



INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE

NOTE DE POLITIQUE



AUTONOMISATION DES FEMMES EN UNION ET RECOURS AUX SERVICES DE SANTÉ DE LA REPRODUCTION AU CAMEROUN

Août 2020





NOTE DE POLITIQUE

Autonomisation des femmes en union et recours aux services de santé de la reproduction au Cameroun

Août 2020



NOTE DE POLITIQUE

Autonomisation des femmes en union et recours aux services de santé de la reproduction au Cameroun

L'objectif de cette note est d'examiner la relation entre l'autonomisation des femmes en union et l'utilisation des services de santé reproductive. De l'analyse des données des EDS de 2004, 2011 et 2018 utilisées, il apparaît que le pourcentage des femmes autonomes a augmenté sur la période 2004-2018 au Cameroun. L'analyse de l'utilisation de la contraception moderne, du recours aux soins prénatals par un prestataire formé, des visites prénatales pendant le premier trimestre de grossesse, de l'effectivité d'au moins quatre visites prénatales, de l'accouchement dans un établissement de santé ou du recours aux soins postnatals dans les deux jours suivant l'accouchement, montre que le niveau d'utilisation des services de santé reproductive augmente graduellement en fonction du degré d'autonomie des femmes en union. Par ailleurs, les variables conventionnelles de la mesure de la condition de la femme (notamment l'éducation et le statut d'emploi) sont apparues comme étant des facteurs importants associés positivement à l'utilisation des services de santé génésique au Cameroun."

I. INTRODUCTION

La santé de la reproduction est reconnue comme un droit dans la plupart des pays du monde. Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé reproductive est la condition de bien-être physique, mental et social liée au système reproducteur. Elle permet aux personnes de bénéficier d'une sexualité saine et à avoir le choix de décider si et à quel moment ils souhaitent avoir des enfants et à quelle fréquence. Elle donne la possibilité d'avoir accès à des services de santé appropriés permettant aux femmes d'être suivies pendant leur grossesse en leur offrant ainsi qu'à leurs enfants la chance d'être en bonne santé. La faible utilisation des services de santé reproductive dans les pays en développement est généralement associée à des niveaux de mortalité maternelle très élevés.

En Afrique subsaharienne, les objectifs de Démographique et de Santé (EDSC V 2018) montrent que le rapport de mortalité maternelle est de

406 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes alors que l'agenda des Objectifs de développement durable (ODD) vise moins de 70 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes dans le monde d'ici 2030.

La déclaration du consensus sur les cibles et stratégies pour mettre un terme aux décès maternels évitables de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) indique que pour atteindre l'objectif de la santé maternelle, il faut assurer une couverture universelle des soins de santé sexuelle, reproductive et maternelle.

Les ODD mettent un accent particulier sur la problématique de l'autonomisation des femmes et de la santé de la reproduction. L'ODD 3 (cible 3.7) sur la bonne santé et le bien-être met en exergue l'accès universel aux services de santé sexuelle et procréative, y compris la planification familiale, l'information et l'éducation. Par ailleurs, l'ODD 5 (cible 5.6) adresse les divers facteurs d'inégalités entre hommes et femmes ; plus particulièrement, il vise à assurer à tous l'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive.

Au niveau national, la stratégie sectorielle de la santé du Cameroun pour la période 2016-2027 considère la planification familiale, la consultation prénatale et l'accouchement assisté par un personnel qualifié comme des piliers de la réduction de la mortalité maternelle. Cependant, force est de constater que la prévalence contraceptive moderne chez les femmes en union (de 16 % à 15 % entre 2011 et 2018), la couverture des soins prénatals (de 85 % à 87 % entre 2011 et 2018) et le pourcentage de naissances dans les établissements de santé (de 61 % à 67 % entre 2011 et 2018) ont peu varié ces dernières années.

L'objectif de cette étude est d'examiner le lien entre l'autonomisation de la femme et l'utilisation des services de santé de la reproduction au Cameroun afin de contribuer à la réflexion sur cette thématique au Cameroun, et de fournir au Gouvernement et ses partenaires au développement, des pistes d'informations permettant de mieux orienter les actions de politique de santé sexuelle et reproductive.

II. METHODOLOGIE

Les données utilisées pour les analyses proviennent des trois dernières Enquêtes Démographiques et de Santé du Cameroun (EDSC) : EDSC III

2004, EDS-MICS 2011 et EDSC V 2018. Il s'agit d'enquêtes d'envergure nationale réalisées auprès des ménages et dont les résultats sont représentatifs jusqu'au niveau régional et par milieu de résidence. Les tailles des échantillons varient d'environ 11 000 à 15 000 ménages ; dans chaque ménage échantillon, les femmes et les hommes en union âgés de 15 à 49 ans ont entre autres été interviewés sur leur situation d'activité, la participation de la femme aux revenus et à la prise de diverses décisions dans le ménage.

Les variables de l'étude ont été identifiées grâce à une revue de la littérature. Trois aspects de l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive ont été retenus pour les analyses multivariées afin de mettre en évidence les facteurs les plus déterminants du recours à ces services. Il s'agit de l'utilisation actuelle de la contraception, du recours aux soins prénatals par un prestataire formé et de l'accouchement dans un établissement de santé.

La présente étude est basée principalement sur les données de l'EDSC-V de 2018 dont un sous-échantillon (pondéré) de 7 463 femmes de 15-49 ans en union pour l'analyse de la relation entre l'autonomie et l'utilisation de méthodes contraceptives modernes d'une part, et 6 926 femmes de 15-49 ans en union et ayant eu une naissance vivante au cours des cinq années précédant l'enquête, pour l'analyse de la relation entre l'autonomie, et le recours aux soins prénatals ou l'accouchement dans un établissement de santé d'autre part.

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS version 24, aussi bien pour les analyses bivariées que multivariées. Dans un premier temps, une description des caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée a été faite et le profil des femmes de 15-49 ans en union et répondant aux critères d'autonomie a été dégagé. Un test du chi-deux a été réalisé pour tester l'association entre chaque variable dépendante et chaque variable indépendante. Les variables ont ensuite été retenues dans l'analyse multivariée en se basant sur l'association au niveau bivarié ($p < 0,05$).

Dans un second temps, des régressions logistiques multivariées ont été effectuées pour identifier les associations de variables explicatives avec les variables indépendantes, fournissant des rapports de chances (OR) et des intervalles de confiance (IC) à 95%.

III. RESULTATS

a. Evolution des indicateurs de l'autonomie de la femme en union de 2004 à 2018

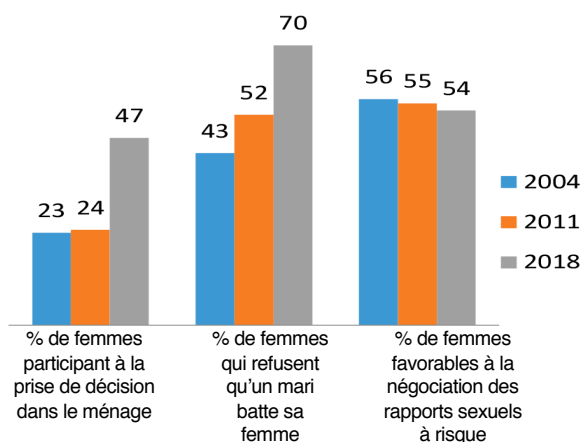
De manière générale, de 2004 à 2018, il se dégage une amélioration des indicateurs de l'autonomie des femmes âgées de 15-49 ans en union.

Le pourcentage de femmes qui participent à la prise de décision dans le ménage a doublé entre 2004 et 2018. En 2018, 47 % de femmes de 15-49 ans en union participent à la prise de décision du ménage, contre 23 % en 2004 (Graphique 1).

Par ailleurs, le pourcentage de femmes de 15-49 ans en union qui pensent qu'un mari ne devrait battre sa femme pour aucune des cinq raisons a régulièrement augmenté, passant de 43 % en 2004 à 70 % en 2018.

En ce qui concerne les opinions des femmes par rapport au refus des rapports sexuels à risques ou non protégés avec leur partenaire sexuel, le pourcentage de femmes de 15-49 ans en union qui pensent qu'une femme a le droit de refuser d'avoir les rapports sexuels avec son mari est resté stagnant entre 2004 et 2018. Ce pourcentage était de 56 % en 2004, 55 % en 2011 et de 54 % en 2018.

Graphique 1: Evolution des indicateurs de l'autonomie des femmes en union de 2004 à 2018

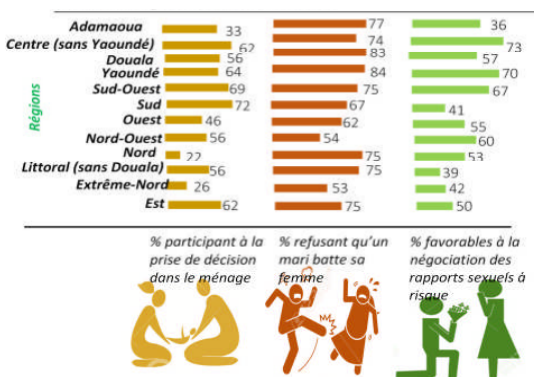


Sources: CDHS III 2004; CDHS-MICS 2011 et CDHS V 2018

b. Caractéristiques sociodémographiques des femmes autonomes en 2018

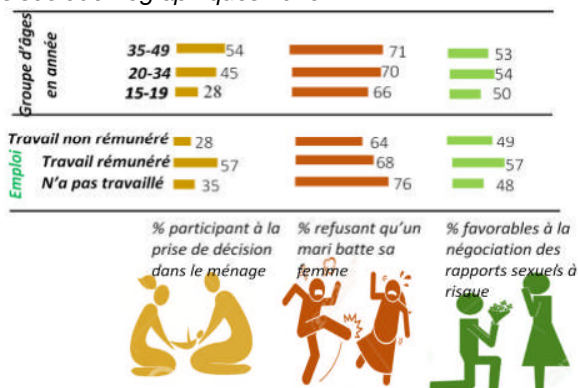
L'analyse des caractéristiques sociodémographiques montre que la résidence en milieu urbain, l'augmentation du niveau d'instruction, l'emploi rémunéré et un âge supérieur à 19 ans sont en faveur de l'autonomisation de la femme de 15-49 ans en union (Graphique 2, 3 et 4).

Graphique 2: Pourcentage de femmes de 15-49 ans actuellement en union selon leur opinion sur la prise de décision dans le ménage et selon la région de résidence en 2018



Sources: CDHS V 2018

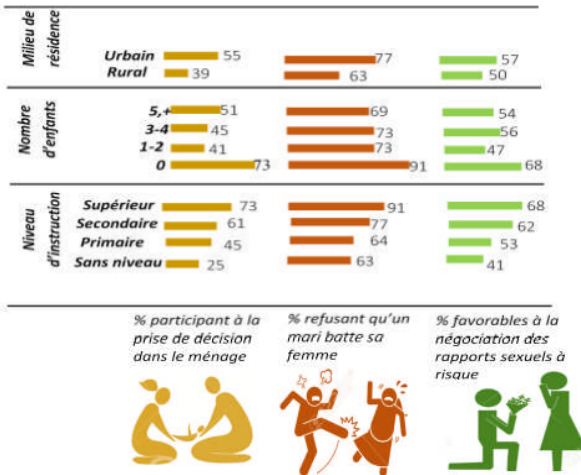
Graphique 3: Pourcentage de femmes de 15-49 ans actuellement en union selon leur opinion sur la prise de décision dans le ménage et certaines caractéristiques sociodémographiques 2018



Sources : EDSC V 2018

Les femmes de 15-49 ans en union ayant fait des études secondaires ou supérieures, celles vivant dans les zones urbaines, celles ayant un emploi rémunéré et celles âgées de 35-49 ans ont une plus grande propension à participer à la prise de décisions au sein du ménage, à rejeter toutes les raisons pour lesquelles le mari aurait le droit de battre sa femme et à approuver la négociation des rapports sexuels avec le partenaire/mari. Ces femmes sont considérées comme les plus autonomes.

Graphique 4: Pourcentage de femmes de 15-49 ans actuellement en union selon leur opinion sur la prise de décision dans le ménage et certaines caractéristiques sociodémographiques 2018



Sources : EDSC V 2018

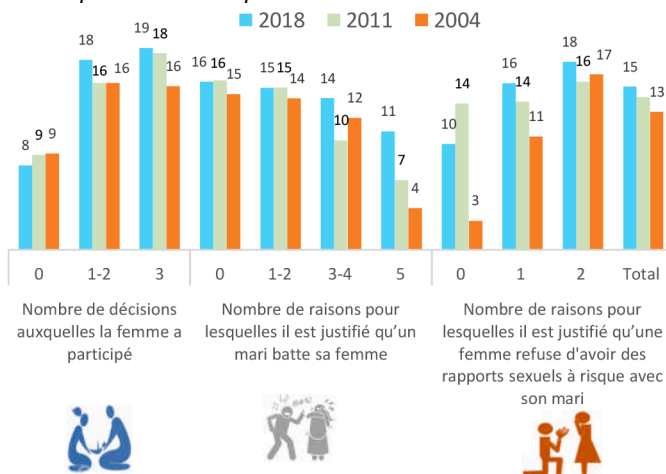
Par contre, les femmes de 15-49 ans en union les moins autonomes sont celles n'ayant aucun niveau d'instruction, celles qui sont sans emploi, celles âgées de 15-19 ans, celles qui vivent en milieu rural, et celles résidant dans les régions de l'Adamaoua, du Nord et de l'Extrême-Nord.

c. Autonomisation et utilisation des services de santé de la reproduction

Au Cameroun, les femmes de 15-49 ans en union qui répondent aux critères d'autonomie utilisent en général davantage les services de santé

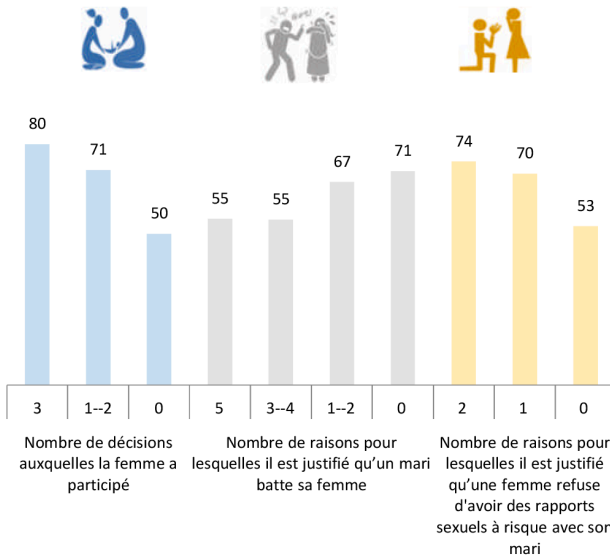
reproductive que les autres femmes. L'analyse de l'utilisation de la contraception moderne, du recours aux soins prénatals par un prestataire formé, des visites prénatales pendant le premier trimestre de grossesse, de l'effectivité d'au moins quatre visites prénatales, de l'accouchement dans un établissement de santé ou du recours aux soins postnatals dans les deux jours qui suivent l'accouchement, montre que dans l'ensemble, le niveau d'utilisation des services de santé reproductive augmente graduellement en fonction du degré d'autonomie des femmes en union (Graphique 5, 6, 7 et 8).

Graphique 5: Répartition (%) des femmes de 15-49 ans en union utilisant la contraception moderne par indicateur d'autonomie de 2004 à 2018

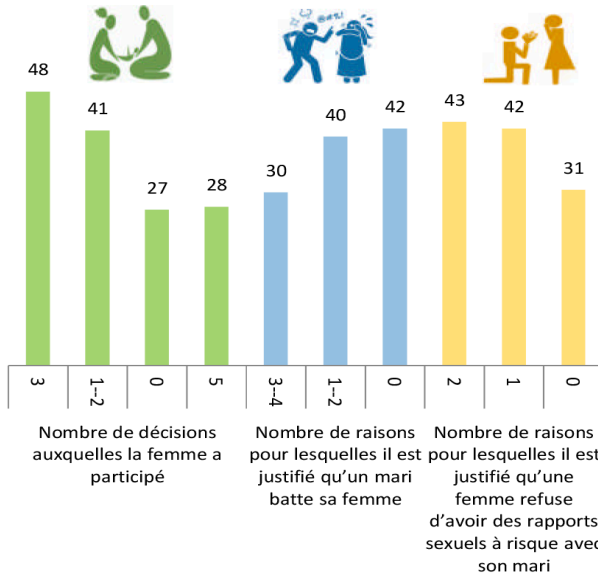


Sources: EDSC III 2004, EDS-MICS 2011 et EDSC V 2018

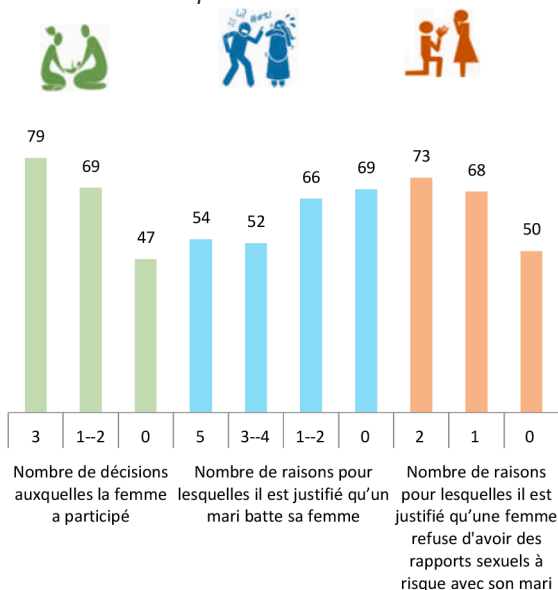
Graphique 6: Pourcentage de femmes ayant reçu des soins prénatals par un prestataire formé en 2018



Graphique 7: Répartition (%) de femmes qui se sont rendues en visite prénatale pour la première fois pendant le premier trimestre de grossesse par indicateur d'autonomie en 2018



Graphique 8: Répartition (%) de femmes dont l'accouchement s'est déroulé dans un établissement de santé par indicateur d'autonomie en 2018



Sources : 2018 CDHS-V

d. Facteurs explicatifs du recours par les femmes en union aux services de santé de la reproduction

Des modèles de régressions logistiques binaires ont été estimés pour déterminer les associations entre, d'une part le degré d'autonomie de la femme et, d'autre part, l'utilisation de la contraception moderne, le recours aux soins prénatals par un personnel formé et l'accouchement dans un établissement de santé.

Cette étude révèle l'existence d'une association significative et positive entre le niveau d'autonomisation de la femme en union et l'utilisation de la contraception moderne, ainsi que le recours aux soins prénatals par un personnel formé. Le nombre de décisions auxquelles la femme a participé est resté significatif et positivement associé à l'utilisation de la contraception moderne et au recours aux soins prénatals par un personnel formé. Ces résultats corroborent avec ceux trouvés par certaines études menées dans le contexte des pays en développement

(Yohannes Dibaba Wado, 2017).

Le statut d'emploi de la femme, qui est une des variables conventionnelles de la mesure de la condition de la femme, est significativement associé à l'utilisation de la contraception moderne. Les femmes qui ont eu un emploi rémunéré ont 22 % plus de chances de recourir à la contraception moderne que leur homologue qui n'ont pas travaillé au cours des 12 derniers mois.

Plus que le statut dans l'emploi, le nombre de raisons pour lesquelles il est justifié qu'un mari batte sa femme apparaît comme un facteur important associé à l'utilisation des services de santé reproductive, notamment le recours aux soins prénatals par un personnel formé et l'accouchement dans un établissement de santé. L'éducation -une autre mesure de la condition féminine- est également déterminante pour le recours aux soins de santé reproductive. Ce qui confirme les résultats de certaines études menées dans des pays en développement (Furuta et Salway 2006; Mistry, Galal, et Lu 2009).

L'âge de la femme est un facteur associé à l'utilisation des services de santé reproductive. Les rapports de cotes sont en faveur des plus jeunes femmes en ce qui concerne l'utilisation de la contraception moderne et de l'accouchement dans un établissement de santé. Ils sont plutôt en faveur des plus âgées pour le recours aux soins prénatals par un prestataire formé. Comparées à leurs homologues de 15-19 ans, les femmes de 20-34 ans ont 61% plus de chances de recourir aux soins prénatals par un prestataire formé. Les femmes de 35-49 ans en ont 4,47 fois plus de chances.

Le milieu de résidence est également un important facteur associé à l'utilisation des services de santé reproductive. Les rapports de cotes pour l'utilisation de ces services par les femmes sont plus élevés pour celles du milieu urbain comparées à celles du milieu rural.

IV. CONSTATS ET RECOMMANDATIONS

Au regard des résultats synthétisés ci-dessus, l'autonomisation de la femme en union est positivement associée à l'utilisation des services de santé reproductive par les femmes.

A l'issue de cette étude, des constats faits suggèrent des

recommandations suivantes qui sont formulées principalement à l'endroit des pouvoirs publics.

Constat n°1 : Les femmes instruites sont le plus souvent exposées aux médias ou à l'internet, et partant, à des informations et des connaissances sur les soins de santé modernes. Il est également important d'accroître le niveau d'instruction des femmes, notamment les plus jeunes, pour garantir l'utilisation adéquates des services de santé reproductive à travers l'éducation à la santé sexuelle.

Constat n°2 : La relation observée entre l'emploi rémunéré et l'utilisation de la contraception moderne indique que les interventions visant à améliorer les possibilités d'emploi rémunéré des femmes peuvent également générer des avantages en matière de santé de la reproduction. L'amélioration de l'éducation des filles et de la situation professionnelle des femmes peut jouer un double rôle dans la consolidation de l'autonomie de la femme en union et du comportement de recherche de soins de santé.

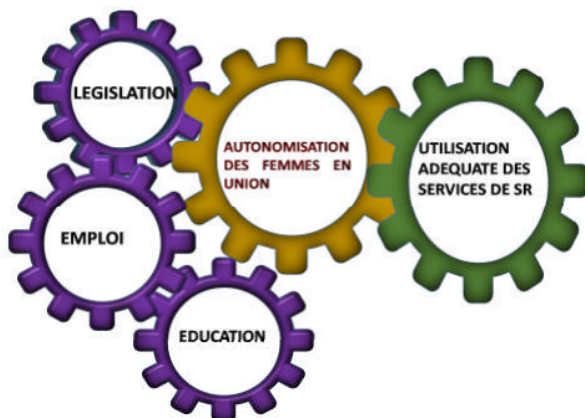
Recommandation n°1: Il faudrait renforcer les actions pour l'éducation de la jeune fille promouvoir l'accès de la femme à l'emploi rémunéré, facteurs importants du recours et de l'utilisation adéquate par celle-ci des services de santé de la reproduction.

Constat n°3 : Les résultats soulignent la nécessité d'initiatives visant à améliorer le statut de la femme au Cameroun, notamment en assurant la protection des droits de la femme et en permettant d'atteindre l'égalité des sexes, garantissant ainsi la participation de la femme à la prise de décision à tous les niveaux et en particulier au sein du ménage.

Recommandation n°2: Promouvoir la protection des droits de la femme et l'égalité des sexes ainsi que sa participation à la prise de décision à tous les niveaux et en particulier ausein du ménage, par exemple à travers des changements juridiques et législatifs appropriés. Cela permettra d'améliorer l'autonomisation de la femme et la propension à recourir aux soins de santé en droite ligne avec l'ODD 5.

Constat n°4 : Les disparités importantes existent dans l'utilisation des services de santé de la reproduction selon le quintile de bien-être économique et le milieu de résidence.

Recommandation n°3: Prendre des mesures appropriées pour corriger les disparités d'accès aux services de santé de la reproduction, par exemple en améliorant les revenus du monde rural et en développant des infrastructures sanitaires en zones rurale et semi-urbaine pour assurer l'accès aux services de santé de base des populations les plus pauvres.



REFERENCES

Bongaarts, J., and al. 2012. *Family planning programs for the 21st Century; rationale and design*. New York, USA: The Population Council.

Jessica D. Gipson and Dawn M. Upchurch (2017). *Do the status and empowerment of mothers predict their daughters reproductive outcomes?* BMC Pregnancy and Childbirth, 17 (Suppl 2):348 DOI 10.1186/s12884-017-1497-z.

Mishra, Vinod, Rathavuth Hong, Simona Bignami-Van Assche, and Bernard Barrere (2009). *The Role of Partner Reduction and Faithfulness in HIV Prevention in Sub-Saharan Africa: Evidence from Cameroon, Rwanda, Uganda, and Zimbabwe*. DHS Working Papers No.61. Calverton, Maryland: Macro International Inc.

Mistry, R., O. Galal, and M. Lu. (2009). Women's autonomy and pregnancy care in rural India: A contextual analysis. *Social Science & Medicine* 69 (6):926–33. doi:10.1016/j.socscimed.2009.07.008.

World Health Organization. (2014). *Cibles et stratégies pour mettre un terme aux décès maternels évitables :déclaration de consensus*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10>

665/130777

National Institute of Statistics (2016). *Rapport de l'évaluation rapide des besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Cameroun*.

Ushma D. Upadhyay and Deborah Karasek (2013). *Autonomisation des femmes et nombre idéal d'enfants: examen des mesures EDS d'autonomisation en Afrique subsaharienne*. Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique, numéro spécial de 2013, pp. 10–21.

WHO. 2015b. Trends in maternal mortality:

1990-2015, Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations population division. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Yohannes Dibaba Wado (2017): Women's autonomy and reproductive health care-seeking behavior in Ethiopia, *Women & Health*, DOI: 10.1080/03630242.2017.1353573.

Equipe technique de rédaction

Supervision générale

1. Tedou Joseph, DG/INS
2. She Etoundi Joseph Guy B, DGA/NIS

Coordination Technique

1. Libite Paul Roger, Chef de Département, DDS/INS
2. Dzossa Anaclet Désiré, Chef de Division, DDS/INS
3. Souaibou Moussa, Chargé d'Etudes, DDS/INS

Exploitation des données

1. Ndeffo Gouope Guy F., Chef de Division, DIN/INS
2. Tchoudja Victorien, Chargé d'Etudes, DIN/INS
3. Tchakoute Ngoho Romain, Chargé d'Etudes, DIN/INS

Rédaction

1. Souaibou Moussa, Chargé d'Etudes, DDS/INS
2. Moodjom Roland M., Chargé d'Etudes Assistant, DDS/INS

Relecture

1. Dzossa Anaclet Désiré, Chef de Division, DDS/INS
2. Fomekong Félicien, INS
3. Tatsinkou Christophe, INS
4. Ebong Enone épouse EWANE Mariette, INS
5. Ngo Nsoa Pauline, MINEPAT
6. Dr. Kouao Ngamby Marquise, UNFPA.



P. O. Box 134 Yaounde - Cameroon
Tel: (237) 222 22 04 45
Fax: (237) 222 23 24 37
Website: ins-cameroun.cm