al.*, 2011). En ce sens, il a été démontré que l'interférence des hommes

représente une barrière à l'utilisation des produits contraceptifs parmi un groupe de femmes des unions polygynes jordaniennes, ce qui augmente leur probabilité d'exprimer des besoins non satisfaits (Clark *et al.*, 2008; Clark *et al.*, 2017). Donc, elles font face à des difficultés pour accéder à la contraception en raison de l'opposition de leurs conjoints et courent un risque plus élevé d'avoir des besoins non satisfaits. En outre, on considère que les femmes engagées dans les mariages polygynes sont plus susceptibles de voir les hommes faire obstacle à l'utilisation de contraception comparativement aux femmes monogames en raison du plus faible pouvoir décisionnel du premier groupe d'épouses. Il est à rappeler que les femmes impliquées dans les mariages polygynes sont plus jeunes, moins instruites et plus pauvres; ces facteurs qui favorisent le manque d'autonomie et augmentent le risque d'exprimer des besoins non satisfaits.

En second lieu, la polygynie peut être associée aux besoins non satisfaits en raison de la sous-estimation du risque de grossesse. D'un côté, les activités sexuelles peu fréquentes chez les femmes des mariages polygynes peuvent être la cause de cette perception. La fréquence des rapports sexuels chez les femmes des familles polygynes est réduite vu que le mari partage généralement son temps entre toutes les épouses (Lesthaeghe *et al.*, 1986; Mondain *et al.*, 2004; Tabi *et al.*, 2010; Zeitzen, 2020). Elles peuvent donc percevoir une faible probabilité de grossesse en ayant des rapports sexuels non protégés et courent un plus grand risque d'exprimer des besoins non satisfaits (espacement ou limitation des naissances) (Darroch *et al.*, 2011; Machiyama et Cleland, 2013; Moreira *et al.*, 2019; Tabi *et al.*, 2010). Ainsi, une étude menée dans trois régions, dont l'Afrique subsaharienne, indique que les femmes ayant des besoins non satisfaits en matière d'espacement des naissances sont susceptibles de mentionner des rapports sexuels peu fréquents comme raison de la non-utilisation des produits contraceptifs (Darroch *et al.*, 2011).

En outre, les besoins non satisfaits peuvent être liés à la polygynie en raison de la pratique de l'allaitement maternel prolongé dans les familles polygynes. En effet, selon certains auteurs, cette forme de mariage aurait une influence positive sur l'espacement des naissances (Zeitzen, 2020). Pour les femmes qui ont la possibilité d'allaiter exclusivement, l'aménorrhée de lactation (ou l'aménorrhée post-partum) représente une méthode contraceptive, et ce pour une durée maximale de six mois après l'accouchement. Autrement dit, après une période relativement courte, la méthode d'allaitement maternel et l'aménorrhée (MAMA) ne constitue plus un moyen de contraception efficace (Darroch *et al.*, 2011; WHO, 2016). D'ailleurs, une grande proportion de

femmes qui présente des besoins non satisfaits, en particulier pour des raisons d'espacement, déclare l'allaitement maternel comme une des trois principales raisons pour ne pas utiliser les méthodes contraceptives (Darroch *et al.*, 2011). Les femmes dans les mariages polygynes qui sous-estiment le risque de grossesse après une naissance peuvent donc avoir des grossesses non voulues et exprimer des besoins non satisfaits, notamment pour l'espacement des naissances.

Troisièmement, on peut considérer que la polygynie est associée aux besoins non satisfaits compte tenu des comportements indécis des femmes issues de cette forme de mariage concernant le calendrier de maternité ou la volonté de ne plus avoir d'enfants (Hayford et Agadjanian., 2019). Ce type de besoin non satisfait est plus spécifique aux épouses des unions polygynes que celles issues des unions monogames, car les coépouses sont généralement en compétition pour avoir plus d'enfants. Dans cette dynamique de concurrence, elles désirent un enfant supplémentaire si seulement une coépouse est tombée enceinte. Du coup, elles n'utilisent pas régulièrement les méthodes contraceptives par souci d'être prêtes à tomber enceinte au moment opportun. Ainsi, elles courent le risque de grossesses non encore voulues, ce qui signifie des besoins non satisfaits pour des raisons de report de naissances.

Cependant, la rivalité entre elles pour avoir le plus grand nombre d'enfants possible peut intrinsèquement augmenter les préférences en matière de fécondité et réduire le risque d'exprimer des besoins non satisfaits. En effet, la concurrence entre les coépouses rend difficile d'établir un lien clairement défini entre la polygynie et les besoins non satisfaits en report de naissances.

De tout ce qui précède, on conclut que les besoins non satisfaits peuvent être plus importants chez les femmes de mariages polygynes que celles des unions monogames par le fait que les mécanismes conduisant au risque d'exposition à cette problématique sont plus probables d'être signalés chez les femmes issus d'unions polygynes.

#### 1.4.-Questions et hypothèses de recherche

Dans cette section, nous abordons les questions qui guident cette étude ainsi que les principales hypothèses que nous aurons à tester. La présente étude cherche à répondre aux deux questions suivantes : La polygynie influence-t-elle les besoins non satisfaits en contraception au Bénin ? Dans quelle mesure la polygynie a-t-elle une influence sur les motifs des besoins non satisfaits en contraception (espacement, report ou limitation de naissances) ?

Pour ce faire, nous proposons de tester les hypothèses suivantes :

H1 : Les femmes dans les unions polygynes sont plus susceptibles de déclarer des besoins non satisfaits en contraception que les femmes dans les unions monogames.

H2 : Les femmes dans les mariages polygynes sont plus susceptibles d'avoir des besoins non satisfaits en espacement des naissances que les épouses de mariages monogames.

H3 : Les femmes engagées dans les mariages polygynes sont plus sujettes à déclarer des besoins non satisfaits en report des naissances que les épouses de mariages monogames.

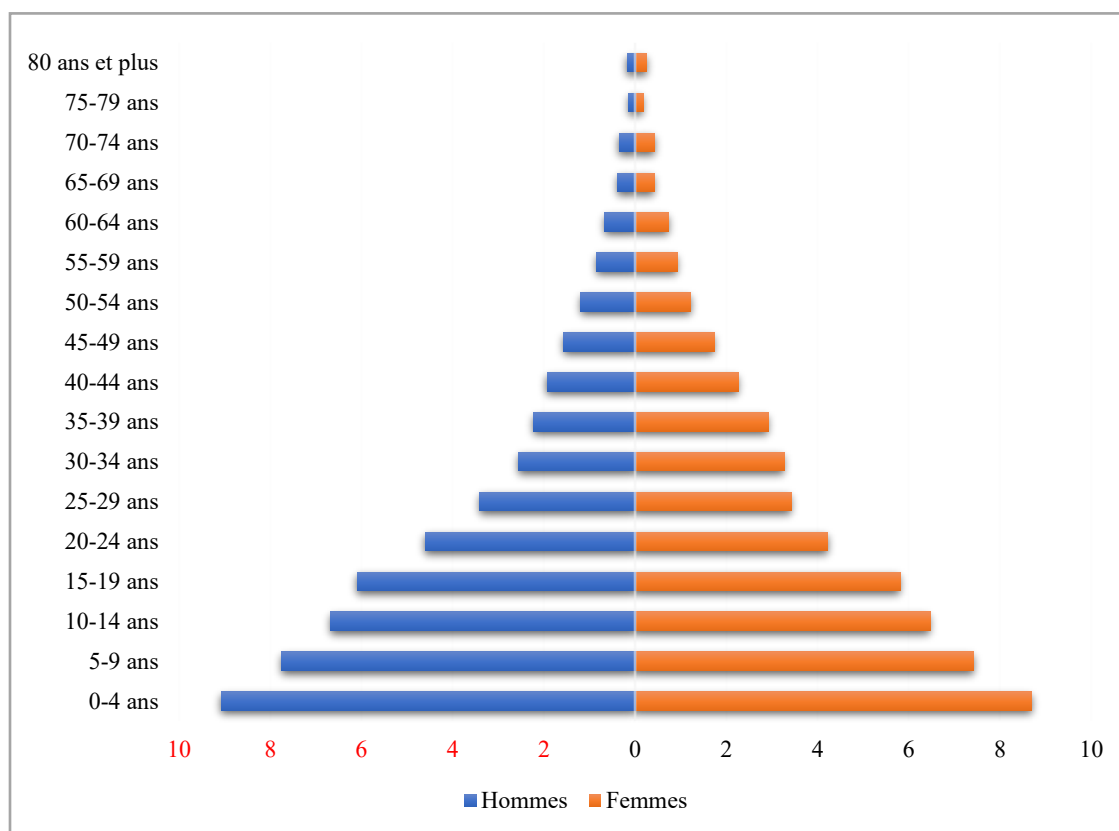
H4 : Les femmes issues des unions polygynes sont plus susceptibles d'exprimer des besoins non satisfaits en limitation des naissances que celles d'union monogame.

Comme s'est mentionné dans la section 1.1, les épouses juniors auraient un plus faible pouvoir décisionnel et un plus grand risque d'exprimer de besoins non satisfaits que les épouses seniors. Certes, on suppose que les femmes engagées dans les mariages polygynes sont plus susceptibles, mais on s'attend que cette association soit plus forte chez les épouses juniors lorsqu'on tient compte du rang des épouses.

## 2.-CONTEXTE DE L'ÉTUDE : BÉNIN

Situé en Afrique de l'Ouest, le Bénin a une superficie d'environ 115 000 km<sup>2</sup> (Banque Africaine de développement, 2020). Il est délimité au nord par le Niger, au nord-ouest par le Burkina Faso, à l'est par le Nigeria, à l'ouest par le Togo et au sud par l'océan Atlantique. La population béninoise est estimée à 12,5 millions d'habitants en 2021, dont 51% de femmes (Institut National de la Statistique et de la Démographie, 2022). À la naissance, le rapport de masculinité est de 98,4 hommes pour 100 femmes pour l'année 2021. Concernant la structure par sexe et par âge, la pyramide des âges présente une base élargie et qui se rétrécit rapidement, résultant du déclin de la mortalité infantile alors que le niveau de fécondité reste encore élevé (Graphique 2.1). La population des moins de 15 ans représente 46% de la population totale. En revanche, la proportion de personnes âgées de 60 ans et plus est très faible (3%). Cette répartition caractérise la jeunesse de la population béninoise.

**Graphique 2. 1.-Pyramide des âges de la population du Bénin en 2021 selon le sexe (%)**



**Source :** Élaboration de l'auteur à partir des données de l'Institut National de la Statistique et de la Démographie, 2022.

Selon les Nations Unies, en 2021, le Bénin avait un faible niveau de développement humain, classé au 166<sup>e</sup> rang sur 185 pays (UNDP, 2022). L'économie béninoise repose essentiellement sur l'agriculture et les activités du commerce informel (PNUD, 2022). Le PIB par habitant s'élevait seulement à 1 219 \$ (USD) en 2019 (Banque Africaine de développement, 2020; Nations Unies, 2021). La pauvreté y est visible, avec plus de la moitié de la population vivant en dessous du seuil de la pauvreté (53,1%), c'est-à-dire qu'ils disposent de moins de deux dollars par jour (Banque Africaine de développement, 2020). Depuis quelques années, les individus les plus pauvres des campagnes émigrent vers les grandes villes, ce qui entraîne un processus d'urbanisation rapide au Bénin. En effet, au cours de la période allant de 2002 à 2019, le taux d'urbanisation est passé de 39% à 47% (Institut National de la Statistique et de la Démographie, 2022; PNUD, 2022).

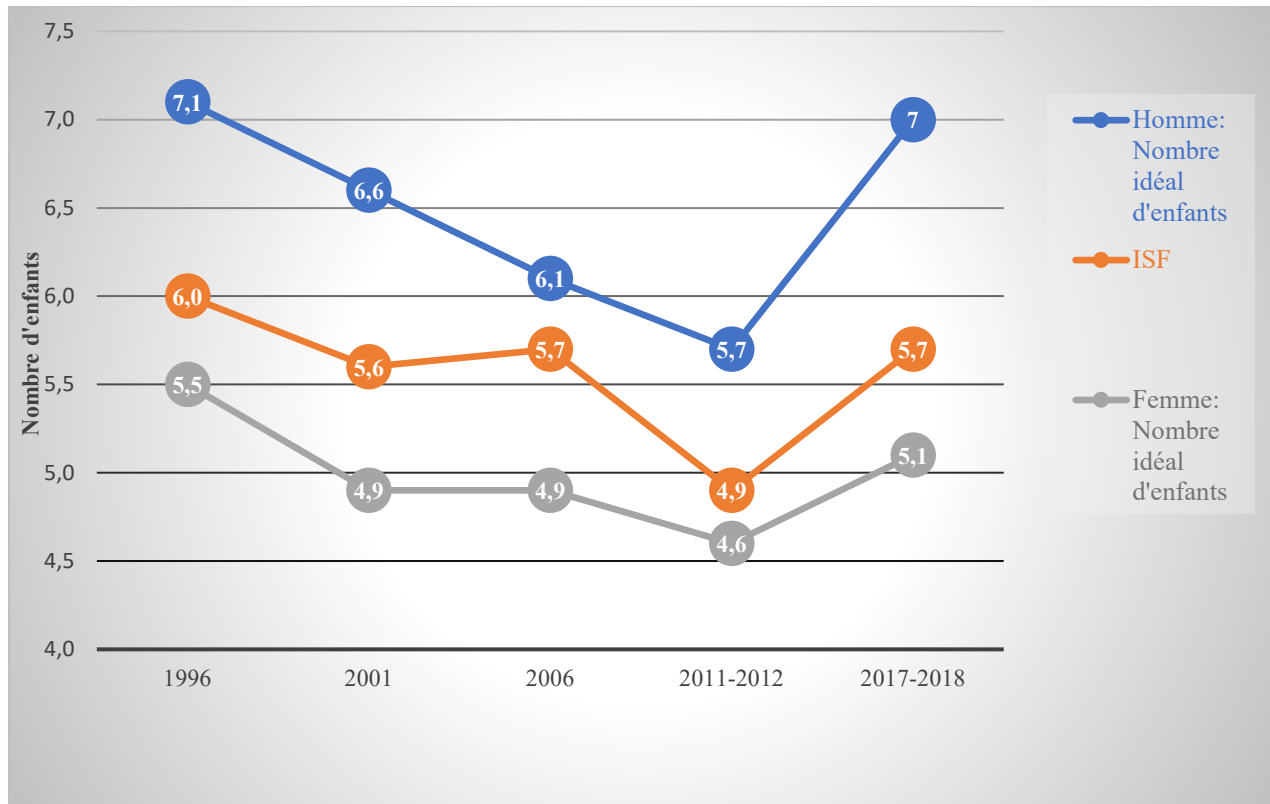
Le Bénin est parmi les pays d'Afrique où la situation sociale est très difficile, notamment pour les femmes. Selon l'indice d'inégalité de genre (IIG), il y existe une inégalité prépondérante entre les femmes et les hommes en termes de santé sexuelle et reproductive, d'autonomie et d'accès au marché du travail (PNUD, 2020). Elles font face alors à de sérieux problèmes de santé, de pauvreté et d'opportunités d'emplois. Le niveau d'éducation de la population est très faible ; 38% d'hommes rapportent avoir réalisé plus de six années de scolarité comparativement à 19% de femmes (Sossa, 2019). Cette situation a une incidence importante sur la santé de la population, en particulier les femmes et les enfants.

En 2018, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans s'élevait à 96 pour 1 000 naissances et le taux de décès maternels était de 391 pour 100 000 naissances (Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE) et ICF, 2019; Nations Unies, 2021). Pour cette même année, l'espérance de vie à la naissance était de 65 ans, dont 66 ans chez les femmes contre 63 ans pour les hommes (Institut National de la Statistique et de la Démographie, 2022).

Malgré une modeste baisse de la fécondité, la transition vers une faible fécondité peine encore à se produire au sein de ce pays (Machiyama, 2010). Par exemple, de 1996 à 2018, l'indice synthétique de fécondité (ISF) est passé de 6,0 à 5,7 enfants par femme, bien qu'on ait enregistré une baisse relativement importante en 2012 (4,9 enfants) (Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE) et ICF, 2019). On note que le nombre d'enfants moyen par femmes est généralement plus élevé que ce qu'elles considèrent comme étant le nombre idéal (voir graphique 2.2). Par ailleurs, il y a une disparité entre les sexes quant au nombre idéal d'enfants :

pour les femmes il était de 5,5 en 1996 et 5,1 en 2018 contre 7 pour les hommes au cours de ces deux mêmes années (voir graphique 2.2) (Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE) et ICF, 2019).

**Graphique 2. 2.- Évolution de l'indice synthétique de fécondité (ISF) et le nombre idéal moyen d'enfants des hommes et des femmes, Bénin, 1996-2018.**



**Source :** Élaboration à partir des EDSB 1996, 2001, 2006, 2011-2012 et 2017-2018

La divergence entre l'ISF et le nombre idéal moyen d'enfants résulte du fait que toutes les naissances ne se sont pas désirées par les femmes. Parmi les grossesses ou les naissances des cinq années ayant précédé l'EDS 2017-2018, la proportion des naissances catégoriquement non désirées et celles qui sont souhaitées tardivement sont respectivement de 6% et 17%.

Néanmoins, il est à souligner qu'un faible pourcentage de femmes en union (16%) utilisent une méthode contraceptive (Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE) et ICF, 2019). Parmi les raisons pouvant expliquer cette faible utilisation de la contraception, on retrouve les relations sexuelles peu fréquentes, l'allaitement maternel, la désapprobation du mari et l'interdiction de certaines religions (Chae *et al.*, 2015).



Au Bénin, le mariage est virtuellement universel et décrit comme précoce chez les femmes (Marcoux et Antoine, 2014). Par exemple, l'EDS 2017-2018 montre que parmi les femmes âgées de 20 à 24 ans, 31% avaient déjà contracté une première union à l'âge de 18 ans comparativement à seulement 5% pour les hommes. Par ailleurs, on note qu'il y a une augmentation de l'âge au premier mariage chez les jeunes générations de femmes. Selon les données disponibles, de 1995 à 2018, l'âge médian à la première union des femmes âgées de 25-49 ans est passé de 18,4 à 19,4 ans (Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE) et ICF, 2019).

La polygynie est une pratique courante au Bénin et constitue un pilier important des structures familiales (Garenne et Van Walle, 1989; Marcoux et Antoine, 2014; Tabutin et Schoumaker, 2020). Bien qu'elle soit interdite par la législation béninoise depuis 2004, elle est permise et pratiquée officiellement en vertu des droits coutumiers (Dongmo Kahou, 2017; Marcoux et Antoine, 2014; Tabutin et Schoumaker, 2020). Les dernières statistiques montrent que, en 2018, la pratique de la polygynie y est très répandue avec 38% des femmes mariées étant engagées dans des unions polygynes (Chae et Agadjanian, 2022). En outre, elle est plus fréquente chez les Béninoises n'ayant aucun niveau d'instruction, vivant en milieu rural et celles appartenant aux quintiles de bien-être économique les plus faibles (Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE) et ICF, 2019). Par ailleurs, les études font mention d'une diminution de la prévalence de cette forme de mariage au cours des dernières décennies, notamment en milieu urbain (Chae et Agadjanian, 2022; Whitehouse, 2017).

### 3.-MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

#### 3.1.-Source de données et population cible

Pour mener à bien cette étude, nous utilisons les données secondaires de la plus récente enquête démographique et de santé (EDS) du Bénin, soit l'EDS 2017-2018. L'EDS s'inscrit dans le programme des enquêtes démographiques et de santé organisée presque tous les cinq ans dans les pays en développement depuis plus de trois décennies. Au Bénin, la première EDS a été réalisée en 1996, et celle de 2017-2018 représente la cinquième édition (EDSB-V). L'EDSB-V est réalisée par l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE) en étroite collaboration avec le Ministère de la Santé. Dans le processus d'organisation, de réalisation et d'analyse des résultats de cette enquête, les institutions locales ont reçu l'appui technique du fournisseur mondial de services de conseil et de technologie (*ICF international*) par le biais du programme international DHS (*Demographic and Health Survey*) et l'appui financier de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID) (Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE) et ICF, 2019).

L'EDS est une enquête qui a pour but de recueillir les informations sociodémographiques et sanitaires. Spécifiquement, elle a entre autres collecté des données sur des indicateurs comme l'état civil, la fécondité et l'utilisation des méthodes contraceptives par les femmes. En effet, la collecte de ces indicateurs vise à aider les responsables politiques, les décideurs et les gestionnaires à mieux planifier et à gérer les programmes d'amélioration de l'état de santé de la population (Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE) et ICF, 2019).

#### **Échantillonnage et population cible**

L'EDS est une enquête sur les ménages qui a une représentativité nationale dont l'échantillon a été sélectionné à partir d'un sondage stratifié et tiré à deux degrés. Au premier degré, on a tiré les unités primaires de sondage (UPS) (ou grappes) au niveau national en fonction d'un tirage systématique avec probabilité proportionnelle à la taille de l'UPS. Au second degré, un ensemble de ménages dans les UPS retenues a été sélectionné suivant un tirage systématique à probabilité égale (Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE) et ICF, 2019).

Toutes les femmes âgées de 15-49 ans vivant habituellement dans les ménages sélectionnés et présentes la nuit précédant l'enquête étaient éligibles pour être interviewées via un questionnaire

élaboré pour produire des indicateurs socioéconomiques et démographiques relatifs aux femmes. Elles étaient 16 233 femmes éligibles, mais 98% de celles-ci ont été interviewées avec succès. Pour cette recherche, nous considérons les femmes de 15 à 49 ans en union au moment de l'enquête comme notre population, soit un effectif de 11 170 femmes. Après le traitement des observations ayant des valeurs manquantes pour certaines variables, ce qui sera décrit plus loin, notre population à l'étude est composée de 11 056 femmes en union âgées de 15 à 49 ans.

### 3.2. -Variables dépendantes, indépendantes et de contrôle

#### **Variables dépendantes**

Nous avons comme variable dépendante le « besoin non satisfait » en contraception. Une femme a un besoin non satisfait lorsqu'elle n'utilise pas de méthodes contraceptives modernes (préservatifs, contraceptives orales, injectables, implants et dispositif intra-utérin, stérilet, etc.) et se trouve dans l'une des situations suivantes :

- A. Elle n'est pas enceinte ni aménorrhéique post-partum :
  - i.-Elle est féconde, mais ne veut plus d'enfants.
  - ii.-Elle est féconde, veut des enfants dans deux ans et plus.
  - iii.-Elle est féconde et indécise du calendrier de maternité ou de la volonté d'avoir des enfants.
- B.- Elle est enceinte ou aménorrhéique post-partum :
  - iv.-Elle ne veut pas la grossesse en cours (ou la dernière naissance).
  - v.-Elle veut la grossesse actuelle (ou la dernière naissance) plus tard.

Les femmes qui ne se trouvent pas dans ces situations seront considérées comme n'ayant pas de besoins non satisfaits. Dans un premier temps, la variable permettant d'analyser le besoin insatisfait en contraception a été dichotomisée : non et oui. La catégorie « Oui » de cette variable signifie que la femme a un besoin non satisfait en contraception et celle du « Non » traduit le contraire. Dans un deuxième temps, elle est composée de quatre catégories : non, espacement, report et limitation des naissances afin de tenir compte des motivations du besoin non satisfait de manière séparée. Il convient de souligner que le besoin non satisfait dans son ensemble est la somme agrégée des besoins non satisfaits en espacement (ii et v), en report (iii) et en limitation de naissances des femmes mariées fécondes et/ou sexuellement actives en âge de procréer (i et iv).

## **Variable indépendante d'intérêt**

D'abord, le type de mariage est la variable explicative d'intérêt de cette étude. Celle-ci est construite à partir des questions suivantes : (1) êtes-vous actuellement mariée ou vivez-vous avec un homme comme si vous étiez mariée ? Si oui, l'enquêteur lui pose la question suivante : (2) est-ce que votre (mari/partenaire) a d'autres épouses ou vit-il avec d'autres femmes comme s'il était marié ? Donc, une femme ayant répondu positivement à cette deuxième question est considérée comme une épouse du mariage polygyne. La variable type de mariage est alors dichotomisée : monogame et polygyne.

Ensuite, une nouvelle variable d'intérêt découlant de la précédente nommée « rang de l'épouse » est créée afin de tenir compte de l'influence du rang des épouses polygyne sur les besoins non satisfaits. Pour la déterminer, on utilise une question qui a été posée aux femmes engagées dans les mariages polygyne, à savoir (3) êtes-vous la première, deuxième, ... épouse ? Dans notre analyse, les femmes déclarant être la première épouse sont considérées comme épouses seniors. En revanche, celles ayant répondu une deuxième épouse ou un rang plus élevé sont regroupées comme épouses juniors. La variable « rang de l'épouse » est donc constituée de trois catégories : en union monogame, épouse senior et épouse junior. À noter que les 114 femmes ayant répondu « ne sait pas » à la deuxième question n'ont pas été prises en compte dans notre analyse.

## **Variables de contrôle**

Sur la base des études précédentes sur les besoins non satisfaits en planification familiale (Anik *et al.*, 2022; Hailemariam et Haddis, 2011; Teshale, 2022; Wulifan *et al.*, 2019), nous avons retenu les variables de contrôle suivantes : le groupe d'âge (15-19 ans, 20-24 ans, 25-29 ans, 30-34 ans, 35-39 ans, 40-44 ans, 45-49 ans), le niveau d'éducation (sans éducation, primaire, secondaire ou plus), la religion (aucune religion, islam, catholique, autres chrétiennes, religion traditionnelle/vodoun), le nombre d'enfants nés vivants (aucun enfant, 1 à 2 enfants, 3 à 4 enfants, 5 enfants ou plus), précédemment marié (non, oui) et le milieu de résidence de la femme (rural, urbain).

En outre, nous utilisons l'indice de richesse du ménage disponible dans la base originale comme variable de contrôle. Il est utilisé comme proxy du statut socioéconomique des ménages au moment de l'enquête et peut être défini également comme étant le niveau de vie ou de bien-être des individus. Il est construit à partir des données collectées sur les actifs (biens) possédés par le

ménage en utilisant la procédure statistique d'analyse des composantes principales (Filmer et Pritchett, 2001; Pirani, 2021; Rutstein et Johnson, 2004; Rutstein et Staveteig, 2014). Le niveau de vie est mesuré en quintiles et codé de la manière suivante : très faible, faible, moyen, élevé et très élevé.

Ces quintiles sont basés sur la distribution de la population (individus) plutôt que sur la distribution des ménages. Autrement dit, chaque groupe comprend le même nombre d'individus (20%) où chacun se voit attribuer le score de l'indice de richesse de son ménage (Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE) et ICF, 2019; Rutstein et Johnson, 2004; Rutstein et Staveteig, 2014). En raison de la mesure de cet indice, il n'est comparable ni dans le temps ni entre pays. De plus, dans un pays extrêmement pauvre, les ménages constituant le quintile le plus élevé ne sont pas nécessairement aisés en termes absolus (Rutstein et Staveteig, 2014).

En dernier lieu, nous considérons comme variable de contrôle dans notre analyse l'écart d'âge et du nombre d'années de scolarité entre la femme et son mari. Ainsi, pour la première variable, nous calculons la différence d'âge entre les deux conjoints et elle est opérationnalisée comme ce qui suit : elle est moins âgée (10 ans ou plus), elle est moins âgée (5-9 ans), elle est moins âgée (1-4 ans), mêmes âges ou elle est plus âgée. En ce qui concerne l'écart du nombre d'années de scolarité entre les époux, elle comprend les catégories suivantes : elle est plus éduquée, même nombre d'années de scolarité, elle est moins éduquée et ne sait pas. La catégorie « ne sait pas » est constituée par les 543 femmes n'ayant pas déclaré les années de scolarité de leurs maris.

Tableau 3. 1.- Définition des variables (principales et de contrôle) utilisées dans l'étude.

Variable	Catégorie	Échelle	Définition
<b>Type de mariage</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monogame</li> <li>• Polygyne</li> </ul>	Nominale	Désigne le type de mariage dans lequel est engagée la femme
<b>Rang de l'épouse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En union monogame</li> <li>• Épouse senior</li> <li>• Épouse junior</li> </ul>	Nominale	Désigne le rang des épouses des familles polygyne
<b>Précédemment marié</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non</li> <li>• Oui</li> </ul>	Nominale	Désigne les femmes ayant contracté plus d'une union ou non
<b>Groupe d'âge</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 15-19 ans</li> <li>• 20-24 ans</li> <li>• 25-29 ans</li> <li>• 30-34 ans</li> <li>• 35-39 ans</li> <li>• 40-44 ans</li> <li>• 45-49 ans</li> </ul>	Ordinale	Désigne le groupe d'âge auquel appartient la femme
<b>Niveau d'éducation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sans éducation</li> <li>• Primaire</li> <li>• Secondaire ou plus</li> </ul>	Ordinale	Désigne le niveau d'éducation atteint par la femme
<b>Religion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sans religion</li> <li>• Islam</li> <li>• Catholique</li> <li>• Autres chrétiennes</li> <li>• Religion traditionnelle/Vodoun</li> </ul>	Nominale	Désigne la religion de la femme
<b>Nombre d'enfant nés vivant</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aucun enfant</li> <li>• 1-2 enfants</li> <li>• 3-4 enfants</li> </ul>	Ordinale	Désigne le nombre d'enfants dont la femme a donné naissance

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 enfants ou plus</li> </ul>		
<b>Milieu de résidence</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rural</li> <li>• Urbain</li> </ul>	Nominale	Désigne le milieu où se localise le ménage de la femme
<b>Niveau de vie du ménage</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Très faible</li> <li>• Faible</li> <li>• Moyen</li> <li>• Élevé</li> <li>• Très élevé</li> </ul>	Ordinale	Désigne le niveau de richesse du ménage auquel appartient la femme
<b>Différence d'âge entre les conjoints</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elle est moins âgée (10 ans ou plus)</li> <li>• Elle est moins âgée (5-9 ans)</li> <li>• Elle est moins âgée (1-4 ans)</li> <li>• Même âge ou elle est plus âgée</li> </ul>	Ordinale	Désigne l'écart d'âges entre les conjoints
<b>Différence d'années de scolarité entre les conjoints</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elle est plus éduquée</li> <li>• Même nombre d'années de scolarité</li> <li>• Elle est moins éduquée</li> <li>• Ne sait pas</li> </ul>	Ordinale	Désigne l'écart du nombre d'années de scolarité entre les conjoints

### 3.3. -Méthodes

#### Analyse descriptive univariée et bivariée

Premièrement, nous allons décrire toutes les variables considérées dans cette étude à partir des fréquences absolues (effectif) et relatives simples (pourcentage). Ensuite, nous présentons la relation bivariée entre nos variables dépendantes et prédictives, notamment le type de mariage et le rang de l'épouse. Nous réalisons des tableaux de contingence et des tests d'indépendance Chi-carré afin de vérifier la significativité de ces relations.

Il convient de mentionner que nous utilisons le poids de l'échantillonnage des femmes afin que les résultats descriptifs représentent bien la population cible.

#### Analyse multivariée

La présentation de l'analyse multivariée est subdivisée en deux sections. Dans une première section, nous présentons l'effet du type de mariage sur le besoin non satisfait en contraception comme une variable dichotomisée. Ensuite, nous examinons l'influence du type de mariage sur les raisons des besoins non satisfaits (espacement, report et limitation). Cette même démarche analytique est réalisée dans une deuxième section en considérant la variable indépendante d'intérêt « rang de l'épouse » au lieu du « type de mariage ».

Nous utilisons un modèle de régression logistique binomiale afin d'analyser l'influence de la polygynie (ou le rang des épouses) sur le besoin non satisfait en contraception puisque dans un premier temps notre variable dépendante est dichotomisée. Dans une seconde analyse, pour examiner l'association entre la polygynie (ou le rang des épouses) et la nature du besoin non satisfait en méthode contraceptive, nous aurons recours à un modèle de régression logistique multinomiale puisque notre variable dépendante comprendra quatre catégories (non, espacement, report, limitation) sans ordre naturel. Autrement dit, on ne peut pas établir un ordre d'importance entre ces catégories liées aux intentions de fécondité (espacement, limitation et report des naissances).

De plus, notre choix pour le modèle multinomial comme méthode d'analyse repose sur le fait que plusieurs chercheurs soutiennent qu'elle est une méthode adaptée pour modéliser les questions de recherche concernant les intentions de fécondité (Hayford et Agadjanian, 2019; Hayford *et al.*, 2012; Kourouma, 2011; Wafula, 2015). Toutefois, l'hypothèse d'indépendance des alternatives



non pertinentes (IIA) n'a pas été satisfaite pour certaines catégories. Cette dernière stipule que les chances de préférer une catégorie à une autre ne dépendent pas de la présence ou de l'absence d'autres alternatives « non pertinentes ». Plusieurs chercheurs ont décrit un ensemble de limitations que présente ce test, par exemple, il est sensible au nombre de variables indépendantes (Allison, 2012; Cheng et Long, 2006). En effet, ils indiquent que la validation de l'hypothèse IIA n'est pas recommandée pour justifier l'appropriation du modèle multinomial, mais comme une simple ligne directrice approximative, puisqu'elle pourrait être rejetée bien que tout le monde dispose du même choix. En somme, le choix du modèle multinomial pour répondre à notre question de recherche ne se limite pas à la confirmation de cette hypothèse.

Par ailleurs, on doit noter que les erreurs standards sont ajustées dans les analyses multivariées afin de tenir compte de la conception complexe de l'enquête en utilisant les commandes *svy* de Stata pour incorporer les poids et les grappes d'échantillons.

## Description du modèle

Dans cette section, nous présentons une brève description des modèles logistiques que nous avons utilisés (binaire et multinomial) dans cette recherche.

### Modèle logistique binaire

Le modèle logistique binomial est utilisé en raison de la première variable dépendante (besoins non satisfait) qui est de nature dichotomique. On estime alors la probabilité que l'évènement d'intérêt (besoin non satisfait) se réalise ou pas. L'équation de la régression logistique binaire se présente sous la forme qui suit :

$$\text{Logit} (\pi_i) = \ln \left( \frac{\pi_i}{1 - \pi_i} \right) = \beta_0 + \alpha M_i + \rho C_i$$

$\pi_i$ : représente la probabilité que l'évènement d'intérêt (besoin non satisfait) se réalise chez la femme *i*.

$M_i$  : désigne le type de mariage dans le quel la femme *i* est engagée (0=monogame, 1=polygyne). Par ailleurs, elle indique le rang de l'épouse (0=monogame, 1=épouse senior, 2=épouse junior) lorsque ce dernier est pris en compte au lieu du type de mariage.

$C_i$  : représentent le vecteur des variables de contrôle (observables) pour la femme  $i$ , c'est-à-dire, elles se réfèrent aux caractéristiques sociodémographiques de la femme  $i$  (son groupe d'âge, son niveau d'éducation, sa religion, son milieu de résidence, le niveau de vie de son ménage, le nombre d'enfants nés vivants, la différence d'âge par rapport à son conjoint, la différence nombre d'années de scolarité par rapport à son conjoint).

### Modèle multinomiale

Le modèle logistique multinomial est utilisé lorsque la variable dépendante comporte plus de deux catégories de réponse non ordonnées. La forme générale des probabilités pour "n" catégories de la variable réponse « y » est la suivante :

$$\Pr(y = k) = \pi_{ik} = \frac{e^{(\beta^{(k)}M_i + \beta^{(k)}C_i)}}{(e^{\beta^{(1)}M_i + \beta^{(1)}C_i}) + (e^{\beta^{(2)}M_i + \beta^{(2)}C_i}) + \dots + (e^{\beta^{(n)}M_i + \beta^{(n)}C_i})}, \text{ avec } 1 \leq k \leq n$$

$\pi_{ik}$ : Probabilité pour que la catégorie  $K$  soit réalisée chez la femme  $i$ .

$\beta^{(k)}$ : Correspond au coefficient associé à chaque réponse de la variable dépendante (Non, espacement, report, limitation).

$M_i$  : désigne la forme de mariage dans laquelle est engagée la femme  $i$  (ou son rang)

$C_i$  : représente le vecteur des variables de contrôle (observables) pour la femme  $i$ .

À noter qu'il est plus facile d'interpréter les résultats de ce modèle à partir du ratio de risque relatif (rrr), en analysant une catégorie de la variable réponse par rapport à celle de référence. Supposons qu'il y ait « N » catégories de résultat et que celui de base soit 1, le modèle est alors ajusté à N-1 catégories de la variable dépendante. La probabilité relative pour la catégorie  $n$  par rapport à celle de référence est décrite :

$$\Pr\left(\frac{y=n}{y=1}\right) = e^{\beta^{(n)}M_i + \beta^{(n)}C_i}, \text{ avec } 1 < n \leq N$$

Ainsi, « la valeur exponentielle d'un coefficient est le ratio de risque relatif pour une variation d'une catégorie de la variable correspondante (le risque est mesuré comme le risque du résultat par rapport au résultat de base) » (Stata, 2019, p. 4).

Pour l'estimation de chacun des modèles de régression susmentionnés, nous avons procédé en deux étapes. D'abord, nous avons estimé un modèle uniquement avec la variable dépendante (besoin non satisfait) et la variable indépendante d'intérêt (type de mariage ou rang de l'épouse) afin de voir l'effet brut de la seconde sur la première. Ensuite, nous avons estimé un second modèle où les variables de contrôle sont incluses au premier modèle. Notre procédé se décrit comme ce qui suit :

Modèle 1 : le type de mariage (ou le rang de l'épouse) est l'unique variable explicative.

Modèle 2 : on ajoute au modèle estimé précédemment (Modèle 1) les variables de contrôle (groupe d'âge, niveau d'éducation, religion, nombre d'enfants, milieu de résidence, niveau de vie, différence d'âge et différence de nombre d'années de scolarité entre les conjoints).

## 4.-PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Dans ce chapitre, nous décrivons et interprétons les résultats obtenus à partir des analyses descriptives univariées et bivariées. Ensuite, nous présentons les résultats des analyses multivariées sur l'association entre les besoins non satisfaits et les caractéristiques sociodémographiques des femmes en union.

### 4.1.-Description de la population étudiée

Le tableau 4.1 présente les caractéristiques sociodémographiques de notre population d'étude. Nous avons observé que 38% des femmes interviewées se sont engagées dans des unions polygynes. En outre, il est à noter que parmi ces dernières, plus de la moitié se sont identifiées comme étant des épouses juniors (55%). Dans notre échantillon, 12% des femmes ont déjà contracté un précédent mariage au cours de leur vie.

La distribution de cette population selon les groupes d'âge présente la forme d'un U-inversé. Ainsi, les groupes 25-29 ans et 30-34 ans comptaient les proportions les plus élevées, avec respectivement 24% et 18%. En contrepartie, les groupes avec les plus faibles proportions de femmes en union étaient ceux de 15-19 ans (6%) et 45-49 ans (9%). Au Bénin, plus de deux tiers des femmes mariées âgées de 15-49 ans n'avaient aucun niveau d'éducation (67%), en revanche, 16% ont suivi l'enseignement secondaire ou plus. La religion musulmane était la plus populaire parmi ces femmes (33%). Par ailleurs, 21% étaient de la religion catholique et les autres religions chrétiennes en regroupaient 30%.

Au moment de l'enquête, près de 95% des femmes en union âgées de 15-49 ans avaient au moins un enfant (94%). Plus précisément, la proportion d'épouses qui avaient un ou deux enfants était de 34% tandis que celle avec une parité de 5 enfants ou plus s'élevait à 28%. Environ 61% des femmes en union résidaient dans les milieux ruraux du Bénin. Par ailleurs, les résultats indiquent que, presque toutes les femmes étaient plus jeunes que leurs partenaires (92%). Moins de la moitié des répondantes déclaraient avoir le même nombre d'années de scolarité que leur mari (48%). Par ailleurs, 34% des femmes avaient moins d'années de scolarité que leur conjoint, tandis que la proportion de celles ayant plus d'années de scolarité par rapport à ces derniers correspondait à 13%.

**Tableau 4. 1.-Distribution des femmes en union selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Bénin, 2017-2018.**

	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Type de mariage</b>		
Monogame	6 844	61,9
Polygyne	4 211	38,1
<b>Rang de l'épouse</b>		
En union monogame	6 844	61,9
Épouse senior	1 873	16,9
Épouse junior	2 338	21,2
<b>Précédemment marié</b>		
Non	9 688	87,6
Oui	1 367	12,4
<b>Groupe d'âge</b>		
15-19 ans	616	5,6
20-24 ans	1 951	17,7
25-29 ans	2 630	23,8
30-34 ans	2 016	18,2
35-39 ans	1 682	15,2
40-44 ans	1 152	10,4
45-49 ans	1 007	9,1
<b>Niveau d'éducation</b>		
Sans éducation	7 358	66,6
Primaire	1 960	17,7
Secondaire ou plus	1 737	15,7
<b>Religion</b>		
Pas de religion	591	5,4
Islam	3 648	33,0
Catholique	2 315	20,9
Autres chrétiennes	3 373	30,5
Religion traditionnelle/Vodoun	1 127	10,2
<b>Nombre d'enfants nés vivants</b>		
Aucun enfant	685	6,2
1-2 enfants	3 772	34,1
3-4 enfants	3 522	31,9
5 enfants ou plus	3 076	27,8
<b>Milieu de résidence</b>		
Urbain	4 360	39,4
Rural	6 695	60,6
<b>Niveau de vie</b>		
Très faible	2 149	19,4
Faible	2 207	20,0
Moyen	2 223	20,1

Élevé	2 318	21,0
Très élevé	2 158	19,5
<b>Différence d'âge entre les conjoints</b>		
Elle est moins âgée (10 ans ou plus)	3 101	28,1
Elle est moins âgée (5-9ans)	3 880	35,1
Elle est moins âgée(1-4ans)	3 221	29,1
Mêmes âges ou elle est plus âgée	853	7,7
<b>Différence d'années de scolarité entre les conjoints</b>		
Elle est plus éduquée	1 401	12,7
Même nombre d'années de scolarité	5 332	48,2
Elle est moins éduquée	3 764	34,0
Ne sait pas	558	5,1
<b>Total</b>	<b>11 055</b>	<b>100,0</b>

Source : Calcul de l'auteur à partir de l'EDSB-V

#### 4.2.-Répartition des besoins non satisfaits suivant les facteurs sociodémographiques

Le tableau 4.2 présente la distribution des femmes ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale suivant de leurs caractéristiques sociodémographiques. Parmi les 11 055 femmes de 15 à 49 ans retenues pour notre analyse, 32% déclaraient avoir des besoins non satisfaits en contraception. La proportion d'épouses ayant des besoins non satisfaits pour les motifs d'espacement, de limitation et de report des naissances était 16%, 10% et 6%, respectivement.

Il est intéressant, avant même de procéder à l'analyse multivariée, d'identifier le lien entre chacune des variables indépendantes retenues et le besoin non satisfait en matière de contraception. On remarque d'abord qu'il n'y a pas de différence significative entre le pourcentage de femmes déclarant le besoin non satisfait selon le type de mariage. Cependant, des différences significatives apparaissent lorsqu'on l'examine selon les raisons des besoins non satisfaits. En effet, la proportion d'épouses issues de mariages monogames exprimant des besoins non satisfaits en espacement des naissances (18%) était plus élevée comparativement à celle des femmes d'unions polygynes (14%). En revanche, la demande insatisfaite en contraception pour les motifs de report (7%) et de limitation des naissances (11%) était plus fréquente chez les épouses des unions polygynes que celles issues des unions monogames (6% et 9%, respectivement). Ces tendances se maintiennent lorsqu'on prend en compte le rang des épouses au lieu du type d'union (indicateur binaire). Toutefois, on note des écarts légèrement différents en comparant la proportion de femmes d'union monogame ayant des besoins non satisfaits à celle des épouses seniors ou juniors. À titre

d'exemple, le pourcentage de femmes en union monogame ayant des besoins insatisfaits en espacement était de 18%, mais celui des épouses seniors et juniors s'élevait à 13% et à 15% respectivement.

Les résultats indiquent également des différences significatives en fonction du statut matrimonial antérieur des femmes et le besoin en contraception, ainsi que les raisons des besoins non satisfaits. En effet, une plus grande proportion de femmes étant à leur premier mariage rapportait un besoin non satisfait (33%) et des besoins non satisfaits en espacement (17%) par rapport à celles ayant déjà contracté un mariage (29% et 12%, respectivement). Toutefois, le pourcentage d'épouses qui déclaraient des besoins non satisfaits en limitation est plus élevé chez les femmes remariées (12%) comparé à celui des femmes étant à leur première union (9%).

Par ailleurs, les résultats montrent des variations significatives pour plusieurs autres variables de contrôle. Il en ressort qu'il y a une variation statistiquement significative dans la proportion de femmes ayant un besoin non satisfait en fonction du groupe d'âge, du niveau d'éducation, de la religion, du niveau de vie et de la différence d'années de scolarité entre les conjoints. À noter qu'il y a un écart marginalement significatif dans la proportion de femmes ayant un besoin non satisfait en fonction de leur milieu de résidence. Par contre, les résultats ne révèlent aucune différence significative entre les motifs des besoins non satisfaits et la différence d'âge entre les conjoints.

Pour résumer, en tenant compte des motifs des besoins non satisfaits, les résultats montrent des différences significatives entre les catégories des variables suivantes : le groupe d'âge, le niveau d'éducation, la religion, le nombre d'enfants nés vivant, le niveau de vie et la différence d'années de scolarité entre les conjoints. Aucune différence significative n'a été observée entre les motifs des besoins non satisfaits et la différence d'âge entre les conjoints.

Si l'analyse bivariée offre des indications sur les liens entre les variables retenues et le besoin insatisfait en matière contraception, on se doit de pousser l'analyse plus loin en ayant recours à l'analyse multivariée qui permet de contrôler pour l'effet de chacune des variables indépendantes. La prochaine section est consacrée à cette analyse.

**Tableau 4. 2.-Distribution, par caractéristique sociodémographique, des femmes en unions âgées de 15-49 ans selon qu’elles ont ou non un besoin non satisfait, Bénin, 2017-2018.**

	Non	Oui	Valeur-p	Espacement	Report	Limitation	Valeur-p
<b>Type de mariage</b>							***
Monogame	67,7	32,4		17,6	6,0	8,7	
Polygyne	68,0	32,0		14,2	6,9	11,0	
<b>Rang de l'épouse</b>							***
En union monogame	67,7	32,4		17,6	6,0	8,7	
Épouse senior	67,2	32,8		13,0	7,0	12,8	
Épouse junior	68,6	31,4		15,2	6,7	9,5	
<b>Précédemment marié</b>			*				***
Non	67,4	32,6		16,9	6,5	9,3	
Oui	70,8	29,2		12,1	5,5	11,6	
<b>Groupe d'âge</b>			***				***
15-19 ans	67,0	33,0		25,7	6,9	0,5	
20-24 ans	63,2	36,8		29,2	6,4	1,2	
25-29 ans	66,6	33,4		21,9	7,4	4,1	
30-34 ans	67,4	32,6		15,5	7,1	10,0	
35-39 ans	66,5	33,5		8,1	6,5	18,9	
40-44 ans	69,7	30,4		3,6	5,4	21,3	
45-49 ans	80,8	19,2		1,0	2,6	15,7	
<b>Niveau d'éducation</b>			**				***
Sans éducation	68,9	31,1		14,3	6,4	10,5	
Primaire	64,8	35,3		19,4	5,9	9,9	
Secondaire ou plus	66,6	33,4		21,5	6,5	5,4	
<b>Religion</b>			***				***
Pas de religion	69,1	30,9		18,3	4,0	8,7	
Islam	71,9	28,1		14,4	8,2	5,4	
Catholique	66,2	33,8		15,8	6,0	12,1	
Autre chrétiennes	64,9	35,2		18,0	5,3	11,8	
Religion traditionnelle/Vodoun	65,7	34,3		17,6	5,2	11,5	



<b>Nombre d'enfants nés vivants</b>			***			***
Aucun enfant	89,5	10,5		5,3	5,0	0,2
1-2 enfants	67,2	32,8		24,8	6,4	1,6
3-4 enfants	67,3	32,7		17,1	7,2	8,5
5 enfants ou plus	64,2	35,8		7,5	5,6	22,7
<b>Milieu de résidence</b>			†			
Urbain	66,6	33,4		16,1	6,9	10,4
Rural	68,6	31,4		16,5	6,0	9,0
<b>Niveau de vie</b>			*			**
Très faible	71,2	28,8		15,0	5,7	8,1
Faible	67,3	32,7		17,2	6,0	9,6
Moyen	66,4	33,6		17,6	6,3	9,8
Élevé	66,8	33,2		17,6	6,1	9,5
Très élevé	67,4	32,6		14,0	7,7	11,0
<b>Différence d'âge entre les conjoints</b>						
Elle est moins âgée (10 ans ou plus)	69,3	30,8		14,0	6,6	10,1
Elle est moins âgée (5-9ans)	67,2	32,8		16,9	6,4	9,6
Elle est moins âgée(1-4ans)	67,2	32,8		18,0	6,2	8,6
Mêmes âges ou elle est plus âgée	67,3	32,7		15,8	5,6	11,3
<b>Différence d'années de scolarité entre les conjoints</b>			***			***
Elle est plus éduquée	65,2	34,8		22,4	5,3	7,2
Même nombre d'années de scolarité	69,9	30,1		13,9	6,7	9,5
Elle est moins éduquée	65,8	34,2		17,9	6,0	10,3
Ne sait pas	67,1	32,9		13,2	8,6	11,1
<b>Total</b>	67,8	32,2		16,3	6,3	9,6

† p<0,1 ; \*p <0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p <0,001

Source : Calcul de l'auteur à partir de l'EDSB-V

#### 4.3.-Résultats de l'analyse multivariée

Cette section présente les résultats de l'analyse multivariée réalisée afin d'identifier l'association entre la polygynie sur le besoin non satisfait. Elle montre l'influence du type de mariage et le rang des épouses sur le besoin non satisfait ainsi que les motifs liés à ce dernier.

##### **A.-L'influence du type mariage sur le besoin non satisfait.**

D'une part, nous avons calculé les rapports de cotes (RC) à partir d'une régression logistique binaire pour estimer le risque du besoin non satisfait en contraception (modèle 1 et 2). D'autre part, nous avons estimé les rapports de risque relatif (RRR), à partir d'une régression logistique multinomiale, sur les raisons spécifiques des besoins non satisfaits (modèle 3 et 4).

Nous avons estimé un modèle logistique simple pour faire ressortir l'effet brut du type de mariage sur le besoin non satisfait (modèle 1). Dans le tableau 4.3, les résultats indiquent que l'association entre le type de mariage et les besoins non satisfaits n'est pas significative. De plus, nous avons estimé les modèles dans les lesquels nous avons contrôlé l'effet du rang de l'épouse pour d'autres facteurs (modèle 2). Ainsi, les résultats montrent une association marginalement significative entre le type de mariage et le besoin non satisfait en matière de planification familiale ainsi que les besoins non satisfaits en report de naissance. À partir des résultats du modèle 2, on observe que les épouses des mariages polygynes étaient légèrement plus susceptibles d'avoir un besoin non satisfait en matière de planification familiale par rapport à celles en unions monogames (RC=1,092 ;  $p<0,100$ ).

Par ailleurs, les épouses issues des mariages polygynes (RRR=0,804;  $p<0,001$ ) sont moins susceptibles d'exprimer un besoin en espacement que celles en union monogame (modèle 3). En revanche, les femmes des mariages polygynes (RRR=1,249;  $p<0,01$ ) ont un risque plus élevé de déclarer des besoins non satisfaits en limitation par rapport à celles en union monogame. De plus, selon les résultats du modèle 4, elles couraient également plus de risque à déclarer des besoins non satisfaits liés au report des naissances (RRR=1,196;  $p<0,100$ ), mais aucune association significative n'a été observée entre le type de mariage et les besoins non satisfaits en espacement et en limitation des naissances.

En ce qui concerne les variables de contrôle, nous avons constaté que les épouses ayant été déjà mariées avaient moins de risque d'exprimer un besoin non satisfait en contraception que celles n'ayant jamais été mariées (RC=0,856;  $p<0,050$ ). En revanche, les résultats montrent une

association marginalement significative entre le fait de contracter plus d'une union ou non et les besoins non satisfaits en limitation des naissances. En outre, les résultats indiquent qu'il existe une association négative entre l'âge et la demande insatisfaite en matière de planification familiale, en espacement et en report de naissances; cependant, cette association est inversée lorsqu'on examine les besoins non satisfaits en limitation de naissances. Les femmes des religions chrétiennes étaient plus susceptibles d'avoir un besoin non satisfait en contraception, en espacement et en limitation des naissances par rapport aux musulmanes. En revanche, ces dernières étaient plus enclines à exprimer un besoin non satisfait en report de naissances que les autres chrétiennes (RRR=0,736;  $p<0,050$ ).

Les résultats montrent qu'il y a une association positive entre le nombre d'enfants nés vivants des femmes et un besoin insatisfait en planification familiale, ainsi que les raisons des de ce dernier. En outre, les épouses vivant en milieu urbain étaient plus susceptibles de signaler un besoin non satisfait comparativement à celles vivant en milieu rural. Par ailleurs, les résultats montrent une association marginalement significative entre le milieu de résidence et les besoins non satisfaits en espacement et en limitation des naissances. Les femmes des ménages de niveau de vie très faible couraient moins de risque de déclarer une demande insatisfaite en contraception que celles appartenant à des ménages de niveau de vie très élevé, de même que pour les raisons de report et de limitation des naissances. L'association entre la différence d'âge entre les conjoints et le besoin insatisfait est marginalement significative. En outre, les épouses de mêmes âges ou plus âgées que leurs maris étaient plus enclines à faire état d'un besoin non satisfait en espacement de naissances comparativement à celles plus jeunes que leurs époux (de 10 ans ou plus). Finalement, les femmes plus éduquées que leurs conjoints avaient un risque plus élevé d'exprimer un besoin non satisfait en espacement de naissances par rapport à celles ayant le même nombre d'années de scolarité que leurs époux. Toutefois, cette association est marginalement significative.

### **B.-L'influence du rang des épouses sur le besoin non satisfait**

Dans le tableau 4.4, nous présentons les résultats de la régression logistique dichotomique pour analyser le besoin non satisfait en contraception (modèle 1 et 2). D'autre part, nous avons utilisé une régression logistique multinomiale pour examiner les raisons spécifiques des besoins non satisfaits (modèle 3 et 4).

Dans le modèle 1, on constate que l'association entre le rang de l'épouse et les besoins non satisfaits n'est pas significative. Lorsque nous avons contrôlé pour d'autres facteurs, les résultats du modèle 2 montrent que les épouses juniors couraient un risque plus élevé d'avoir le besoin non satisfait en matière de planification familiale par rapport à celles qui se sont engagées dans les mariages monogames (RC=1,134 ;  $p<0,10$ ).

Les résultats du modèle 3 indiquent que les épouses seniors (RRR=0,741;  $p<0,001$ ) et juniors (RRR=0,853;  $p<0,05$ ) courent un plus faible risque d'exprimer des besoins non satisfaits en espacement que leurs homologues en union monogame. En outre, les épouses seniors (RRR=1,479;  $p<0,001$ ) ont un risque plus élevé de d'avoir des besoins non satisfaits en limitation par rapport à celles en union monogame. Selon les résultats du modèle 4, on observe qu'elles étaient plus susceptibles d'avoir un besoin non satisfait en espacement des naissances (RRR=1,157;  $p<0,10$ ). Ces associations sont marginalement significatives, en revanche, aucune association significative n'a été observée entre le rang de l'épouse et les besoins en report et en limitation naissances.

En ce qui concerne les variables de contrôle, les résultats sont similaires de ceux obtenus dans la section précédente. Autrement dit, les rapports de cotes (RC) et les ratios de risque relatif (RRR), ainsi que la significativité des coefficients du tableau 4.3 restent identiques à ceux du tableau 4.4.

Tableau 4. 3.- Résultats issus des modèles de régression logistique sur le type de mariage et le besoin non satisfait, Bénin, 2017-2018

Variables	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3			Modèle 4		
	Besoin non satisfait		Non versus			Non versus		
	Espacement		Report	Limitation		Espacement	Report	Limitation
	RC	RC	RRR	RRR	RRR	RRR	RRR	RRR
<b>Type de mariage</b>								
Monogame	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Polygyne	0,985	1,092 <sup>†</sup>	0,804***	1,131	1,249**	1,059	1,196 <sup>†</sup>	1,097
<b>Précédemment marié</b>								
Non		1,000				1,000	1,000	1,000
Oui		0,856*				0,914	0,870	0,815 <sup>†</sup>
<b>Groupe d'âge</b>								
15-19 ans		2,153				2,228***	1,566*	0,639
20-24 ans		1,676***				1,820***	1,174	0,759
25-29 ans		1,000				1,000	1,000	1,000
30-34 ans		0,727***				0,629***	0,813	1,293 <sup>†</sup>
35-39 ans		0,632***				0,311***	0,696*	1,810*
40-44 ans		0,504***				0,130***	0,544***	1,700**
45-49 ans		0,258***				0,029***	0,051***	0,962
<b>Niveau d'éducation</b>								
Sans éducation		1,000				1,000	1,000	1,000
Primaire		1,046				1,026	1,002	1,109
Secondaire ou plus		1,053				1,101	1,054	1,006
<b>Religion</b>								
Pas de religion		1,186				1,413*	0,544*	1,599
Islam		1,000				1,000	1,000	1,000
Catholique		1,358***				1,270*	0,818	2,372***
Autres chrétiennes		1,390***				1,395***	0,736*	2,390***
Religion Traditionnelle/Vodoun		1,423***				1,611***	0,776	2,009***
<b>Nombre d'enfants nés vivants</b>								
Aucun enfant		0,068***				0,084***	0,294***	0,010***
1-2 enfants		0,350***				0,683**	0,577***	0,076***
3-4 enfants		0,634***				0,926	0,834	0,338***



**Tableau 4. 4.-Résultats issus des modèles de régression logistique sur le rang de l'épouse et le besoin non satisfait, Bénin, 2017-2018.**

Variables	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3			Modèle 4		
			Non versus			Non versus		
	Besoin non satisfait		Espacement	Report	Limitation	Espacement	Report	Limitation
	RC	RC	RRR	RRR	RRR	RRR	RRR	RRR
<b>Rang de l'épouse</b>								
En union monogame	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Épouse senior	1,020	1,049	0,741***	1,173	1,479***	0,953	1,198	1,122
Épouse junior	0,957	1,134 <sup>†</sup>	0,853*	1,098	1,069	1,157 <sup>†</sup>	1,193	1,063
<b>Précédemment marié</b>								
Non		1,000				1,000	1,000	1,000
Oui		0,843*				0,888	0,871	0,827 <sup>†</sup>
<b>Groupe d'âge</b>								
15-19 ans		2,152***				2,228***	1,566*	0,640
20-24 ans		1,678***				1,824***	1,174	0,758
25-29 ans		1,000				1,000	1,000	1,000
30-34 ans		0,728***				0,630***	0,812	1,292 <sup>†</sup>
35-39 ans		0,631***				0,310***	0,696*	1,813***
40-44 ans		0,505***				0,131***	0,544***	1,700***
45-49 ans		0,257***				0,029***	0,215***	0,964
<b>Niveau d'éducation</b>								
Sans éducation		1,000				1,000	1,000	1,000
Primaire		1,045				1,024	1,002	1,110
Secondaire ou plus		1,052				1,098	1,054	1,007
<b>Religion</b>								
Pas de religion		1,185				1,410*	0,544*	1,599**
Islam		1,000				1,000	1,000	1,000
Catholique		1,357***				1,269*	0,818	2,373***
Autres chrétiennes		1,389***				1,393***	0,736*	2,393***
Religion traditionnelle/Vodoun		1,422***				1,608***	0,776	2,012***
<b>Nombre d'enfants nés vivants</b>								
Aucun enfant		0,067***				0,082***	0,294***	0,010***
1-2 enfants		0,348***				0,671**	0,577***	0,076***
3-4 enfants		0,563***				0,920	0,835	0,339***

5 enfants ou plus	1,000		1,000	1,000	1,000
<b>Milieu de résidence</b>					
Urbain	1,158*		1,141 <sup>†</sup>	1,143	1,219 <sup>†</sup>
Rural	1,000		1,000	1,000	1,000
<b>Niveau de vie</b>					
Très faible	1,000		1,000	1,000	1,000
Faible	1,228**		1,209 <sup>†</sup>	1,217	1,236 <sup>†</sup>
Moyen	1,274**		1,218*	1,308 <sup>†</sup>	1,324*
Élevé	1,232**		1,194	1,265	1,259 <sup>†</sup>
Très élevé	1,256*		0,933	1,669**	1,710**
<b>Différence d'âge entre les conjoints</b>					
Elle est moins âgée (10ans ou plus)	0,831 <sup>†</sup>		0,665**	0,953	1,070
Elle est moins âgée (5-9ans)	0,887		0,750*	0,942	1,104
Elle est moins âgée (1-4 ans)	0,899		0,813	0,944	0,975
Mêmes âges ou elle est plus âgée	1,000		1,000	1,000	1,000
<b>Différence de nombre d'années de scolarité entre les conjoints</b>					
Elle est plus éduquée	1,108		1,235 <sup>†</sup>	0,774	1,055
Même nombre d'années de scolarité	1,000		1,000	1,000	1,000
Elle est moins éduquée	1,090		1,139 <sup>†</sup>	0,916	1,094
Ne sait pas	1,066		0,874	1,294	1,142
<b>Constante</b>	0,478***	0,107***	0,260***	0,089***	0,129***
				0,064***	0,067***
					0,001***

<sup>†</sup>p<0,1 ; \*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001

Source : Calcul de l'auteur à partir de l'EDSB-V



## 5.-DISCUSSION ET CONCLUSION

Ce travail de recherche visait à analyser l'association entre la polygynie et les besoins non satisfaits en contraception chez les femmes en union âgées de 15-49 ans à partir de l'enquête démographique et de santé (EDS) 2017-2018 du Bénin. Contrairement aux études précédentes qui ont également étudié cette relation (Clark *et al.*, 2017; Ojediran, 2020), nous avons également pris en compte du rang des épouses des mariages polygynes ainsi que sur les motifs des besoins non satisfaits. En outre, nos résultats ont une représentativité nationale. D'abord, les résultats descriptifs ont montré qu'une proportion relativement élevée de femmes en union déclarait un besoin non satisfait en matière de planification familiale. De plus, nous avons observé des différences significatives entre les motifs des besoins non satisfaits les plus exprimés en fonction du type de mariage et du rang des épouses. Après avoir contrôlé les facteurs associés à la polygynie et aux besoins non satisfaits en matière de contraception, nous avons constaté que l'association entre le type de mariage et le besoin non satisfait est marginalement significative ainsi que les motifs sous-jacents à ce besoin. Il en va de même pour la relation entre le rang des épouses et les besoins insatisfaits.

Notre étude n'a pas confirmé de manière concluante notre première hypothèse de recherche selon laquelle les épouses des mariages polygynes seraient plus susceptibles d'exprimer un besoin non satisfait en matière de planification familiale. Au lieu de cela, nous avons trouvé une preuve partielle de cette hypothèse, car cette association n'était que marginalement significative. Ce résultat ne concorde pas à celui des études précédentes (Clark *et al.*, 2017; Ojediran, 2020). Les explications possibles de ce résultat sont un possible manque de pouvoir décisionnel chez les épouses de mariages polygynes et les divergences entre époux au sujet des préférences de fécondité (Odusina *et al.*, 2020; Onah *et al.*, 2023). Nous avons également trouvé peu de preuves à l'appui de notre troisième hypothèse selon laquelle les épouses de mariages polygynes exprimaient davantage les besoins non satisfaits en report de naissances que celles de mariages monogames. Au lieu de cela, nous avons observé que les femmes vivant dans des unions polygynes avaient marginalement plus de risques à exprimer de besoins non satisfaits dont le motif était le report de naissances. Ce constat pourrait être attribué à la concurrence entre épouses, car elles aspiraient à agrandir la taille de leur famille si une coépouse donnait naissance à un nouvel enfant (Lardoux et Van de Walle, 2003), ce qui peut créer l'indécision quant au calendrier de maternité ou à l'arrivée éventuelle d'un enfant additionnel. D'ailleurs, certains chercheurs ont souligné que cet esprit de compétition réduirait ainsi l'utilisation régulière et efficace des méthodes contraceptives (Audu *et*

*al.*, 2008). On peut également avancer que les idées préconçues ou fausses sur certaines méthodes contraceptives pourraient être à l'origine de cet écart entre l'intention de fécondité et le comportement contraceptif des épouses des familles polygynes.

Quant aux hypothèses 2 (besoin non satisfait en espacement des naissances) et 4 (besoin non satisfait en limitation des naissances), elles doivent être rejetées, aucune différence significative n'ayant été identifiée entre les femmes issues de mariages monogames et celles de mariages polygynes. Ceci suggère que les épouses de mariages polygynes et monogames auraient la même préférence en matière de fécondité. D'ailleurs, certains chercheurs remettent en question la différence de fécondité entre les femmes des unions polygynes et celles des unions monogames, soulignant l'absence d'une distinction clairement établie (Josephson, 2002; Millogo *et al.*, 2022). En d'autres termes, considérer les épouses de chaque type d'union comme un groupe homogène ne permet pas de différencier leur niveau de fécondité. En revanche, cette distinction pourrait être identifiée en tenant en compte du rang des épouses engagées dans les mariages polygynes ou le nombre de coépouses (Lardoux et Van de Walle, 2003).

De plus, notre étude met en relief que le risque d'exprimer un besoin non satisfait en contraception, ainsi que les raisons de ces derniers varient en fonction du rang des épouses. Puisqu'aucune association significative n'a été observée chez les épouses seniors, ceci suggère que la relation entre la polygynie (indicateur binaire) et les besoins non satisfaits serait principalement portée par les épouses juniors. Nous avons trouvé que les femmes juniors étaient marginalement plus susceptibles d'exprimer un besoin non satisfait et, lorsqu'on s'intéresse au motif du besoin, elles étaient plus enclines à lier celui-ci à l'espacement des naissances. Il est possible que le risque plus élevé d'exprimer un besoin en contraception chez les épouses juniors soit dû au plus faible pouvoir de décision de ces dernières en ce qui concerne l'utilisation de la contraception. Parallèlement, les résultats sur les besoins insatisfaits pour des motifs d'espacement des naissances pourraient être liés à la sous-estimation du risque de grossesses chez les épouses juniors. Des recherches antérieures ont démontré que les besoins insatisfaits liés à ce motif sont fortement associés à la sous-évaluation de la probabilité de grossesse des femmes en raison de rapports sexuels peu fréquents (Darroch *et al.*, 2011).

Soulignons qu'aucune différence significative n'a été observée entre les épouses en union monogame et les épouses seniors, ce qui pourrait laisser croire à une certaine similitude du pouvoir

décisionnel de ces femmes au sujet de la santé reproductive malgré un type d'union différent, en plus d'un rapprochement de leurs préférences en termes de fécondité. Certains chercheurs ont d'ailleurs déjà identifié une certaine similarité dans la tendance de fécondité des épouses en union monogame et des épouses seniors en unions polygynes (Lardoux et Van de Walle, 2003). Cette similitude peut être attribuée au fait que ces épouses seniors auraient passé une partie de leur vie reproductive en union monogame. D'où le passage du mariage monogame à celui polygyne et la durée de ce dernier aideraient à mieux comprendre le lien entre la polygynie et la fécondité, ainsi que le risque d'exprimer des besoins non satisfaits.

Bien que l'effet du type d'union sur le besoin insatisfait en contraception et les différents motifs de ce dernier représentait l'intérêt principal de cette recherche, plusieurs variables de contrôle ont été introduites dans les modèles de régression. Certains résultats sont à souligner. D'abord, comme on peut s'en douter, nous avons constaté que les femmes vivant leur première union étaient plus susceptibles de signaler un besoin non satisfait en méthode contraceptive, ce qui pourrait être attribué à leur plus faible pouvoir de décider et de discuter de la planification familiale avec leur conjoint (Allen *et al.*, 2001; Burgoyne et Morison, 1997; Pyke, 1994). Par ailleurs, nos résultats ont indiqué une association négative entre le groupe d'âge et les besoins non satisfaits, ainsi que pour les motifs d'espacement et de report des naissances. Ces constats s'expliqueraient par le fait que plus les femmes sont jeunes, plus elles présentent un statut social et matériel précaire, les privant de l'accès aux services de planification familiale (Kourouma, 2011). Toutefois, on a observé que les épouses les plus âgées avaient un risque plus élevé d'exprimer des besoins non satisfaits en limitation des naissances; ce résultat pourrait être associé au fait qu'elles ont déjà atteint la taille de famille désirée.

Quant à l'effet de la religion, nous avons remarqué que les épouses chrétiennes ou sans religion couraient plus de risque de voir leurs besoins en matière de planification familiale non satisfaits que les épouses musulmanes. Ce constat pourrait être attribué à des préférences de fécondité différentes et à des restrictions religieuses vis-à-vis de l'utilisation des méthodes contraceptives (Ethiopian society of Population Studies, 2008; Tebekaw *et al.*, 2014). Les épouses résidant en milieu rural et celles des ménages de niveau de vie le plus faible étaient moins sujettes à ressentir un besoin non satisfait que les femmes vivant en milieu urbain et des niveaux de vie les plus élevés respectivement. On pourrait avancer que les femmes des milieux ruraux et celles les moins nanties

souhaitent avoir plus d'enfants, ce qui se traduirait par un moindre besoin de recourir à des méthodes contraceptives. En ce qui concerne la parité, nos résultats concordent avec ceux des recherches précédentes qui ont montré une association positive entre le risque d'avoir des besoins non satisfaits en contraception et la parité (Ahinkorah *et al.*, 2020; Kourouma, 2011; Teshale, 2022).

Finalement, nous avons observé que les épouses de mêmes âges ou plus âgées que leur mari étaient plus susceptibles d'exprimer des besoins non satisfaits pour des motifs en espacement des naissances. Cependant, nos résultats ont indiqué que les femmes ayant le même niveau d'éducation que leurs conjoints couraient moins de risques de ressentir des besoins non satisfaits en contraception pour des motifs d'espacement des naissances, mais ce résultat n'est que marginalement significatif. Ceci pourrait suggérer que le même nombre d'années de scolarité favorise des discussions plus équilibrées entre les partenaires sur le contrôle de la fécondité et diminuerait donc le risque de voir l'époux faire obstacle à l'utilisation de contraceptifs.

Depuis plusieurs décennies, les droits à la santé sexuelle et reproductive des femmes sont au cœur des débats sur l'amélioration des conditions de vie à l'échelle mondiale. À ce titre, la conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) du Caire a mis en avant l'importance de promouvoir l'autonomisation et l'éducation des femmes, pour améliorer leur santé sexuelle et reproductive (Cosio-Zavala, 2006). Récemment, les objectifs de développement durable (ODD) réitèrent la nécessité d'éradiquer toutes les barrières qui entravent leur accès aux services de santé. En dépit des efforts déployés pour promouvoir la planification familiale en Afrique subsaharienne, la situation de santé sexuelle et reproductive des femmes reste préoccupante. Le cas du Bénin est très éloquent à cet égard, avec un niveau de fécondité élevé et une forte prévalence des besoins insatisfaits en matière de planification familiale. Cette dernière diffère selon le type de mariage dans ce pays où la pratique de la polygynie reste populaire, malgré son interdiction depuis 2004. Dans cette perspective, cette recherche visait à identifier dans quelle mesure la polygynie est associée aux besoins non satisfaits en planification familiale. Parmi les unions polygynes, on s'intéressait aussi à mieux comprendre comment le rang des épouses influence cette association.

Nos résultats révèlent plusieurs enseignements; principalement, sur la complexité de l'association entre la polygynie et les besoins non satisfaits en matière de planification familiale. Ils mettent en évidence le besoin d'introduire la définition des besoins non satisfaits en report de

naissances dans les discussions sur le contrôle de fécondité afin que les gestionnaires et les décideurs puissent mieux adapter leurs programmes de planification familiale, car les besoins insatisfaits en report de naissances se distinguent de ceux en espacement.

Les conclusions de cette recherche montrent qu'une proportion élevée de femmes en union expriment un besoin insatisfait en matière de planification familiale et que les épouses des mariages polygynes avaient tendance à déclarer des besoins non satisfaits en espacement et en report des naissances, ce qui peut être lié à une sous-estimation du risque de grossesse. Elles suggèrent en effet des implications importantes afin d'améliorer les conditions de vie des femmes au Bénin, notamment leur santé reproductive, telles que la nécessité de programmes de sensibilisation et d'éducation en matière de planification familiale.

Il importe aussi de souligner les limites de cette étude. Premièrement, nous devons tenir compte de l'effet de sélection dans les unions polygynes, car l'entrée dans ce type d'union peut être influencée par des facteurs non identifiés qui sont corrélés aux besoins non satisfaits, créant ainsi un problème d'hétérogénéité non observée. Il y a certains types de femmes qui sont plus susceptibles d'entrer dans la polygynie et qui ont également plus de chances d'avoir des besoins non satisfaits. Bien que nous ayons pu contrôler les caractéristiques observables, nous n'avons pas pu ajuster nos modèles pour tenir compte des facteurs non observables. Par conséquent, il convient d'analyser nos résultats avec prudence en essayant d'établir des relations causales à partir de ces données.

Deuxièmement, nos résultats doivent être interprétés avec précautions car ils se limitent à la définition actuelle des besoins non satisfaits et des données disponibles. La manière dont l'indicateur est mesuré dans les enquêtes actuelles peut fournir des estimations biaisées des besoins non satisfaits en raison de certaines hypothèses telle que la durée de la période aménorrhéique post-partum. De plus, il ne nous permet pas d'identifier les motivations contraceptives. Autrement dit, nous ne pouvons pas tirer de conclusions convaincantes sur le manque d'accès aux méthodes contraceptives et le souhait d'adopter une méthode contraceptive dans le futur par les femmes attribuant des besoins non satisfaits. Souvent assimilé à un manque d'accès à la contraception, l'indicateur actuel des besoins non satisfaits exclut le désir potentiel d'utiliser une méthode contraceptive, ce qui révèle l'importance d'inclure cette dimension dans les enquêtes futures. Cette approche élargie permettrait des implications plus robustes pour les programmes de planification

familiale, qui ne se concentreraient pas seulement sur la dynamique de la population mais également sur l'autonomisation des choix des femmes et des couples. De plus, une révision à la baisse de la durée de la période aménorrhéique pourrait aider à améliorer les estimations découlant de l'indicateur des besoins non satisfaits.

En somme, les associations entre les besoins non satisfaits et la polygynie sont marginalement significatives, ce qui suggère qu'il est nécessaire de mener des recherches supplémentaires pour approfondir ce sujet et fournir des explications précises à ce constat. Nous recommandons une nouvelle mesure plus robuste de l'indicateur de besoins non satisfaits qui va au-delà d'une simple mesure de l'écart entre l'utilisation contraceptive et l'intention de fécondité. Pour ce faire, il est recommandé de prendre en compte d'autres variables dans les analyses futures. Plus spécifiquement, il serait bénéfique d'intégrer des facteurs contextuels dans les analyses afin de mieux comprendre l'influence des dynamiques sociales, de l'autonomisation, de l'accès et de la disponibilité des services de planification familiale, ainsi que des normes traditionnelles sur l'attachement aux familles nombreuses et sur le contrôle de la fécondité à partir d'une approche multiniveau. De plus, il serait utile d'explorer l'effet du nombre de coépouses sur la demande non satisfaite en planification familiale.

## BIBLIOGRAPHIE

- Adedini, A., Ogunwemimo, H. et Bisiriyu, L. 2021. Divergence in fertility levels and patterns of muslim-majority countries of Maghreb and middle/West Africa. *Cogent Medicine*, 8(1), pp. 1-17.
- Adedini, S. A., Odimegwu, C., Imasiku, E. N. et Ononokpono, D. N. 2015. Unmet Need for Family Planning: Implication for Under-five Mortality in Nigeria. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 33(1), pp. 187-206.
- Adongo, P., Phillips, J., Kajihara, B., Fayorsey, C. Debpuur, C. et Binka, F. 1997. Cultural factors constraining the introduction of family planning among the Kassena-Nankana of northern Ghana. *Social Science & Medecine*, 45(12), pp. 1789-1804.
- Agadjanian, V. et Ezeh, A. 2000. Polygyny, gender relations, and reproduction in Ghana. *Journal of Comparative Family Studies*, 31(4), pp. 427-441.
- Agyekum, A., Adde, K., Aboagye, R. et Salihu, T. 2022. Unmet need for contraception and its associated factors among women in Papua New Guinea: analysis from the demographic and health survey. *Reproductive Health*, 19(113), pp. 1-11.
- Ahinkorah, B., Ameyaw, E. et Seidu, A. 2020. Socio-economic and demographic predictors of unmet need for contraception among young women in sub-Saharan Africa: evidence from cross-sectional surveys. *Reproductive Health*, 17(163), pp. 1-11.
- Al-Krenawi, A. 1999. Women of polygamous marriages in primary health care centers. *Contemporary Family Therapy*, 21(3), pp. 417-430.
- Al-Krenawi, A. et Graham, J. 2006. A Comparison of Family Functioning, Life and Marital Satisfaction, and Mental Health of Women in Polygamous and Monogamous Marriages. *International Journal of Social Psychiatry*, 52(1), pp. 5-17.
- Allen, E. S., Baucom, D., Burnett, C., Epstein, N. et Rankin-Esquer, L. 2001. Decision-Making Power, Autonomy, and Communication in Remarried Spouses Compared with First-Married Spouses. *Family Relations*, 50(4), pp. 326-334.

- Allison, P. 2012. How Relevant is the Independence of Irrelevant Alternatives? [En ligne] <https://statisticalhorizons.com/iaa/> [Consulté le 21 juillet 2023].
- Amadou Sanni, M. 2001. *Forme d'union et fécondité conjugale au Bénin*. Thèse présentée à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de PhD en Démographie. Montréal: Université de Montréal.
- Anderton, D. et Emigh, R. 1989. Polygynous fertility: Sexual competition versus progeny. *American Journal of Sociology*, 94(4), pp. 832-855.
- Anik, A., Islam, R. et Rahman, S. 2022. Association between socioeconomic factors and unmet need for modern contraception among the young married women: A comparative study across the low- and lower middle-income countries of Asia and Sub-Saharan Africa. *PLOS Global Public Health*, 2(7), pp. 1-14.
- Antoine, P. et Pilon, M. 1998. La polygamie en Afrique : quoi de neuf ? *La Chronique du Ceped*, 1(28), pp.1-4.
- Audu, B., Yahya, S., A., Abdussalam, H., Takai, I. et Othman Kyari, O. 2008. Polygamy and the use of contraceptives. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 101(1), pp. 88–92.
- Banque Africaine de développement. 2020. Annuaire statistique pour l'Afrique 2020, Adis-Abeba: Commission économique pour l'Afrique.
- Barbieri, M. et Hertrich, V. 2005. Age difference between spouses and contraceptive practice in Sub-Saharan Africa. *Population*, 60(5-6), pp. 617-654.
- Baschieri, A., Cleland, J., Floyd, S., Dube, A., Msona, A., Molesworth, A., Glynn, J. et French, N. 2013. Reproductive preferences and contraceptive use: a comparison of monogamous and polygamous couples in northern Malawi. *Journal of Biosocial Science*, 45(2), pp. 145–165.
- Bhattathiry, M. et Ethirajan, N. 2014. Unmet need for family planning among married women of reproductive age group in urban Tamil Nadu. *Journal of Family and Community Medicine*, 21(1), pp. 53-57.



- Bishwajit, G., Tang, S., Yaya, S. et Feng, Z. 2017. Unmet need for contraception and its association with unintended pregnancy in Bangladesh. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(186), pp. 1-9.
- Bradley, S. et Casterline, J. 2014. Understanding unmet need: History, Theory and Measurement. *Studies in Family Planning*, 45(2), pp. 123-150.
- Bradley, S., Croft, T., Fishel, J. et Westoff, C. 2012. Revising unmet need for Family planning. DHS Analytical Studies No. 25, Calverton, Maryland: ICF International.
- Burgoyne, C. B. et Morison, V. 1997. Money in Remarriage: Keeping Things Simple — And Separate. *The Sociological Review*, 45(3), pp. 363–95.
- Chae, S. et Agadjanian, V. 2022. The Transformation of Polygyny in Sub-Saharan Africa. *Population and Development Review*, 0(0), pp. 1-38.
- Chae, S., Woog, V., Zinsou, C. et Wilson, M. 2015. Obstacles à la pratique contraceptive des femmes au Bénin, En Bref, New York: Guttmacher Institute.
- Cheng, S. et Long, J. 2006. Testing for IIA in the Multinomial Logit Model. *Sociological Methods & Research*, 35(4), pp. 583-600.
- Clark, C., Silverman, J., Khalaf, I., Ra'ad, B., Al Sha'ar, Z., Al Ata, A. et Batiha, A. 2008. Intimate partner violence and interference with women's efforts to avoid pregnancy in Jordan. *Studies in Family Planning*, 39(2), pp. 123–132.
- Clark, C., Spencer, R., Khalaf, I., Gilbert, L., El-Bassel, N., Jay G Silverman, J. et Raj, A. 2017. The influence of violence and child marriage on unmet need for family planning in Jordan. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 43(2), pp. 105-112.
- Cleland, J., Bernstein, S., Ezeh, A., Faundes, A., Glasier, A. et Innis, J. 2006. Family planning: The unfinished agenda. *The lancet*, 368(9549), pp. 1810–1827.
- Clignet, R. 1970. Many Wives, Many Powers. Authority and Power in Polygynous Families. Evanston, IL: Northwestern University Press.
- Cosio-Zavala, M. 2006. Genre et procréation: l'exemple de l'Amérique latine. *Tumultes*, 1(26), pp. 99-113.

- Darroch, J. E., Sedgh, G. et Ball, H. 2011. *Contraceptive Technologies: Responding to Women's Needs*, New York: Guttmacher Institute.
- Dejene, H., Abera, M. et Tadele, A. 2021. Unmet need for family planning and associated factors among married women attending anti-retroviral treatment clinics in Dire Dawa City, Eastern Ethiopia. *Plos One*, 16(4), pp. 1-15.
- Dérilus, J., Jean Simon, D. et Becquet, V. 2022. Le non-recours à la contraception chez les femmes célibataires sexuellement actives à Haïti. *Périnatalité*, 14(4), pp. 213-222.
- Dodoo, F. 1998. Marriage Type and Reproductive Decisions: A Comparative Study in Sub-Saharan Africa. *Journal of marriage and Family*, 60(1), pp. 232-242.
- Dongmo Kahou, P. 2017. *Contribution à l'éradication des problèmes liés à la polygamie au Canada, au Cameroun et en Côte-d'Ivoire: essai féministe de théorie interdisciplinaire critique des différentes politiques de gouvernance*. Montréal: Université de Montréal.
- Ember, M. 1974. Warfare, Sex Ratio, and Polygyny. *Ethnology*, 13(13), pp. 197-206.
- Ethiopian society of Population Studies. 2008. Gender inequality and women's empowerment: In-depth analysis of the Ethiopian Demographic and Health Survey 2005, Addis Ababa: United Nations Population Fund (UNFPA).
- Ezeh, A. 1997. Polygyny and reproductive behavior in sub-Saharan Africa: A contextual analysis. *Demography*, 34(3), pp. 355-368.
- Fapohunda, E. et Todaro, M. 1988. Family structure, implicit contracts, and the demand for children in Southern Nigeria. *Population and Development Review*, 14(4), pp. 571-574.
- Farrell, M., Masquelier, A., Tissot, E. et Bertrand, J. 2014. Islam, Polygyny and Modern Contraceptive Use in Francophone sub-Saharan Africa. *African Population Studies*, 28(3), pp. 1389-1398.
- Filmer, D. et Pritchett, L. 2001. Estimating Wealth Effects without Expenditure Data-or Tears: An Application to Educational Enrollments in States of India. *Demography*, 38(1), pp. 115-132.

- Garenne, M. et Van Walle, E. 1989. Polygyny and Fertility Among the Sereer of Senegal. *Population Studies*, 43(2), pp. 267-283.
- Hailemariam, A. et Haddis, F. 2011. Factors affecting unmet need for family planning in southern nations, nationalities, and peoples region, Ethiopia. *Ethiop Journal of Health Sciences*, 21(2), pp. 77-89.
- Hayford, S. R. et Agadjanian., V. 2019. Spacing, Stopping, or Postponing? Fertility Desires in a Sub-Saharan Setting. *Demography*, 56(2), pp. 573-594.
- Hayford, S. R., Agadjanian, V. et Luz, L. 2012. Now or never Perceived HIV status and fertility intentions in rural Mozambique. *Studies in Family Planning*, 43(3), pp. 191-199.
- Hertrich, V. 2006. La polygamie: persistance ou recomposition? Le cas d'une population rurale du Mali. *Cahiers québécois de démographie*, 35(2), pp. 39-69.
- Hogan, D., Beranu, B. et Hailemariam, A. 1999. Household organization, Women's autonomy, and contraceptive behavior in Southern Ethiopia. *Studies in Family Planning*, 30(4), pp. 302-314.
- Hubacher, D., Mavranouzouli, I. et McGinn, E. 2008. Unintended pregnancy in sub-Saharan Africa: magnitude of the problem and potential role of contraceptive implants to alleviate it. *Contraception*, 78(1), pp. 73-78.
- Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE) et ICF. 2019. Enquête Démographique et de Santé au Bénin, 2017-2018, Cotonou, Bénin et Rockville, Maryland, USA: INSAE et ICF.
- Institut National de la Statistique et de la Démographie. 2022. Projections démographiques de 2014 à 2063 et perspectives de la demande sociale de 2014 à 2030 au Bénin. Direction des Statistiques Démographiques et Sociales.
- Izugbara, C. 2018. Spousal age differences and violence against women in Nigeria and Tanzania. *Health Care Women International*, 39(8), pp. 872-887.
- Jacoby, H. 1995. The Economics of Polygyny in Sub-Saharan Africa: Female Productivity and the Demand for Wives in Cote d'Ivoire. *Journal of Political Economy*, 103(5), pp. 938-971.

- Josephson, S. 2002. Does polygyny reduce fertility? *American Journal of Human Biology*, 14(2), pp. 222-32.
- Juarez, F., Gayet, C. et Mejia-Pailles, G. 2018. Factors associated with unmet need for contraception in Mexico: evidence from the National Survey of Demographic Dynamics 2014. *BMC Public Health*, 18(546), pp. 1-8.
- Karra, M. 2022. Measurement of Unmet Need for Contraception: A Counterfactual Approach. *Studies in Family Planning*, 53(4), pp. 657-680.
- Kourouma, N. 2011. *Relations entre le niveau de vie, la fécondité et les besoins non satisfaits en matière de planification familiale en Guinée*. Thèse présentée à la Faculté des Études supérieures en vue de l'obtention du grade de Philosophiæ Doctor (PhD) en démographie. Montréal : Université de Montréal.
- Kriel, Y., Milford, C., Cordero, J., Suleman, F., Beksinska, M., Steyn, P. et Smit, J.A. 2019. Male partner influence on family planning and contraceptive use: perspectives from community members and healthcare providers in KwaZulu-Natal, South Africa. *Reproductive Health*, 16(89), pp. 1-15.
- Kulczycki, A. 2018. Surmonter les Défis de la Planification Familiale en Afrique: vers la Satisfaction des Besoins Non Satisfaits et L'augmentation de la Prestation des Services. *African Journal of Reproductive Health / La Revue Africaine de la Santé Reproductive*, 22(1), pp. 14-19.
- Lardoux, S. et Van de Walle, E. 2003. Polygamie et fécondité en milieu rural sénégalais. *Population*, 58(6), pp. 807-836.
- Lesthaeghe, R., Kaufmann, G. et Meekers, D. 1986. *The Nuptiality regimes in Sub-Saharan Africa*. IPD-Working Paper, éd. Brussels: Vrije Universiteit.
- Machiyama, K. 2010. A Re-examination of recent fertility declines in Sub-Saharan Africa. DHS Working Papers No.68, Calverton, Maryland, USA: ICF Macro.
- Machiyama, K. et Cleland, J. 2013. Insights into Unmet Need in Ghana. STEP UP Research Report, London: London School of Hygiene & Tropical Medicine.

- Madhavan, S. 1998. *Collaboration and Conflict among Women in Rural Mali: Effects on Fertility and Child Survival*. Thèse de doctorat en démographie et sociologie. Philadelphie: Université de Pennsylvanie.
- Marcoux, R. et Antoine, P. 2014. *Le mariage en Afrique: Pluralité des formes et des modèles matrimoniaux*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Millogo, R., Labité, M. et Greenbaum, C. 2022. La Polygamie en Afrique de l'Ouest : Ses impacts sur la fécondité, les intentions de fécondité et la planification familiale. [En ligne] <https://www.prb.org/resources/la-polygamie-en-afrique-de-louest-ses-impacts-sur-la-fecondite-les-intentions-de-fecondite-et-la-planification-familiale/> [Consulté le 2 décembre 2023].
- Mondain, N., Legrand, T. et Delaunay, V. 2004. L'évolution de la polygamie en milieu rural sénégalais : institution en crise ou en mutation ? *Cahiers québécois de démographie*, 33(2), pp. 273–308.
- Moreau, C., Shankar, M., Helleringer, S. et Becker, S. 2019. Measuring unmet need for contraception as a point prevalence. *BMJ Global Health*, 4(e001581), pp. 1-12.
- Moreira, L., Ewerling, F., Barros, A. et Silveira, M. 2019. Reasons for nonuse of contraceptive methods by women with demand for contraception not satisfied: an assessment of low and middle-income countries using demographic and health surveys. *Reproductive Health*, 16(148), pp. 1-15.
- Naksomboon, P. 2013. *The Motivations for polygyny in Nigeria*. Affaires publiques et internationales- Mémoires, éd. Ottawa: uO Research.
- Nations Unies. 2021. *Annuaire statistique 2021*. Soixante-quatrième édition, New York: Département des affaires économiques et sociales.
- Nkoka, O., Mphande, W.M., Ntenda, P.A.M., Milanzi, E.B., Kanje, V. et Guo, S.J.G. 2020. Multilevel analysis of factors associated with unmet need for family planning among Malawian women. *BMC Public Health*, 20(705), pp. 1-12.

- Odusina, E., Ayotunde, T., Kunnuji, M., Ononokpono, D.N., Bishwajit, G. et Yaya, S. 2020. Fertility preferences among couples in Nigeria: a cross sectional study. *Reproductive Health*, 17(92), pp. 1-9.
- Ojediran, E. F. 2020. *Correlates of unmet need for family planning among pregnant women attending antenatal clinic at university college hospital*. Ibadan, Nigeria, Ile-Ife: Obafemi Awolowo University, Ile-Ife, Nigeria.
- Onah, M., Onah, R. et Onah, F. 2023. Linkages between women's empowerment, religion, marriage type, and uptake of antenatal care visits in 13 West African countries. *PLOS Global Public Health*, 3(6), pp. 1-22.
- Peterson, S. 1999. Marriage structure and contraception in Niger. *Journal of Biosocial Science*, 31(1), p. 93–104.
- Phiri, M., Odimegwu, C. et Kalinda, C. 2023. Unmet need for family planning among married women in sub-Saharan Africa: a meta-analysis of DHS data (1995 – 2020). *Contraception and Reproductive Medicine*, 8(3), pp. 1-11.
- Pirani, E. 2021. Wealth index. Dans: F. Maggino, éd. *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*. Switzerland AG: Springer Nature, pp.1-3.
- PNUD. 2022. Évolution socioéconomique au Bénin: situation actuelle et perspectives. Programme des Nations Unies pour le développement.
- Pyke, K. D. 1994. Women's Employment as a Gift or Burden? Marital Power Across Marriage, Divorce, and Remarriage. *Gender and Society*, 8(1), p. 73–91.
- Rutstein, S. et Johnson, K. 2004. The DHS Wealth Index. DHS Comparative Reports No. 6, Calverton, Maryland: ORC Macro.
- Rutstein, S. et Staveteig, S. 2014. Making the Demographic and Health Surveys Wealth Index Comparable. DHS Methodological Reports No. 9, Rockville, Maryland, USA: ICF International.

- Sarnak, D., Anglewicz, P. et Ahmed, S. 2023. Unmet need and intention to use as predictors of adoption of contraception in 10 Performance Monitoring for Action geographies. *Population Health*, 22(101365), pp. 1-12.
- Sedgh, G., Hussain, R., Bankole, A. et Singh, S. 2007. Women with an unmet need for contraception in developing countries and their reasons for not using a method, New York: Occasional Report, Guttmacher Institute, No. 37.
- Senderowicz, L. et Maloney, N. 2022. Supply-Side Versus Demand-Side Unmet Need: Implications for Family Planning Programs. *Population and Development Review*, 48(3), pp. 689–722.
- Senderowicz, L., Bullington, B.W., Sawadogo, N., Tumlinson, K., Langer, A., Soura, A., Zabré, P. et Sié, A. 2023. Assessing the Suitability of Unmet Need as a Proxy for Access to Contraception and Desire to Use It. *Studies in Family Planning*, 54(1), pp. 231-250.
- Sidze, E., Lardoux, S., Speizer, I.S., Faye, C.M., Mutua, M.M. et Badji, F. 2014. Young women access and use of contraception: the role of providers' restrictions in urban Senegal. *International Perspectives on Sexual Reproductive Health*, 40(4), pp. 176–183.
- Sinai, I., Nyenwa, J. et Oguntunde, O. 2018. Programmatic implications of unmet need for contraception among men and young married women in northern Nigeria. *Journal of Contraception*, 2018(9), pp. 81-90.
- Singh, S., Darroch, J. et Ashford, L. 2014. Adding it up: The Costs and Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health 2014. Guttmacher Institute and UNFPA.
- Singh, S., Darroch, J., Vlassoff, M. et Nadeau, J. 2003. Adding it up. The benefit of investing in sexual and reproductive health care, New York & Washington: The Alan Guttmacher Institute.
- Smith, S. et Connolly, S. 2020. Re-thinking unmet need for healthcare: introducing a dynamic perspective. *Health Economics, Policy and Law*, 15(4), pp. 440 - 457.
- Solanke, B. 2016. Socio-demographic factors associated with unmet need for family planning among women who experienced pregnancy termination in Nigeria. *African Journal for Psychological Study and Social Issues*, 19(3), pp. 112-125.

- Sossa, F. 2019. *Relations entre l'éducation des parents et la mortalité des enfants au Bénin*. Thèse présentée à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de PhD en Démographie. Montréal: Université de Montréal.
- Speizer, I., Bremner, J. et Farid, S. 2022. Language and Measurement of Contraceptive Need and Making These Indicators More Meaningful for Measuring Fertility Intentions of Women and Girls. *Global Health: Science and Practice*, 10(1), pp. 1-8.
- Stata, 2019. Statistical software for data science | Stata. mlogit — Multinomial (polytomous) logistic regression. [En ligne] <https://www.stata.com/manuals/rmlogit.pdf> [Consulté le 17 juin 2023].
- Tabi, M., Doster, C. et Cheney, T. 2010. A qualitative study of women in polygynous marriages. *International Nursing Review*, 57(1), pp. 121–127.
- Tabutin, D. et Schoumaker, B. 2020. La démographie de l’Afrique subsaharienne au XXIe siècle. Bilan des changements de 2000 à 2020, perspectives et défis d’ici 2050. *Population*, 2(75), pp. 169-295.
- Tebekaw, Y., Bezuhan Aemro, B. et Teller, C. 2014. Prevalence and determinants of unintended childbirth in Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(326), pp. 1-9.
- Tesfa, D., Tiruneh, S.A., Gebremariam, A.D., Azanaw, M.M., Engidaw, M.T., Kefale, B., Abebe, B., Dessalegn, T. et Tiruneh, M. 2023. The pooled estimate of the total fertility rate in sub-Saharan Africa using recent (2010–2018) Demographic and Health Survey data. *Frontiers in Public Health*, 10(1053302), pp. 1-11.
- Teshale, A. 2022. Factors associated with unmet need for family planning in sub-Saharan Africa: A multilevel multinomial logistic regression analysis. *Plos One*, 17(2), pp. 1-15.
- The Alan Guttmacher Institute. 1999. *Sharing Responsibility*, New York: Woman, Society and Abortion Worldwide.
- Timæus, I. et Moultrie, T. A. 2020. Pathways to Low Fertility: 50 Years of Limitation, Curtailment, and Postponement of Childbearing. *Demography*, 57(1), pp. 267–296.



- Timæus, I. et Reynar, A. 1998. Polygynists and Their Wives in Sub-Saharan Africa: An Analysis of Five Demographic and Health Surveys. *Population Studies*, 52(2), pp. 145-162.
- Towriss, C. A., Beguy, D., Wringe, A., Hussein, B.H. et Timæus, I.M. 2019. Planning a family in Nairobi's informal settlements: Results of a qualitative study. *Journal of Biosocial Science*, 52(2), pp. 286 - 299.
- Tsui, A. O., McDonald-Mosley, R. et Burke, A. E. 2010. Family planning and the burden of unintended pregnancies. *Epidemiologic Reviews*, 32(1), pp. 152-174.
- UNDP. 2022. Human Development Report 2021/2022. Uncertain times, unsettled lives. Shaping our future in a transforming world, New York: United Nations Development Program, United Nations.
- United Nations (UN) General Assembly. 2015. Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development, New York: UN.
- Wafula, W. 2015. Regional differences in unmet need for contraception in Kenya: insights from survey data. *BMC Women's Health* (2015), 15(86), pp. 1-9.
- Wang, W., Staveteig, S., Winter, R. et Allen, C. 2017. Women's marital status, contraceptive use, and unmet need in Sub-Saharan Africa, Latin America, and the Caribbean. DHS Comparative Reports No.44, ICF: Rockville, Maryland, USA.
- White, D. et Burton, M. 1988. Causes of Polygyny: Ecology, Economy, Kinship, and Warfare. *American Anthropologist*, 90(4), pp. 871-887.
- Whitehouse, B. 2017. The exaggerated demise of polygyny: Transformations in marriage and gender relations in West Africa. Dans: B. J. Riley N., éd. International handbook on gender and demographic processes. Springer, pp. 299-313.
- WHO. 2016. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 3rd ed, Geneva: WHO, 2016.

WHO. 2022. Unmet need for planning family (%). Genève: The global health observatory. [En ligne] <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/3414> [Consulté le 13 décembre 2022]

Wulifan, J. K., Mazalale, J., Kamba, C., Angko, W., Asante, J., Kpinpuo, S. et Kalolo, A. 2019. Prevalence and determinants of unmet need for family planning among married women in Ghana-a multinomial logistic regression analysis of the GDHS, 2014. *Contraception and Reproductive Medicine*, 4(2), pp. 1-14.

Yaya, S., Amouzou, A., Uthman, O.A., Ekholuenetale, M., Bishwajit, G., Udenigwe, O., Hudani, A. et Shah, V. 2018. Prevalence and determinants of terminated and unintended pregnancies among married women: Analysis of pooled cross-sectional surveys in Nigeria. *BMJ Global Health*, 3(2), pp. 1-11.

Zeitzen, M. K. 2020. *Polygamy: A Cross-Cultural Analysis*. New York: Routledge.

Zoetyande, W., Yameogo, A. et Kenkou, K. 2020. Besoins non satisfaits en matière de planification familiale : déterminants individuels et contextuels au Burkina Faso. *Santé Publique*, 1(32), pp. 123-140.