

# Autonomisation des femmes et nombre idéal d'enfants: examen des mesures EDS d'autonomisation en Afrique subsaharienne

Par Ushma D. Upadhyay et Deborah Karasek

Ushma D. Upadhyay est chercheuse adjointe et Deborah Karasek, chercheuse principale, toutes deux au Bixby Center for Global Reproductive Health, University of California, San Francisco, USA.

**CONTEXTE:** Le programme d'Enquêtes démographiques et de santé (EDS) collecte des données sur l'autonomisation des femmes, mais on en sait peu sur l'utilité de ces mesures dans les pays d'Afrique subsaharienne. Il est important de comprendre si l'autonomisation des femmes est associée à leur nombre idéal d'enfants et à leur capacité de limiter leur fécondité à ce nombre idéal dans le contexte subsaharien.

**MÉTHODES:** L'analyse repose sur les données de couple des enquêtes EDS de quatre pays d'Afrique subsaharienne: la Guinée, le Mali, la Namibie et la Zambie. L'autonomisation des femmes est mesurée en fonction de la participation aux décisions du ménage, des attitudes à l'égard du droit pour un homme de battre sa femme et des attitudes à l'égard du refus de rapports sexuels avec le mari. Le nombre d'enfants idéal des femmes est modélisé par régression linéaire multivariée et leur risque d'avoir plus d'enfants que ce nombre idéal, par régression logistique multivariée.

**RÉSULTATS:** En Guinée et en Zambie, les attitudes négatives à l'égard du droit de battre sa femme sont associées à un nombre idéal d'enfants plus faible (coefficients bêta,  $-0,5$  et  $-0,3$ , respectivement). Une plus grande participation aux décisions du ménage n'est associée à un moindre nombre d'enfants idéal qu'en Guinée (coefficient bêta,  $-0,3$ ). De plus, la participation aux décisions du ménage en Namibie et les attitudes positives à l'égard du refus des rapports sexuels en Zambie sont associées à une probabilité élevée d'avoir plus d'enfants que le nombre désiré (OR,  $2,3$  et  $1,4$ , respectivement); les attitudes négatives à l'égard du droit de battre sa femme au Mali sont associées à une probabilité moindre de ce résultat ( $0,4$ ).

**CONCLUSIONS:** L'autonomisation des femmes — telle qu'évaluée selon les mesures actuellement disponibles — n'est pas uniformément associée à un désir de famille moins nombreuse ou à la capacité d'atteindre la fécondité désirée dans ces pays d'Afrique subsaharienne. La recherche doit être approfondie pour déterminer les mesures les plus pertinentes dans ces contextes.

*Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique, numéro spécial de 2013, pp. 10–21*

La documentation relative à l'autonomisation des femmes définit et conceptualise la notion selon différentes approches terminologiques souvent interchangeables de «promotion», «émancipation», «agency» et autres.<sup>1,2</sup> Une définition décrit l'autonomisation comme l'«élargissement de la capacité d'une personne à opérer des choix de vie stratégiques dans un contexte où cette capacité lui était antérieurement refusée».<sup>3</sup> Deux éléments fondamentaux de l'autonomisation sont l'«agency», forme d'autodétermination associée à la capacité d'exercer ses propres choix, et les ressources nécessaires à l'exercice de ces choix de vie.<sup>2,3</sup> De plus, le concept de l'autonomisation des femmes embrasse de nombreuses dimensions, de nature reproductive, économique, sociale et culturelle, familiale et interpersonnelle, légale, politique et psychologique,<sup>2</sup> donnant lieu à un large éventail conceptuel.

Aussi l'autonomisation des femmes s'avère-t-elle difficile à mesurer avec constance. Les études évaluent souvent l'autonomie féminine selon un indice mesurant la participation au processus décisionnel relatif à divers aspects du ménage et représentant dès lors le degré de contrôle dont dispose la femme sur son environnement.

Certains chercheurs incluent dans cet indice les décisions majeures (telles que les achats importants du ménage) aussi bien que mineures (concernant le choix de la composition d'un repas, notamment),<sup>4</sup> tandis que d'autres en excluent les choix journaliers du ménage et ceux relevant traditionnellement du domaine de la femme.<sup>5</sup> D'autres mesures de l'autonomisation féminine évaluent la liberté de mouvement,<sup>6,7</sup> les différences d'âge et d'éducation entre partenaires conjugaux<sup>8,9</sup> et le processus de sélection du conjoint.<sup>10</sup>

Même sous définition et conceptualisation claires, ces notions sont difficiles à quantifier de manière uniforme au sein d'une population donnée. Pour mesurer l'autonomisation au niveau individuel, les chercheurs doivent traduire l'image amorphe en un ensemble de questions spécifiques pouvant être posées dans le cadre d'enquêtes en population. Idéalement, ces questions doivent pouvoir s'appliquer à des répondants individuels présentant des caractéristiques sociodémographiques diverses. Ainsi, les jeunes femmes qui n'ont pas encore eu de rapports sexuels ne disposeraient pas de l'expérience nécessaire pour répondre à des questions relatives à leur pouvoir en

matière sexuelle. En l'occurrence, des situations hypothétiques pourraient servir à l'évaluation des attitudes et des croyances, mais il est souvent difficile pour les répondants de bien comprendre ces situations et d'y répondre de manière réaliste.<sup>11</sup>

La diversité des contextes culturels qui affectent la mesure de l'autonomisation des femmes pose un autre défi. Une mesure qui cerne cette autonomisation dans un contexte particulier peut revêtir une pertinence limitée dans un autre, comme par exemple les mesures de la mobilité dans les communautés où la liberté de mouvement est la norme pour les femmes. Aussi importe-t-il, pour assurer la validité des comparaisons transnationales, d'identifier universellement les mesures applicables, indépendamment du contexte d'équité entre les sexes.

Pour relever ce défi, le programme EDS a commencé à incorporer des mesures d'autonomisation des femmes à la fin des années 1990. Bien que certains éléments aient été conceptualisés et développés initialement dans la perspective d'un contexte asiatique, pour les pays d'Asie du Sud en particulier,<sup>12,13</sup> ils ont été inclus dans le questionnaire EDS standard, apportant des mesures standardisées de l'autonomisation des femmes dans un large éventail de pays.<sup>14</sup> Il s'agit notamment des questions relatives aux décisions du ménage et à l'acceptation par les femmes de l'inégalité sexuelle au sein du couple. Plus spécifiquement, un ensemble de questions se penche sur les raisons qui justifient qu'un mari batte sa femme, et un autre sur celles qui justifient le refus d'une femme d'avoir des rapports sexuels avec son mari.<sup>15</sup> Ces questions relatives aux attitudes sur les rôles sexuels mesurent le degré d'acceptation féminine de l'autorité des hommes sur les femmes<sup>9</sup> et sont associées à la mesure du pouvoir des femmes dans les décisions du ménage.<sup>16-18</sup>

Les données d'autonomisation produites par les EDS ont apporté d'utiles contributions théoriques et empiriques à la documentation relative à l'autonomisation des femmes et à différents résultats de santé dans le monde.<sup>19-22</sup> Ces derniers temps pourtant, les chercheurs ont remis en cause la validité des mesures d'autonomisation des EDS en Afrique subsaharienne, exprimant un besoin d'amélioration de leur base conceptuelle et de leur fondement contextuel.<sup>23-25</sup> L'autonomisation des femmes peut revêtir un sens différent en Afrique, où la polygamie,<sup>26,27</sup> la prévalence du VIH,<sup>28</sup> le nombre idéal d'enfants<sup>29</sup> et l'importance sociale de la fécondité<sup>30-32</sup> sont reconnus comme plus importants que dans le contexte asiatique. Un examen approfondi est nécessaire pour déterminer si les dimensions de l'autonomisation conceptualisées en fonction d'autres contextes culturels gardent leur pertinence en Afrique subsaharienne.

### **Autonomisation et nombre idéal d'enfants**

La recherche démontre largement que l'autonomisation des femmes est associée aux résultats reproductifs, y compris la pratique contraceptive,<sup>33-36</sup> la fécondité<sup>14,37,38</sup> et l'espacement des naissances.<sup>39</sup> Certains experts voient

dans l'autonomisation une filière clé à travers laquelle l'éducation influence la fécondité.<sup>13,40</sup> Peu d'études sur l'autonomisation et les résultats reproductifs des femmes ont cependant été menées dans les pays d'Afrique subsaharienne. Notre examen de la documentation publiée n'a identifié que 17 analyses quantitatives réalisées dans la région. Parmi elles, une seule examine les questions de l'autonomisation et du nombre idéal d'enfants<sup>36</sup> et deux autres seulement se penchent sur l'autonomisation et sur la communication entre partenaires concernant le nombre idéal d'enfants;<sup>38,41</sup> toutes trois reposent sur les données d'EDS et deux ont recours à l'indice de décision des ménages comme mesure de l'autonomisation des femmes.<sup>36,38</sup>

L'une examine, d'après les données de l'EDS érythréenne de 2002, l'association éventuelle entre l'autonomie des femmes et les préférences reproductives.<sup>36</sup> L'autorité finale des femmes dans les décisions relatives aux achats journaliers du ménage se révèle associée à l'expression d'un faible nombre idéal d'enfants, au désir de ne plus avoir d'enfants et au fait d'avoir jamais pratiqué la contraception moderne. Les résultats laissent entendre que les facteurs sociodémographiques tels que l'emploi et la situation économique affectent les préférences génésiques des femmes non seulement de manière directe, mais aussi indirectement, par accroissement de l'autonomie féminine, qui influence à son tour les préférences reproductives.

Une autre étude, basée sur l'EDS réalisée au Zimbabwe en 1994, observe que la participation accrue des femmes aux décisions du ménage est associée à une moindre fécondité et à la discussion du nombre idéal d'enfants avec le partenaire.<sup>38</sup> Cette étude démontre que l'ajout de variables de décision apporte une puissance explicative indépendante au-delà de celle des mesures traditionnelles de la condition féminine telles que le niveau d'études et la participation à la vie active.

Selon la troisième étude, basée sur les données de l'EDS éthiopienne de 1990, l'autonomie des femmes – mesurée en fonction de l'alphabétisme – est associée à une probabilité accrue de communication conjugale sur le nombre idéal d'enfants.<sup>41</sup> Ces études laissent entendre la possibilité d'une association entre l'autonomisation des femmes et un nombre idéal d'enfants réduit dans d'autres pays d'Afrique.

L'examen du rapport entre l'autonomisation des femmes et la fécondité idéale dans divers pays d'Afrique subsaharienne selon des mesures comparables aidera à combler les lacunes actuelles de la documentation. Il est impératif de cerner ce rapport en Afrique subsaharienne, où l'on observe ces dernières années un ralentissement ou un arrêt même de la transition de la fécondité.<sup>42</sup> Les indices de fécondité de la région sont les plus élevés du monde, avec une moyenne de cinq à six naissances par femme.<sup>43</sup> Beaucoup d'Africaines désirent pourtant des familles moins nombreuses, même si elles ne pratiquent pas la contraception. Dans une étude basée sur les données d'EDS de 29 pays d'Afrique subsaharienne, 24% des femmes mariées âgées de 15 à 49 ans disent ne pas désirer d'enfant à brève échéance ou du tout, mais elles déclarent

cependant ne pratiquer aucune méthode contraceptive.<sup>44</sup> L'indice synthétique de fécondité (ISF) moyen – nombre de naissances par femme aux taux par âge courants – diminuerait considérablement en Afrique subsaharienne si les femmes n'avaient que le nombre de naissances qu'elles désirent.<sup>29</sup> Ces statistiques invitent la question de savoir si une meilleure autonomisation aiderait les femmes à limiter leur nombre d'enfants à celui qu'elles désirent et à réduire, en fin de compte, les taux de fécondité dans la région.

Cette étude cherche à répondre à cette question en examinant si l'autonomisation des femmes – telle qu'évaluée selon les mesures d'EDS – est associée au nombre d'enfants qu'elles estiment idéal et à la réalisation de leur fécondité désirée dans quatre pays d'Afrique subsaharienne. Nous examinons aussi l'influence des désirs de fécondité des maris sur le rapport entre l'autonomisation des femmes et leur nombre idéal d'enfants. Il est généralement admis que les hommes influencent fortement le comportement procréateur des couples.<sup>45-47</sup> Bien que le nombre idéal d'enfants déclaré par les hommes d'Afrique tende à être supérieur à celui exprimé par les femmes,<sup>29,48,49</sup> une étude menée au Ghana laisse entendre que les désirs de fécondité en baisse des maris sont largement responsables des réductions de la fécondité au niveau national.<sup>50</sup>

### Pays

La Guinée, le Mali, la Namibie et la Zambie présentent sur le plan sociodémographique d'importantes différences et similarités qui en rendent l'étude intéressante dans le contexte de l'autonomisation et des désirs de fécondité. De manière générale, le Mali présente quelques-uns des pires indicateurs sociaux et économiques de la région, tandis que la Namibie en présente certains des meilleurs; la Guinée et la Zambie se situent entre les deux. Sur la base des indicateurs éducationnels, politiques et économiques de genre, le Mali et la Guinée présentent une égalité des sexes relativement inférieure à celle observée en Namibie et en Zambie.<sup>51,52</sup>

L'âge au moment du premier mariage –important indicateur de fécondité finale et d'opportunités de genre –varie d'un pays à l'autre, les femmes de Guinée présentant le moindre âge médian au mariage (16,0), suivies de celles du Mali (16,6), de Zambie (19,2) et de Namibie (28,2).<sup>53-56</sup> Peu de jeunes achèvent le niveau de scolarisation primaire au Mali (19% des filles et 36% des garçons), et moins encore en Guinée (7% et 18%, respectivement).<sup>53,54</sup> Le niveau d'études est supérieur en Zambie (54% des filles et 69% des garçons achèvent l'école primaire).<sup>55</sup> En Namibie, les filles atteignent en fait de plus hauts taux de scolarisation primaire que les garçons (76% et 69%, respectivement).<sup>56</sup>

Plusieurs autres facteurs révèlent, sur le plan du genre, le contexte de chaque pays. Au Mali, 90% des femmes âgées de 15 à 49 ans ont subi l'excision et 45% des femmes mariées sont en union polygame.<sup>54</sup> De même, en Guinée, 96% des femmes déclarent avoir subi l'excision.<sup>55</sup> On notera, alors que les taux de prévalence du VIH dans la population adulte sont faibles au Mali et en Guinée (1%),

qu'ils sont significativement plus élevés en Zambie et en Namibie (13-14%).<sup>57</sup>

Le Mali, la Guinée et la Zambie se caractérisent dans l'ensemble par une fécondité supérieure à celle de la Namibie. Le Mali conserve un ISF élevé de 6,6 – l'un des plus élevés de la région;<sup>53</sup> celui de la Guinée est de 5,7.<sup>54</sup> L'indice de fécondité de la Zambie a diminué lentement, d'une naissance au cours des 30 dernières années, pour atteindre 6,2 en 2007.<sup>55</sup> En Namibie, la fécondité s'est nettement réduite, de 5,4 en 1992 à 3,6 en 2007.<sup>56</sup>

La connaissance de la contraception atteint au moins 85% dans les quatre pays;<sup>53-56</sup> la pratique d'une méthode moderne est néanmoins considérablement inférieure parmi les femmes du Mali et de Guinée (7% et 6%, respectivement), par rapport à la Zambie et à la Namibie (33% et 53%). Les taux de prévalence contraceptive reflètent l'environnement religieux (la Namibie et la Zambie sont des pays principalement chrétiens, alors que la Guinée et le Mali sont principalement musulmans), de même que les nombres idéaux d'enfants et l'accès à la planification familiale.

### Cadre conceptuel

L'hypothèse posée est que l'autonomisation des femmes influence le nombre d'enfants qu'elles estiment idéal et leur capacité de limiter leur fécondité à ce nombre idéal. Notre cadre conceptuel implique une filière dans laquelle une plus grande autonomisation s'accompagne d'un niveau d'autodétermination (*agency*) et de ressources supérieur, stimulant le désir féminin d'horizons de vie plus larges et menant à la réduction du nombre d'enfants considéré comme idéal. La supposition est que la femme plus autonomisée désire, outre la maternité, d'autres rôles et de meilleures opportunités pour elle-même et pour ses enfants. En limitant son nombre d'enfants, elle dispose de plus de ressources à consacrer à sa propre personne et à sa famille. Un moindre nombre idéal d'enfants semble dès lors constituer un résultat plausible de l'autonomisation des femmes. Le nombre d'enfants idéal d'une femme dépend aussi vraisemblablement de ses caractéristiques sociodémographiques (telles que son âge et sa richesse), ainsi que du nombre considéré comme idéal par son mari.

Résultats de l'autonomisation, l'autodétermination et les ressources accrues peuvent aider la femme à contrôler son environnement pour atteindre son nombre idéal d'enfants désormais réduit. Plus le nombre idéal d'enfants déclaré est faible, plus elle aura vraisemblablement de difficulté à le respecter, surtout dans les contextes à fécondité élevée. Ni la pratique contraceptive des femmes, ni la disponibilité de services contraceptifs ne sont examinés ou corrigés dans l'étude car ces aspects se trouvent sur la voie causale entre l'autonomisation et la réalisation de la fécondité idéale et leur correction dissimulerait par conséquent les effets de l'autonomisation.

Nous postulons donc que les femmes davantage autonomisées ont un nombre idéal d'enfants inférieur à celui de celles qui le sont moins car avoir moins d'enfants leur

donne la liberté d'élargir davantage leurs horizons de vie. Notre hypothèse est aussi que les femmes plus autonomisées sont plus susceptibles que celles qui le sont moins de limiter leur fécondité à leur nombre désiré d'enfants car elles possèdent l'autodétermination et les ressources qui leur permettent de prendre les mesures nécessaires à la réalisation de leur fécondité désirée. Étant donné les différences contextuelles entre les pays considérés, nous nous attendons à voir de plus fortes associations entre les résultats reproductifs et l'autonomisation des femmes dans ceux où les indices de fécondité sont élevés et les normes de genre moins équitables, comme au Mali, que dans ceux où les taux de fécondité sont faibles et où l'égalité des sexes est plus favorable, comme en Namibie.

Si le lien est établi, il appuiera l'inclusion de l'autonomisation des femmes dans la mission des programmes de planification familiale, afin d'aider les femmes et les couples à limiter leur fécondité au nombre d'enfants qu'ils désirent. Les interventions d'autonomisation pourraient ainsi donner lieu à un plus grand intérêt pour les services de planification familiale et susciter la demande de familles moins nombreuses. Une réduction substantielle des indices de fécondité serait possible si les femmes pouvaient limiter leur nombre d'enfants à celui qu'elles considèrent idéal.

## MÉTHODES

### Source des données

Les données d'EDS analysées ici proviennent de quatre des dernières enquêtes réalisées en Afrique subsaharienne avec les mesures nécessaires pour répondre aux questions de notre recherche: celles menées en Guinée (2005), au Mali (2006), en Namibie (2006–2007) et en Zambie (2007).<sup>53–56</sup> Ces enquêtes ont collecté des données sur les indicateurs comportementaux et sociodémographiques de la condition de la femme, du nombre d'enfants désiré et de la fécondité. Les questionnaires ont été traduits dans les langues locales principales de chaque pays et approuvés par le comité d'éthique indépendant de Macro International, les autorités locales et les partenaires chargés de la mise en œuvre.

Étant donné l'intérêt porté aux désirs de fécondité des maris, nous avons concentré notre analyse sur les couples assortis. L'utilisation du fichier EDS des couples a limité l'échantillon aux femmes mariées de 15 à 49 ans dont le mari était physiquement présent, vivait sous le même toit et était âgé de 15 à 59 ans (sauf en Namibie, où les hommes considérés étaient âgés de 15 à 49 ans). Nous avons exclu toute personne pour laquelle les données n'étaient pas disponibles pour au moins une des mesures d'autonomisation (une femme en Guinée, zéro au Mali, cinq en Namibie et sept en Zambie), obtenant ainsi un échantillon pondéré final de 1.993 couples assortis en Guinée, 2.668 au Mali, 844 en Namibie et 3.197 en Zambie.

Nous avons comparé les caractéristiques sociodémographiques et les indicateurs d'autonomisation de toutes les femmes du fichier individuel et du sous-échantillon de femmes du fichier des couples et avons relevé quelques

différences significatives entre les deux fichiers de chaque pays (non illustré). Dans tous les pays à l'exception de la Namibie, l'échantillon de femmes individuelles était légèrement plus âgé et plus riche que le sous-échantillon des couples. Les indicateurs d'autonomisation liés au pouvoir de décision et aux attitudes concernant le droit du mari de battre sa femme sont similaires dans les deux groupes. En moyenne, par rapport aux femmes de l'échantillon individuel, les femmes du sous-échantillon des couples avaient déclaré un moindre nombre de raisons justifiant le refus de rapports sexuels au mari.

### Variables dépendantes

• *Nombre idéal d'enfants.* L'EDS évalue le nombre idéal d'enfants en posant aux femmes mères la question suivante: «Si vous pouviez revenir en arrière dans le temps, au moment où vous n'aviez pas encore d'enfants, et que vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants que vous aimeriez avoir durant votre vie, quel serait ce nombre?» Aux femmes non encore mères au moment de l'enquête, la question suivante est posée: «Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants que vous aimeriez avoir durant votre vie, quel serait ce nombre?» Les deux questions admettent des réponses non numériques, du type «Dieu en décidera», que nous avons incluses dans notre analyse afin de ne pas biaiser les résultats. Les chercheurs ont recommandé d'inclure les réponses non numériques dans les analyses de nombres d'enfants désirés.<sup>58</sup> Bien que les études antérieures aient indiqué que les femmes dont la réponse est non numérique sont susceptibles de désirer plus d'enfants que celles qui donnent une réponse numérique et moins susceptibles d'adopter de comportements propices aux familles moins nombreuses,<sup>59</sup> une sous-analyse de nos données révèle peu de différences, au niveau des indicateurs d'autonomisation, entre les femmes ayant donné une réponse numérique ou non numérique (non illustré). Aussi les réponses non numériques ont-elles été recodées à la valeur moyenne du reste de l'échantillon du pays.

• *Nombre d'enfants supérieur au nombre idéal.* Nous avons créé une mesure dichotomique établissant si une femme avait eu plus d'enfants vivants que le nombre désiré qu'elle avait déclaré par soustraction de son nombre idéal déclaré de celui effectif déclaré. Si le total était supérieur à zéro, la femme a été codée comme ayant eu plus d'enfants que son nombre idéal déclaré. Les femmes ayant donné une réponse non numérique à la question de leur nombre d'enfants idéal ont été codées comme n'ayant pas eu plus d'enfants que le nombre idéal déclaré. Étant donné que les jeunes femmes en plein cœur de leurs années de procréation sont peu susceptibles d'avoir atteint leur nombre d'enfants total, ce résultat n'a été évalué que pour les femmes de 35 ans et plus.

### Variables indépendantes

Nos variables explicatives clés sont les trois indicateurs d'autonomisation des femmes du questionnaire EDS stan-

**TABLEAU 1. Mesures sélectionnées parmi les femmes de couples assortis dans quatre pays d'Afrique subsaharienne, Enquêtes démographiques et de santé, 2005–2007**

Mesure	Guinée 2005 (N=1.993)	Mali 2006 (N=2.668)	Namibie 2006–2007 (N=844)	Zambie 2007 (N=3.197)
<b>CARACTERISTIQUES SOCIALES ET DÉMOGRAPHIQUES</b>				
<b>Âge</b>				
15 à 24 ans	23,5	30,5	17,9	27,5
25 à 34 ans	40,2	39,3	46,4	43,0
35 à 49 ans	36,3	30,2	35,7	29,5
<b>Résidence</b>				
Rurale	78,3	73,8	43,2	66,9
Urbaine	21,7	26,2	56,8	33,1
<b>Indice de richesse des ménages</b>				
Les plus pauvres	24,7	21,3	14,6	24,3
Pauvres	20,8	21,0	11,8	18,8
Moyens	22,7	19,1	19,0	19,5
Riches	16,5	21,3	24,7	19,7
Les plus riches	15,3	17,3	29,8	17,7
<b>Éducation</b>				
Nulle	87,8	84,9	12,1	12,8
Primaire	7,0	10,5	25,2	62,2
≥secondaire	5,2	4,6	62,7	25,0
<b>Union polygame</b>				
Non	49,3	58,2	85,0	88,6
Oui	50,7	41,8	15,0	11,4
<b>Nbre d'enfants en vie</b>				
0	9,4	10,0	8,4	7,5
1–2	34,7	31,9	46,0	32,3
3–4	31,0	27,8	31,2	31,6
≥5	24,9	30,3	14,3	28,7
<b>DÉSIRS DE FÉCONDITÉ ET COMPORTEMENT</b>				
<b>Femmes</b>				
Nbre idéal moyen d'enfantst	6,0	6,6	3,4	5,1
Nbre idéal d'enfants				
0–2	2,1	1,8	38,4	6,7
3–5	38,1	29,8	47,4	53,0
≥6	48,5	50,1	12,5	33,6
Réponse non numérique	11,4	18,3	1,7	6,8
<b>Plus d'enfants que le nombre idéal</b>				
Toutes les femmes	7,0	6,2	18,4	12,1
≥35 ans	15,4	12,0	26,2	27,8
<b>Maris</b>				
Nbre idéal moyen d'enfantst	9,9	9,3	4,7	5,7
Nbre idéal d'enfants				
0–2	1,4	1,6	28,9	7,5
3–5	18,8	18,5	44,4	46,4
≥6	67,6	58,7	24,8	41,9
Réponse non numérique	12,1	21,2	1,9	4,2
<b>Nbre idéal d'enfants par rapport à la femme</b>				
Égal	22,6	14,7	22,6	24,1
Supérieur	48,8	50,2	49,9	42,8
Inférieur	25,1	19,5	25,7	30,3
<b>Réponse non numérique du mari mais pas de la femme</b>				
	2,0	1,0	3,2	2,6
<b>AUTONOMISATION DES FEMMES</b>				
<b>Participation aux décisions‡</b>				
Participe aux quatre types de décisions du ménage	33,7	10,6	68,4	36,3
Nbre moyen de décisions du ménage auxquelles la femme participe (0–4)	2,0	1,0	3,2	2,6
<b>Attitudes relatives au droit du mari de battre sa femme§</b>				
Aucune des cinq raisons n'est justifiée	11,8	24,7	68,6	36,3
Nbre moyen de raisons justifiées (0–5)				
<b>Attitudes relatives au refus de rapports sexuels avec le mari††</b>				
Les trois raisons sont justifiées	29,3	9,5	74,9	38,5
Nbre moyen de raisons justifiées (0–3)	1,7	1,1	2,6	2,0

Notes à droit.

dard: rôle des femmes dans les décisions du ménage, attitudes concernant le droit du mari de battre sa femme et attitudes concernant le droit de la femme de refuser des rapports sexuels.

• *Rôle des femmes dans les décisions du ménage.* Chaque femme a identifié le membre de la famille à qui revient généralement le dernier mot dans les décisions relatives à sa santé, aux achats majeurs du ménage, aux achats courants du ménage et aux visites à sa famille. Les options de réponse proposées étaient la femme seule, la femme avec son mari, le mari seul, la femme avec d'autres personnes et d'autres personnes seules. Nous avons créé une variable dichotomique répartissant les répondantes entre celles ayant déclaré participer (seules ou avec autrui) aux quatre types de décisions du ménage – signe de niveau d'autonomisation supérieur – et celles ayant déclaré toute autre combinaison. Les femmes présentant des données manquantes pour une décision mais ayant sinon déclaré participer aux autres ont été classées comme participant aux quatre décisions.

• *Attitudes concernant le droit du mari de battre sa femme.* Les femmes ont été invitées à répondre à la question suivante: «Il peut arriver qu'un mari soit fâché ou exaspéré par ce que fait sa femme. À votre avis, est-il justifié pour un mari de frapper ou de battre sa femme dans les circonstances suivantes: Si elle sort sans le lui dire? Si elle néglige les enfants? Si elle se dispute avec lui? Si elle lui refuse des rapports sexuels? Si elle brûle un repas?» Nous avons réparti les répondantes entre celles qui estiment qu'aucune de ces raisons ne justifie ce comportement de la part du mari – signe de niveau d'autonomisation supérieur – et celles qui l'estiment justifiable pour une ou plusieurs raisons. Les femmes présentant des données manquantes pour une raison mais ayant sinon déclaré qu'aucune des quatre autres raisons ne justifie ce comportement de la part du mari ont été classées parmi celles refusant toute justification.

• *Attitudes concernant le refus de rapports sexuels.* L'EDS pose la question suivante aux femmes: «Les maris et les femmes ne s'entendent pas toujours parfaitement sur tout. Dites-moi si vous pensez qu'une femme a le droit de refuser d'avoir des rapports sexuels avec son mari dans les circonstances suivantes: Si elle sait que son mari a une maladie sexuellement transmissible? Si elle sait que son mari a des rapports sexuels avec d'autres femmes? Si elle vient d'accoucher? Si elle est fatiguée ou n'a pas envie d'avoir de rapports?» Nous avons réparti les répondantes entre celles qui estiment que toutes ces raisons sont admissibles –

†Les réponses non numériques sont entrées comme le nombre idéal moyen. ‡La décision finale revient à la femme seule ou conjointement avec le mari concernant les soins de santé qui la concernent, les achats majeurs du ménage, les achats courants du ménage et les visites à la famille. §Si le mari a le droit de battre sa femme si elle sort sans le lui dire, si elle néglige les enfants, si elle se dispute avec lui, si elle lui refuse des rapports sexuels ou si elle brûle un repas. ††Si la femme a le droit de refuser des rapports sexuels avec son mari s'il a une IST, s'il a des rapports sexuels avec d'autres femmes ou si elle est fatiguée ou n'est pas d'humeur. *N.B.*: Toutes les données sont des pourcentages, sauf indication contraire. Les distributions de pourcentage n'atteignent pas toujours exactement 100,0 pour cause d'arrondissement.

signe de niveau d'autonomisation supérieur – et celles qui en jugent une ou plusieurs non admissibles. Les femmes présentant des données manquantes pour une raison mais ayant sinon déclaré les autres raisons admissibles ont été classées parmi celles les estimant toutes admissibles.

• **Influence du mari.** L'analyse de l'autonomisation et du nombre d'enfants que les femmes estiment idéal est réalisée sous contrôle du nombre d'enfants que les maris considèrent idéal, codé comme variable continue d'après les mêmes questions que celles décrites plus haut pour les femmes et avec recodage des réponses non numériques à la valeur moyenne du reste de l'échantillon du pays. Notre analyse de l'autonomisation et de la capacité des femmes à ne pas dépasser leur nombre idéal d'enfants est réalisée sous contrôle du nombre idéal d'enfants déclaré par les maris par rapport aux femmes; les réponses non numériques des femmes sont entrées comme valeur moyenne. Nous avons créé les quatre catégories suivantes: mari d'accord avec sa femme (y compris les couples dans lesquels le mari et la femme donnent des réponses non numériques); idéal du mari supérieur à celui de sa femme; idéal du mari inférieur à celui de sa femme; et réponse non numérique du mari mais pas de la femme. Nous avons utilisé cette mesure relative plutôt que la variable continue car notre intérêt portait spécifiquement sur ce qui se passe quand le mari et la femme ont un nombre idéal différent.

• **Caractéristiques sociodémographiques.** De plus, les analyses considèrent, au titre de contrôles, plusieurs mesures de caractéristiques sociodémographiques des femmes: âge actuel, éducation, résidence, union polygame et indice de richesse du ménage. L'indice de richesse est précalculé et indiqué dans les ensembles de données EDS.\* Notre analyse de l'autonomisation et du nombre idéal d'enfants tient aussi compte du nombre d'enfants en vie.

### Analyse des données

Nous avons d'abord décrit les caractéristiques de l'échantillon des couples assortis, avec estimation des moyennes et des taux de prévalence des désirs et comportements de fécondité et des indicateurs d'autonomisation des femmes. Nous avons ensuite procédé par régression linéaire, pour déterminer l'association ou non de l'autonomisation des femmes et du nombre d'enfants considéré comme idéal par les maris avec le nombre idéal déclaré par les femmes, sous contrôle des caractéristiques sociodémographiques. Pour évaluer la contribution indépendante des trois indicateurs d'autonomisation, nous avons inclus chaque indicateur seul dans un modèle avec le nombre idéal d'enfants des maris et les variables sociodémographiques (non illustré). Les coefficients bêta s'étant toutefois avérés similaires à ceux du modèle comprenant les trois indicateurs, nous ne présentons ici que le modèle combiné.

Enfin, pour l'examen de l'association entre l'autonomisation et la limitation de la famille au nombre idéal d'enfants, nous avons procédé par régression logistique multivariée afin de modéliser la probabilité d'avoir eu plus d'enfants que le nombre désiré parmi les femmes de 35

ans et plus. La limitation de l'échantillon aux femmes plus âgées nous a permis d'isoler celles qui n'allaient probablement plus avoir d'enfants. Les tailles d'échantillon pour cette analyse sont de 724 en Guinée, 805 au Mali, 303 en Namibie et 945 en Zambie. Ce modèle incorpore toutes les variables utilisées dans les analyses précédentes sous forme de variables indépendantes: les trois indicateurs d'autonomisation des femmes, le nombre d'enfants considéré comme idéal par les maris (par rapport aux femmes) et les variables sociodémographiques. Bien que le nombre d'enfants idéal d'une femme soit lié causalement à sa capacité de réalisation de cet idéal, nous ne l'avons pas inclus dans le modèle pour cause d'endogénéité potentielle, étant donné que le nombre idéal d'enfants est utilisé pour calculer le résultat et qu'il se trouve sur la voie causale.

Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide de STATA 12. Nous avons utilisé les commandes `svy` de STATA pour tenir compte de la conception d'enquête complexe de l'EDS par incorporation des pondérations d'échantillonnage des femmes et correction des erreurs types de l'échantillonnage en grappes des unités primaires d'échantillonnage. Les estimations en population tiennent donc compte de la probabilité différentielle de sélection à l'enquête.

## RÉSULTATS

### Constataions descriptives

La majorité des femmes de Guinée, du Mali et de Zambie vivent en milieu rural (67–78%; tableau 1); en Namibie, elles vivent en majorité en milieu urbain (57%). Par rapport aux trois autres pays, la Namibie présente les plus hautes proportions de femmes comprises dans le plus riche quintile (30% par rapport à 15–18%) et de celles ayant au moins une éducation de niveau secondaire (63% par rapport à 5–25%). La polygamie est courante au Mali et en Guinée (42% et 51%, respectivement), mais elle l'est moins en Namibie et en Zambie (15% et 11%). Quatorze pour cent des Namibiennes seulement avaient au moins cinq enfants en vie – environ la moitié de la proportion observée dans les autres pays (25–30%).

Le nombre idéal moyen d'enfants exprimé par les femmes est le plus faible en Namibie (3,4) et le plus élevé au Mali (6,6). Dans chaque pays, le nombre idéal moyen exprimé par les maris est d'au moins un enfant supérieur à celui des femmes, entre 4,7 au Mali et 9,9 en Guinée. La proportion des femmes âgées de 35 ans et plus ayant déclaré avoir eu un plus grand nombre d'enfants que leur nombre idéal est la plus grande en Zambie (28%), suivie de la Namibie (26%), de la Guinée (15%) et du Mali (12%).

\*L'EDS collecte des données sur une série de biens des ménages. Chaque bien concernant lequel une information est collectée reçoit une pondération ou une cote factorielle générée par analyse des composants principaux. Les cotes de biens résultantes sont normalisées par rapport à une distribution normale standard à moyenne de zéro et écart type de un. Ces cotes normalisées servent ensuite à définir les points de rupture qui définissent à leur tour les quintiles de richesse (source: Measure DHS, 2011 *Wealth Index*, Calverton, MD, USA: Measure DHS, <http://www.measuredhs.com/topics/Wealth-Index.cfm>, site consulté le 15 mai 2012).

**TABLEAU 2. Coefficients bêta (et intervalles de confiance à 95%) de l'analyse de régression linéaire examinant le nombre d'enfants idéal des femmes, en fonction de l'autonomisation, de l'influence du mari et de caractéristiques sociales et démographiques sélectionnées, par pays**

Mesure	Guinée (N=1.993)		Mali (N=2.668)		Namibie (N=844)		Zambie (N=3.197)	
	Non corrigé	Corrigé						
<b>Autonomisation des femmes</b>								
Participe aux quatre types de décisions du ménage†	-0,19 (0,42-0,04)	-0,25* (-0,46 to -0,03)	-0,22 (-0,81-0,36)	-0,23 (-0,76-0,30)	-0,25 (0,61-0,10)	0,03 (-0,27-0,34)	-0,11 (0,29-0,07)	0,14 (-0,01-0,30)
Aucune des cinq raisons de battre sa femme n'est justifiée‡	-0,66*** (0,96-0,36)	-0,52*** (-0,83 to -0,22)	0,51*** (0,23-0,79)	0,49*** (0,20-0,78)	-0,60*** (0,91-0,29)	-0,10 (-0,42-0,22)	-0,46*** (-0,63-0,29)	-0,25*** (-0,39-0,11)
Les trois raisons de refuser des rapports sexuels sont justifiées§	-0,32** (0,55-0,10)	-0,33** (-0,54 to -0,12)	-0,06 (-0,47-0,35)	-0,13 (-0,52-0,26)	-0,22 (0,57-0,13)	0,10 (-0,20-0,40)	-0,17* (-0,33 to -0,02)	-0,06 (-0,19-0,07)
<b>Influence du mari</b>								
Nbre idéal d'enfants exprimé par le mari	0,08*** (0,06-0,11)	0,06*** (0,04-0,09)	0,05** (0,02-0,07)	0,02 (-0,00-0,05)	0,10*** (0,05-0,14)	0,04* (0,00-0,08)	0,18*** (0,12-0,24)	0,08*** (0,03-0,13)
<b>Caractéristiques sociales et démographiques</b>								
Âge actuel	0,03*** (0,02-0,05)	0,01 (-0,01-0,02)	0,04*** (0,03-0,06)	0,02 (-0,00-0,03)	0,06*** (0,04-0,07)	0,04** (0,01-0,06)	0,07*** (0,06-0,08)	0,03*** (0,01-0,04)
Résidence urbaine	-0,60*** (-0,86 to -0,34)	0,01 (-0,33-0,36)	-0,58* (-1,06 to -0,10)	0,06 (-0,34-0,45)	-0,77*** (-1,06 to -0,48)	0,24 (-0,14-0,62)	-1,02*** (-1,21 to -0,83)	-0,18 (-0,42-0,07)
Indice de richesse des ménages Les plus pauvres	(ref)							
Pauvres	0,07 (-0,31-0,44)	0,05 (-0,32-0,42)	-0,09 (-0,45-0,27)	-0,04 (-0,42-0,34)	-0,61 (-1,31-0,09)	-0,63 (-1,30-0,05)	-0,02 (-0,27-0,22)	0,02 (-0,20-0,25)
Moyens	-0,13 (0,45-0,18)	-0,12 (-0,42-0,18)	-0,37* (-0,74 to -0,01)	-0,27 (-0,65-0,11)	-1,20*** (1,79-0,61)	-1,08*** (-1,62 to -0,54)	-0,17 (-0,38-0,04)	0,02 (-0,17-0,21)
Riches	-0,19 (0,54-0,15)	-0,14 (-0,50-0,21)	-0,48* (-0,88 to -0,08)	-0,29 (-0,75-0,16)	-1,57*** (-2,11 to -1,03)	-1,46*** (-2,10 to -0,83)	-0,77*** (-1,01 to -0,53)	-0,25 (-0,55-0,06)
Les plus riches	-0,82*** (1,20-0,45)	-0,49* (-0,97 to -0,01)	-1,01** (-1,67 to -0,35)	-0,64* (-1,25 to -0,03)	-1,70*** (-2,24 to -1,15)	-1,58*** (-2,33 to -0,84)	-1,47*** (-1,72 to -1,21)	-0,59*** (-0,92 to -0,27)
Éducation Nulle (réf.)	(ref)							
Primaire	-0,77*** (1,13-0,41)	-0,36 (-0,72-0,01)	-0,44* (-0,82 to -0,07)	-0,33 (-0,75-0,10)	-0,04 (0,59-0,51)	0,20 (-0,35-0,75)	-0,61*** (-0,87 to -0,34)	-0,38** (-0,63 to -0,14)
≥secondaire	-1,12*** (1,59-0,66)	-0,49* (-0,97 to -0,01)	-1,74*** (-2,10 to -1,38)	-1,33*** (-1,99 to -0,67)	-0,93*** (1,44-0,42)	0,03 (-0,55-0,61)	-1,83*** (-2,11 to -1,55)	-0,93*** (-1,20 to -0,65)
Union polygame	0,28** (0,07-0,48)	-0,16 (-0,35-0,04)	-0,06 (-0,28-0,16)	-0,36*** (-0,55 to -0,17)	0,08 (-0,31-0,47)	0,12 (-0,27-0,50)	0,26* (0,01-0,51)	-0,30* (-0,55 to -0,04)
Nbre d'enfants en vie	0,19*** (0,13-0,24)	0,14*** (0,08-0,20)	0,21*** (0,16-0,25)	0,15*** (0,09-0,21)	0,35*** (0,27-0,43)	0,18** (0,07-0,29)	0,33*** (0,30-0,37)	0,19*** (0,14-0,25)

\*p<0,05, \*\*p<0,01, \*\*\*p<0,001. †La décision finale revient à la femme seule ou conjointement avec le mari concernant les soins de santé qui la concernent, les achats majeurs du ménage, les achats courants du ménage et les visites à la famille, ‡Si le mari a le droit de battre sa femme si elle sort sans le lui dire, si elle néglige les enfants, si elle se dispute avec lui, si elle lui refuse des rapports sexuels ou si elle brûle un repas, §Si la femme a le droit de refuser des rapports sexuels avec son mari s'il a une IST, s'il a des rapports sexuels avec d'autres femmes ou si elle est fatiguée ou n'est pas d'humeur.

Une variabilité considérable se révèle entre les indicateurs d'autonomisation des femmes des quatre pays. Les Namibiennes sont plus autonomisées que leurs homologues dans les trois autres pays. La Namibie présente en effet les plus grandes proportions de femmes déclarant participer aux quatre types de décisions du ménage (68%), ne considérer comme justifiée aucune des cinq raisons pour lesquelles un mari pourrait battre sa femme (69%) et reconnaître comme valables les trois raisons de refus de rapports sexuels (75%). Le Mali présente les plus faibles proportions de femmes déclarant participer aux quatre types de décisions du ménage (11%) et reconnaître comme valables les trois raisons de refus de rapports sexuels (10%); la Guinée présente la plus faible proportion en ce qui concerne le rejet des cinq raisons pour lesquelles un mari pourrait battre sa femme (12%).

### Autonomisation et nombre idéal d'enfants

Les résultats du modèle de régression linéaire du nombre idéal d'enfants exprimé par les femmes diffèrent d'un pays à l'autre, tout en présentant toutefois quelques tendances générales (tableau 2). De manière générale, chacune des trois mesures d'autonomisation des femmes diminue à mesure que le nombre d'enfants considéré comme idéal augmente; la plupart des coefficients n'atteignent toutefois pas le niveau de signification statistique.

Des mesures d'autonomisation, celle du rejet du droit du mari de battre sa femme est le plus uniformément liée à un moindre nombre idéal d'enfants. Le rejet féminin des cinq justifications proposées concernant ce droit est associé à l'expression d'un moindre nombre idéal d'enfants en Guinée et en Zambie (coefficients bêta corrigés de -0,52 et -0,25, respectivement); en Namibie, l'association est négative.

**TABLEAU 3. Rapports de probabilités corrigés (et intervalles de confiance à 95%) de l'analyse de régression logistique multivariée évaluant la probabilité parmi les femmes mariées de 35 ans et plus d'avoir plus d'enfants que leur nombre idéal, en fonction de l'autonomisation, de l'influence du mari et de caractéristiques sociodémographiques sélectionnées, par pays**

Mesure	Guinea (N=724)	Mali (N=805)	Namibie (N=303)	Zambie (N=945)
<b>Autonomisation des femmes</b>				
Participe aux quatre types de décisions du ménage†	1,33 (0,84–2,10)	1,28 (0,62–2,68)	2,32 (1,01–5,34)*	0,85 (0,58–1,25)
Aucune des cinq raisons de battre sa femme n'est justifiée‡	1,03 (0,53–1,99)	0,41 (0,21–0,82)*	1,08 (0,46–2,51)	1,14 (0,81–1,60)
Les trois raisons de refuser des rapports sexuels sont justifiées§	1,30 (0,84–2,02)	1,27 (0,58–2,76)	1,34 (0,66–2,72)	1,43 (1,01–2,02)**
<b>Influence du mari</b>				
Nbre idéal d'enfants exprimé par le mari				
Égal à celui de la femme (réf.)††	(ref)	(ref)	(ref)	(ref)
Supérieur	2,94 (1,19–7,28)*	11,88 (2,20–64,09)**	2,98 (1,20–7,40)*	2,22 (1,28–3,87)**
Inférieur	1,06 (0,32–3,53)	2,07 (0,28–15,14)	0,40 (0,13–1,21)	0,60 (0,33–1,10)
Réponse non numérique du mari mais pas de la femme	3,17 (1,10–9,14)*	9,07 (1,57–52,49)*	2,24 (0,30–16,66)	1,44 (0,54–3,84)
<b>Caractéristiques sociales et démographiques</b>				
Âge actuel	1,09 (1,04–1,14)***	0,98 (0,93–1,03)	1,00 (0,91–1,09)	1,06 (1,02–1,10)**
Résidence				
Urbaine	1,56 (0,62–3,96)	1,34 (0,60–3,00)	0,64 (0,29–1,41)	1,07 (0,64–1,78)
Rurale (réf.)	(ref)	(ref)	(ref)	(ref)
Indice de richesse des ménages				
Les plus pauvres (réf.)	(ref)	(ref)	(ref)	(ref)
Pauvres	0,63 (0,31–1,25)	1,05 (0,53–2,09)	2,96 (0,89–9,84)	0,97 (0,56–1,67)
Moyens	0,86 (0,47–1,59)	0,80 (0,36–1,78)	2,31 (0,83–6,44)	1,17 (0,70–1,95)
Riches	0,61 (0,30–1,23)	0,88 (0,38–2,04)	1,24 (0,41–3,79)	0,83 (0,44–1,56)
Les plus riches	0,59 (0,19–1,87)	0,51 (0,15–1,68)	1,76 (0,43–7,21)	1,40 (0,63–3,13)
Éducation				
Nulle (réf.)	(ref)	(ref)	(ref)	(ref)
Primary	1,05 (0,36–3,08)	1,50 (0,62–3,60)	0,71 (0,25–2,00)	1,19 (0,73–1,94)
≥secondaire	1,05 (0,44–2,48)	2,87 (1,01–8,13)*	0,64 (0,22–1,82)	0,95 (0,49–1,85)
Union polygame	0,62 (0,38–1,01)	1,31 (0,76–2,24)	0,98 (0,38–2,56)	0,89 (0,59–1,35)

\*\*p<0,05. \*\*\*p<0,01. \*\*\*\*p<0,001. †La décision finale revient à la femme seule ou conjointement avec le mari concernant les soins de santé qui la concernent, les achats majeurs du ménage, les achats courants du ménage et les visites à la famille. ‡Si le mari a le droit de battre sa femme si elle sort sans le lui dire, si elle néglige les enfants, si elle se dispute avec lui, si elle lui refuse des rapports sexuels ou si elle brûle un repas. §Si la femme a le droit de refuser des rapports sexuels avec son mari s'il a une IST, s'il a des rapports sexuels avec d'autres femmes ou si elle est fatiguée ou n'est pas d'humeur. ††Inclut les couples dans lesquels mari et femme donnent tous deux une réponse non numérique. N.B.: réf.=groupe de référence.

tive dans le modèle non corrigé (-0,60), mais pas après correction d'autres variables, spécifiquement la richesse et l'éducation. Au Mali, le rejet des cinq raisons est associé à l'expression d'un plus grand nombre idéal d'enfants (0,49).

Concernant les autres mesures d'autonomisation, la participation aux décisions du ménage et l'admission des trois raisons de refus de rapports sexuels ne sont associées au nombre idéal d'enfants qu'en Guinée (coefficients bêta corrigés de -0,25 et -0,33, respectivement). De plus, le nombre d'enfants idéal exprimé par le mari est associé positivement à celui exprimé par la femme dans tous les pays sauf au Mali (0,04–0,08).

Des variables sociodémographiques, le quintile de richesse et le niveau d'études sont généralement associés négativement avec le nombre idéal d'enfants, tandis que le nombre d'enfants en vie et l'âge (en Namibie et en Zambie seulement) le sont positivement.

#### Autonomisation et plus d'enfants que le nombre idéal

Les résultats des modèles de régression logistique examinant les chances d'avoir plus d'enfants que le nombre désiré dans le sous-échantillon de femmes mariées de 35 ans et plus n'indiquent guère d'associations entre les indicateurs d'autonomisation et la réalisation de la fécondité

idéale (tableau 3). En Namibie, les femmes qui déclarent participer à tous les types de décisions du ménage sont significativement plus susceptibles que les autres d'avoir eu plus d'enfants que leur nombre idéal (rapport de probabilités, 2,3). De même, en Zambie, l'opinion qu'une femme peut refuser des rapports sexuels à son mari, quelle qu'en soit la raison, est associée à des chances élevées d'avoir eu plus d'enfants que le nombre idéal (1,4). Au Mali seulement relève-t-on une mesure d'autonomisation associée négativement au fait d'avoir plus d'enfants que le nombre idéal: les femmes selon lesquelles aucune raison ne justifie qu'un mari batte sa femme sont moins susceptibles que les autres d'avoir eu plus d'enfants que le nombre désiré (0,4).

Dans les quatre pays, faire partie d'un couple dans lequel le nombre d'enfants idéal du mari est supérieur à celui exprimé par la femme est associé à de plus grandes chances – près de 12 fois plus au Mali – d'avoir eu plus d'enfants que le nombre considéré comme idéal (rapports de probabilités, 2,2–11,9). Dans deux pays (Guinée et Mali), le risque augmente aussi dans les cas où le mari a donné une réponse non numérique (3,2 et 9,1, respectivement). En Guinée et en Zambie, les chances d'avoir eu plus d'enfants que le nombre idéal augmentent légèrement avec l'âge (1,1

dans chaque pays). Le niveau d'études n'est significatif qu'au Mali, où le niveau d'éducation secondaire est associé à de plus grandes chances d'avoir eu plus d'enfants que le nombre désiré (2,9). La richesse n'est significative dans aucun des modèles de régression logistique multivariée.

## DISCUSSION

D'après nos résultats, l'autonomisation des femmes – telle qu'évaluée par les mesures d'EDS – est généralement associée à un désir de moins d'enfants dans quatre pays d'Afrique subsaharienne, bien que cette observation ne soit ni universelle, ni constante. En Guinée, une plus grande participation aux décisions du ménage est associée à un moindre nombre idéal d'enfants; en Guinée et en Zambie, les attitudes égalitaires des femmes concernant les rôles sexuels le sont aussi. Étonnamment, au Mali, les attitudes féminines égalitaires concernant le droit du mari de battre sa femme sont associées à un plus grand nombre idéal d'enfants.

Les résultats des analyses de l'association entre l'autonomisation des femmes et la limitation de la famille au nombre d'enfants désiré sont eux aussi mixtes. Au Mali, les attitudes négatives à l'égard du droit du mari de battre sa femme sont associées à la capacité de la femme de respecter le nombre d'enfants désiré; en Namibie et en Zambie, la participation aux décisions du ménage et l'admission du refus de rapports sexuels à son mari dans tous les cas, respectivement, sont associées à un nombre d'enfants supérieur à celui désiré.

Nous avons pensé que les femmes dotées d'un plus grand pouvoir de décision et présentant des attitudes plus équitables sur les rôles sexuels auraient l'autodétermination (agency) et les ressources nécessaires à la réalisation de leurs intentions. Peut-être les femmes plus autonomisées ont-elles répondu aux attentes sociales de fécondité élevée alors qu'elles désiraient personnellement une famille moins nombreuse. Ou peut-être ces observations reflètent-elles un défaut dans les mesures d'autonomisation. Certains chercheurs font remarquer que lorsque les femmes assument seules ou principalement l'autorité de la décision, il s'agit d'un marqueur de partenaire absent non participant,<sup>60,61</sup> cette autorité n'est alors pas signe d'autonomisation, car la femme porte la charge intégrale des responsabilités du ménage.

Nous avons observé de faibles associations entre les attitudes relatives au refus des rapports sexuels et les deux résultats de l'étude. Parmi les huit modèles multivariés, cet indicateur d'autonomisation n'est significatif dans la direction attendue que dans un modèle. Ce résultat peut indiquer que les femmes qui croient aux droits sexuels féminins n'ont en fait pas le pouvoir de déterminer leurs propres trajectoires sexuelles et reproductives. Étant donné l'accentuation actuelle de la prévention du VIH en Afrique subsaharienne, les messages ayant trait à la capacité de refus sexuel de la femme sont aujourd'hui courants, mais les femmes ne sont peut-être pas encore aptes à opposer ce refus.

Les attitudes relatives au droit du mari de battre sa femme ne présentent pas non plus d'association constante avec les résultats de l'étude. Sur les huit modèles, trois seulement présentent une association dans la direction attendue. Selon la recherche concernant cette mesure, les répondants éprouvent souvent une certaine difficulté à comprendre les différentes situations hypothétiques et donnent peut-être les réponses socialement désirables.<sup>62</sup> Cela dit, des trois mesures d'autonomisation considérées dans cette étude, ces attitudes concernant le droit du mari de battre sa femme produisent les résultats les plus conformes à nos hypothèses.

En examinant les effets de l'autonomisation dans quatre pays dotés de caractéristiques socioéconomiques diverses, notre étude dresse un tableau utile de l'autonomisation des femmes dans divers contextes d'Afrique subsaharienne. Nos résultats doivent être interprétés à la lumière du contexte national de chaque pays. Dans ceux où la fécondité est plus étroitement liée au rang de la femme, comme au Mali, il est possible que les femmes qui ont beaucoup d'enfants (et qui y voient peut-être l'idéal) bénéficient de plus de droits et de plus d'autorité au sein du ménage.<sup>63</sup> Dans ces pays, la société attribue un rang social significatif aux femmes qui ont des enfants, faisant généralement peser des conséquences sociales négatives sur celles qui n'en ont pas.<sup>30-32</sup> La Zambie et la Namibie, où les femmes autonomisées ont plus d'enfants que le nombre qu'elles considèrent idéal, sont en cours de transition: la fécondité enregistre une baisse régulière dans les deux pays, même si le déclin est lent en Zambie.<sup>55,56</sup>

Par comparaison de la fécondité actuelle et de celle idéale, nous avons utilisé une mesure substitutive de la fécondité non désirée. Cette mesure peut être plus fiable que celles conventionnelles des grossesses non désirées, qui exigent des femmes qu'elles qualifient de désiré ou non un enfant particulier. Bien que le nombre d'enfants idéal des femmes puisse changer au fil de leur vie génésique, cette mesure peut produire un instantané de leur satisfaction au terme de leurs années de procréation. Dans les pays à l'étude, 12-28% des femmes de 35 ans et plus ont déclaré avoir plus d'enfants que leur nombre idéal. Une réduction substantielle du haut indice synthétique de fécondité serait possible si les femmes pouvaient éviter leur fécondité non désirée et limiter leur nombre d'enfants à celui qu'elles estiment idéal.

L'autonomisation des femmes telle que mesurée par la participation aux décisions du ménage n'est associée au nombre idéal d'enfants exprimé par les femmes que dans l'un des quatre pays considérés dans cette étude. En revanche, les études antérieures – menées principalement en Asie mais selon des mesures d'autonomisation similaires – ont révélé l'association d'une plus grande autonomie avec une fécondité moindre.<sup>12,37,38</sup> Cette divergence peut être due aux différences de contexte culturel entre l'Afrique et l'Asie. La participation aux décisions du ménage ne représente peut-être pas un indicateur d'autonomisation aussi pertinent dans le contexte de l'Afrique subsaharienne, où

les attitudes relatives aux rôles sexuels cernent peut-être mieux la variation de l'autonomisation. Aussi des efforts plus intenses sont-ils nécessaires à la définition de mesures validées de l'autonomisation des femmes. Ce processus commence par une recherche qualitative explorant le sens de l'autonomisation dans la région, en vue du développement d'indicateurs contextuellement plus pertinents de l'autonomisation des femmes. Il implique la définition d'échelles aptes à cerner cette autonomisation dans divers contextes, leur test et la réalisation d'analyses psychométriques qui en assurent la fiabilité et la validité – en ce qui concerne la construction surtout. Cette nécessité de mesures appropriées est d'autant plus urgente que les pays du monde cherchent à établir l'égalité des sexes et à assurer l'autonomisation des femmes dans le cadre de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement.

Étant donné la faiblesse des associations observées entre l'autonomisation des femmes individuelles et la fécondité, la recherche à venir se doit d'explorer les effets communautaires du genre en Afrique subsaharienne, afin de déterminer s'ils présentent une plus grande puissance explicative dans leur association avec les résultats de fécondité. À ce jour, quelques études seulement se sont penchées sur les effets communautaires de l'autonomisation des femmes et des résultats de fécondité,<sup>37,64-66</sup> laissant de profondes lacunes encore dans la connaissance sur la question.

La recherche a posé que l'effet bien établi de l'éducation des femmes sur la fécondité peut s'expliquer par l'effet autonomisant de l'éducation.<sup>13,40</sup> Notre étude laisse cependant entendre que l'autonomisation des femmes ne suffit pas à expliquer l'association entre l'éducation et la fécondité. Dans tous les pays à l'exception de la Namibie, un niveau d'études plus élevé est associé à un moindre nombre idéal d'enfants, même après correction de l'autonomisation des femmes. Ainsi, l'éducation pourrait bien affecter la fécondité des femmes d'autres manières que par le simple accroissement de leur autonomie et des attitudes de genre équitables. Il se peut que d'autres dimensions de l'autonomisation soient affectées par l'éducation, ou que l'éducation en soit produise un effet direct. La nature transversale de nos données ne nous permet pas d'examiner la direction de cet effet. Aussi sera-t-il important dans les études futures de séparer et d'examiner les apports individuels de chacun de ces facteurs.

Nos résultats indiquent une forte association du nombre d'enfants idéal des maris avec les préférences des femmes, de même qu'avec la capacité pour ces dernières de réaliser leurs préférences génésiques. Comme prévu, le fait d'avoir un mari dont le nombre idéal d'enfants est moindre est associé à un moindre nombre d'enfants idéal, indépendamment du niveau d'autonomisation de la femme. Deux explications sont possibles. D'abord, les femmes s'accouplent peut-être avec des hommes qui partagent les mêmes points de vue qu'elles, concernant notamment le nombre d'enfants qu'ils considèrent comme idéal. Ensuite, après le mariage, les époux se conforment

peut-être à l'idéal l'un de l'autre. Notre analyse concernant le respect du nombre idéal d'enfants révèle que les femmes dont le mari désire un plus grand nombre d'enfants ont de moindres chances de réaliser leurs propres objectifs génésiques. Ces mesures, axées sur l'autonomie et sur de plus larges opinions concernant les rôles sexuels, ne sont pas nécessairement spécifiquement pertinentes aux résultats de santé génésique. Une mesure apte à cerner l'autonomisation personnelle plus spécifiquement dans les domaines de la planification familiale et de la fécondité pourrait être plus utile à l'explication des résultats de fécondité. Ces observations ont aussi pour implication pratique que la réponse aux besoins masculins d'informations et de ressources concernant l'espacement et la limitation des naissances représente un investissement utile au niveau des politiques et des programmes.

L'autonomisation des femmes en union polygame exige une attention particulière. Au Mali et en Zambie, les femmes en union polygame considèrent comme idéal un moindre nombre d'enfants, laissant peut-être entendre que ces femmes tiennent compte du nombre total d'enfants du ménage dans leur décision personnelle sur la question. Cette explication est d'ailleurs conforme à la documentation publiée sur la polygamie et la fécondité.<sup>67</sup> Cette étude n'a pas été conçue dans l'optique de l'examen de l'autonomisation des femmes en union polygame et du rôle de l'influence du mari dans différents types de structures familiales. Il conviendrait cependant d'approfondir ces interactions dans les études à venir et dans le cadre du développement de mesures de l'autonomisation des femmes.

### Limites et forces

Une limite de cette étude concerne la présence et le traitement de réponses non numériques à la question EDS du nombre d'enfants considéré comme idéal. Réfléchir à son nombre d'enfants idéal est un processus complexe et, pour beaucoup, il peut être difficile d'exprimer une réponse numérique. Nous avons examiné ce sous-échantillon et l'avons déterminé similaire au reste de l'échantillon en ce qui concerne la plupart des indicateurs d'autonomisation des femmes. Aussi avons-nous jugé approprié de fixer les réponses non numériques sur le nombre d'enfants idéal moyen, le raisonnement étant que ce groupe présente vraisemblablement une variation de préférences similaire au reste de l'échantillon.

D'autres facteurs de niveau individuel, familial, communautaire ou national au-delà de la portée de cette analyse peuvent être associés à la capacité pour une femme de concrétiser son nombre d'enfants désiré. Au niveau individuel par exemple, la désinformation sur la fécondité et l'ambivalence à l'égard d'une grossesse influencent vraisemblablement la fécondité désirée d'une femme et son comportement à cet égard. Au niveau sociétal, l'avortement demeure largement restreint dans les pays à l'étude, limitant davantage la capacité qu'ont les femmes d'éviter d'avoir plus d'enfants qu'elles ne le désirent. La recherche future devra examiner ces facteurs.

L'un des points forts de l'étude tient à son examen de l'influence des hommes sur la fécondité désirée et effective des femmes, rarement incluse dans les études antérieures. Nous avons utilisé dans nos modèles les déclarations propres des hommes concernant leur nombre idéal d'enfants: l'approche a exigé le recours à un sous-échantillon de couples assortis, limitant dès lors grandement la taille finale de notre échantillon. Cela dit, nous restons convaincues que cet examen de l'influence des maris enrichit considérablement nos observations.

## CONCLUSION

À l'heure où les pays du monde s'efforcent d'encourager l'égalité des sexes et d'autonomiser les femmes dans le cadre des initiatives d'accès aux objectifs du Millénaire pour le développement, une recherche méthodologique plus intense et plus robuste s'impose si l'on veut identifier les instruments aptes à mesurer l'autonomisation des femmes de manière plus spécifique et plus sensible. L'immense défi à relever est que ces instruments doivent être suffisamment sensibles aux contextes de genre uniques à chaque communauté, tout en s'appliquant aussi à une variété de contextes pour permettre les comparaisons transnationales. Équipés de tels outils, nous pourrions cibler adéquatement les interventions d'autonomisation des femmes et d'évaluation de leur impact sur d'importantes mesures de santé génésique.

## RÉFÉRENCES

1. Lee-Rife SM, Women's empowerment and reproductive experiences over the lifecourse, *Social Science & Medicine*, 2010, 71(3):634-642.
2. Malhotra A, Schuler SR et Boender C, *Measuring Women's Empowerment as a Variable in International Development*, Washington, DC: Banque mondiale, 28 juin 2002, <[http://hdr.undp.org/docs/network/hdr\\_net/GDI\\_GEM\\_Measuring\\_Womens\\_Empowerment.pdf](http://hdr.undp.org/docs/network/hdr_net/GDI_GEM_Measuring_Womens_Empowerment.pdf)>, consulté le 15 mai 2012.
3. Kabeer N, Reflections on the measurement of women's empowerment, dans *Discussing Women's Empowerment—Theory and Practice*, Sida Studies, Stockholm: Novum Grafiska AB, 2001, No. 3.
4. Haile A et Enquesslassie F, Influence of women's autonomy on couple's contraception use in Jimma town, Ethiopia, *Ethiopian Journal of Health Development*, 2006, 20(3):145-151.
5. Hindin MJ et Adair LS, Who's at risk? Factors associated with intimate partner violence in the Philippines, *Social Science & Medicine*, 2002, 55(8):1385-1399.
6. Al Riyami A, Afifi M et Mabry RM, Women's autonomy, education and employment in Oman and their influence on contraceptive use, *Reproductive Health Matters*, 2004, 12(23):144-154.
7. Govindasamy P et Malhotra A, Women's position and family planning in Egypt, *Studies in Family Planning*, 1996, 27(6):328-340.
8. Blanc AK et Wolff B, Gender and decision-making over condom use in two districts in Uganda, *African Journal of Reproductive Health*, 2001, 5(3):15-28.
9. Kishor S et Gupta K, Women's empowerment in India and its states: evidence from the NFHS, *Economic and Political Weekly*, 2004, 39(7):694-712.
10. Gage AJ, Women's socioeconomic position and contraceptive behavior in Togo, *Studies in Family Planning*, 1995, 26(5):264-277.
11. Santillán D et al., Developing indicators to assess women's empowerment in Vietnam, *Development in Practice*, 2004, 14(4):534-549.
12. Dyson M et Moore M, On kinship structure, female autonomy, and demographic behavior in India, *Population and Development Review*, 1983, 9(1):35-60.

13. Mason KO, The impact of women's social position on fertility in developing countries, *Sociological Forum*, 1987, 2(4):718-745.
14. Kishor S et Subaiya L, Understanding women's empowerment: a comparative analysis of Demographic and Health Surveys (DHS) data, *DHS Comparative Reports*, Calverton, MD, USA: Macro International, 2008, No. 20.
15. Ethiopian Society of Population Studies, *Gender Inequality and Women's Empowerment*, Addis Ababa: United Nations Population Fund (UNFPA), 2008, <<http://ethiopia.unfpa.org/drive/Gender.pdf>>, consulté le 15 mai 2012.
16. Dhaher EA et al., Attitudes toward wife beating among Palestinian women of reproductive age from three cities in West Bank, *Journal of Interpersonal Violence*, 2010, 25(3):518-537.
17. Linos N, Khawaja M et Al-Nsour M, Women's autonomy and support for wife beating: findings from a population-based survey in Jordan, *Violence and Victims*, 2010, 25(3):409-419.
18. Hindin MJ, Understanding women's attitudes towards wife beating in Zimbabwe, *Bulletin of the World Health Organization*, 2003, 81(7):501-508.
19. Adhikari R et Sawangdee Y, Influence of women's autonomy on infant mortality in Nepal, *Reproductive Health*, 2011, 8(7):1-8.
20. Afifi M, Women's empowerment and the intention to continue the practice of female genital cutting in Egypt, *Archives of Iranian Medicine*, 2009, 12(2):154-160.
21. Shroff M et al., Maternal autonomy is inversely related to child stunting in Andhra Pradesh, India, *Maternal and Child Nutrition*, 2009, 5(1):64-74.
22. Lawoko S, Factors associated with attitudes toward intimate partner violence: a study of women in Zambia, *Violence and Victims*, 2006, 21(5):645-656.
23. Schatz E et Williams J, Understanding women's status, empowerment and autonomy in sub-Saharan Africa: the need to contextualize and validate DHS gender analyses with supplemental qualitative data, papier présenté au congrès de la Population Association of America, Washington, DC, du 31 mars à 2 avril 2011.
24. Stephenson R, Bartel D et Rubardt M, Constructs of power and equity and their association with contraceptive use among men and women in rural Ethiopia and Kenya, *Global Public Health*, 2012, 7(6):618-634.
25. Schuler SR, Islam F et Rottach E, Women's empowerment revisited: a case study from Bangladesh, *Development in Practice*, 2010, 20(7):840-854.
26. Dodoo FNA, Marriage type and reproductive decisions: a comparative study in sub-Saharan Africa, *Journal of Marriage and the Family*, 1998, 60(1):232-242.
27. Bove R et Vallengia C, Polygyny and women's health in sub-Saharan Africa, *Social Science & Medicine*, 2009, 68(1):21-29.
28. Mbizvo MT et Bassett MT, Reproductive health and AIDS prevention in sub-Saharan Africa: the case for increased male participation, *Health Policy and Planning*, 1996, 11(1):84-92.
29. Westoff C et Bankole A, Reproductive preferences in developing countries at the turn of the century, *DHS Comparative Reports*, Calverton, MD, USA: ORC Macro, 2002, No. 2.
30. Harrison A et Montgomery E, Life histories, reproductive histories: rural South African women's narratives of fertility, reproductive health and illness, *Journal of Southern African Studies*, 2001, 27(2):311-328.
31. Cooper D et al., "Life is still going on": reproductive intentions among HIV-positive women and men in South Africa, *Social Science & Medicine*, 2007, 65(2):274-283.
32. Donkor ES et Sandall J, The impact of perceived stigma and mediating social factors on infertility-related stress among women seeking infertility treatment in Southern Ghana, *Social Science & Medicine*, 2007, 65(8):1683-1694.
33. Schuler SR, Hashemi SM et Riley AP, The influence of women's changing roles and status in Bangladesh's fertility transition: evidence from a study of credit programs and contraceptive use, *World Development*, 1997, 25(4):563-575.
34. Morgan SP et Niraula BB, Gender inequality and fertility in two

- Nepali villages, *Population and Development Review*, 1995, 21(3):541-561.
35. Gwako EL, Conjugal power in rural Kenya families: its influence on women's decisions about family size and family planning practices, *Sex Roles*, 1997, 36(3-4):127-147.
36. Woldemicael G, Women's autonomy and reproductive preferences in Eritrea, *Journal of Biosocial Science*, 2009, 41(2):161-181.
37. Balk D, Individual and community aspects of women's status and fertility in rural Bangladesh, *Population Studies*, 1994, 48(1):21-45.
38. Hindin MJ, Women's autonomy, women's status and fertility-related behavior in Zimbabwe, *Population Research and Policy Review*, 2000, 19(3):255-282.
39. Upadhyay UD et Hindin MJ, Do higher status and more autonomous women have longer birth intervals? Results from Cebu, Philippines, *Social Science & Medicine*, 2005, 60(11):2641-2655.
40. Jejeebhoy SJ, *Women's Education, Autonomy, and Reproductive Behaviour: Experience from Developing Countries*, Oxford: Clarendon Press, 1995.
41. Hogan DP, Berhanu B et Hailemariam A, Household organization, women's autonomy, and contraceptive behavior in southern Ethiopia, *Studies in Family Planning*, 1999, 30(4):302-314.
42. Shapiro D, Fertility Transition in sub-Saharan Africa: falling and stalling, *African Population Studies*, 2008, 22(2):3-23.
43. United Nations Population Division, *World Population Prospects: The 2008 Revision*, New York: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, <[http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2008/wpp2008\\_highlights.pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2008/wpp2008_highlights.pdf)>, consulté le 15 mai 2012.
44. Sedgh G et al., Women with an unmet need for contraception in developing countries and their reasons for not using a method, *Occasional Report*, New York: Guttmacher Institute, 2007, No. 37.
45. Ezeh AC, The influence of spouses over each other's contraceptive attitudes in Ghana, *Studies in Family Planning*, 1993, 24(3):163-174.
46. Speizer I, Men, marriage, and ideal family size in francophone Africa, *Journal of Comparative Family Studies*, 1999, 30(1):17-34.
47. Bankole A et Singh S, Couples' fertility and contraceptive decision-making in developing countries: hearing the man's voice, *International Family Planning Perspectives*, 1998, 24(1):15-24.
48. Gebreselassie T, Spousal agreement on reproductive preferences in Sub-Saharan Africa, *DHS Analytical Studies*, Calverton, MD, USA: Macro International, 2008, <<http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/AS10/AS10.pdf>>, consulté le 15 mai 2012.
49. Short SE et Kiros G-E, Husbands, wives, sons, and daughters: fertility preferences and the demand for contraception in Ethiopia, *Population Research and Policy Review*, 2002, 21(5):377-402.
50. DeRose LF, Dodoo FNA et Patil V, Fertility desires and perceptions of power in reproductive conflict in Ghana, *Gender & Society*, 2002, 16(1):53-73.
51. UN Women, *Progress of the World's Women: In Pursuit of Justice*, New York: UN Women, 2011, <<http://progress.unwomen.org/pdfs/EN-Report-Progress.pdf>>, consulté le 15 mai 2012.
52. United Nations Population Division, *World Population Prospects: The 2010 Revision*, New York: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, 2011.
53. Ministry of Health Mali, National Directorate of Statistics Mali et Macro International, *Mali Demographic and Health Survey, 2006*, Calverton, MD, USA: Macro International, 2007.
54. National Statistics Directorate (DNS) Guinea et Macro International, *Guinea Demographic and Health Survey, 2005*, Calverton, MD, USA: DNS et Macro International, 2006.
55. Central Statistical Office (CSO) Zambia et al., *Zambia Demographic and Health Survey, 2007*, Calverton, MD, USA: CSO et Macro International, 2009.
56. Ministry of Health and Social Services (MoHSS) Namibia et Macro International, *Namibia Demographic and Health Survey, 2006-07*, Windhoek, Namibia: MoHSS; et Calverton, MD, USA: Macro International, 2008.
57. UNAIDS et Organisation mondiale de la santé (OMS), 2009 *AIDS Epidemic Update*, Geneva: UNAIDS/OMS, 2009.
58. Olaleye DO, Ideal family size: a comparative study of numerical and non-numerical fertility desires of women in two sub-Saharan African countries, *DHS Working Papers*, Calverton, MD, USA: Macro International, 1993, No. 7, <<http://www.measuredhs.com/publications/publication-wp7-working-papers.cfm>>, consulté le 15 mai 2012.
59. Riley AP, Hermalin AI et Rosero-Bixby L, A new look at the determinants of nonnumeric response to desired family size: the case of Costa Rica, *Demography*, 1993, 30(2):159-174.
60. Hindin MJ, Women's input into household decisions and their nutritional status in three resource-constrained settings, *Public Health Nutrition*, 2006, 9(4):485-493.
61. Mullany BC, Hindin MJ et Becker S, Can women's autonomy impede male involvement in pregnancy health in Katmandu, Nepal? *Social Science & Medicine*, 2005, 61(9):1993-2006.
62. Schuler SR, Methods for assessing attitudes toward intimate partner violence in rural Bangladesh, paper presented at the annual meeting of the Population Association of America, Dallas, TX, USA, consulté le 15-17 avril 2010.
63. Dyer SJ, The value of children in African countries: insights from studies on infertility, *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 2007, 28(2):69-77.
64. Bates LM, Maselko J et Schuler SR, Women's education and the timing of marriage and childbearing in the next generation: evidence from rural Bangladesh, *Studies in Family Planning*, 2007, 38(2):101-112.
65. Benefo KD, The determinants of the duration of postpartum sexual abstinence in West Africa: a multilevel analysis, *Demography*, 1995, 32(2):139-157.
66. DeRose LF et Ezeh AC, Decision-making patterns and contraceptive use: evidence from Uganda, *Population Research and Policy Review*, 2010, 29(3):423-439.
67. Pebley A, Mbugua W et Goldman N, Polygyny and fertility in Sub-Saharan Africa, *Fertility Determinants Research Notes*, 1988, (21):6-10.

## REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient Sunita Kishor, d'ICF Macro, et Simona Bignami, de l'Université de Montréal, pour leur guidance et leurs précieux commentaires; Bryant Robey pour ses remarques constructives et son expertise éditoriale; et Karen Hardee, de Population Action International, pour ses commentaires relatifs à une version antérieure présentée à l'assemblée annuelle 2010 de l'organisation Population Association of America. Cette étude a bénéficié d'une bourse d'USAID (l'Agence américaine pour le développement international) obtenue dans le cadre du projet MEASURE DHS à ICF Macro.

**Coordonnées de l'auteur:** upadhyayu@obgyn.ucsf.edu