



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 6 (2)  
ISSN:1987-071X e-ISSN 1987-1023  
Received, 25 June 2024  
Accepted, 28 September 2024  
Published, 10 October 2024  
<https://www.revue-rasp.org>

*To cite : Sougou et al. (2024). L'autonomie décisionnelle des femmes permettrait elle de réduire les taux d'accouchements à domicile au Sénégal ? une analyse par appariement de score de propension. Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, 6(2), 67-77.*

**Research**

## **L'autonomie décisionnelle des femmes permettrait elle de réduire les taux d'accouchements à domicile au Sénégal ? une analyse par appariement de score de propension**

**Ndeye Mareme Sougou<sup>1,2,3\*</sup>, Oumar Bassoum<sup>1,3</sup>, Jean Baptiste Niokhor Diouf<sup>4</sup>, Ibrahima Seck<sup>1,3</sup>**

<sup>1</sup>Service de Médecine Préventive et Santé Publique, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal.

<sup>2</sup>UMI 3189 « Environnement, Santé, Sociétés », UCAD, CNRS, CNRST, USTTB, UGB. Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal.

<sup>3</sup>Institut de Santé et Développement, Université Cheikh Anta Diop de Dakar. BP 16390, Dakar, Sénégal

<sup>4</sup>Hôpital Roi Baudouin, Guediawaye, Sénégal

**\*Correspondance :** [ndeyemareme.sougou@ucad.edu.sn](mailto:ndeyemareme.sougou@ucad.edu.sn) ;

### **Résumé**

En Afrique de l'Ouest, les décès maternels sont plus élevés dans les zones rurales. Les accouchements à domicile sans assistance qualifiée contribuent à la mortalité maternelle élevée. Parmi les raisons évoquées des accouchements à domicile dans ces zones rurales, il serait cité la faible autonomie décisionnelle des femmes pour leur santé dans l'accès aux services de santé plus particulièrement dans les sociétés de type patriarcale comme au Sénégal. L'objectif de cette étude est d'examiner l'effet de l'autonomie des femmes pour leur propre santé sur les accouchements à domicile au Sénégal. Pour examiner la relation entre l'autonomie de la femme dans la décision de soins et l'accouchement à domicile, l'appariement par score de propension serait performé. Il s'agit d'une stratégie visant à réduire le biais d'échantillonnage en équilibrant les caractéristiques de l'échantillon, une technique qui imite la randomisation sur les données transversales. Les données ont été collectées à partir de l'enquête démographique Sénégalaise réalisées en 2017. L'autonomie décisionnelle de la femme était la principale variable explicative d'intérêt pour l'accouchement à domicile. Les analyses ont été réalisées avec le logiciel STATA.15. Huit mille huit cent soixante-cinq (8865) femmes âgées de 15 à 49 ans avaient été enquêtées dans le cadre de l'EDS 2017. Les femmes qui avaient la latitude de décider de leur propre santé représentaient 6,26%. Celles qui accouchaient à domicile représentaient 21,67%. L'accouchement à domicile avait diminué de 53,33% à 21,15% parmi les femmes ayant une autonomie décisionnelle, soit une réduction de 31,64%. L'autonomie dans la prise de décision en matière de soins de santé permettrait de réduire les accouchements à domicile. Ces résultats montrent l'importance de l'intégration du genre pour l'accessibilité des services de maternité au Sénégal.

**Mots clés :** Autonomie de décision en matière de santé ; accouchement à domicile ; Sénégal

## Abstract

In West Africa, studies have shown that maternal deaths are higher in rural areas, where 80% of deliveries are performed at home without skilled attendants. This study examines the effect of women's autonomy for their health on home deliveries in Senegal. We applied the propensity score matching (PSM) approach to explore the relationship between women's autonomy in healthcare decisions and home birth. PSM is a strategy for reducing sampling bias by balancing sample characteristics and miming randomization on cross-sectional data. Data were collected from Senegal DHS surveys conducted in 2017. Women's decision-making autonomy was the primary explanatory variable of interest for home birth. Analyses were done with STATA.15 software. Eight thousand eight hundred and sixty-five (8865) women between the ages of 15 and 49 were surveyed in the DHS 2017. Women who have the latitude to decide on their health represent 6.26%. Women giving birth at home accounted for 21.67%. There was a decrease in home births of 31.64% from 53.33% to 21.15% among women who were autonomous in deciding about their health. Autonomy in healthcare decision-making would reduce home births. These results show the importance of gender mainstreaming for accessing maternity services in Senegal.

**Keywords:** Autonomy of decision-making for health; childbirth in the home; Senegal

## 1. Introduction

En 2015, 303 000 femmes sont mortes pendant ou après la grossesse ou l'accouchement. La plupart de ces décès sont survenus dans des pays à faible revenu, et la plupart d'entre eux auraient pu être évités (Alkema et al.2016). En Afrique de l'Ouest, des études ont montré que le nombre de décès maternels est plus élevé dans les zones rurales où 80 % des accouchements ont lieu à domicile sans l'aide d'un personnel qualifié (Ronsmans et al., 2003). Au Sénégal, des études ont été réalisées sur les facteurs contribuant aux accouchements à domicile. Ainsi, l'étude de Faye A montrait que les facteurs liés aux accouchements à domicile étaient la fréquentation des services de santé pendant la grossesse (préparation à l'accouchement (OR : 0,36 ; IC 95% : [0,28-0,45]), le nombre de visites prénatales supérieur à 3 (OR : 0,59 ; IC 95% : [0,46-0,74]), et les facteurs d'autonomisation des femmes tel que le niveau d'éducation (OR:0,36 ; IC 95% : [0,28-0,45]) (Faye et al.,2010). D'autres études menées au Sénégal ont également montré l'effet positif de l'autonomie des femmes sur l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive (Sougou et al.,2020 ; Chol et al.,2019). Dans d'autres pays africains, parmi les déterminants identifiés pour le recours à l'accouchement assisté plutôt qu'à l'accouchement à domicile, figure la faible autonomie des femmes en termes de prise de décision (Ag Ahmed et al.2018). Ainsi, selon ces études, les femmes africaines n'étaient pas libres de se faire soigner ; elles avaient besoin de la permission et du soutien d'un homme (mari, frère ou père) (Ag Ahmed et al.2018 ; Fapohunda et al.,2013). Bien que plusieurs études aient été réalisées sur l'autonomie des femmes et les accouchements à domicile, elles se sont concentrées pour la plupart sur les trois dimensions de l'autonomie décisionnelle des femmes (prise de décision concernant la santé, prise de décision concernant les dépenses du revenu du ménage par la femme seule ou conjointement avec son mari, et prise de décision concernant les achats importants du ménage par la femme seule ou conjointement avec son mari). La particularité de cette étude est qu'elle se focalise uniquement sur la dimension « prise de décision concernant la santé par la femme elle-même ». En outre, certaines études ont montré une variabilité des résultats entre les pays concernant l'effet de l'autonomie décisionnelle sur les services de santé maternelle liées aux différences de développement économique et de culture entre les pays d'Afrique subsaharienne, et à leur impact de l'utilisation des services de soins sur la santé des femmes (Chol et al.,2019). Le Sénégal est un pays dont les normes sociales hiérarchiques sont celles d'une société patriarcale. Pourtant plusieurs politiques d'autonomisation des femmes y ont été mises en place. Il faut cependant noter que l'articulation entre

les politiques mises en œuvre par les ministères en charge de la femme et les politiques de santé de la reproduction des ministères de santé est encore insuffisante. L'intérêt de cette étude est de fournir des évidences scientifiques pouvant rendre compte de la nécessité d'une intersectorialité dans les actions gouvernementales dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle et l'amélioration de la santé reproductive.

L'objectif de cette étude est d'examiner l'effet de l'autonomie des femmes sur la prévalence des accouchements à domicile au Sénégal. Elle permettra de mieux prendre en compte la nécessité de l'autonomie décisionnelle des femmes sur leur santé pour l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive en Afrique de l'Ouest.

## 1. Matériels et méthodes

### 1.1. Cadre d'étude

Le Sénégal, situé en Afrique Occidentale, est compris entre 12°8 et 16°41 de latitude nord et 11°21 et 17°32 de longitude ouest. Sa superficie est de 196.722 km<sup>2</sup>. Il est limité au nord par la Mauritanie, à l'est par le Mali, au sud par la Guinée et la Guinée Bissau. À l'ouest, le Sénégal est ouvert sur l'Océan Atlantique avec 700 km de côte. En 2017, la population était estimée à 15.256.346 habitants. (Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie, 2015).

### 1.2. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive et analytique consistant en une analyse secondaire des données de l'EDS-C 2017 (Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie, 2018b). Ces données étaient collectées sur toute l'étendue du Sénégal, du 1<sup>er</sup> avril au 31 décembre. Les EDS sont réalisées dans le cadre du Programme des Enquêtes Démographiques et de Santé créé par l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) en 1984.

### 1.3. Échantillonnage

L'échantillon de l'EDS continue de 2017 est représentatif au niveau national, au niveau régional et pour les zones urbaines et rurales (EDS 2017). Les participants aux enquêtes ont été échantillonnés selon un plan en grappes stratifié à deux degrés, à partir d'une liste de zones de dénombrement (ZD) obtenue à partir du Recensement général de la population et de l'habitat de, l'agriculture et de l'élevage (RGPHAE) réalisé en 2013. Un dénombrement des ménages dans chacune de ces grappes a fourni une liste de ménages à partir de laquelle un échantillon de deuxième étape de 22 ménages par grappe a été tiré, dans les zones urbaines et rurales avec un échantillonnage à probabilité égale. Au total, 8 800 ménages (4 092 en milieu urbain et 4 708 en milieu rural) ont été sélectionnés.

### 1.4. Données

Les données sont issues de l'enquête démographique de santé du Sénégal (EDS) 2017. Dans cette enquête transversale, une méthode d'échantillonnage en grappes stratifiées à deux degrés a été employée. Cette méthode a l'avantage d'offrir un équilibre entre représentativité, précision et efficacité logistique, ce qui en fait une méthode idéale pour les EDS. Parmi les ménages échantillonnés, 8865 femmes âgées de 15 à 49 ans ont été enquêtées avec succès. Les femmes ont été interrogées sur leurs antécédents en matière de reproduction et sur leurs caractéristiques socio-économiques personnelles et celles du ménage.

## Variable

La variable explicative était l'autonomie de décision de la femme. Celle-ci a été mesurée en

demandant à la personne interrogée qui décide pour sa santé, et a été dichotomisée de la manière suivante : (1) la femme "a accès à la décision pour sa santé" ; et (0) la femme "n'a pas accès à la décision pour sa santé" (Pour les réponses suivantes "la répondante et son mari/partenaire", "le mari/partenaire de la répondante seul", "quelqu'un d'autre" et "autres").

La variable de résultat était l'accouchement à domicile.

La variable de résultat "accouchement à domicile" était une variable binaire codée "1" (accouchement à domicile) et "0" (pas d'accouchement à domicile). La modalité "accouchement à domicile" a été recodée à partir de la variable "lieu de naissance de la femme". Cette modalité correspondait aux modalités (accouchement au domicile de la femme, accouchement dans un autre domicile). Les autres modalités de la variable étaient "hôpital public, centre de santé, poste de santé, case de santé, autres établissements de santé, hôpital/clinique privé, autres établissements de santé privés et autres"). Elles ont été recodées comme "n'accouche pas à domicile".

### Covariables

Les variables utilisées dans l'appariement étaient l'âge, le lieu de résidence, l'éducation, le niveau de pauvreté et l'état civil.

Groupes d'âge (15-19/ 20-24/ 25-29/ 30-34/ 35-39/ 40-44/ 45-49) ; type de lieu de résidence : Urbain/ Rural ; éducation : sans éducation/ primaire/ secondaire/ tertiaire ; indice de richesse : le plus pauvre/ le plus pauvre/ moyen/ plus riche/ le plus riche ; éducation du mari : Pas d'éducation/ primaire/ secondaire/ supérieure ; Situation matrimoniale des femmes : jamais en union/ mariée/ en union/ veuve/ séparée et divorcée.

### 1.5. *Analyses statistiques*

Les données ont été analysées avec le logiciel STATA.15. Nous avons utilisé la technique du score de propension qui simule la randomisation en appariant les groupes par statut de résultat (par exemple, accouchement à domicile vs accouchement hors domicile) pour les variables prédictives, ce qui réduit la probabilité de biais dans l'effet du traitement (accès des femmes aux décisions de santé) (Austin et al.,2007). Cette méthode permet de réduire les biais de sélection et d'obtenir des estimations plus précises des effets du traitement ou de l'intervention étudiée qui est ici l'autonomie de décision des femmes. Les données ont été explorées et des fréquences et des tableaux croisés ont été générés pour comprendre les modèles de distribution des variables d'intérêt. Des tests de comparaison des moyennes ont été effectués sur les variables d'intérêt concernant le pouvoir de décision. Un biais de sélection potentiel a été corrigé en établissant un score de propension pour l'exposition à l'autonomie décisionnelle des femmes (voir tableau 2). Après avoir testé l'hypothèse du support commun, le score de propension a été calculé pour toutes les femmes à l'aide d'une régression logistique multivariée incluant les covariables mentionnées ci-dessus. L'appariement de chaque sujet traité à un sujet non traité ayant un score de propension identique ou proche aboutit à la constitution de deux groupes de sujets aux caractéristiques comparables et entre lesquels le critère de jugement peut être comparé (Austin et al.,2007). Nous avons utilisé le module PSMATCH2 de STATA pour effectuer l'appariement (Leuven et Sianesi, 2018). Des modèles de régression logistique simple ont été construits pour examiner les effets non ajustés et ajustés du pouvoir de décision des femmes sur l'accouchement à domicile.

### 1.6. *Considérations éthiques*

Le protocole et les questionnaires de l'enquête étaient transmis au Comité National d'Éthique pour la Recherche en Santé (CNERS) pour analyse et approbation. Le CNERS a autorisé l'enquête par la lettre N°0035 MSAS/DPRS/CNERS, du 3 avril 2017. En outre, cette enquête a obtenu l'approbation du Comité d'Éthique (Institutional Review Board) d'ICF. Le consentement libre et éclairé de chaque

participante a été recueilli avant l'administration des questionnaires préalablement téléchargés dans les tablettes. (Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie, 2018b).

## 2. Résultats

### 2.1. Participants

Les participants des zones urbaines et rurales ont été sélectionnés dans les 14 régions administratives du Sénégal. L'étude s'est concentrée sur la prise de décision en matière de santé chez les femmes âgées de 15 à 49 ans.

Après avoir traité la question des réponses manquantes, la taille de la population pour notre étude était de 6147 femmes. L'organigramme de la population étudiée est présenté dans la figure 1.

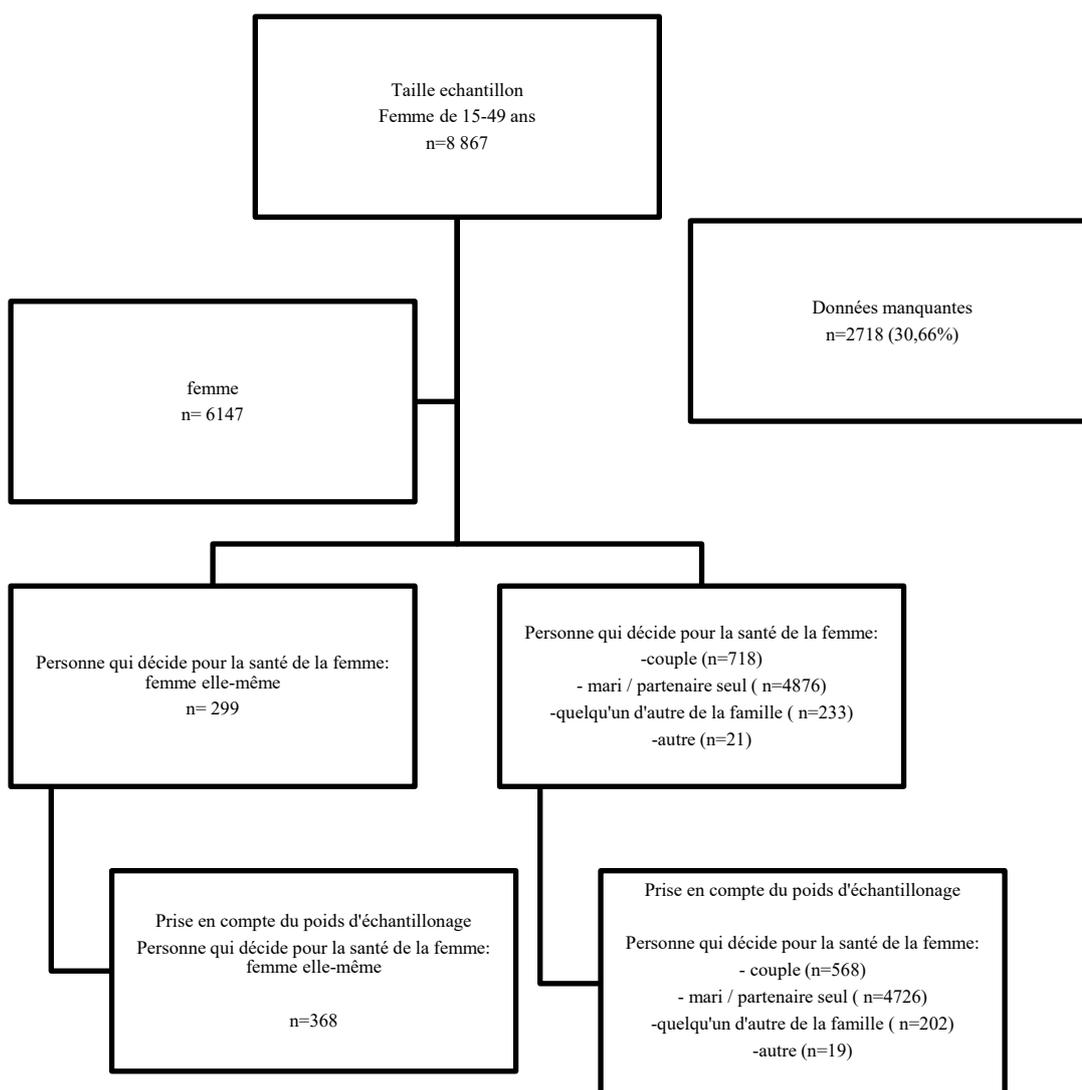


Figure 1: Diagramme du flux des données

### 2.2. Caractéristiques de base des interviewés

La plupart des femmes sont sans instruction (48,62%). La plupart des partenaires/époux des femmes en union/mariage sont sans instruction (66,5%). Les femmes mariées représentent 34,37%. Voir tableau 1

**Tableau 1. Caractéristiques de base des répondants, Sénégal, EDS-2017**

Variables	n	%	Manquant
<b>Age de la mère</b>			
15-19	1,998	22,5	
29-24	1,664	18,77	
25-29	1,529	17,19	
30-34	1,318	14,87	
35-39	998	11,26	
40-44	806	9,09	
45-49	557	6,28	
<b>Lieu de résidence</b>			
Rural	4,514	50,92	
Urbain	4,351	49,08	
<b>Statut matrimonial de la mère</b>			
Marié(e)	5,818	65,63	
Non marié	3,047	34,37	
<b>Niveau d'éducation</b>			
Sans éducation	4,310	48,62	
Niveau primaire	1967	22,19	
Niveau secondaire	2,241	25,28	
Niveau supérieur	347	3,91	
<b>Niveau d'éducation du mari/partenaire</b>			2,339 (26,38%)
Sans éducation	4,073	66,55	
Niveau primaire	607	9,62	
Niveau secondaire	584	9,25	
Niveau supérieur	297	4,70	
Ne sait pas	750	11,88	
<b>Indice de richesse</b>			
Les plus pauvres	1,475	16,64	
Les pauvres	1,603	18,08	
Les moyens	1,749	19,73	
Les riches	1,991	22,46	
Les plus riches	2,046	23,08	

Après appariement par score de propension, il y a un équilibrage des échantillons (voir tableau 2)

Tableau 2 : Distribution des variables selon l'accès à la prise de décision sanitaire ou non sanitaire avant et après l'appariement

**Autonomie par rapport à la décision concernant leur santé**

	Avant appariement			Après appariement		
	Oui %	Non %	P	Oui %	Non %	p
Âge (moins de 19 ans)	36,79	10,07	0,0003	36,79	36,79	1
Lieu de résidence (urbain)	15,55	16,97	0	15,55	15,55	0,96
Niveau d'éducation des femmes (non instruit)	55,85	45,62	0,02	55,853	53,11	0,71
Niveau de pauvreté (les pauvres)	27,95	24,61	0	27,96	28,03	0,91
État civil ( marié)	96,32	99,50	0	96,32	96,32	1

### 2.3. Répartition des accouchements à domicile

Les femmes accouchant à domicile représentent 21,67% soit 918 femmes.

### 2.4. Effets de l'autonomie de décision des femmes sur leur santé sur les taux d'accouchements à domicile après ajustement par le score de propension

On constate une diminution de 31,64% des accouchements à domicile, c'est-à-dire de 53,33% à 21,15% chez les femmes ayant accès à la prise de décision (tableau 3).

Tableau 3: Effets de l'autonomie de décision des femmes sur leur santé sur les taux d'accouchements à domicile après ajustement par score de propension

	Autonomie par rapport à la décision							
	Avant appariement				Après appariement			
	Oui %	Non %	Difference	p	Oui %	Non %	Difference	p
Accouchement à domicile	0,54	21,69	21,15	0,000	21,38	53,33	31,95	0,000

## 3. Discussion

### Autonomie de décision des femmes par rapport à leur santé

Le respect de l'autonomie est un principe clé de la bioéthique. Cependant, le respect de l'autonomie dans la pratique est complexe car la plupart des gens prennent des décisions qui sont influencées par un réseau complexe de relations sociales (Osamor et Grady, 2018). Ainsi, la prise de décision conjointe des couples doit être évaluée en fonction des contextes culturels, ethniques et religieux spécifiques et des circonstances personnelles des individus en question (Osamor et Grady, 2018). En Afrique, l'autonomie des femmes dans la prise de décisions concernant leur santé est limitée. Ce manque d'autonomie a un impact sur leur santé reproductive et sexuelle (Darteh et al., 2019). Notre étude a montré que l'autonomie décisionnelle des femmes concernant leur santé est faible au Sénégal (6,26%). Pour la majorité des femmes (80,33%), c'est leur mari/partenaire qui décide pour elles de leur santé. Les causes de ce manque d'autonomie sont multiples. L'analyse des facteurs associés à ce manque d'autonomie a permis d'identifier les principaux facteurs limitant l'accès des femmes à l'autonomie décisionnelle au Sénégal. Il s'agit du statut matrimonial (mariée), du jeune âge de la femme et du milieu de résidence de la femme (habitat rural) (Sougou et al., 2020).

L'intersection des relations de pouvoir entre les sexes influence la prise de décision concernant l'accès et le recours des femmes aux soins de santé maternelle (Morgan et al., 2017).

#### Accouchement à domicile

Les priorités en matière de santé sexuelle et reproductive dans la région africaine incluent l'amélioration des soins pour les mères et les enfants pendant l'accouchement (Ali et al., 2018). Ainsi, notre étude s'est focalisée sur l'utilisation des structures de santé lors de l'accouchement. Au Sénégal, l'accouchement à domicile reste un problème majeur de santé publique. Notre étude a montré que vingt et un pour cent (21,67%) des femmes accouchent à domicile. Parmi les raisons du taux élevé d'accouchements à domicile, une étude réalisée au Sénégal avait identifié des facteurs sociodémographiques liés à l'autonomisation des femmes tels que le niveau d'instruction des femmes, leur niveau d'éducation et le nombre d'accouchements à domicile (Faye et al., 2010) ainsi que les difficultés économiques (moyens de transport vers la structure hospitalière) (Faye et al., 2011). Tous ces facteurs soulignent le rôle primordial de l'autonomie des femmes dans la prise en charge de l'accouchement (Eshete et al., 2019).

Notre étude a pu montrer que les accouchements à domicile pourraient être réduits de 31,64% si les femmes avaient accès à une autonomie de décision pour leur santé. Dans d'autres pays africains ayant des contextes socio-culturels patriarcaux, des études ont montré des résultats similaires. Par exemple, au Ghana, les femmes ayant une autonomie de décision en matière de santé étaient plus susceptibles d'accoucher dans un établissement de santé que celles qui n'en avaient pas [OR=1,27, CI = 1,09-1,48] (Ameyaw et al., 2016) . En Éthiopie également, l'accouchement à domicile était également associé à la prise de décision par les femmes [AjOR : 95 % CI : 0,3(0,01-0,7)] (Berhe et al., 2020).

L'inégalité de pouvoir dans le processus de prise de décision restreint l'autonomie des femmes et limite leur pouvoir de négociation avec leur partenaire dans les choix de santé reproductive et sexuelle [14]. Pour ces femmes africaines, les mécanismes de prise de décision au sein de la famille les excluaient du centre de décision. Le rôle de décideur était confié à d'autres membres de la famille. Dans cette étude, le principal décideur était le mari (80,33% des cas). En Éthiopie également, le mari choisissait le lieu de l'accouchement [AjOR : 5,6, 95% CI (2,1-15,2)] (Berhe et al., 2020). Pourtant, des études ont montré que la prise de décision conjointe au sein du couple, donnant aux femmes la liberté de prendre des décisions concernant leur propre santé, est associée à une plus grande probabilité d'accoucher dans un établissement de santé (Exavery et al., 2014 ; Kifle et al., 2018).

#### Points forts et limites

Cette étude a permis de réduire les biais grâce à l'utilisation de la méthode du score de propension qui élimine l'impact du biais de sélection inhérent aux études observationnelles (par opposition aux essais cliniques randomisés, dont le principe est d'obtenir une comparabilité initiale des groupes). Cette méthode statistique a permis d'obtenir deux groupes largement comparables, à l'exception de la variable d'intérêt (autonomie décisionnelle). Cependant, il faut rappeler que la principale limite des scores de propension est leur incapacité à contrôler les facteurs de confusion non mesurés.

Un autre point fort de cette étude est l'utilisation des données EDS du Sénégal, qui sont représentatives du pays. Il est ainsi possible de généraliser les résultats de l'étude aux femmes en âge de procréer au Sénégal. Cette utilisation a permis de travailler avec un grand échantillon, plus adapté à l'utilisation du score de propension en réduisant la possibilité de déséquilibres importants de certaines covariables qui peuvent être observés avec un petit nombre d'observations. Cependant, des limites peuvent être soulignées. En particulier, les analyses ont utilisé des données transversales, de sorte que seules des associations et aucune relation de causalité ont pu être établies. Une limite importante de l'étude est le possible sous-déclaration de l'accouchement à domicile par la population étudiée du fait des politiques sénégalaises de lutte contre ces pratiques d'accouchements à domiciles.

#### 4. Conclusion

Cette étude a montré l'importance de la prise en compte du genre dans l'amélioration de la santé reproductive au Sénégal. L'autonomie décisionnelle des femmes permettrait de réduire significativement les accouchements à domicile. Indirectement, elle pourrait également réduire la mortalité maternelle en favorisant les accouchements dans les structures sanitaires avec du personnel qualifié favorisant ainsi l'accès à des soins obstétricaux appropriés. La principale recommandation de cette étude réside dans la nécessité de mettre en place des stratégies transformatrices de genre dans la lutte pour l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive. La lutte pour l'autonomisation des femmes devient donc une priorité, notamment au Sénégal et dans les pays en développement. Il s'agira donc pour renforcer l'autonomie des femmes dans un élan de multisectorialité de favoriser l'accès à l'éducation des filles, l'accès à l'information et le soutien communautaire. Cependant, il reste nécessaire d'initier des recherches socio-anthropologiques pour comprendre les productions sociales à l'œuvre dans les familles et les communautés africaines dans les processus de décision en matière de santé. Il s'agira également d'initier des recherches comparatives avec d'autres pays africains pour voir comment les différentes approches culturelles influencent l'autonomie des femmes et les résultats en matière de santé reproductive.

#### Remerciements

Nous remercions vivement le DHS Program qui a bien voulu mettre à notre disposition les bases de données.

#### Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt

#### Références

- Ag Ahmed MA, Hamelin-Brabant L, Gagnon MP. Sociocultural determinants of nomadic women's utilization of assisted childbirth in Gossi, Mali: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):388
- Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller A-B, Gemmill A, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *The Lancet*. 2016;387(10017):462-74.
- Ali M, Farron M, Ouedraogo L, Mahaini RK, Miller K, Kabra R. Research gaps and emerging priorities in sexual and reproductive health in Africa and the eastern Mediterranean regions. *Reprod Health*. 2018;15(1):39
- Ameyaw EK, Tanle A, Kissah-Korsah K, Amo-Adjei J. Women's Health Decision-Making Autonomy and Skilled Birth Attendance in Ghana. *Int J Reprod Med*. 2016; 6569514.
- Austin PC, Grootendorst P, Anderson GM. A comparison of the ability of different propensity score models to balance measured variables between treated and untreated subjects: a Monte Carlo study. *Statist Med*. 2007;26(4):734-53.

Berhe R, Nigusie A. Magnitude of home delivery and associated factors among child bearing age mothers in Sherkole District, Benishangul Gumuz regional state-Western-Ethiopia. *BMC Public Health*. 2020;20(1):796.

Chol C, Negin J, Agho KE, Cumming RG. Women's autonomy and utilisation of maternal healthcare services in 31 Sub-Saharan African countries: results from the demographic and health surveys, 2010-2016. *BMJ Open*. 2019;9(3):e023128.

Darteh EKM, Dickson KS, Doku DT. Women's reproductive health decision-making: A multi-country analysis of demographic and health surveys in sub-Saharan Africa. *PLoS One*. 2019 ;14(1):e0209985

Eshete T, Legesse M, Ayana M. Utilization of institutional delivery and associated factors among mothers in rural community of Pawe Woreda northwest Ethiopia, 2018. *BMC Res Notes*. 2019;12(1):395.

Exavery A, Kanté AM, Njozi M, Tani K, Doctor HV, Hingora A, et al. Access to institutional delivery care and reasons for home delivery in three districts of Tanzania. *Int J Equity Health*. 2014; 13:48.

Fapohunda BM, Orobaton NG. When women deliver with no one present in Nigeria: who, what, where and so what? *PLoS ONE*. 2013;8(7):e69569

Faye A, Wone I, Samb OM, Tal-Dia A. Étude des facteurs contributifs de l'accouchement à domicile (Sénégal). *Bull Soc Pathol Exot*. 2010;103(4):246-51.

Faye A, Niane M, Ba I. Home birth in women who have given birth at least once in a health facility: contributory factors in a developing country. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2011;90(11):1239-43.

Kifle MM, Kesete HF, Gaim HT, Angosom GS, Araya MB. Health facility or home delivery? Factors influencing the choice of delivery place among mothers living in rural communities of Eritrea. *J Health Popul Nutr*. 2018; 37(1):22

Leuven E, Sianesi B. PSMATCH2: Stata module to perform full Mahalanobis and propensity score matching, common support graphing, and covariate imbalance testing [Internet]. 2018 [cité 13 sept 2019]. (Statistical Software Components). Disponible sur: <https://econpapers.repec.org/software/bocbocode/S432001.htm>

Morgan R, Tetui M, Muhumuza Kananura R, Ekirapa-Kiracho E, George AS. Gender dynamics affecting maternal health and health care access and use in Uganda. *Health Policy Plan*. 2017; 32(suppl\_5):v13-21.

Osamor PE, Grady C. Autonomy and couples' joint decision-making in healthcare. *BMC Med Ethics*. 2018;19(1):3.

Rapport Final EDS 2017.pdf [Internet]. [cité 9 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.ansd.sn/ressources/rapports/Rapport%20Final%20EDS%202017.pdf>

Ronsmans C, Etard JF, Walraven G, Høj L, Dumont A, de Bernis L, et al. Maternal mortality and access to obstetric services in West Africa. *Trop Med Int Health*. 2003;8(10):940-8.

---

Sougou NM, Bassoum O, Faye A, Leye MMM. Women's autonomy in health decision-making and its effect on access to family planning services in Senegal in 2017: a propensity score analysis. *BMC Public Health*. 2020;20(1):872.

Sougou NM, Sougou AS, Bassoum O, Leye MMMb, Faye A, Seck I. (sous presse) Facteurs associés à l'autonomie de décision des femmes pour leur santé au Sénégal en 2017. *Santé Publique*. 2020;1-8.

© 2024 SOUGOU et al., licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>

**Publisher's note**

*Bamako Institute for Research and Development Studies Press remains neutral regarding jurisdictional claims in map publications and institutional affiliations*