



Statut matrimonial et non-utilisation de la contraception moderne chez les femmes exposées au risque de grossesse non désirée en Guinée entre 1999 et 2018

Mamadou Saliou Barry

► To cite this version:

Mamadou Saliou Barry. Statut matrimonial et non-utilisation de la contraception moderne chez les femmes exposées au risque de grossesse non désirée en Guinée entre 1999 et 2018. Sociologie. Université Bourgogne Franche-Comté, 2021. Français. NNT : 2021UBFCH011 . tel-03346139

HAL Id: tel-03346139

<https://theses.hal.science/tel-03346139>

Submitted on 16 Sep 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



THÈSE DE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ BOURGOGNE FRANCHE-COMTÉ

École doctorale Sociétés, Espaces, Pratiques, Temps

Doctorat de Sociologie-Démographie

Par Mamadou Saliou BARRY

Statut matrimonial et non-utilisation de la contraception moderne chez les femmes exposées au risque de grossesse non désirée en Guinée entre 1999 et 2018

Thèse présentée et soutenue à Dijon, le 12/05/2021

Composition du Jury :

- ❖ Alpha Amadou Bano BARRY, Professeur, Université Général Lansana Conté de Sonfonia (Conakry), rapporteur
- ❖ Yves CHARBIT, Professeur émérite, Université Paris Descartes, rapporteur
- ❖ Gilles FERRÉOL, Université de Bourgogne-Franche-Comté, examinateur
- ❖ Maryse GAIMARD, Professeure, Université de Bourgogne-Franche-Comté, directrice de thèse

REMERCIEMENTS

La réalisation d'un travail comme celui d'une thèse de doctorat est l'aboutissement d'un long travail qui a bénéficié de l'appui de plusieurs personnes physiques et morales que nous ne serions toutes nommer. Il n'est donc pas loyal de s'en attribuer tout le mérite.

Nous exprimons sincèrement nos vifs remerciements et notre sincère gratitude :

- ❖ Au Gouvernement de la République française qui, à travers le Service de Coopération et d'Action Culturelle de l'ambassade de France en Guinée, a financé une grande partie de cette thèse.
- ❖ Au Gouvernement guinéen, à travers le ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique, pour ses appuis logistiques et moraux, particulièrement à Dr Alpha Amadou Bano Barry, pour ses conseils motivants.
- ❖ À la Professeure Maryse Gaimard, qui a accepté de diriger ce travail. Votre expérience scientifique fort riche, vos conseils et vos orientations d'une remarquable pertinence, votre sens élevé d'écoute et d'empathie, nous ont profité tout au long de ce travail et bien au-delà. Votre rigueur, votre simplicité, votre promptitude et votre collaboration sans faille nous ont fortement marqué. Vous constituez pour moi une source d'inspiration illimitée tant sur le plan professionnel que sur le plan humain.
- ❖ Aux Professeurs Amadou Bano BARRY, Yves CHARBIT et Gilles FERRÉOL, éminents scientifiques et membres du jury de ma soutenance, qui ont bien voulu accepter d'évaluer mon travail de thèse.
- ❖ Aux autorités de l'Université Gamal Abdel Nasser de Conakry et celles de l'Institut National de la Statistique de Guinée, pour les facilités offertes et les autorisations d'absence périodique accordées durant les sept années de réalisation de cette thèse.

- ❖ À mes trois enfants, quasiment tous nés durant cette longue aventure scientifique et professionnelle, qui ne comprenaient pas le sens de nos longs et incessants séjours en dehors du domicile familial mais ont été une véritable source de motivation pour cette thèse. Ce travail est la réponse à votre insistante interrogation sur le sens de nos nombreuses et fréquentes absences auprès de vous.
- ❖ Aux camarades doctorants Youssouf OUARMA, Andry ANDRIANASOLO, Amadou Tafsir DIALLO, Hamani IDE et Moussa ARGOZE, pour les échanges fructueux, les critiques constructives et les moments inoubliables passés ensemble.
- ❖ À mon ami Mamadou Oury BALDE, qui nous a fait découvrir la France, la Suisse et l'Allemagne à ses frais, et pour tous les autres appuis qu'il nous a apportés.
- ❖ Aux compatriotes et amis vivant en France, particulièrement à Mamadou Diao DIALLO, Abdourahmane DIALLO et Maïmouna DIALLO, pour leurs soutiens multiples durant nos séjours en France.
- ❖ Aux amis de toujours, Mamadou Sarifou Diao DIALLO, Mamadou Bhoie DIALLO, Badara DIABY, Samba BALDE et Boubacar Bodié DIALLO, pour leurs encouragements et leurs appuis de tous ordres.
- ❖ Aux collègues de l'Institut National de la Statistique, Dr Mohamed SOW, feu Ahmed Saïkou Tidiane BALDE, Mamadou Aliou Seydou DIALLO, Lansana MASSANDOUNO et Aly CAMARA, pour leurs encouragements et leurs appuis logistiques dans la préparation de cette thèse.

Nos vifs remerciements s'adressent également aux animateurs de l'Expérimentarium de Dijon, en particulier Dr Lionel MAILLOT, Coralie BIGUZZI et Sophie FALLOT, pour leurs encouragements, leur encadrement et leur soutien dans l'apprentissage de la vulgarisation scientifique.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	2
TABLE DES MATIÈRES.....	4
DÉDICACE	7
LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS	8
LISTE DES TABLEAUX	9
LISTE DES FIGURES	11
RÉSUMÉ	12
ABSTRACT	15
INTRODUCTION GÉNÉRALE	19
CHAPITRE 1 : CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL	47
1.1 LA CONTRACEPTION EN AFRIQUE	47
1.1.1 La contraception dans les sociétés traditionnelles africaines	48
1.1.2 La contraception moderne en Afrique	51
1.1.3 Débats sur la planification familiale	52
1.1.4 Les facteurs explicatifs de la non-utilisation de la contraception moderne	59
1.2 APPROCHES EXPLICATIVES DE LA NON-UTILISATION DE LA CONTRACEPTION MODERNE	89
1.2.1 Approche politique et institutionnelle	90
1.2.2 Approche de l'offre des services de PF	93
1.2.3 Approche de la demande des services de PF	100
1.3 HYPOTHÈSES DE RECHERCHE ET CADRE CONCEPTUEL	102
1.3.1 Hypothèses de recherche	102
1.3.2 Cadre conceptuel	107
1.4 DÉFINITION DES CONCEPTS	111
CHAPITRE 2 : CONTEXTE ET CADRE DE L'ÉTUDE.....	116
2.1 CONTEXTE GÉOGRAPHIQUE ET ÉCONOMIQUE	116
2.1.1 Présentation géographique du pays	116
2.1.2 Contexte économique	118
2.2 CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE	120
2.2.1 Effectif de la population et croissance démographique	120
2.2.2 Fécondité	121
2.2.3 État matrimonial et nuptialité	123
2.2.4 Mortalité	124
2.2.5 Structure par âge et sexe	127

2.3 CONTEXTE SOCIOCULTUREL.....	127
2.3.1 Place de l'enfant dans la société guinéenne	127
2.3.2 Le mariage dans la société guinéenne	130
2.3.3 Place et statut de la femme.....	133
2.3.4 Éducation et instruction.....	139
2.3.5 Composition ethnique	139
2.3.6 Les religions pratiquées	143
2.4 CONTEXTE POLITIQUE ET SANITAIRE	143
2.4.1 Orientations générales en matière de santé et présentation du système de santé .	143
2.4.2 Les politiques et programmes de population	146
2.4.3 La politique de santé de la reproduction et les services de planification familiale en Guinée	151
2.5 CONNAISSANCE ET UTILISATION DE LA CONTRACEPTION MODERNE ET BESOINS NON SATISFAITS EN MATIÈRE DE PF	155
2.5.1 Connaissance de la contraception moderne	156
2.5.2 Utilisation de la contraception moderne	158
2.5.3 Besoins non satisfaits en matière de planification familiale	160
CHAPITRE 3 : ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES.....	162
3.1 APPROCHE GLOBALE.....	162
3.2 LES ENQUÊTES DÉMOGRAPHIQUES ET DE SANTÉ COMME SOURCES DES DONNÉES	163
3.2.1 Objectifs des EDS	163
3.2.2 Plan de sondage des EDS.....	164
3.2.3 Questionnaires des EDS	165
3.2.4 Organisation, financement et mise en œuvre des EDS	166
3.2.5 Population cible de l'étude	167
3.2.6 Qualité des données des EDS	169
3.3 MÉTHODES STATISTIQUES D'ANALYSE	171
3.3.1 Premier niveau d'analyse : la comparaison de proportions grâce aux intervalles de confiance	171
3.3.2 Deuxième niveau d'analyse : l'analyse de contingence grâce au test du Chi deux .	171
3.3.3 Troisième niveau d'analyse : la régression logistique binaire	173
3.3.4 Outils d'analyse	175
3.4 VARIABLES DE L'ÉTUDE ET DÉFINITIONS OPÉRATIONNELLES	175
3.4.1 La variable expliquée	176
3.4.2 Les variables explicatives.....	177
3.5 LIMITES DE L'ÉTUDE.....	193

CHAPITRE 4 : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.....	195
4.1 NIVEAUX ET TENDANCES DE L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION.....	195
4.2 ANALYSES DIFFÉRENTIELLES DE L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION MODERNE	198
4.2.1 Environnement socioculturel et utilisation de la contraception moderne	200
4.2.2 Caractéristiques démographiques et utilisation de la contraception moderne.....	204
4.2.3 Caractéristiques socioéconomiques et utilisation de la contraception moderne ...	209
4.2.4 Caractéristiques du conjoint et utilisation de la contraception moderne	212
4.2.5 Rapports de genre et utilisation de la contraception moderne	213
4.2.6 Variables intermédiaires et utilisation de la contraception moderne	215
4.3 FACTEURS EXPLICATIFS DE LA NON-UTILISATION DE LA CONTRACEPTION MODERNE	218
4.3.1 Environnement socioculturel et non-utilisation de la contraception moderne	221
4.3.2 Caractéristiques démographiques et non-utilisation de la contraception moderne	222
4.3.3 Caractéristiques socioéconomiques et non-utilisation de la contraception moderne	223
4.3.4 Caractéristiques du conjoint et non-utilisation de la contraception moderne	224
4.3.5 Rapports de genre et non-utilisation de la contraception moderne	225
4.3.6 Variables intermédiaires	226
4.4 INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS.....	229
CONCLUSION GÉNÉRALE	232
BIBLIOGRAPHIE	235
ANNEXES	248
ANNEXE 1. TABLEAU RÉFÉRENCÉ À L'INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	248
ANNEXE 2. TABLEAUX COMPLÉMENTAIRES DES ANALYSES UNIVARIÉES	250
ANNEXE 3. TABLEAUX COMPLÉMENTAIRES DES ANALYSES BIVARIÉES	251
ANNEXE 4. TABLEAUX COMPLÉMENTAIRES DES ANALYSES MULTIVARIÉES	257
ANNEXE 5. QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL FEMME STANDARD (EDS, ROUND 7)	269

DÉDICACE

Je dédie cette thèse à mes trois enfants : Kadiatou BARRY dont la naissance a été un porte-bonheur pour mon inscription à cette thèse, Mamadou Sarifou BARRY et Mariama Diouldé BARRY, tous les deux nés durant cette belle aventure scientifique.

Je dédie également cette thèse à ces nombreuses femmes décédées en donnant la vie et celles qui, par suite d'avortements ou d'accouchements compliqués, sont victimes d'invalidité et/ou de handicaps à vie.

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AGBEF	Association Guinéenne pour le Bien-Être Familial
BCR	Bureau Central de Recensement
CIPD	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
DNS	Direction Nationale de la Statistique
DNSI	Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique
DSFN	Division de la Santé familiale et de la Nutrition
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EDSG-1	Première Enquête Démographique et de Santé en Guinée
EDSG-2	Deuxième Enquête Démographique et de Santé en Guinée
EDSG-3	Troisième Enquête Démographique et de Santé en Guinée
EDSG-4	Quatrième Enquête Démographique et de Santé en Guinée
EDSG-5	Cinquième Enquête Démographique et de Santé en Guinée
Gripps	Groupe international de partenaires population-santé
INS	Institut National de la Statistique
IPPF	International Planned Parenthood Federation (Fédération Internationale pour le Planning Familial)
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
MGF/E	Mutilations Génitales Féminines et Excision
MICS	Multiple Indicators Clustering Survey (Enquête par Grappe à Indicateurs Multiples)
ODD	Objectif de Développement Durable
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PANB	Plan d'Action National Budgétisé de Planification
PF	Planification Familiale
PNDES	Plan National de Développement Économique et Social
PND	Plan National de Développement Sanitaire
PRB	Population Reference Bureau
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RGPH-1	Premier Recensement Général de la Population et de l'Habitation
RGPH-2	Deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitation
RGPH-3	Troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitation
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SMI/PF	Santé Maternelle et Infantile/Planification Familiale
SR	Santé de la reproduction
TMM	Taux de mortalité maternelle
UNFPA	United Nations Fund for Population Activities
VBG	Violences Basées sur le Genre
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZD	Zone de Dénombrement

LISTE DES TABLEAUX

TABEAU 1.1 : PROPORTION DE FEMMES DE 15-49 ANS EN UNION UTILISANT UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE (TOUTES MÉTHODES CONFONDUES ET MÉTHODES MODERNES UNIQUEMENT) ET PROPORTION DE LA DEMANDE DE PF SATISFAITE PAR LES MÉTHODES MODERNES, PAR PAYS.....	52
TABEAU 2.1 : PRINCIPALES ETHNIES GUINÉENNES PAR GRANDS GROUPES.....	140
TABEAU 2.2 : PROPORTION DE FEMMES DE 15-49 ANS EN UNION AYANT ENTENDU PARLER D'UNE MÉTHODE DE CONTRACEPTION MODERNE PAR ANNÉE SELON LE GROUPE D'ÂGE, LE MILIEU DE RÉSIDENCE ET LE NIVEAU D'INSTRUCTION	157
TABEAU 2.3 : PROPORTION DE FEMMES DE 15-49 ANS EN UNION QUI UTILISENT UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE MODERNE AU MOMENT DE L'ENQUÊTE PAR ANNÉE SELON LE GROUPE D'ÂGE, LE MILIEU DE RÉSIDENCE ET LE NIVEAU D'INSTRUCTION	159
TABEAU 2.4 : PROPORTION DE FEMMES DE 15-49 ANS EN UNION AYANT DES BESOINS NON SATISFAITS EN MATIÈRE DE PF PAR ANNÉE SELON LE GROUPE D'ÂGE, LE MILIEU DE RÉSIDENCE ET LE NIVEAU D'INSTRUCTION	160
TABEAU 3.1 : RÉPARTITION DES FEMMES ÉTUDIÉES PAR ANNÉE SELON LE STATUT MATRIMONIAL	168
TABEAU 4.1 : ÉVOLUTION DE LA PROPORTION DES FEMMES UTILISANT UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE PAR ANNÉE SELON LE TYPE DE MÉTHODE ET LE STATUT MATRIMONIAL	196
TABEAU 4.2 : PROPORTION DE FEMMES UTILISANT UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE MODERNE AU MOMENT DE L'ENQUÊTE PAR ANNÉE SELON LES CARACTÉRISTIQUES SOCIOCULTURELLES ET LA SITUATION VIS-À-VIS DE L'UNION	201
TABEAU 4.3 : PROPORTION DE FEMMES UTILISANT UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE MODERNE AU MOMENT DE L'ENQUÊTE PAR ANNÉE SELON LES CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES ET LA SITUATION VIS-À-VIS DE L'UNION	208
TABEAU 4.4 : PROPORTION DE FEMMES UTILISANT UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE MODERNE AU MOMENT DE L'ENQUÊTE PAR ANNÉE SELON LES CARACTÉRISTIQUES SOCIOÉCONOMIQUES ET LA SITUATION VIS-À-VIS DE L'UNION	211
TABEAU 4.5 : PROPORTION DE FEMMES VIVANT EN UNION UTILISANT UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE MODERNE AU MOMENT DE L'ENQUÊTE PAR ANNÉE SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION ET LE SECTEUR D'ACTIVITÉ DU CONJOINT	212
TABEAU 4.6 : PROPORTION DE FEMMES VIVANT EN UNION UTILISANT UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE MODERNE AU MOMENT DE L'ENQUÊTE PAR ANNÉE SELON LES RAPPORTS DE GENRE	213
TABEAU 4.7 : PROPORTION DE FEMMES UTILISANT UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE MODERNE AU MOMENT DE L'ENQUÊTE PAR ANNÉE SELON LES VARIABLES INTERMÉDIAIRES ET LA SITUATION VIS-À-VIS DE L'UNION	216
TABEAU 4.8 : VARIABLES AYANT UN EFFET SIGNIFICATIF SUR LA NON-UTILISATION DE LA CONTRACEPTION MODERNE, DANS LES MODÈLES DE RÉGRESSION LOGISTIQUE, PAR ANNÉE SELON LE GROUPE DE FEMMES.....	220
TABEAU A.1 : PROPORTION DE FEMMES DE 15-49 ANS EN UNION UTILISANT UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE (TOUTES MÉTHODES CONFONDUES ET MÉTHODES MODERNES UNIQUEMENT) ET PROPORTION DE LA DEMANDE DE PF SATISFAITE PAR LES MÉTHODES MODERNES, PAR PAYS.....	249
TABEAU A.2 : ÉVOLUTION DE LA PROPORTION DE FEMMES UTILISANT UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE MODERNE ENTRE 1999 ET 2018 SELON LA SITUATION VIS-À-VIS DE L'UNION	250

TABEAU A.3 : ÉVOLUTION DE LA PROPORTION DE FEMMES UTILISANT UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE NON MODERNE ENTRE 1999 ET 2018 SELON LA SITUATION VIS-À-VIS DE L'UNION	250
TABEAU A.4 : ÉVOLUTION DE LA PROPORTION DE FEMMES UTILISANT UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE QUELCONQUE ENTRE 1999 ET 2018 SELON LA SITUATION VIS-À-VIS DE L'UNION	250
TABEAU A.5 : NIVEAU DE SIGNIFICATION STATISTIQUE (P-VALUE) ET INTENSITÉ DE LA LIAISON STATISTIQUE (V DE CRAMER) DES VARIABLES ÉTUDIÉES AVEC LA VARIABLE DÉPENDANTE (FEMMES NON EN UNION)	251
TABEAU A.6 : NIVEAU DE SIGNIFICATION STATISTIQUE (P-VALUE) ET INTENSITÉ DE LA LIAISON STATISTIQUE (V DE CRAMER) DES VARIABLES ÉTUDIÉES AVEC LA VARIABLE DÉPENDANTE (FEMMES EN UNION)	252
TABEAU A.7 : INTENSITÉ DE LA LIAISON STATISTIQUE (V DE CRAMER) DES VARIABLES ÉTUDIÉES AVEC LA VARIABLE DÉPENDANTE (FEMMES NON EN UNION)	253
TABEAU A.8 : INTENSITÉ DE LA LIAISON STATISTIQUE (V DE CRAMER) DES VARIABLES ÉTUDIÉES AVEC LA VARIABLE DÉPENDANTE (FEMMES EN UNION)	254
TABEAU A.9 : CLASSEMENT DES VARIABLES PAR ANNÉE SELON L'INTENSITÉ DE LEUR LIEN AVEC L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION MODERNE (FEMMES NON EN UNION)	255
TABEAU A.10 : CLASSEMENT DES VARIABLES PAR ANNÉE SELON L'INTENSITÉ DE LEUR LIEN AVEC L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION MODERNE (FEMMES EN UNION)	256
TABEAU A.11 : MODÈLES DE RÉGRESSION LOGISTIQUE DES DÉTERMINANTS DE LA PRATIQUE CONTRACEPTIVE MODERNE CHEZ LES FEMMES NON EN UNION, GUINÉE 1999	257
TABEAU A.12 : MODÈLES DE RÉGRESSION LOGISTIQUE DES DÉTERMINANTS DE LA PRATIQUE CONTRACEPTIVE MODERNE CHEZ LES FEMMES EN UNION, GUINÉE 1999	258
TABEAU A.13 : MODÈLES DE RÉGRESSION LOGISTIQUE DES DÉTERMINANTS DE LA PRATIQUE CONTRACEPTIVE MODERNE CHEZ LES FEMMES NON EN UNION, GUINÉE 2005	260
TABEAU A.14 : MODÈLES DE RÉGRESSION LOGISTIQUE DES DÉTERMINANTS DE LA PRATIQUE CONTRACEPTIVE MODERNE CHEZ LES FEMMES EN UNION, GUINÉE 2005	261
TABEAU A.15 : MODÈLES DE RÉGRESSION LOGISTIQUE DES DÉTERMINANTS DE LA PRATIQUE CONTRACEPTIVE MODERNE CHEZ LES FEMMES NON EN UNION, GUINÉE 2012	264
TABEAU A.16 : MODÈLES DE RÉGRESSION LOGISTIQUE DES DÉTERMINANTS DE LA PRATIQUE CONTRACEPTIVE MODERNE CHEZ LES FEMMES EN UNION, GUINÉE 2012	265
TABEAU A.17 : MODÈLES DE RÉGRESSION LOGISTIQUE DES DÉTERMINANTS DE LA PRATIQUE CONTRACEPTIVE MODERNE CHEZ LES FEMMES NON EN UNION, GUINÉE 2018	266
TABEAU A.18 : MODÈLES DE RÉGRESSION LOGISTIQUE DES DÉTERMINANTS DE LA PRATIQUE CONTRACEPTIVE MODERNE CHEZ LES FEMMES EN UNION, GUINÉE 2018	267

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1.1 : CADRE CONCEPTUEL DES FACTEURS EXPLICATIFS DE LA NON-UTILISATION DE LA CONTRACEPTION MODERNE PAR LES FEMMES EN UNION	109
FIGURE 1.2 : CADRE CONCEPTUEL DES FACTEURS EXPLICATIFS DE LA NON-UTILISATION DE LA CONTRACEPTION MODERNE PAR LES FEMMES NON EN UNION	110
FIGURE 2.1 : CARTE DE LA RÉPUBLIQUE DE GUINÉE, AVEC LES LIMITES DES QUATRE RÉGIONS NATURELLES ET DES 33 PRÉFECTURES.....	117

RÉSUMÉ

La Guinée est un des pays de l'Afrique de l'Ouest où la fécondité est encore élevée et baisse peu, avec une situation sanitaire préoccupante (niveaux de mortalité maternelle et infantile parmi les plus élevés au monde). Le niveau de la croissance démographique (2,5 % par an en moyenne) associé à un faible niveau de développement socioéconomique du pays paraît difficilement conciliable avec la satisfaction des objectifs de développement durable et fait ainsi de la maîtrise de la fécondité un défi majeur.

Malgré une volonté politique affichée depuis le début des années 1980, l'adoption d'une déclaration nationale de politique de population en 1992 et d'une politique de santé de la reproduction en 2001 et les efforts du Gouvernement à promouvoir la Planification Familiale (PF), les besoins non satisfaits en matière de planification familiale touchent encore près d'une femme sur quatre et le taux de prévalence contraceptive de la Guinée reste parmi l'un des plus faibles au monde en 2018.

C'est ainsi que, prenant en compte l'importance de l'utilisation de la contraception moderne dans le processus de transition de la fécondité, d'une part, et la faible prévalence contraceptive moderne ainsi que le manque de recherches approfondies dans ce domaine en Guinée, d'autre part, la présente étude vise à analyser les niveaux et les tendances de l'utilisation de la contraception moderne entre 1999 et 2018 et d'identifier les facteurs qui influencent significativement la non-utilisation de la contraception moderne chez les femmes guinéennes exposées au risque de grossesse non désirée.

L'étude utilise des données secondaires issues des enquêtes démographiques et de santé (EDS) réalisées en Guinée en 1999, 2005, 2012 et 2018. Les analyses ont porté sur les femmes effectivement exposées au risque de grossesse : femmes qui, au moment des enquêtes, sont jugées aptes à concevoir et sont exposées à ce risque.

Les analyses ont été effectuées à trois niveaux. Au premier niveau, les tendances d'évolution de la proportion de femmes utilisant une méthode contraceptive ont été analysées par type de méthode. Les intervalles de confiance associés à chaque proportion ont été utilisés pour juger de la significativité ou non de la variation observée de la proportion d'utilisatrices de la contraception moderne d'une année à une autre. Au deuxième niveau d'analyse, le lien statistique entre chacune des variables et le fait d'utiliser ou non la contraception moderne a été analysé à l'aide du test du khi-deux. Au troisième niveau d'analyse, toutes les variables significativement associées au fait d'utiliser ou non la contraception moderne avec un niveau de signification d'au plus 10 % ont été introduites dans un modèle de régression logistique binaire pour identifier les facteurs qui influencent significativement la non-utilisation de la contraception moderne.

Il ressort des analyses effectuées les principaux résultats suivants :

- Entre 1999 et 2018, la proportion d'utilisatrices de la contraception moderne a significativement baissé chez les femmes soumises à l'étude, passant de 23,1 % à 18,7 % sur cette période. Cette tendance est toutefois très différente chez les femmes en union et chez les femmes non en union. En effet, alors que chez les femmes en union, la proportion d'utilisatrices a presque doublé (passant de 12,2 % à 23,5 %) sur la période étudiée, cette proportion a baissé de 28 % chez les femmes non en union sur la même période. Cependant, les variations de la proportion d'utilisatrices de la contraception moderne sur la période 1999-2018 n'ont été ni uniformes ni régulières.
- Quel que soit le groupe de femmes considéré, la bonne connaissance de la contraception moderne et l'approbation de la PF (aussi bien de la femme que celle de son conjoint si elle est en union) sont les deux facteurs les plus importants dans l'explication de la non-utilisation de la contraception moderne.

- Chez les femmes en union, les facteurs les plus pertinents dans l'explication de la non-utilisation de la contraception moderne sont : le niveau d'exposition aux messages sur la PF, le niveau de participation de la femme à la prise de décisions importantes du ménage, l'approbation de la PF par la femme et celle de son conjoint, la religion et, dans une certaine mesure, les caractéristiques du conjoint.
- Chez les femmes non en union, le niveau d'instruction de la femme, son approbation de la PF, le milieu de résidence, l'appartenance ethnique et le secteur d'activité sont les facteurs les plus importants influencent de la non-utilisation de la contraception moderne.

Les résultats obtenus mettent en évidence les principaux défis à relever pour améliorer de façon substantielle la pratique contraceptive en Guinée : le changement de mentalités des populations en général et celles des femmes en particulier envers la PF, la lutte pour l'amélioration de la bonne connaissance de la contraception moderne tout en offrant des produits et des services contraceptifs de qualité. Des recherches plus poussées (notamment à travers des approches qualitatives) seraient très utiles pour compléter ces résultats¹ et aider à définir des interventions ciblées.

Pour relever ces défis, il est nécessaire de mettre en place des programmes multisectoriels : amélioration de l'instruction des populations en général et celle des femmes en particulier, création d'opportunités économiques pour les femmes (notamment en milieu rural), amélioration des rapports de genre, fourniture suffisante de produits et services contraceptifs de qualité et sensibilisation adéquate sur les avantages de la contraception. La réussite de ces programmes multisectoriels suppose également un soutien actif des religieux ainsi que l'implication des hommes.

¹ En Cherchant à comprendre, par exemple, les raisons pour lesquelles les femmes sont réticentes face à la contraception moderne et pourquoi elles n'y font que très peu recours même dans les zones où celle-ci est relativement facile d'accès

ABSTRACT

Guinea is one of the West African countries where fertility is still high and declining little, with a worrying health situation (maternal and infant mortality levels among the highest in the world). The level of demographic growth (2.5% per year on average) associated with the low level of socioeconomic development of the country seems difficult to reconcile with the satisfaction of the objectives of sustainable development and thus makes the control of fertility a major challenge.

Despite the political will displayed since the early 1980s, the adoption of a national population policy declaration in 1992 and a reproductive health policy in 2001 and the Government's efforts to promote Family Planning (FP), unmet need for family planning still affects nearly one in four women, and Guinea's contraceptive prevalence rate remains among the lowest in the world in 2018.

Thus, taking into account the importance of the use of modern contraception in the process of fertility transition, on the one hand, and the low prevalence of modern contraceptive as well as the lack of in-depth research in this field in Guinea, on the other hand, the present study aims to analyze the levels and trends in the use of modern contraception between 1999 and 2018 and to identify the factors that significantly influence the non-use of modern contraception among Guinean women at risk of unwanted pregnancy.

The study uses secondary data from demographic and health surveys (DHS) carried out in Guinea in 1999, 2005, 2012 and 2018. The analyzes focused on women actually exposed to the risk of pregnancy : women who, at the time of the surveys, are considered fit to conceive and are exposed to this risk.

The analyzes were carried out at three levels. At the first level, trends in the proportion of women using a contraceptive method were analyzed by type of method. Confidence intervals associated with each proportion were used to judge the significance or otherwise of the observed variation in the proportion of modern contraceptive users from year to year. At the second level of analysis, the statistical link between each of the variables and whether or not to use modern contraception was analyzed using the khideux test. At the third level of analysis, all the variables significantly associated with whether or not to use modern contraception with a significance level of at most 10% were introduced into a binary logistic regression model to identify the factors that significantly influence the non-use of modern contraception.

The following main results emerge from the analyzes :

- Between 1999 and 2018, the proportion of modern contraceptive users decreased significantly among women studied, from 23.1% to 18.7% over this period. However, this tendency is very different among women in union and among women not in union. Indeed, while among women in union, the proportion of female users almost doubled (from 12.2% to 23.5%) over the period studied, this proportion fell by 28% among women not in union over the same period. However, the variations in the proportion of modern contraceptive users over the period 1999-2018 were neither uniform nor regular.
- Regardless of the group of women considered, knowledge of modern contraception and approval of FP (both from the woman and her partner if she is in union) are the two most important factors in the the explanation of not using modern contraception.
- Among women in union, the most relevant factors in explaining the non-use of modern contraception are : the level of exposure to FP messages, the level of women's participation in making important decisions in the household, the woman's and her partner's approval of FP, the religion and, to some extent, the characteristics of the partner.
- Among unmarried women, the woman's level of education, her approval of FP, place of residence, ethnicity and activity area are the most important factors influencing non-use of modern contraception.

The results obtained highlight the main challenges to be taken up in order to substantially improve contraceptive practice in Guinea : the change in mentalities of the populations in general and those of women in particular towards FP, the fight for the improvement of good knowledge of modern contraception while providing quality contraceptive products and services. Further research (especially through qualitative approaches) would be very useful to complement these findings and help define targeted interventions.

To meet these challenges, it is necessary to set up multisectoral programs : improvement of the education of populations in general and that of women in particular, creation of economic opportunities for women (especially in rural areas), improvement of gender relationships, sufficient provision of quality contraceptive products and services, and adequate awareness of the benefits of contraception. The success of these multisectoral programs also supposes the active support of religious and the involvement of men.

« Les objectifs du millénaire pour le développement, particulièrement l'éradication de l'extrême pauvreté et de la famine, ne peuvent pas être atteints si les questions de la population et de la santé reproductive ne sont pas carrément abordées. Et cela signifie des efforts solides pour promouvoir les droits des femmes, et un grand investissement dans l'éducation et la santé, y compris la santé de la reproduction et la planification familiale ».

Kofi Annan, Déclaration à la Cinquième Conférence Asiatique et Pacifique sur la Population, décembre 2002

« Quand des pays ont encore sept à huit enfants par femme, vous pouvez décider d'y dépenser des milliards d'euros, vous ne stabiliserez rien ».

Emmanuel Macron, Président français, propos tenus le 8 juillet 2017 à Hambourg (Allemagne), en marge du sommet du G20.

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Peu de sujets ont suscité un débat plus passionné dans le domaine du développement au cours des cinquante dernières années que la croissance démographique et son lien avec la croissance économique (Cassen, 1994 ; Cohen, 1995). Ce débat tourne autour de deux questions principales : (1) la croissance démographique est-elle un problème ? (2) Si oui, comment y remédier ? Ces débats ont dominé les trois conférences internationales sur la population qui ont été convoquées depuis 1974², et ils persistent sous une forme ou une autre jusqu'à nos jours (McIntosh and Finkle, 1995 ; Van de Kaa, 1996). Si certains travaux soutiennent l'hypothèse que la croissance démographique est un levier du développement (Lee, 2002 ; cité par Soura, 2014), un nombre croissant de résultats issus de différentes disciplines montrent à l'inverse que le bien-être humain est menacé par le rythme insoutenable de la croissance démographique (Van Braeckel *et al.*, 2012 ; cité par Soura, 2014).

L'inquiétude face à l'augmentation rapide de la population provient de l'incertitude de savoir si la terre, avec le développement humain et la technologie, sera capable de fournir suffisamment de ressources pour une population en croissance continue étant donné qu'une partie importante de cette population a déjà du mal à satisfaire ses besoins fondamentaux (Soura, 2014).

² Conférence de Bucarest (1974), Conférence de Mexico (1984) et Conférence du Caire (1994).

Ainsi, une croissance démographique rapide constitue une menace au bien-être des pays les plus pauvres (Ezeh *et al.*, 2013). Elle exerce une pression sur les infrastructures et les services publics. Les pays à faible revenu ont des services publics (soins de santé, éducation, services municipaux) limités, leur main d'œuvre est insuffisamment formée et leurs infrastructures ont des lacunes (routes, approvisionnement en eau, en électricité). Les tentatives des gouvernements pour surmonter ces problèmes se compliquent en raison du nombre croissant de personnes à servir. De nouveaux services, davantage de diplômés et de nouvelles infrastructures doivent être créés à un taux de 2 à 4 % par an ne serait-ce que pour éviter la détérioration des conditions actuelles (Ezeh *et al.*, 2013). Une croissance démographique rapide peut également entraîner une réduction de la croissance économique, car elle produit un taux élevé de jeunes en âge de travailler, réduisant ainsi le revenu par habitant et contribuant à de faibles économies (Birdsall *et al.*, 2001). À l'identique, des augmentations rapides de la population peuvent entraîner la dégradation de la santé des habitants. Les pays à faible revenu n'ont pas les ressources privées et publiques pour assurer des soins de santé adaptés et les établissements de soins existants n'ont souvent pas les moyens de couvrir les besoins croissants de la population. En outre, les facteurs tels que des taux élevés de natalité, des grossesses précoces et rapprochées contribuent tous à l'augmentation de la mortalité maternelle et infantile (Cleland, 2006).

Les pressions exercées sur l'environnement sont d'autres conséquences d'une croissance démographique rapide. L'essor démographique et la hausse de la consommation contribuent à générer des tendances environnementales préoccupantes : pénuries d'eau potable, raréfaction des sols, pollution de l'air, de l'eau et du sol, hausse des coûts des produits alimentaires et de l'énergie, déforestation et perte de la biodiversité. Les perspectives sont particulièrement alarmantes pour les pays les plus pauvres (la plupart des pays d'Afrique subsaharienne) dont la croissance démographique est galopante et les ressources agricoles, telles que les terres arables et l'eau, limitées (Alexandratos, 2005).

Si le débat sur « *est-ce que la croissance démographique est un problème ?* » n'est pas encore totalement clos, celui de savoir comment y faire face semble avoir trouvé un consensus lors de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) tenue au Caire (en Égypte) en septembre 1994 (Sinding, 2000). Toutefois, un long chemin a été parcouru avant de parvenir à ce consensus. En effet, les débats démographiques ont marqué la deuxième moitié du 20^{ème} siècle, avec l'organisation décennale, depuis 1954, de conférences sur la population.

La question de la croissance démographique pose aussi la question de la natalité, notamment celle de la limitation des naissances. Les enjeux de la natalité et de son contrôle se manifestent depuis plusieurs décennies à travers différents débats comme lors des conférences internationales sur la population ou sur les initiatives en matière de planning familial.

Les conférences mondiales sur la population et le débat sur la nécessité ou non de limiter la croissance démographique

Les ténors du mouvement en faveur de la limitation de la population se sont employés à faire des conférences sur la population un moyen d'action diplomatique pour modifier les orientations et le comportement des pays à taux de fécondité élevé. Pour atteindre leur but, ils ont ressenti le besoin d'élargir le cercle des responsables de l'élaboration des politiques dans le cadre des conférences, de leur agréger des experts, d'associer leurs gouvernements à l'entreprise et de faire appel aux organisations non gouvernementales. Le noyau initial ayant ainsi été diversifié, les nouveaux venus ont montré qu'ils accordaient moins d'importance aux problèmes démographiques et au mouvement général de la population : ils se trouvaient ainsi mieux à même de peser sur l'issue des conférences dans un sens plus conforme à leurs intérêts.

Les différentes conférences des Nations Unies sur la population peuvent être regroupées en trois phases, selon le statut des personnes réunies et les questions débattues.

La première phase regroupe les conférences de Rome (1954) et de Belgrade (1965), qualifiées de réunions d'experts. Organisées conjointement par les Nations Unies et l'Union internationale pour l'étude scientifique de la population, ces rencontres ont réuni des experts venus débattre d'idées scientifiques et de problèmes généraux et encourager la recherche et la formation en démographie dans les pays du tiers monde. Ils n'étaient ni habilités ni enclins à prendre des engagements au nom de leurs gouvernements respectifs. Nonobstant l'intérêt de ces réunions sur le plan intellectuel, elles n'ont pas satisfait les nombreux pays que préoccupait, sinon inquiétait, le rapide accroissement démographique du monde en développement.

Les conférences de Bucarest (1974) et de Mexico (1984), appelées rencontres intergouvernementales, constituent la deuxième phase. Celles-ci ont réuni des représentants des gouvernements des pays (fonctionnaires, universitaires, hommes politiques et représentants des gouvernements et représentants de la société civile choisis par leurs gouvernements respectifs). Cette fois, la politique avait détrôné les experts. Dans l'esprit des gouvernements donateurs et des partisans de la sensibilisation à la question de la population, ces conférences visaient essentiellement à faire prendre conscience aux gouvernements de leurs problèmes de population et à les inviter et les aider à faire baisser leurs taux de natalité. Elles visaient donc à influencer davantage les politiques nationales de population. À la conférence de Bucarest (1974), les pays africains ont défendu l'idée selon laquelle la meilleure pilule de la forte croissance démographique est le développement (George, 1974).

Dix ans plus tard, beaucoup de pays africains avaient fini par admettre que leur pauvreté s'expliquait en grande partie par leur forte fécondité et ont fini par ratifier la convention de Bucarest lors de la Conférence Internationale de Mexico en 1984. À cette date, huit pays africains avaient déjà élaboré leur Politique Démographique et vingt-quatre autres (dont la Guinée) avaient adopté des programmes de planification familiale (PF).

Les conférences organisées à partir des années 1990 constituent la troisième phase, dont la plus célèbre est celle organisée en septembre 1994 au Caire en Égypte. La particularité de ces conférences est l'implication des organisations non gouvernementales (ONG). Cette conférence du Caire a ainsi vu la présence massive et la participation active d'ONG. Cette présence active des ONG a profondément transformé la dynamique de la conférence et a largement contribué à substituer les problématiques de parité des sexes et de santé de la reproduction à la question de la population et du développement. La conférence du Caire marque ainsi la naissance d'un nouveau paradigme, celui de la santé de la reproduction. Le processus du Caire a été influencé par la participation d'une large coalition de plus de 1 500 ONG, dont les préoccupations englobaient le développement, la santé en matière de procréation et la santé des adolescents, les droits et le renforcement des moyens d'action des femmes, la violence à l'égard des femmes, les mutilations génitales féminines, les droits des populations autochtones et la planification familiale, mais il ne s'est pas sérieusement intéressé aux déterminants ou aux conséquences de l'accroissement de la population.

L'organisation de grandes conférences mondiales sur la population et leurs réunions préparatoires ont ainsi constitué une étape cruciale vers les changements de perception des questions démographiques en Afrique (Fassassi, 2006). La réunion d'Arusha (Tanzanie) en 1984 et la Conférence de Dakar N'Gor (Sénégal) en 1992, en ont été de véritables éléments catalyseurs. À la suite d'Arusha, s'est dégagé un consensus africain, le Programme d'Action du Kilimandjaro, dont les résolutions alimenteront largement les conclusions de la Conférence de Mexico (Sala-Diakanda, 2000), qui fut une étape intermédiaire avant le grand consensus à l'échelle mondiale de la Conférence du Caire, en 1994, qui marque l'avènement définitif de la contraception dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne.

Après le consensus du Caire sur l'importance de la santé de la reproduction et de la planification familiale, il s'est agi de prendre en compte de manière explicite des questions d'accès à la santé de la reproduction dans les agendas internationaux de développement (Objectifs du Millénaire pour le Développement – OMD – et Objectifs de Développement Durable – ODD). Les questions de planification familiale participent en effet à l'amélioration de la santé et à l'autonomisation des femmes et des filles.

Par ailleurs, depuis les années 1960, parallèlement aux efforts visant à accroître les niveaux d'éducation et à améliorer la santé, la principale réponse politique pour lutter contre la fécondité élevée et la croissance rapide de la population a été la mise en œuvre de programmes de planification familiale volontaire qui sont une solution gagnant-gagnant ; le bien-être de chaque femme et des enfants étant amélioré, et l'économie nationale et l'environnement en tirant les bénéfices. Le consensus international autour de cette question est illustré dans les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), en particulier la cible 5B – *Rendre l'accès à la médecine procréative universel d'ici à 2015 et réduire les besoins non satisfaits en matière de planification familiale* (Ezeh et al., 2013) et les ODD adoptés en 2015.

La Planification Familiale dans les agendas internationaux de développement

Depuis la CIPD, la communauté internationale a réaffirmé plusieurs fois le droit des femmes et des adolescentes à la planification familiale volontaire et a adopté l'OMD 5 (les cibles A et B) sur la santé maternelle et l'accès universel à la santé reproductive, y compris la planification familiale. En effet, l'OMD 5 des Nations Unies visait à réduire de trois quarts le taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2015 et à parvenir à l'accès universel à la santé reproductive à l'horizon 2015. La planification familiale (PF), en tant qu'intervention, a été jugée impérative pour atteindre ces cibles. La PF permet en effet aux individus et aux couples de contrôler le moment et l'espacement des grossesses et d'atteindre le nombre d'enfants souhaité. Elle est accomplie grâce à l'utilisation de la contraception et à la gestion de l'infertilité. L'autonomie de la femme pour gérer et limiter les naissances a une influence sur l'issue de chaque grossesse ainsi que sur sa santé et son bien-être en général.

Outre les conférences internationales sur la population, d'autres initiatives et rencontres ont été organisées sur la question de la planification familiale.

L'initiative « Every Woman, Every Child » du Secrétaire général des Nations unies

En 2010, Ban Ki-moon, alors Secrétaire Général de l'ONU, a lancé sa Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant, dénommée *Every Woman, Every Child* (*Chaque femme, Chaque enfant*). Après une décennie de campagnes menées par des professionnels de la santé publique et des organisations de la société civile, la survie maternelle, néonatale et infantile a finalement été reconnue comme une urgence exigeant une action internationale sans précédent. La santé maternelle et infantile faisait déjà partie des OMD 4 et 5, respectivement. Mais jusqu'en 2010, ces objectifs étaient occultés au profit de l'OMD 6 connexe plus actuel (concernant la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme). Pourtant, même avec le continuum de soins pour la mère et l'enfant, un autre aspect était négligé – la santé reproductive, qui avait été exclue des OMD lors de leur adoption en 2000.

Le fait que les OMD ne pourraient être atteints sans un accès universel à la santé reproductive faisait de plus en plus consensus. Ce constat entraîna l'ajout d'une nouvelle cible à l'OMD 5 en 2007 relative à la planification familiale qui est un élément essentiel de la santé génésique. Ainsi, les indicateurs de progrès pour l'OMD 5 incluent désormais le taux de prévalence contraceptive, les besoins non satisfaits en matière de planification familiale et le taux de natalité chez les adolescentes.

Le Sommet de Londres sur la planification familiale

Plusieurs moyens sont mobilisés pour réaliser l'engagement à améliorer la santé des femmes et des enfants. C'est le cas du Sommet de Londres sur la planification familiale organisé en 2012 par le Département du développement international du Royaume-Uni et la Fondation Bill & Melinda Gates, en partenariat avec le Fonds des Nations unies pour la population (FNUAP). Conformément à l'initiative du Secrétaire général des Nations unies, *Every Woman, Every Child*, le Sommet de Londres visait à s'assurer que les femmes les plus pauvres du monde aient le même accès à des contraceptifs que les femmes vivant dans les pays à revenu élevé. Le Sommet a été l'opportunité de rendre visible la planification familiale, de célébrer les succès, d'identifier et de surmonter les obstacles et de proposer des solutions et des engagements, tant aux niveaux financier et politique qu'au niveau des prestations de services. Le Sommet a été l'occasion de lancer un mouvement mondial, le Family Planning 2020 (FP2020) pour permettre à 120 millions de femmes dans 69 des pays les plus pauvres du monde d'accéder à la contraception moderne à l'horizon 2020 permettant une planification familiale pour tous. Le FP2020 est une communauté mondiale de partenaires travaillant ensemble pour faire progresser la planification familiale fondée sur les droits.

Le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (Alliance for Reproductive, Maternal and Newborn Health - RMNH)

Le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (*Alliance for Reproductive, Maternal and Newborn Health - RMNH*), outre nos quatre agences de développement – l'Agence australienne pour le développement international (AusAID), le Département britannique pour le développement international (DFID), l'Agence américaine pour le développement international (USAID) et la Fondation Bill & Melinda Gates – reflètent la conviction fondamentale que la réalisation des OMD 4 et 5 nécessite une action internationale coordonnée pour surmonter les problèmes de longue date en santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile.

L'appel à l'Action pour la survie de l'enfant « Child Survival Call »

L'appel à l'Action pour la survie de l'enfant (*Child Survival Call*), organisé en juin 2012 conjointement par les gouvernements des États-Unis, de l'Inde et de l'Éthiopie en collaboration avec l'Unicef, avait pour mission d'identifier les investissements les plus ingénieux pour atteindre l'objectif d'éradication des décès d'enfants évitables en une génération.

L'Initiative en faveur d'une maternité sans risques

L'Initiative en faveur d'une maternité sans risques, campagne mondiale lancée en 1987 visant à réduire la mortalité maternelle, a préconisé la planification familiale comme l'une des quatre stratégies – avec les soins prénatals, l'accouchement sans risques et les soins postnatals – pouvant réduire la mortalité maternelle dans les pays en développement, où se produisent 99 % de tous les décès maternels (OMS, 1996).

Le partenariat de Ouagadougou

En février 2011, s'est tenue à Ouagadougou (Burkina Faso) la Conférence Régionale sur « Population, développement et planification familiale en Afrique de l'Ouest : l'urgence d'agir ». Cette conférence a réuni les neuf gouvernements des pays francophones de l'Afrique de l'Ouest (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal et Togo) et leurs partenaires techniques et financiers : l'Agence Française de Développement (AFD), l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID), la Fondation Bill & Melinda Gates et la Fondation William et Flora Hewlett, le ministère Français des Affaires Étrangères, le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), l'Organisation Ouest Africaine pour la Santé (OOAS), la Fondation de Fonds d'Investissement pour les Enfants (CIFF) et le Département du Développement international (DFID).

Au cours de cette conférence, le Partenariat de Ouagadougou a été lancé avec pour objectif d'accélérer les progrès dans l'utilisation des services de planification familiale dans l'espace francophone ouest-africain. L'objectif principal du Partenariat est d'atteindre au moins 2,2 millions d'utilisatrices additionnelles de méthodes de planification familiale dans les neuf pays concernés à l'horizon 2020.

La mise en place de ce partenariat part d'un constat : la sous-région ouest-africaine francophone est caractérisée par des taux de prévalence contraceptive faibles, des barrières socioculturelles non négligeables, des systèmes de santé déficients, un engagement politique timide et peu de financement. À ce contexte déjà difficile s'ajoute une situation sanitaire préoccupante : deux cent vingt-cinq femmes meurent tous les jours en donnant la vie, et pour chaque femme qui meurt, il y a environ trente (30) autres qui souffrent d'infirmité. Ces taux de morbidité et de mortalité entraînent dans la sous-région près de cinq milliards de dollars de pertes de productivité. Cette sous-région est également caractérisée par des taux de fécondité les plus élevés au monde avec une prévalence contraceptive très faible et des niveaux élevés de besoins non satisfaits en matière de PF.

Le Partenariat de Ouagadougou repose sur deux principes : une meilleure coordination entre les bailleurs de fonds pour optimiser leurs soutiens aux pays et une collaboration et coopération aux niveaux national et régional pour remédier au taux élevé des besoins non satisfaits en matière de planification familiale.

Pourquoi autant d'intérêt pour les questions de Planification Familiale ?

La mobilisation importante de la communauté internationale en faveur de l'accès universel à la planification familiale volontaire témoigne de l'intérêt accordé aux questions de la limitation et de l'espacement des naissances et de ses impacts indéniables sur le processus du développement.

En effet, de nos jours, il est reconnu que de progrès durables sur les objectifs de développement sont difficiles à réaliser en l'absence de méthodes de planification familiale universellement accessibles à toutes les femmes qui souhaitent les utiliser, la planification familiale apportant une contribution majeure dans l'amélioration de la santé des mères et des enfants (Razzaque *et al.*, 2005), tout en permettant aux femmes à participer pleinement à la productivité économique (Joshi and Schultz, 2007) et en permettant aux familles d'investir davantage dans l'éducation de leurs enfants (Bloom and Canning, 2006). La planification familiale contribue également à réduire les niveaux élevés de croissance démographique dans les pays, améliorant ainsi la capacité de leurs gouvernements à faire les investissements nécessaires pour améliorer la qualité du capital humain, réduire la pauvreté et la faim et s'adapter aux conséquences du changement climatique et de la dégradation de l'environnement (Guzmán *et al.*, 2009).

L'intégration successive de la PF (contraception) dans la cible des Objectifs du Millénaire du Développement (OMD) et des Objectifs durables pour le développement (ODD) traduit le consensus international sur ses bienfaits tant au niveau individuel (femme, enfant) que collectif (économie nationale, environnement, etc.).

La planification familiale : un droit humain

Dès 1968, 157 gouvernements ont convenu que : « *Les parents ont le droit de déterminer librement et en toute responsabilité le nombre de leurs enfants et l'espacement des naissances*³. » (PRB, 2015).

³ Proclamation, adoptée à l'unanimité lors de la Conférence internationale de l'Organisation des Nations unies sur les droits de l'homme, Téhéran, 1968 (Article 16).

Avantages sanitaires de la PF

Dans l'ensemble du monde en développement, quelques 222 millions de femmes souhaitent éviter une grossesse, mais n'utilisent aucune méthode contraceptive moderne (Singh and Darroch, 2012). Malgré les progrès observés dans certaines parties du monde, cette situation a peu changé au cours de la dernière décennie alors que les travaux de recherche montrent incontestablement que la planification familiale permet de sauver des vies en réduisant le nombre de grossesses à haut risque et le recours aux avortements dangereux (Singh and Darroch, 2012). Les avantages pour la santé représenteraient une diminution de près de 600 000 décès néonataux et de 79 000 décès maternels chaque année. Le nombre de grossesses non désirées baisserait des deux tiers, entraînant une diminution de 21 millions de naissances non planifiées et de 26 millions d'avortements provoqués (Singh and Darroch, 2012). Elle peut contribuer à la réduction de la pauvreté et de la faim et si elle était mise à la disposition de tous et permettrait d'éviter 32 % de tous les décès maternels et près de 10 % des décès infantiles (Cleland, 2006). Selon un rapport produit par trois organisations des Nations Unies et la Banque mondiale, la planification familiale a fortement contribué à réduire de moitié le nombre de décès maternels dans le monde entre 1990 et 2010 (OMS).

La contraception en tant que méthode de planification familiale favorise la survie des nourrissons car elle favorise l'espacement des naissances et réduit les grossesses à haut risque. Un espacement adéquat des naissances pourrait réduire la mortalité infantile de 20 % ou plus, en particulier dans les pays en développement confrontés à une myriade de problèmes socio-économiques (OMS, 2001).

Utilisant différentes données (Groupe inter-organisations pour l'estimation de la mortalité maternelle, Usage de la contraception dans le monde et Perspectives démographiques mondiales), Ahmed et coll. (2012) ont estimé que l'utilisation de la contraception aurait permis d'éviter 44 % des décès maternels en 2008 et que le fait de répondre aux besoins non satisfaits en matière de planification familiale aurait évité 29 % de décès maternels supplémentaires (104 000) chaque année. Cela montre que l'utilisation de la contraception est une stratégie de prévention primaire efficace et substantielle pour réduire la mortalité maternelle dans les pays en développement.

Avantages de la PF pour les ménages et les familles

Au niveau des ménages, les familles peuvent investir davantage de leurs faibles ressources dans la santé et l'éducation de leurs enfants. Les filles issues de familles moins nombreuses sont plus susceptibles de terminer leurs études et les femmes qui ont moins d'enfants peuvent trouver plus facilement un emploi, augmentant ainsi les revenus et les actifs du ménage (Bongaarts and Sinding, 2011 ; Lloyd, 2005).

La baisse des taux de natalité peut également entraîner un « dividende démographique », en augmentant le rapport entre les adultes actifs et les personnes à leur charge (Ross, 2004). Certains pays, comme la Corée du Sud et la Thaïlande, ont profité de cette fenêtre d'opportunité pour la croissance économique en investissant dans la santé, l'éducation et le bien-être de leurs citoyens. C'est pourquoi, avec les investissements et les politiques adaptés, les pays du monde en développement, y compris les économies puissantes comme l'Inde et l'Indonésie, ne peuvent que bénéficier de cette situation et s'efforcent de transformer la vie de leurs citoyens et de renforcer l'économie mondiale (The Gates Institute and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2011).

Avantages économiques de la PF

L'ONU reconnaît que « chaque dollar dépensé dans la planification familiale permet d'économiser entre 2 et 6 dollars et de les investir dans des interventions visant à atteindre les autres objectifs de développement » (Division de la population des Nations unies, 2009).

Quelle est la situation actuelle de la fécondité en Afrique subsaharienne ?

Si dans la plupart des pays du monde la limitation des naissances est un fait solidement ancré dans les mœurs, en Afrique subsaharienne le processus de transition de la fécondité tarde à se réaliser. À l'exception du Botswana, du Kenya, du Ghana et du Zimbabwe, les niveaux de fécondité observés dans les pays d'Afrique subsaharienne, quoiqu'en baisse, restent relativement élevés (Fall et Ngom, 2001). La forte croissance démographique qui en découle paraît difficilement conciliable avec la satisfaction des objectifs de développement durable faisant ainsi de la maîtrise de la fécondité un défi majeur. L'effort de généralisation de l'instruction, les stratégies d'information, d'éducation et de communication, l'adoption des déclarations nationales de politique de population, la mise en œuvre des programmes de planification familiale et de santé de la reproduction, n'ont cependant pas permis d'enregistrer un gain significatif en termes de changement durable des comportements procréateurs en Afrique subsaharienne.

L'Afrique subsaharienne a ainsi le niveau de fécondité le plus élevé au monde. L'indice synthétique de fécondité (ISF), ou nombre moyen d'enfants par femme, y est de 4,8 en 2020, selon les données du Population Reference Bureau (PRB), soit plus du double de celui de l'Amérique latine et les Caraïbes (2,0) ou de l'Asie (2,0). La population de la région continue ainsi de croître à un rythme plus rapide (2,7 % par an) que dans les autres régions en développement, notamment en Asie et en Amérique latine (1,0 % chacune). Néanmoins, contrairement à une idée reçue, il existe des signes de progrès en matière de baisse de la fécondité dans de nombreux pays d'Afrique (Cohen, 1998).

La planification familiale a attiré l'attention du monde entier en raison de son importance dans la prise de décision concernant la croissance démographique et les questions de développement (Lasisi *et al.*, 2014). La pratique contraceptive dans le monde a atteint un niveau qu'il aurait été difficile d'imaginer il y a un demi-siècle. Il y a un quart de siècle que Leridon et Toulemon (1996) estimaient déjà que les trois quarts du chemin vers une « couverture complète » de la population en matière de contraception avaient été accomplis, soutenant même l'idée que cette tendance est irréversible et s'inquiétant de la lenteur des progrès de la recherche pour disposer de méthodes parfaites. La fécondité naturelle apparaît comme un comportement résiduel (Chesnais, 1995) : même les pays qui étaient hostiles à la régulation des naissances connaissent de nos jours des taux d'utilisation des méthodes contraceptives non négligeables.

Toutefois, cette situation d'ensemble cache d'énormes disparités entre les pays développés et les pays en développement d'une part ; et entre les pays en développement d'autre part (**tableau A.1**). En effet, l'Asie et l'Amérique Latine (et les Caraïbes) enregistrent des taux de prévalence contraceptive respectifs de 64 % et 76 % alors qu'il n'est en Afrique que de 36 % (PRB, 2020). Le continent africain présente aussi des disparités internes : l'Afrique du Nord (51 %) et l'Afrique subsaharienne (32 %) se différencient tout comme les pays anglophones se distinguent des pays francophones. Les taux de prévalence contraceptive sont aussi plus élevés en Afrique de l'Est et du Sud qu'en Afrique de l'Ouest.

L'utilisation de contraceptifs en Afrique subsaharienne reste faible malgré le niveau élevé de la demande et des taux de fécondité (Nyongesa and Odunga, 2015). En effet, dans la plupart des pays en développement, la prévalence contraceptive est passée de quelques pour cent dans les années 1950 à 61 % en 2020, avec de très fortes augmentations en Asie et en Amérique latine. Malheureusement, l'Afrique subsaharienne reste à la traîne dans ce domaine (Ezeh *et al.*, 2013). La région a connu certains progrès entre 1990 et 2000 (de 13 à 20 %), mais l'utilisation de la contraception semble avoir stagné au cours de la dernière décennie (Division de la population du Département des affaires économiques et sociales des Nations unies, 2011).

L'étude des déterminants proches de la fécondité est impérative dans la mesure où elle permet de formuler des politiques appropriées visant à réduire les niveaux élevés de fécondité qui pourraient entraver le développement économique et social (Gobopamang and Halima, 2002). Parmi ces déterminants proches, l'âge au premier mariage et le recours à la contraception (notamment la contraception moderne) sont sans doute les plus importants. Ainsi, le relèvement de l'âge au premier mariage, en retardant les premières naissances, constitue un facteur essentiel du processus transitionnel dans les pays de l'Afrique subsaharienne (Vimard, 1997). Aussi, dans la plupart des pays du monde, en particulier dans les pays moins développés, la famille reste l'unité au sein de laquelle a lieu la procréation. Le mariage marque généralement le début de la constitution de la famille et, de la sorte, influe directement sur la fécondité par l'impact qu'il exerce sur la durée de l'exposition d'une femme au risque de grossesse. Il s'ensuit que l'âge au mariage est un indicateur essentiel de cette exposition. En Guinée, l'âge au premier mariage ne constitue pas encore un facteur susceptible de contribuer à une baisse de la fécondité. En effet, il est non seulement bas mais ne montre aucune augmentation significative. Pour preuve, entre 1992 et 2018, selon les résultats des quatre enquêtes EDS réalisées dans le pays sur cette période, l'âge médian au premier mariage est passé de 15,8 ans à 18,5 ans, soit une augmentation modeste de 17 % en 20 ans. Dans un tel contexte, la baisse de la fécondité doit nécessairement passer par le recours à la contraception moderne.

Parmi les facteurs généralement évoqués pour expliquer l'amorce de la transition de la fécondité en milieu urbain, l'utilisation croissante de la contraception moderne par les femmes d'un certain profil reste certainement le facteur-clé (Vignikin, 2004). La pratique contraceptive a en effet bénéficié d'un appui massif de la part des organismes ayant inscrit le contrôle de la fécondité au nombre de leurs domaines prioritaires d'intervention. Cet appui étant, force est cependant de reconnaître qu'en dépit des efforts déployés pour élargir les programmes de planification familiale, les niveaux de prévalence contraceptive dans nombre de pays africains sont demeurés faibles, s'ils ne sont pas simplement négligeables. À en croire Page (1988), l'adhésion des femmes à la pratique contraceptive subirait encore dans ces pays l'effet d'une kyrielle d'obstacles : les uns relevant de la demande contraceptive (facteurs culturels, facteurs économiques, perceptions, etc.) et les autres de l'offre contraceptive (programmes et systèmes de promotion de la santé, fourniture de produits contraceptifs, sensibilisation de la population cible, etc.). Une préoccupation que suscite cette multitude d'obstacles est de repérer lesquels rendent compte, de façon significative, de l'adhésion ou de la non-adhésion à la pratique contraceptive (*ibid*). En termes plus clairs, quels sont, dans les sociétés africaines, les véritables déterminants de la pratique contraceptive ?

Les préoccupations croissantes suscitées par l'insuffisance des progrès réalisés dans la santé maternelle et procréative au cours des deux dernières décennies ont inspiré un certain nombre d'efforts, actuellement en cours, afin d'obtenir davantage d'attention, d'appui et de ressources pour la planification familiale dans les pays en développement. Un objectif commun à toutes ces initiatives est d'élargir l'accès aux services de contraception et, par-là, de mieux servir les femmes qui veulent retarder leur prochaine grossesse ou ne plus en avoir, de réduire le nombre de grossesses non désirées, d'aider les femmes et les couples à avoir le nombre d'enfants souhaité, de les avoir au moment choisi et de prévenir de nombreux décès et invalidités liées à la grossesse. Outre ces avantages à court terme, une prévention accrue des grossesses non désirées aurait à plus long terme d'autres atouts pour les femmes, les familles et la société, allant d'une meilleure éducation pour les femmes et d'une meilleure santé pour les enfants à une plus grande épargne familiale, à des taux de croissance démographique moindres et à des économies nationales plus solides. Malgré ces efforts, la prévalence de la contraception reste toujours faible, la fécondité élevée et la croissance démographique n'a pas sensiblement diminué. Les niveaux de mortalité maternelle et infantile demeurent également parmi les plus élevés au monde.

Plusieurs facteurs sont généralement mis en avant pour expliquer la dynamique de la fécondité en Afrique subsaharienne. La culture et les traditions africaines prônent et entretiennent les idéaux d'une forte fécondité. Le contexte de pauvreté et le système productif souvent informel et inadapté à la concurrence et à la productivité ne valorisent pas les aspects qualitatifs de la reproduction. La forte mortalité qui amorce une phase de remontée, situation démographique encore inédite, perturbe profondément le cours normal de la transition de la fécondité. Le faible niveau de l'alphabétisation de la population féminine handicape son adhésion massive à la contraception. De même, l'inadéquation de l'offre de produits contraceptifs à la demande, la qualité souvent déficiente des services en matière de planification familiale et l'adhésion toute récente de nombreux gouvernements à une vision néo-malthusienne de la problématique population-développement sont autant de freins à la progression rapide de la contraception en Afrique au sud du Sahara.

Ainsi soumises aux différentes sollicitations du contexte, les femmes sont partagées entre les valeurs du passé, auxquelles elles adhèrent encore largement, et des valeurs présentées comme celles du futur, qui peuvent rendre certaines sceptiques, et qui, pour avoir fait leur preuve dans le monde développé, n'en sont pas moins porteuses d'incertitudes pour les populations africaines. En témoigne la pluralité des modèles empiriques, parfois divergents, qui révèle une articulation croissante des modèles contraceptifs modernes et traditionnels (Anoh *et al.*, 2004 ; Vimard et Fassassi, 2001). Dans cette évolution, le rôle joué par les profils individuels des femmes et les transformations du contexte sont importants car les progrès de la contraception se situent dans un contexte de plus en plus complexe, résultant des transformations sociales séculaires, elles-mêmes fortement influencées par la scolarisation croissante, l'urbanisation rapide et l'insertion accélérée des peuples africains dans l'économie mondiale (Vimard, 1996).

L'Afrique de l'Ouest accuse pourtant un retard considérable en termes de PF. En effet, avec une moyenne de 5,5 enfants par femme, l'Afrique de l'Ouest présente l'un des taux de fécondité les plus élevés et la croissance de la population la plus rapide au monde. En Afrique de l'Ouest francophone particulièrement, environ trois femmes meurent chaque heure de causes maternelles et un enfant de moins de cinq ans meurt toutes les minutes. En réduisant le nombre de grossesses non désirées et en permettant la planification opportune et l'espacement des grossesses, la contraception pourrait sauver les vies de milliers de mères, de nourrissons et d'enfants chaque année⁴.

⁴ Extrait du rapport de la Conférence de février 2011 à Ouagadougou sur « Population, développement et planification familiale en Afrique de l'Ouest : l'urgence d'agir ».

Le cas de la Guinée

En dépit de ces engagements internationaux, la prévalence contraceptive n'a que très peu augmenté et l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) a légèrement baissé dans un certain nombre de pays d'Afrique au Sud du Sahara (Tabutin et Schoumaker, 2004 ; Bongaarts, 2008 ; Ezeh *et al.*, 2009). Le cas de la Guinée est illustratif à ce sujet. En effet, le pays se caractérise par une relative stabilité de sa fécondité, avec un indice synthétique de fécondité (ISF) pratiquement constant entre 1983 et 2012, passant de 5,8 à 5,1 entre ces deux dates, soit une baisse de 0,7 en trois décennies (RGPH-1, 1983 ; EDSG-4, 2012). Les résultats de l'EDSG-5 (2018) donnent un ISF de 4,8.

L'accroissement continu de la population en Guinée a été soutenu pendant longtemps par une volonté politique à travers une politique économique d'inspiration socialiste. C'est seulement au début des années 1980 que les autorités guinéennes ont changé d'attitude et une déclaration de politique de population fut alors adoptée en mai 1992. Celle-ci a été révisée en 1996 pour mieux tenir compte du contexte international qui a prévalu après la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) tenue au Caire en 1994. En 2001, dans le cadre de l'opérationnalisation du Plan National du Développement Sanitaire (PNDS), une politique de santé de la reproduction a été élaborée et adoptée. En outre, il faut signaler qu'en plus des actions du gouvernement, plusieurs acteurs interviennent dans la mise en œuvre de cette politique (UNFPA, USAID, KFW, Banque Mondiale) à travers des ONG parmi lesquelles on peut citer l'AGBEF, PSI/OSFAM et MSH.

En dépit de tous ces efforts, les résultats obtenus sont mitigés malgré une amélioration importante du niveau général de la connaissance contraceptive. En effet, la quasi-totalité des femmes en union ont déclaré connaître une méthode contraceptive depuis 2005. Quel que soit le type de méthode (traditionnelle ou moderne), les proportions sont très élevées (plus de 90 %) aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Toutefois, le niveau de la pratique contraceptive est largement en deçà de celui de la connaissance. Pour preuve, selon l'EDSG-5 (2018), la proportion des femmes en union qui utilisent une méthode contraceptive quelconque était de 11 %. La comparaison de ces résultats avec ceux des enquêtes précédentes fait apparaître une augmentation importante de la prévalence contraceptive moderne en Guinée puisque la proportion de femmes en union utilisant une méthode moderne est passée de 1 % en 1992, à 4 % en 1999 et à 6 % en 2005.

Or, pour maîtriser la fécondité en une cinquantaine d'années, comme l'ont fait certains pays d'Amérique Latine ou d'Asie, il faudrait que la pratique contraceptive progresse d'environ 1,5 point de pourcentage chaque année jusqu'à concerner environ 70 % des femmes en union (Vimard et Fassassi, 2005). En Afrique au Sud du Sahara, seuls le Zimbabwe, le Swaziland, la Zambie et le Malawi rempliraient cette condition. Du fait de la faible utilisation de la contraception dans les autres pays et de la progression lente de la prévalence contraceptive, on est donc loin de la révolution contraceptive qui permettrait de maîtriser la fécondité dans ces pays (Tchitou et Vignikin, 2007). Parmi les questions qui méritent alors d'être posées, figure en bonne place celle-ci : Comment faire décoller la pratique contraceptive dans ces pays ? Pour faire décoller la pratique contraceptive, il est nécessaire d'identifier les leviers sur lesquels s'appuyer. L'identification des facteurs d'affaiblissement de cette logique de forte fécondité revêt dès lors un caractère prioritaire pour la recherche (Fall, 2004).

Dans le cadre du repositionnement de la PF, la Guinée a participé activement à la conférence sur « Population, Planification Familiale et développement : l'urgence d'agir » qui s'est tenue du 8 au 10 février 2011 à Ouagadougou, à l'instar des pays francophones de l'Afrique de l'Ouest. La Guinée a aussi pris part aux différentes conférences sur la PF dont celle de Saly Mbour au Sénégal sur « l'engagement de la société civile en faveur de la planification familiale » en septembre 2011, celle de Dakar en novembre 2011, celles de Londres en juillet 2012 et 2017 et à différentes conférences internationales sur la planification familiale.

En Guinée, ce consensus international sur les bienfaits de la PF se traduit par une volonté politique matérialisée par la souscription du pays à plusieurs engagements internationaux et à l'introduction de la PF dans les programmes sanitaires à partir de 1983. Depuis lors, tous les politiques et programmes de santé élaborés ont pris en compte la PF. Ainsi, il y a eu, en 1992, l'élaboration et la mise en œuvre d'une Politique nationale de population intégrant la PF comme stratégie fondamentale. En 2001 également, le pays a adopté une politique nationale de la Santé de la Reproduction (SR).

Pour opérationnaliser tous ses engagements politiques en faveur de la PF, la Guinée a élaboré un Plan stratégique national de repositionnement de la PF (2009), un Plan national de sécurisation des produits de SR (2009) et deux plans stratégiques SRMNIA (2016 – 2012 et 2016 – 2020). Actuellement, quasiment tous les centres de santé que compte le pays offrent les services de contraception moderne. Ceci a été rendu possible grâce aux efforts consentis par l'État et ses partenaires techniques et financiers y compris les ONG nationales et internationales.

Afin de donner suite aux engagements pris lors de ces conférences, la Guinée a conçu un Plan d'Action National Budgétisé de Planification (PANB) 2014-2018 à travers un processus participatif et inclusif et vient de boucler l'exercice de conception d'un nouveau PANB 2019-2023. Ce plan d'action de deuxième génération s'aligne sur le but et les objectifs du Plan National de Développement Économique et Social (2016-2020) qui intègre le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2015-2024 et tient compte des acquis et des points à améliorer tirés du PANB 2014-2018.

Malgré ces efforts déployés durant des décennies en faveur de la promotion de la contraception moderne, les résultats obtenus restent mitigés en Guinée. En effet, le taux de prévalence contraceptive moderne chez les femmes en union est faible et progresse très lentement (5,7 % en 2005 contre 4,2 % en 1999, 6 % en 2012 et 11 % en 2018) et les besoins non satisfaits restent élevés (22 %) selon l'enquête EDS 2018. De grandes disparités régionales, socioculturelles et socioéconomiques sont observées dans l'utilisation de la contraception moderne en Guinée. Il faut aussi noter que les taux de mortalité maternelle et infantile de la Guinée restent parmi les plus élevés au monde. En effet, le ratio de mortalité maternelle du pays est estimé à 550 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (MICS, 2016). Les chiffres de l'EDS 2018 sur la mortalité des enfants de moins de 5 ans font état de 111 décès pour 1 000 naissances vivantes (ce qui signifie qu'un enfant sur neuf meurt avant de fêter son cinquième anniversaire). L'indice synthétique de fécondité se chiffre à 4,8 (MICS, 2016) enfants par femme. Ces statistiques montrent à suffisance la situation sanitaire préoccupante en Guinée.

Par ailleurs, les différentes enquêtes EDS réalisées entre 1992 et 2012 mettent en évidence des niveaux relativement élevés et quasiment constants des besoins non satisfaits en matière de PF. En effet, ils ont varié entre 21,2 % en 2005 et 24,7 % en 1992, pour une moyenne non pondérée de 23,2 % sur cette période. En 2018, les besoins non satisfaits s'élèvent à 22,1 %, soit deux femmes en union sur neuf, et varient très peu selon l'âge, le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le niveau de vie (**tableau A.1**). En outre, depuis 2012, sur 10 femmes de 15-49 ans actuellement en union n'utilisant pas de méthode contraceptive au moment de l'enquête, sept déclarent ne pas avoir l'intention d'en utiliser une dans le futur (**tableau A.1**).

Cette faible adhésion des populations au programme de planification familiale soulève des interrogations quant aux déterminants de la pratique contraceptive. Le niveau élevé de la fécondité et la situation sanitaire préoccupante du pays soulignent la nécessité de mener des interventions dans le domaine de la population et de la santé de la reproduction pour la promotion d'un développement équilibré du pays.

Une meilleure compréhension des déterminants de la pratique de la planification familiale pourrait aider à la définition de stratégies à haut impact et la réalisation de la sécurité contraceptive. Sur le plan international, plusieurs études se sont intéressées aux facteurs déterminants de l'utilisation ou non de la contraception moderne. Les résultats de ces études montrent que l'importance et le sens de l'effet de ces facteurs sont variables d'un contexte à un autre. Ce qui montre qu'il faut davantage de recherches pour mieux comprendre les facteurs explicatifs de l'utilisation ou non de la contraception moderne, notamment en prenant en compte le contexte.

Par ailleurs, la leçon tirée du mouvement de planification familiale est, cependant, que le développement de méthodes efficaces contrôlées par la femme et l'accès à celles-ci ne suffisent pas à assurer leur utilisation (Bongaarts, 2006).

Problématique et objectifs de l'étude

La présente étude se propose d'identifier et d'analyser l'évolution des facteurs explicatifs de la non-utilisation des méthodes contraceptives modernes par les femmes exposées au risque de grossesse non désirée en Guinée, sur la période 1992 – 2018, car « *Understanding the key factors influencing contraceptive use among [...] women who are at risk of unwanted pregnancies is key to the development of effective family planning programs* »⁵ (Asiimwe et al., 2013).

L'objectif général de la recherche est de contribuer à une meilleure connaissance des facteurs explicatifs de la non-utilisation de la contraception moderne par les femmes guinéennes exposées au risque de grossesse non désirée, afin d'aider les programmes de maîtrise de fécondité à mieux cibler les actions à entreprendre en matière de promotion et de vulgarisation des produits contraceptifs en Guinée.

Plus spécifiquement, la recherche vise à :

- Analyser les tendances d'évolution de l'utilisation de la contraception moderne entre 1999 et 2018, chez l'ensemble des femmes soumises à l'étude et ainsi que chez les femmes en union et chez les femmes non en union séparément.

⁵ Comprendre les facteurs clés influençant l'utilisation de la contraception chez [...] les femmes à risque de grossesse non désirée est essentiel au développement de programmes efficaces de planification familiale.

- Identifier, pour chaque année de la période d'étude et pour chaque groupe de femmes exposées au risque de grossesse non désirée défini selon la situation vis-à-vis de l'union, les facteurs explicatifs de la non-utilisation de la contraception moderne ;
- Analyser, pour chaque groupe de femmes, l'évolution de ces facteurs sur la période d'étude, afin de mettre en évidence les changements survenus ainsi que les obstacles persistants au recours à la contraception moderne.
- Analyser le mécanisme d'action de certaines variables-clés (milieu de résidence et niveau d'instruction, notamment) sur la non-utilisation de la contraception moderne.

La limitation aux seules méthodes contraceptives modernes tient au fait que celles-ci sont reconnues comme étant les plus efficaces dans la prévention des grossesses non désirées et font généralement l'objet d'intervention à travers les projets et programmes opérationnalisant les politiques de PF.

Par ailleurs, l'étude se limite aux femmes exposées au risque de grossesse non désirée car l'utilisation de la contraception n'est véritablement pertinente que pour ce groupe de femmes.

L'analyse s'appuie sur le protocole du Groupe international de partenaires population-santé (Gripps) développé pour l'analyse de la pratique contraceptive dans les pays d'Afrique subsaharienne à forte fécondité au rang desquels figure la Guinée. Ce protocole prend en compte le caractère incontournable de la pratique contraceptive dans le processus de transition de la fécondité, d'une part, et la faible prévalence contraceptive dans les pays de la sous-région, d'autre part.

Profitant de la disponibilité d'une longue série de données pertinentes produites sur la base d'une même méthodologie (quatre enquêtes EDS sur une période de 20 ans : 1999 – 2018), et donc comparables, nous tentons d'identifier les constances et les changements en jeu dans l'explication de la non-utilisation de la contraception moderne chez les femmes exposées au risque de grossesse non désirée en Guinée. Une analyse sur une période aussi longue revêt une importance de premier plan dans la mesure où « *Measurement of levels and trends in contraceptive use and unmet need for contraceptive services in developing countries is crucial to inform the decisions of health-care providers, programme planners, and those in charge of resource allocation* »⁶ (Darroch and Singh, 2013).

L'approche utilisée pour les analyses consiste à classer les femmes exposées au risque de grossesse non désirée (population cible de l'étude) en deux groupes : les femmes vivant en union et celles ne vivant pas en union au moment des enquêtes. En effet, dans la mesure où les motivations de la fécondité pourraient ne pas être les mêmes dans les deux groupes soumis chacun à des contraintes spécifiques, il est inconcevable d'élaborer des programmes au contenu identique pour les deux groupes.

Les résultats de cette recherche ont une triple utilité. Tout d'abord, ils revêtent une utilité scientifique car ils contribuent à une meilleure connaissance des facteurs explicatifs de la non-utilisation de la contraception moderne par les femmes exposées au risque de grossesse non désirée en Afrique subsaharienne. Sur le plan social, comprendre les obstacles sociaux et culturels qui empêchent les femmes d'utiliser les contraceptifs modernes pourrait aider à mettre en place des programmes plus adaptés de promotion des produits contraceptifs et contribuerait à améliorer significativement l'acceptabilité de ces programmes et en définitive pourrait accroître la prévalence contraceptive moderne dans le pays. Sur le plan programmatique, enfin, les résultats de cette recherche pourraient aider à fournir une base empirique solide pour des investissements pertinents dans les projets et programmes de promotion de la contraception moderne.

⁶ La mesure des niveaux et des tendances de l'utilisation de la contraception et des besoins non satisfaits en services de contraception dans les pays en développement est essentielle pour éclairer les décisions des prestataires de soins de santé, des planificateurs de programmes et des responsables de l'allocation des ressources.

Structure de la thèse

Après cette introduction générale qui a présenté le sujet de recherche, la problématique, les questions et les objectifs de recherche, la thèse est structurée autour de quatre chapitres.

Dans le chapitre 1, la revue de littérature sur le sujet de la thèse et le cadre théorique sont abordés en quatre sections. Dans la première section, la contraception en Afrique est présentée (les approches traditionnelles de régulation des naissances en Afrique, l'avènement des méthodes modernes, le débat sur le pour et le contre de la contraception moderne ainsi que le lien entre divers facteurs et le fait d'utiliser ou non une méthode contraceptive moderne). Les trois principales approches explicatives de l'utilisation ou non de la contraception moderne sont présentées dans la section 2. Les hypothèses de recherche et le cadre conceptuel de référence font l'objet de la section 3 avant que les principaux concepts du thème de recherche ne soient définis dans la section 4. Le chapitre s'achève par une synthèse des différentes sections.

Le chapitre 2 aborde le contexte et le cadre de l'étude. Après une présentation de la situation géographique de la Guinée (pays d'étude), la situation du pays est présentée sous divers autres aspects : démographique, socioculturel, socioéconomique, politique et sanitaire. Un accent particulier est mis sur la situation au regard de la planification familiale.

Le chapitre 3 est relatif à la méthodologie et comporte cinq points. Après la présentation de l'approche globale adoptée pour la conduite de la recherche (point 1), les sources des données (point 2) et les méthodes d'analyse (point 3) utilisées à cet effet sont exposées. Les variables de l'étude, leur définition opérationnelle et la méthodologie de leur construction sont expliquées (point 4) avant de présenter les limitations liées aux données utilisées (point 5). Une synthèse des différents points conclut le chapitre.

Les résultats issus du traitement et de l'analyse des données, leur interprétation et leur discussion ainsi que les conclusions auxquelles ils appellent sont présentés dans le chapitre 4 en trois points : les niveaux et les tendances de l'utilisation de la contraception moderne (point 1), les analyses différentielles de la non-utilisation de la contraception moderne (point 2) et les facteurs explicatifs de la non-utilisation de la contraception moderne (point 3). En s'appuyant sur la revue de littérature réalisée et sur le contexte du pays, les résultats de l'étude sont interprétés et mis en perspective dans le point 4.

La conclusion générale présente le bilan de la vérification des hypothèses de recherche formulées dans le cadre théorique de l'étude, les conclusions importantes tirées des résultats obtenus avant d'indiquer les implications de ces conclusions.

Après la bibliographie, cinq annexes complètent le rapport : le tableau référencé dans l'introduction générale (annexe 1), les tableaux complémentaires des analyses univariées (annexe 2), les tableaux complémentaires des analyses bivariées (annexe 3), les tableaux complémentaires des analyses multivariées (annexe 4) et un exemplaire du questionnaire individuel femme standard utilisé dans l'enquête EDS 2018. Le choix de ce questionnaire se justifie par le fait que, en tant dernière version du questionnaire standard, il intègre les améliorations apportées à ce questionnaire lors des dernières années.

Chapitre 1 : CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL

Le chapitre 1 présente le cadre théorique sur lequel s'appuie cette étude. Il se compose de 4 sections. Dans la première section, la contraception en Afrique est présentée (les approches traditionnelles de régulation des naissances en Afrique, l'avènement des méthodes modernes, le débat sur le pour et le contre de la contraception moderne ainsi que le lien entre divers facteurs et le fait d'utiliser ou non une méthode contraceptive moderne). Les trois principales approches explicatives de l'utilisation ou non de la contraception moderne sont présentées dans la section 2. Les hypothèses de recherche et le cadre conceptuel de référence font l'objet de la section 3 avant que les principaux concepts du thème de recherche ne soient définis dans la section 4. Le chapitre s'achève par une synthèse des différentes sections.

1.1 La contraception en Afrique

La persistance d'une forte fécondité en Afrique subsaharienne et ses corollaires (déséquilibre entre croissance économique et croissance démographique, précarité en matière de santé maternelle et infantile, entre autres) a alimenté une littérature abondante sur la pratique contraceptive. De nombreuses recherches ont ainsi été conduites pour tenter d'identifier les facteurs prédisposant les femmes à l'utilisation ou non de la contraception moderne ainsi que le mécanisme d'action de ces facteurs. À cet effet, plusieurs approches explicatives ont été utilisées. Il s'agit notamment de l'approche socio-économique, de l'approche socio-culturelle et de l'approche institutionnelle. Les deux premières mettent fondamentalement l'accent sur les motivations individuelles en matière de pratique contraceptive. La dernière, quant à elle, insiste sur l'engagement des décideurs politiques, la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des services en matière de planification familiale.

1.1.1 La contraception dans les sociétés traditionnelles africaines

Le désir de prévenir la conception est une pratique très ancienne en Afrique. En effet, il y avait, et il y a encore, beaucoup de pratiques sociales destinées à maintenir la fécondité bien en-dessous de son maximum biologique. Les recherches dans le domaine de la contraception révèlent que cette dernière a toujours fait partie des us et coutumes des populations africaines et que ces pratiques sont fondées en général sur des connaissances physiologiques traditionnelles, entre autres l'abstinence périodique, la polygamie, la séparation des époux, des croyances mystiques et des connaissances pharmacologiques traditionnelles. Wakam (2004, p. 332) a noté en effet qu'« *il existe bien une régulation traditionnelle de la fécondité dans toutes les sociétés d'Afrique noire, notamment par des pratiques post-partum d'abstinence sexuelle et d'allaitement au sein, qui ont pour effet d'augmenter considérablement la durée d'infécondabilité et de permettre des durées d'espacement des naissances particulièrement longues, dépassant couramment trois ans* ». Aux moyens traditionnels susmentionnés, s'ajoutent le coït interrompu et l'utilisation de certaines plantes médicinales. Toutefois, l'objectif de ces pratiques traditionnelles n'a jamais été de limiter le nombre d'enfants qu'une femme aurait pendant sa vie, mais bien plutôt de maintenir un maximum d'enfants en vie et de préserver la santé de la mère. Autrement dit, elles visaient plus l'espacement que la limitation des naissances. En effet, dans les régimes de fécondité naturelle et des cultures où le mariage est pratiquement universel et relativement précoce pour les femmes, un espacement entre les naissances est un moyen rationnel d'assurer le bien-être de la mère et de son nourrisson (Van de Walle et Van de Walle, 1988 ; cités par Sala-Diakanda *et al.*, 1990).

Les enquêtes réalisées en Afrique subsaharienne sur les connaissances, attitudes et pratiques notamment en matière de planification familiale, tendent à montrer que les intentions délibérées de limitation des naissances y sont peu courantes. En effet, les femmes sont très embarrassées par des questions relatives à l'utilisation des méthodes contraceptives ou encore à la taille idéale de leur famille. Très souvent, les réponses font référence à "la volonté de Dieu" ou "je ne connais pas". Cependant, en ce qui concerne la durée idéale de l'intervalle inter-génésique voire les moyens à utiliser pour espacer les naissances, les réponses sont beaucoup plus précises et rassurantes. Il en ressort que la norme d'espacement des naissances est fondamentale en milieu africain. C'est ainsi que cette préoccupation est d'une très grande importance dans la vie de la femme africaine.

Un intervalle raisonnable, pas trop court, entre les naissances est d'une telle importance qu'il existe, dans la plupart des sociétés africaines, un nom pour qualifier une femme qui tombe enceinte rapidement après la naissance d'un enfant. Au Sénégal par exemple, on dit de la femme enceinte avant le sevrage de son enfant qu'elle a fait la « neffe », terme wolof évoquant la malchance. Au Burkina Faso, l'on se moque également d'une telle femme en la qualifiant d'indécente et de femme qui aime trop les hommes. Il en va de même au Mali pour la « Sérémuso », c'est-à-dire une femme dont le retour de couches est précocement du fait d'une nouvelle grossesse ou au Bénin avec la "Kpèdevinon", la femme d'un enfant par an (Laplante et Soumaoro, 1973 ; Shoemaker, 1988). Chez les Havu de l'Est de l'ex-Zaïre (actuelle République Démocratique du Congo), la femme qui n'espacé pas ses naissances est appelée « Kulikisa » ou la paresseuse, dans la mesure où avec des grossesses très rapprochées, elle sera dispensée de ses tâches agricoles. Dans cette culture comme dans d'autres, l'espacement est impératif et fonctionnel : il a pour but de maintenir un équilibre entre les rôles procréatifs et productifs de la femme (Van de Walle et Van de Walle, 1988, cités par Sala-Diakanda *et al.*, 1990).

Parmi toutes les méthodes traditionnelles pratiquées, l'abstinence post-partum est la plus répandue (Ngoy, 1993). Elle est fondée sur le désir d'éviter une nouvelle grossesse avant que l'enfant ne marche. À cet effet, symboliquement, la mère est renvoyée avec son bébé chez ses parents afin de leur montrer ce nouveau-né, pendant une période relativement longue. Certaines croyances, souvent vérifiées, sous-tendent parfois l'abstinence périodique. C'est le cas du Mali où l'on pense que la semence masculine, en se rependant dans le corps de la mère, empoisonne le lait maternel et provoque chez le nourrisson de fortes diarrhées, ou encore l'élévation de la température de la mère au moment des rapports sexuels bouche les canaux du mamelon et diminue la ration du lait dont dispose le bébé (Laplane et Soumaoro, 1973). C'est aussi le cas chez les Bamiléks du Cameroun qui pensent que l'enfant dont la mère a des relations sexuelles pendant les six à douze premiers mois suivant l'accouchement pourra être paralysé. Chez les Ewondo du Cameroun, une fois de plus, l'enfant sera exposé au "d'agnos" (diarrhées, fièvre et rhume). L'importance que revêt la santé de la mère et de l'enfant dans les sociétés africaines était par conséquent fondamentale. Dans bon nombre de ces sociétés, on veille à ce que le couple, et principalement la femme, arrive à un espacement "normal" des grossesses afin de garantir non seulement sa propre santé mais aussi la survie de l'enfant.

Comme pratique magique, Laplane et Soumaoro (1973) ont identifié, au Mali, le "Tafo" qui est une cordelette de coton comportant des nœuds. À chaque nœud est liée une parole magique prononcée par un marabout et qui aura des effets contraceptifs. Il y a également le "N'Talenfura" (la toile d'araignée très étanche) qui ressemble beaucoup aux techniques modernes du diaphragme ou de la cape cervicale.

La pharmacologie locale quant à elle se compose de racines et d'écorces d'arbres, d'infusions, de décoctions, etc. Au Mali, la racine de "N'Gwane" (nom Wasulunké d'un arbuste en région de Sikasso), l'infusion du "N'Tomi" (tamarin), le "Didlo" hydromel fait d'eau et de miel fermenté ou non), le "Segekata" (potasse), sont tous considérés comme des produits ayant des vertus contraceptives (Laplane et Soumaoro, 1973).

Soulignons enfin que malgré l'introduction des méthodes contraceptives modernes, les méthodes traditionnelles, jadis très répandues en Afrique, sont encore très pratiquées actuellement, notamment en milieu rural et parmi les femmes non ou peu instruites.

De ce qui précède, il est tout à fait évident que la contraception n'est pas un fait nouveau pour les sociétés africaines. Diverses méthodes contraceptives non modernes ont été et sont encore utilisées. Celles-ci varient d'une culture à une autre, d'une région à une autre. Les cas évoqués ci-dessus ne sont pas forcément exhaustifs. Ces méthodes contraceptives, qualifiées de traditionnelles, bien qu'ayant des effets contraceptifs en termes d'espacement des naissances, semblent largement en dessous des attentes de la société contemporaine, en termes d'efficacité, tant du point de vue de la santé maternelle et infantile que de celui de la maîtrise de la fécondité, idées très fortes de la planification familiale.

1.1.2 La contraception moderne en Afrique

Face à la démographie sans cesse galopante de différents pays, les opinions, les idées et les déclarations des gouvernements africains en matière de population ont beaucoup évolué. À ce sujet, Sala-Diakanda (2000) souligne que *« les positions des gouvernements africains vis-à-vis des politiques démographiques en matière de fécondité ont beaucoup évolué (...) passant généralement d'une position de « laissez faire » à une volonté déclarée d'infléchir la croissance démographique rapide par la mise en œuvre d'une approche globale et intégrée susceptible de relever des défis de la pauvreté, de la maîtrise de la fécondité et d'un développement social et humain durable »*. Les Gouvernements africains ont ainsi opté pour les programmes de planification familiale.

Mais en dépit de leur connaissance généralisée, les méthodes modernes de régulation des naissances restent encore faiblement utilisées en Afrique sub-saharienne. Toutefois, tous les pays ne sont pas logés à la même enseigne. La littérature montre que l'introduction de ces programmes ou politiques a été beaucoup plus tardive dans les pays francophones d'Afrique au sud du Sahara que dans ceux d'expression anglaise. Il en a résulté une pratique contraceptive relativement plus satisfaisante dans ces derniers que dans les premiers. Le **tableau 2.1** met en exergue les différences entre les prévalences contraceptives dans quelques pays anglophones comparativement à quelques pays francophones.

Tableau 1.1 : Proportion de femmes de 15-49 ans en union utilisant une méthode contraceptive (toutes méthodes confondues et méthodes modernes uniquement) et proportion de la demande de PF satisfaite par les méthodes modernes, par pays

Pays	Toutes méthodes (%)	Méthodes modernes (%)	Demande satisfaite par des méthodes modernes ⁷ (%)
Pays francophones			
Bénin	16	12	26
Burkina Faso	33	31	55
Burundi	29	23	39
Congo	30	19	39
Côte d'Ivoire	23	20	40
Guinée	11	11	32
Mali	17	16	40
Niger	11	11	45
Sénégal	28	26	53
Tchad	6	5	18
Togo	24	21	37
Pays anglophones			
Botswana	67	-	-
Gambie	17	16	38
Ghana	31	25	-
Kenya	63	61	79
Liberia	25	24	41
Nigeria	17	12	
Rwanda	53	48	66
Sierra-Leone	21	21	45
Afrique Subsaharienne	32	28	49
Afrique de l'Ouest	19	16	38
Afrique	36	32	53

Source : Fiche de données sur la population mondiale, 2020, Population Reference Bureau.

1.1.3 Débats sur la planification familiale

La planification familiale a largement fait (et continue de faire) débat et ce depuis plusieurs décennies. De nos jours, ses bénéfices ne font l'objet d'aucun doute. Cependant, il existe quelques raisons qui justifient sa non-utilisation. Les arguments pour et contre la planification familiale sont présentés ci-après.

(1) Les arguments en faveur de la planification familiale

La planification familiale, dans son acception moderne, est d'une importance non négligeable dans les sociétés contemporaines. À cet effet, un certain nombre d'arguments militent en faveur de son utilisation. Dans cette perspective, Nasah (1998) en dénombre notamment trois, à savoir : l'argument sanitaire, l'argument socio-économique et démographique, et l'argument Droits de l'homme.

(a) L'argument sanitaire

Sous l'angle de l'argument sanitaire, un accent particulier est mis sur la promotion de la santé maternelle et infantile. Il est fondé sur l'idée selon laquelle certaines méthodes anticonceptionnelles offrent une protection (excellente ou relative) contre les infections sexuellement transmissibles (IST), dont les maladies inflammatoires pelviennes (MIP) et contre la stérilité aussi bien masculine que féminine (Vekemans, 1993). Il se base aussi sur l'appréciation des conséquences négatives de la grossesse dans certaines situations comme :

- Les naissances très rapprochées ;
- L'accouchement chez les adolescentes et les femmes ayant plus de 35 ans ;
- La parité élevée (au-delà de 5 enfants) ;
- Les contre-indications médicales pour la grossesse ;
- Les naissances prématurées.

La planification familiale offre aux femmes d'énormes facilités en leur permettant de prévenir toutes les complications liées aux grossesses comportant des risques élevés, c'est l'exemple des maladies cardiaques et rénales, de grossesses trop précoces, trop tardives ou trop nombreuses. Par ailleurs, les méthodes de planification familiale, en prévenant les grossesses non-désirées, permettent également d'éviter les avortements provoqués dont le taux est très élevé dans la plupart des pays au sud du Sahara. Ces avortements volontaires constituent une cause importante de morbidité et de mortalité maternelle (Nasah, 1998).

Des études épidémiologiques ont par ailleurs relevé les bienfaits de l'usage des méthodes contraceptives quelles qu'elles soient pour la santé tant maternelle qu'infantile. Dans le même ordre d'idée, Vekemans (1993) montre que :

- Les contraceptifs oraux combinés offrent des opportunités telles : des cycles menstruels réguliers et sans douleur, un risque moins élevé d'anémie due à une carence en fer, des risques moins élevés d'inflammation pelvienne, la protection contre les kystes ovariens bénins, les tumeurs mammaires bénignes et le cancer de l'endomètre ;
- Les contraceptifs injectables, principalement le depoprovera, sont généralement bénéfiques à la santé : pas d'interférence avec l'allaitement maternel, prévention de la dysménorrhée et l'endométriose, des risques moins élevés d'anémie associée à l'aménorrhée, et des risques moins élevés de cancer de l'endomètre ;
- Les contraceptifs hormonaux imperméabilisent plus ou moins la glaire cervicale et diminuent les risques de diffusion des germes par voie ascendante (col, corps utérin, trompes, petit bassin) ;
- Le condom, bien utilisé, diminue non seulement le risque de grossesse, mais aussi réduit le risque des IST/Sida ;
- Les autres méthodes barrières (cape cervicale, diaphragme, etc.) diminuent le risque des IST par effet mécanique et parce qu'on les associe normalement aux spermicides qui tuent la plupart des organismes causaux de ces infections (Vekemans, 1993).

Au-delà de l'argument sanitaire, d'autres plaident en faveur de la planification familiale. C'est le cas de l'argument socio-économique et démographique.

(b) L'argument socioéconomique et démographique

L'argument socio-économique et démographique met un accent particulier sur les conséquences négatives d'une famille ou d'une population nombreuse en termes de bien-être familial ou communautaire (Nasah, 1998). Sur le plan familial, une famille nombreuse est source de misère si les moyens nécessaires ne suivent pas pour satisfaire les besoins de logement, de nourriture, d'habillement, d'éducation, etc. Par ailleurs, à une échelle plus grande c'est-à-dire communautaire ou nationale, un déséquilibre entre la croissance de la population et les capacités économiques peuvent annihiler tout effort de développement. La croissance très rapide de la population aurait pour conséquences, entre autres, un taux de chômage plus élevé, surtout en raison de la migration des ruraux vers les centres urbains, un accroissement de la criminalité urbaine, et une détérioration importante des infrastructures sociales. Bien plus à l'échelon mondial, il sera question des effets irréversibles de la surconsommation des pays industrialisés sur les écosystèmes (Nasah, 1998) ainsi que d'immigration clandestine qui agace sans doute les pays occidentaux.

L'adoption des divers programmes de planification familiale, dans le but de réguler les naissances ou sans risque d'exagérer de réduire la fécondité par nombre de pays et plus particulièrement au sud du Sahara, est impulsée principalement par cet argument socio-économique et démographique. Il a par ailleurs suffi pour convaincre certains pays, demeurés réfractaires, des arguments des droits de l'homme pour s'arrimer aux autres pays.

(c) L'argument *Droits de l'Homme*

La planification familiale est un droit reconnu par la communauté internationale (Severyns, 1993). Ce droit figure bien évidemment dans la Charte des Droits de l'Homme des Nations Unies (révisée en 1986), stipulant clairement que : « les parents ont le droit de déterminer librement et de façon responsable le nombre de leurs enfants et l'espacement des naissances, et de disposer des connaissances et des moyens nécessaires pour leur permettre d'exercer ce droit ». D'autre part, cette idée a été réitérée lors de certains rendez-vous internationaux entre autres : à la "Conférence mondiale des Nations Unies sur la population" (Mexico, 1984), au "Forum International sur la Population et le Développement au XXI^e siècle" (Amsterdam, 1989), à la "Conférence Internationale sur la Population et le Développement" (CIPD) (Caire, 1994). Aussi, en 1985, la "Conférence mondiale de la décennie des Nations Unies pour la femme" a fait remarquer que la planification familiale offre aux femmes l'opportunité d'exercer leur droit de maîtrise de leur fécondité et d'élargir surtout leur horizon dans le but d'améliorer leurs propres conditions (Severyns, 1993).

L'argument *droits de l'Homme* suggère que les couples, ou principalement les femmes en âge de procréer, aient le droit de faire le choix quant au désir d'avoir des enfants et bien plus le nombre idéal souhaité (Nasah, 1998). De ce qui précède, il ressort clairement qu'une importance particulière est accordée au statut de la femme dans la société.

(2) Les arguments contre la planification familiale

Les arguments généralement utilisés contre la planification familiale peuvent être regroupés en deux types : les arguments scientifiques et les arguments sociaux et politiques.

(a) Les arguments scientifiques

Les arguments scientifiques tiennent aux inconvénients des méthodes contraceptives modernes sur la santé des utilisateurs. C'est notamment le cas si leur posologie, liée principalement aussi bien à l'âge qu'à l'état de santé de la femme, n'est pas prise en compte. C'est d'ailleurs dans cette perspective que certains risques liés à l'utilisation des contraceptifs ont été relevés par des auteurs tels que Nasah (1998) et Nkwa (1997). En effet, parmi ces risques, on note ceux susceptibles de développer l'hypertension, des troubles cardiaques, la thrombose et les embolies pulmonaires conséquemment à l'utilisation des contraceptifs oraux à base de stéroïdes. Ces risques augmentent de façon significative avec l'âge (35 ans et plus) et la consommation de cigarettes.

Un cycle menstruel irrégulier constitue le principal effet secondaire des contraceptifs injectables. Bien plus, le contraceptif Norplant n'est pas recommandé pour les adolescentes puisqu'il peut entraîner à long terme la stérilité. Les méthodes de contraception permanente (stérilisation féminine et vasectomie) sont à proscrire, car elles entraînent une infécondité permanente. Aussi, le risque lié à l'utilisation du condom est-il lié à son taux d'échec, car environ 12 % des femmes tombent enceintes au cours de la première année d'utilisation de ce contraceptif (NKWA, 1997).

L'insertion d'un stérilet pour prévenir une grossesse peut être une réussite si et seulement si l'utilisatrice se présente à la clinique 72 heures après l'acte sexuel ou si elle désire utiliser cette méthode de contraception sur une base régulière. L'inconvénient majeur associé à cette méthode est qu'elle provoque une inflammation pelvienne chez les femmes atteinte d'une infection vaginale ou d'une IST. C'est la raison pour laquelle on devrait garder à l'esprit, particulièrement en ce qui concerne les femmes nullipares, que cette méthode de contraception comporte un risque potentiel d'infécondité future (Nkwa, 1997).

Somme toute, chaque méthode contraceptive offre à la fois des avantages et des risques potentiels presque toujours liés à leur mode d'utilisation, à l'âge et à l'état de santé de l'utilisatrice. À cet effet, il est toujours nécessaire de juger suffisamment de l'avantage que peut procurer une méthode par rapport aux complications qu'elle peut entraîner, comme indique Nkwa (1997). De toute évidence, les bénéfices individuels pour la société sont évidents en dépit de ces inconvénients qui semblent minimisables comparativement à leurs avantages : ils diminuent les besoins à satisfaire par les services de santé. Ces besoins seront en effet minimisés par la diminution du nombre total des grossesses (à risques), des accouchements et des jeunes enfants à prendre en charge. Pour l'auteur, une diminution du nombre de naissances chez des mères à hauts risques se traduit logiquement par des "économies" pour les services de santé, économies qui pourront être redistribuées dans le système. L'auteur pense que si l'on considère que la mort ou l'incapacité pathologiquement manifeste d'une femme à la suite d'une grossesse représente une perte de productivité, une perte à la contribution de la société et un événement de mauvaise augure pour la survie de ses enfants, on peut en conclure que la PF a un rapport coût-efficacité positif pour la société si d'autres mesures complémentaires telle que l'assurance de la paix sociale, suivent.

La planification familiale peut donc faire l'objet d'une promotion pour répondre aux besoins de contraception et pour des finalités démographiques, à savoir : une réduction du rythme de croissance démographique si nécessaire. La contraception a également l'avantage de présenter un caractère préventif qui, non seulement influence positivement la santé de la mère et de l'enfant malheureusement inquiétante en Afrique au sud du Sahara, mais agit aussi indirectement sur la santé en général, le bien-être de la famille et de la société dans son ensemble, atout du développement socio-économique (Severyns, 1993).

De ce qui précède, l'implantation ou le renforcement des capacités des programmes de PF dans les pays en développement en général, et les pays de l'Afrique en particulier, serait nécessaire toutes choses étant égales par ailleurs. Ceci dans la mesure où ces pays font face à d'énormes problèmes de développement liés en partie à l'inadéquation entre les ressources disponibles et la population. Mais qu'en est-il de la position des décideurs africains face à la planification familiale ?

(b) Les arguments politiques et sociaux des décideurs africains

La plupart des gouvernements africains ont eu à l'égard de la planification familiale un discours à deux vitesses : un discours à tendance extravertie, avec des prises de positions nettement favorables aux programmes de planification familiale, idée chère à la communauté internationale, et un discours interne à l'endroit des citoyens, beaucoup moins affirmatif avec, dans certains cas, des restrictions sévères à l'extension des services de planification familiale (Locoh, 1988).

L'adhésion mitigée de bon nombre de décideurs politiques africains aux programmes de PF s'explique en partie par ce "conflit" entre les traditions ancrées dans l'imaginaire populaire, considérant l'enfant comme une source de richesse, pendant que les idéologies occidentales le considèrent comme étant générateur de pauvreté (Bello, 1991).

Il est à noter que la réussite des programmes de PF doit reposer fondamentalement tout d'abord sur le soutien inconditionnel et effectif des responsables politiques et plus, sur la détermination sans cesse des autorités traditionnelles et religieuses, sans oublier les actions communautaires (Severyns, 1993). Par conséquent, l'implication de ces différentes composantes, dans le but de mettre sur pied un certain nombre de mesures politiques d'un pays dans les domaines politique et sanitaire surtout, paraît décisive pour la mise en œuvre et la réussite de tout programme de planification familiale.

1.1.4 Les facteurs explicatifs de la non-utilisation de la contraception moderne

Selon les résultats des recherches, plusieurs facteurs ont été identifiés comme prédisposant les femmes à utiliser ou non la contraception moderne ainsi que leurs mécanismes d'action. Dans cette sous-section, nous présentons ces différents facteurs ainsi que la façon dont chacun est susceptible d'influencer l'utilisation ou non de la contraception moderne. Pour une question de cohérence, ces facteurs ont été regroupés en six groupes correspondant aux groupes de variables définis dans le chapitre 4 relatif à la méthodologie :

- Les facteurs démographiques
- Les facteurs socioéconomiques
- Les facteurs socioculturels
- Les caractéristiques des conjoints
- Les rapports de genre
- Les variables intermédiaires.

Les caractéristiques des conjoints et les rapports de genre s'appliquent uniquement aux femmes en union.

(1) Facteurs sociodémographiques et utilisation de la contraception moderne

(a) L'âge de la femme

L'âge est une variable fondamentale dans l'étude des phénomènes démographiques. En effet, sociologiquement parlant, l'âge délimite les périodes au cours desquelles il est légitime qu'un individu donné fasse quelque chose dans une société en fonction d'un statut donné (Michael, 1995). Il est cependant l'information la plus difficile à obtenir lorsque le système d'enregistrement des faits d'état civil, particulièrement les naissances, n'est pas généralisé (Gendreau, 1993).

Deux hypothèses sont généralement avancées pour expliquer le lien entre âge et utilisation de la contraception moderne. La première hypothèse stipule que l'influence de l'âge sur l'utilisation de la contraception moderne traduit un effet de génération. En effet, du fait des mutations en cours dans les différentes sociétés, les vieilles générations sont encore attachées aux valeurs traditionnelles alors que les jeunes générations, mieux scolarisées, sont tournées vers des comportements dits modernes (Akam, 2007). Autrement dit, les femmes appartenant aux jeunes générations adhèrent plus facilement à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes, tandis que les génération plus âgées se tournent davantage vers les méthodes traditionnelles préconisées par la société traditionnelle pro nataliste (Fassassi, 2007).

La deuxième hypothèse avancée pour expliquer ce comportement différentiel est l'interaction de l'âge avec la fécondité réalisée. En effet, non seulement l'âge définit le risque d'exposition à la grossesse mais aussi la parité atteinte varie considérablement selon l'âge et il est clairement établi que la fécondité réalisée a une influence considérable sur la pratique contraceptive.

(b) L'état matrimonial et le type d'union

Dans la plupart des traditions africaines, le mariage est le cadre privilégié de procréation car c'est le mariage qui fonde la famille et lui confère sa validité sociale. Ainsi, selon Kourouma, le mariage est un état social au sein duquel on désire ou accepte avoir des enfants plus volontiers que dans l'état non marié (Kourouma, 2011).

Dans la plupart des études, la variable état matrimonial est utilisée pour dresser le profil des femmes susceptibles de pratiquer ou non la contraception. Selon Gendreau, les modalités de la variable état matrimonial (célibataire, marié(e), veuf/veuve et séparé(e)/divorcé(e)) sont insuffisantes pour rendre compte de sa diversité. En Afrique noire, pour mesurer son impact sur la pratique contraceptive, on utilise plutôt le régime du mariage (monogamique, polygamique) (Gendreau, 1993). Il est montré, en effet, que les femmes qui sont dans un régime polygamique utilisent moins la contraception que celles engagées dans un régime monogamique. Locoh souligne ainsi que la polygamie a une influence négative sur la pratique contraceptive (Locoh, 1988).

(c) La mortalité des enfants

Par l'effet de remplacement, les femmes qui connaissent un grand nombre de pertes d'enfants sont moins enclines à recourir aux méthodes contraceptives. Selon Vignikin (2004), la pratique contraceptive moderne est souvent associée à une baisse de la mortalité des enfants d'une part et à celle de la fécondité atteinte d'autre part. Il soutient également que le fait de n'avoir eu aucun enfant décédé augmente de 30% les chances d'une femme d'utiliser la contraception moderne. Rahaman (2011) appuie ce point de vue en ces termes : « *la mortalité infantile est positivement et significativement associée à la fécondité désirée et à celle réalisée et négativement associée à la demande et à l'utilisation de la contraception* » (Rahman, 2011).

La mortalité des enfants a donc une influence positive sur la non-utilisation de la contraception moderne. L'hypothèse généralement avancée est celle de l'effet de remplacement. En effet, les femmes qui ont perdu un enfant voudraient le remplacer, ce d'autant plus que le nombre d'enfants souhaité n'est pas encore atteint.

(d) Le nombre d'enfants désirés et le nombre d'enfants vivants

L'histoire génésique de la femme a une influence sur l'utilisation ou non des méthodes contraceptives. Dans une population où la pratique contraceptive vise non pas la limitation des naissances mais leur espacement, les femmes de faible parité ont plus tendance à l'utilisation des méthodes contraceptives en vue d'espacer alors que celles de parité élevée observeraient un comportement d'arrêt (Akam, 2007). Ce que confirment May, Soumana et Guengant (2004 : 70) qui, dans le cas du Niger, trouvent que contrôler sa descendance, c'est-à-dire limiter la taille de sa famille, ne semble devenir une préoccupation pour les couples au Niger qu'à partir du sixième enfant survivant.

Les femmes qui ont eu un nombre élevé d'enfants vivants et celles qui ont atteint le nombre d'enfants voulus, ont une tendance prononcée à recourir aux méthodes contraceptives pour limiter leurs naissances (Adjamagbo, 2001 ; Akam et Ngoy, 2001). À l'opposé, celles qui n'ont pas encore atteint le nombre désiré d'enfants ont tendance à vouloir atteindre la parité désirée. À cet effet, elles seront moins enclines à recourir aux méthodes contraceptives modernes.

À partir des données de l'EDS III du Cameroun, Akam a montré que les femmes qui désirent une grande progéniture (5 enfants ou plus), ont deux fois moins de chance d'utiliser une méthode contraceptive moderne que celles qui veulent limiter leur descendance à quatre enfants au plus (Akam, 2005). En outre, tant que la parité souhaitée par la femme n'est pas encore effective, elle peut être perturbée par la mortalité des enfants ou par le désir d'un enfant d'un autre sexe.

(2) Facteurs socioéconomiques et utilisation de la contraception moderne

Les facteurs socioéconomiques renvoient aux éléments qui favorisent l'émancipation mentale et matérielle des individus. Dans les travaux empiriques sur la PF, les variables généralement utilisées pour opérationnaliser le concept de facteurs économiques sont : l'activité économique de la femme, celle du conjoint et le niveau de vie du ménage. Ces facteurs sont susceptibles d'influencer le comportement de l'individu dans sa prise de décision quant au recourir ou non à la contraception moderne.

(a) Le niveau de vie

Dans les études empiriques récentes, le niveau de vie est souvent appréhendé par un indicateur composite construit à partir de certaines caractéristiques de l'habitation des ménages et les biens durables possédés par les ménages. Compte tenu du fait que la variable niveau de vie est moins fluctuante dans le temps par rapport aux dépenses et revenus du ménage, Schoumaker (2003) le considère comme étant le meilleur estimateur du statut économique du ménage.

Le niveau de vie est utilisé comme un proxy de la capacité financière à satisfaire les besoins en matière de santé et à se procurer des contraceptifs. L'hypothèse généralement avancée pour expliquer la faible prévalence de la contraception chez les populations vivant des conditions de vie médiocres est que, d'une part ces dernières font ou ont beaucoup d'enfants pour essayer d'échapper à la misère, assurer leur avenir (motivation de la production et la sécurité sociale) et, d'autre part elles n'ont pas les moyens de se procurer les méthodes contraceptives efficaces. Ainsi, plus le niveau de vie du ménage est faible, moins les femmes qui s'y trouvent recourent aux méthodes contraceptives, par ricochet plus la fécondité y est élevée. Pour Nouetagni, la contraception moderne est trop coûteuse pour certaines femmes, ce qui amène ces dernières à recourir aux contraceptifs traditionnels qui sont moins chers, compte-tenu de leur niveau de vie (Nouetagni, 2010).

Pour Congo, la relation de causalité entre le niveau de vie du ménage et la pratique contraceptive d'une femme s'explique comme suit : « *si une femme vit dans les meilleures conditions, alors elle adaptera des comportements favorables à la contraception* ». Il montre que, dans le contexte Burkinabè, « la probabilité qu'une femme de niveau de vie plus élevé adopte la contraception moderne est environ 7 fois supérieure à celle d'une femme dont les conditions de vie sont médiocres » (Congo, 2005). Talnan et Vimard aboutissent à une conclusion similaire dans le contexte ivoirien lorsqu'ils notent que : « *les femmes en union issues des ménages dont les conditions de vie sont moyennes ont 2,57 fois plus de chance d'utiliser une méthode contraceptive moderne par rapport à celles venant des ménages pauvres* » (Talnan et Vimard, 2005). Akam précise qu'au Cameroun, cette relation est plus prononcée dans les villes moyennes et le milieu rural (Akam, 2007). Dans la même lancée, Fevisetan et Ainsworth font remarquer que le niveau de vie du ménage n'a d'effet sur l'utilisation des méthodes contraceptives modernes que chez les jeunes générations (Feyisetan et Ainsworth, 1994).

(b) L'activité économique de la femme

La recherche suggère que lorsque les femmes ont un emploi prometteur et des opportunités économiques, elles peuvent renoncer au mariage précoce et à la procréation. Les politiques conçues pour accroître l'emploi et les salaires des femmes peuvent ainsi encourager des familles moins nombreuses et en meilleure santé (HIP, 2014).

L'activité économique est généralement mesurée par le statut d'occupation (le fait d'exercer ou non une activité économique au moment de l'enquête) et/ou le type d'activité économique pratiquée (le secteur dans lequel l'activité économique est exercée). Elle est censée permettre d'appréhender la capacité des individus à se procurer des contraceptifs. En fait, le type d'activité permet de distinguer les personnes qui ont un emploi et celles qui en sont dépourvues, avec cette présomption que les premières sont rémunérées, donc capables de s'offrir les moyens contraceptifs modernes alors que les secondes sont incapables de s'acheter les moyens contraceptifs modernes (ce qui n'est pas toujours vrai).

Des études ont en effet montré que, quel que soit le milieu de résidence considéré, la pratique contraceptive dépend du niveau de vie des populations. Dans le cas du Cameroun, Nouetagni (1999) affirme ainsi que le très faible pouvoir d'achat des pauvres annihilera toute volonté de recourir aux méthodes modernes de contraception pour inhiber leur fécondité. De son côté, Akam (2007) a montré que l'effet de cette variable est plus significatif dans les villes moyennes et le milieu rural.

La relation entre l'occupation et la pratique contraceptive a été largement abordée dans les études de Shapiro et Tambashe (1994), mais aussi dans celles de Rwenge (1994). Ce dernier en particulier note que l'activité économique détermine la capacité de l'individu à disposer des moyens requis pour s'offrir les services de PF, en même temps que cette activité constitue, particulièrement pour la femme, une source de conflit entre ses rôles de mère et de travailleuse.

Par ailleurs, il est souvent difficile de dissocier les effets de l'instruction de ceux de l'emploi. Certes, ce n'est pas toujours le fait de travailler ou non qui favorise l'utilisation ou non de la contraception, mais également le fait d'occuper un emploi de type moderne ou non. En effet, celui qui travaille dans le secteur moderne est non seulement exposé aux méthodes contraceptives modernes, mais est également prédisposé à limiter les naissances compte tenu des coûts relatifs à l'enfant comparativement à celui travaillant dans le secteur rural. Pour le premier, une progéniture nombreuse constitue une charge alors que le second voit en cela un capital en main d'œuvre non négligeable pour les besoins de travaux champêtres. C'est cette idée que confirment une fois de plus Shapiro et Tambashe (1994) en affirmant que les femmes qui travaillent pour leur propre compte et celles employées dans le secteur moderne sont moins enclines à avoir une descendance nombreuse et par voie de conséquence beaucoup plus susceptibles d'utiliser la contraception moderne que les femmes qui ne travaillent pas du tout ou sont dans le secteur rural, c'est-à-dire traditionnel.

D'autre part, le revenu, fruit de l'occupation, permet de distinguer les femmes qui sont ou non capables de s'offrir les services de PF. L'accès à la contraception moderne serait donc fonction des moyens financiers dont l'individu pourrait disposer, ce qui conduit à présumer une tendance à une association positive entre le revenu et l'utilisation des méthodes contraceptives. En d'autres termes, l'individu aura ou non accès à la contraception moderne selon que son pouvoir d'achat le lui permet ou non.

Les travaux portant sur le lien entre l'activité économique et la fécondité des femmes arrivent à la conclusion qu'il existe une relation entre les rôles productif et reproductif des femmes. Cette relation est souvent analysée selon le statut d'activité ou le secteur d'activité de la femme. Selon le statut d'activité, l'exercice d'une activité économique procure à la femme non seulement une certaine liberté, mais aussi des moyens financiers qui lui permettent de se procurer des produits contraceptifs modernes. Cette affirmation est soutenue par Ashford en ces termes : *« l'emploi exercé par la femme lui permet de gagner un revenu et d'exercer plus de contrôle sur ses ressources, ce qui lui permet de renforcer sa participation à la vie publique et d'améliorer ses aptitudes à la prise de décision, notamment celle du libre choix de limiter ses naissances »* (Ashford, 2003). À l'opposé, du fait de la non-gratuité des méthodes de contraception moderne, un manque de moyen financier chez une femme qui n'exerce aucune activité est déterminant dans le non-recours de cette dernière aux méthodes contraceptives. C'est ainsi qu'on affirme que les femmes inactives font plus d'enfants pas parce qu'elles en désirent autant, mais parce qu'elles n'ont pas les moyens nécessaires pour se procurer des produits et services de la Planification Familiale.

L'analyse des données des Enquêtes Mondiales sur la Fécondité de 1976 a montré que dans toutes les sociétés et dans toutes les cultures, il existe une corrélation étroite entre le travail des femmes et leur fécondité, notamment en milieu urbain. Bien qu'il soit difficile de déterminer le sens de la causalité, la notion fondamentale soutenue par cette thèse est que les femmes qui travaillent sont exposées au monde extérieur dont les valeurs sont théoriquement incompatibles avec les valeurs familiales. Ainsi si la femme travaille en plein temps, loin de son foyer et en tant que salariée, le temps, l'énergie et l'intérêt absorbés par son activité ne peuvent être consacrés à la mise au monde des enfants (Ouedraogo, 2018, p. 50). C'est ainsi qu'il naît chez elle un certain conflit entre son statut de travailleuse et son rôle de mère au foyer. Pour trouver un juste équilibre, elle est amenée à faire un choix et le plus souvent celui-ci s'opère en faveur de la réduction du nombre d'enfants grâce aux moyens contraceptifs (Rwenge, 1994).

En outre, selon le secteur d'activité, il existe une relation négative entre l'activité économique de la femme et sa fécondité. En effet, les femmes qui exercent dans les secteurs modernes ont tendance à faire peu d'enfants compte tenu du conflit qu'il y a entre les rôles de production et de reproduction. Par contre, celles qui travaillent dans le secteur traditionnel ont besoin de plus de main d'œuvre ; une forte fécondité leur permettra d'optimiser sa productivité. Ce qui justifie le fait que ces dernières ne recourent pratiquement pas aux méthodes contraceptives. Comme l'affirme Shapiro : *« Les activités agricoles correspondent à une fécondité élevée et aux activités indépendantes ou à toute autre activité salariale moderne correspond une faible fécondité »* (Shapiro et Tambashe, 1994).

(c) Le niveau d'instruction

La Banque mondiale considère l'éducation comme *« l'investissement le plus influent que l'on puisse faire dans le monde en développement »* (HIP, 2014). En effet, l'éducation est associée à des caractéristiques qui pourraient conduire une femme à choisir moins d'enfants : compétences en lecture, plus grande autonomie personnelle et exposition à de nouvelles valeurs, de nouvelles idées et de nouveaux modèles.

En introduisant de nouvelles valeurs, l'éducation met ainsi l'individu en face d'autres modes de pensée susceptibles de remettre en cause les valeurs traditionnelles véhiculées au sein des groupes sociaux formés par les religions et les ethnies (Rwenge, 1994). Elle contribue donc à la transformation des modèles culturels.

Intérêt de l'éducation pour les adolescentes

Aider les filles à rester à l'école jusqu'au niveau secondaire est l'une des nombreuses « pratiques à fort impact de la planification familiale » (HIP) identifiées par un groupe consultatif technique d'experts internationaux. Lorsqu'ils sont étendus et institutionnalisés, les HIP visent à maximiser les investissements dans une stratégie globale de planification familiale (HIP, 2013 ; cité par HIP, 2014).

Les investissements qui favorisent le maintien des filles à l'école, en particulier dans le secondaire, ont des avantages sanitaires et de développement considérables et à long terme pour les individus, les familles et les communautés (HIP, 2014). Les données démontrent systématiquement une relation forte et positive entre un niveau d'éducation formel accru chez les filles et des comportements sexuels et reproductifs plus sains, y compris l'utilisation de contraceptifs (DHS Program, 2012 ; Lloyd, 2005 ; Mboup et Saha, 1998 ; cités par HIP, 2014). L'éducation des filles contribue à améliorer l'équité entre les sexes en augmentant le pouvoir d'action et en leur donnant les moyens de participer à la prise de décisions qui affectent leurs familles et le développement de leurs communautés. Les avantages de l'éducation des filles vont au-delà de la réussite individuelle pour influencer l'économie des ménages. En moyenne, pour chaque année d'éducation supplémentaire, le salaire d'un individu augmente d'environ 10 % (équipe du Rapport mondial de suivi sur l'Éducation Pour Tous (EPT), 2014 ; HIP, 2014).

L'accès à des services de contraception de haute qualité pour les jeunes joue également un rôle clé en aidant les filles à éviter une grossesse non désirée afin de poursuivre leurs objectifs éducatifs (HIP, 2014).

Impact de l'éducation des filles sur le comportement reproductif

Bien que la relation entre le niveau d'instruction et les comportements et résultats en matière de santé sexuelle et reproductive soit complexe et bidirectionnelle, de fortes associations entre l'éducation et le comportement reproductif sont observées de manière systématique dans une grande variété de contextes sociaux et économiques et au fil du temps (HIP, 2014).

Les femmes instruites sont plus susceptibles de retarder le mariage et les premières naissances ainsi que de s'engager dans d'autres comportements protecteurs en matière de santé (HIP, 2014). Des recherches menées dans les pays en développement montrent que les filles qui fréquentent l'école formelle retardent l'entrée dans la vie sexuelle, se marient et commencent à procréer à un âge plus avancé, et ont des taux inférieurs de VIH et d'autres morbidités (Lloyd, 2005 ; cité par HIP, 2014). Un examen des facteurs de risque et de protection chez les adolescents a révélé qu'un niveau élevé de scolarité était associé à un retard de l'initiation sexuelle et à une probabilité accrue d'utilisation de la contraception, y compris les préservatifs (Mmari et Sabherwal, 2013 ; cités par HIP, 2014).

L'éducation des femmes est associée à un large éventail de résultats positifs pour la santé des enfants (HIP, 2014). Des chercheurs estiment ainsi que plus de 50 % de la réduction des décès d'enfants entre 1970 et 2009 pourrait être attribuée à l'amélioration du niveau de scolarité des femmes en âge de procréer (Gakidou et al., 2010 ; cité par HIP, 2014). Chaque année additionnelle d'éducation des mères augmente leurs chances de recourir aux soins prénatals (Currie et Moretti, 2003 ; cité par HIP, 2014). Les enfants des mères instruites sont plus susceptibles que les enfants de mères non instruites d'avoir un poids à la naissance plus élevé, moins susceptibles de mourir pendant la petite enfance et plus susceptibles d'être immunisés (Muula et al., 2011 ; Chou et al., 2007 ; cité par HIP, 2014). Ces relations sont observées chez les mères ayant un niveau d'éducation primaire et deviennent plus fortes avec le niveau secondaire l'éducation (Chou et al., 2007 ; cité par HIP, 2014).

Des investissements complémentaires dans l'éducation et la planification familiale peuvent accélérer la transition de la fécondité et faciliter le développement (HIP, 2014). Une étude analysant les tendances à long terme de la relation entre l'éducation et la transition de la fécondité a conclu que *« en moyenne, les pays avec un niveau d'éducation plus élevé avaient tendance à être plus avancés et à avoir une émergence plus précoce de l'utilisation de la contraception moderne ... et donc avoir une baisse de la fécondité plus tôt »* (Garenne, 2012 ; cité par HIP, 2014). Un modèle de projection démographique utilisant des données de l'Inde a prédit que les investissements dans l'éducation et les programmes de planification familiale auront les impacts les plus importants sur le ralentissement de la croissance de la population par rapport à l'investissement dans un seul aspect, et qu'ensemble, ces investissements auront des effets considérables sur le genre, l'équité et la croissance économique (Jiang et Hardee, 2014 ; cité par HIP, 2014). Sur la base de données de 105 pays, des chercheurs ont conclu que les investissements dans l'enseignement primaire et secondaire universel jouaient un « rôle décisif » pour sortir les pays de la pauvreté et réduire les taux de fécondité (Crespo et al., 2013 ; cité par HIP, 2014).

Les femmes instruites sont plus susceptibles d'avoir moins d'enfants et d'utiliser une contraception moderne (HIP, 2014). Des recherches montrent systématiquement une forte corrélation entre un niveau de scolarité plus élevé des femmes et l'utilisation de la contraception et une réduction des grossesses. Dans les pays avec de grandes différences de niveaux d'éducation, les femmes sans instruction ont, en moyenne, jusqu'à 3 enfants de plus au cours de leur vie que les femmes ayant atteint un niveau d'éducation secondaire ou supérieur (Asiimwe et al., 2013 ; DHS Program, 2012 ; Mboup et Saha, 1998 ; cités par HIP, 2014). De même, dans ces pays, les niveaux d'utilisation de la contraception moderne sont de 30 % à 70 % plus élevés chez les femmes de niveau d'enseignement primaire ou secondaire que chez les femmes sans instruction (HIP, 2014).

(d) Le niveau d'alphabétisation

La capacité à lire semble jouer un rôle particulier dans l'influence des décisions en matière de procréation. Ainsi, améliorer les compétences en lecture, en améliorant la qualité de l'école et en proposant des programmes éducatifs à ceux qui ne sont pas scolarisés, a des retours importants sur l'économie, la population et la santé (HIP, 2014).

(3) Facteurs socioculturels et utilisation de la contraception moderne

Les variables socioculturelles contribuent à la formation des modèles culturels constituant des cadres de pensée et de pratique connus et valorisés socialement par les membres de la communauté. Elles sont des condensés d'un ensemble de normes, d'images, d'habitudes, d'idées, de pratiques quotidiennes, de nécessités, auxquels se réfère l'individu dans sa vie quotidienne.

(a) Le milieu de socialisation

Le milieu de socialisation, défini comme celui dans lequel la femme a passé la plus grande partie de son enfance (jusqu'à l'âge de la puberté, soit de la naissance à l'âge de 12 ou 13 ans). La socialisation est la période pendant laquelle l'individu intériorise les normes et les valeurs culturelles du groupe social auquel il appartient, à travers des mœurs, des traditions et des rites qui forgent sa personnalité et guident ses choix en matière de fécondité. Si les milieux urbains véhiculent des valeurs de nature à défavoriser la forte fécondité, les zones rurales créent des conditions favorables à une descendance nombreuse (Rwenge, 1994). Aussi, les normes et valeurs traditionnelles en matière de fécondité sont plus respectées par la femme qui a passé toute son enfance en milieu rural que par celle qui l'a passée en ville du fait, pense-t-on généralement, de l'éducation à la vie traditionnelle acquise depuis l'enfance (Akam, 1989).

En outre, dans la plupart des études sur la fécondité, le milieu de socialisation est étudié en opposant le milieu où la femme a grandi et celui où elle vit au moment l'enquête (rural, grande ville et/ou petite ville). Mais cette opposition sous-entend une autre, celle entre les cultures traditionnelles et celles modernes. Ce sont ces deux derniers aspects qui déterminent en fait la prédominance du contexte de réalisation de la fécondité sur celui de la socialisation (Wakam, 2004, p. 133). De ce fait, les valeurs acquises par la femme lors de sa socialisation peuvent influencer sa vie génésique à travers sa nuptialité, son comportement contraceptif, ses comportements postpartum, ses attitudes limitant sa cohabitation sexuelle ou d'autres traits liés à sa vie procréative.

(b) L'ethnie

L'apparence ethnique est un facteur important de différenciation comportementale surtout en Afrique noire où les normes, notamment en matière de fécondité, varient significativement selon les ethnies. Définie comme étant « un lieu de production et de reproduction des modèles culturels qui modulent les comportements des individus » (Akam, 2005), l'ethnie forge le comportement procréatif de la femme et par voie de conséquence, sa propension à recourir ou pas aux méthodes contraceptives modernes. L'ethnie détermine en effet les normes sociétales et définit la place et le rôle des individus dans la société. Elle confère aux individus des cadres de pensées et de pratiques qui créent un comportement acquis, caractéristiques de chaque ethnie et transmissibles au point de sembler innées. C'est ce qui expliquerait les comportements différentiels selon l'ethnie en matière de fécondité.

Aussi, bien que les décisions se prennent au niveau des individus, du couple ou de la famille, c'est entre autres au niveau agrégé, c'est-à-dire au niveau des ethnies, que s'élaborent et se développent des stratégies globales de reproduction. Le fait que les ethnies ont des comportements spécifiques et qu'elles pratiquent une ségrégation culturelle et sexuelle en se métissant rarement avec d'autres (Sala-Diakanda, 1988 : 195) peut rendre vraisemblable la disparité des taux de non-utilisation de la contraception moderne dans le pays. Les variations interethniques en matière de pratique contraceptive sont aussi observées par Rwenge (1994) dans une étude portant sur les femmes béninoises en union tandis qu'Ali et Cleland (1995) notent l'existence dans certaines sociétés africaines de mauvaises perceptions de la contraception moderne. « *L'ethnie est en effet le lieu de production et de reproduction des modèles culturels qui modulent les comportements des individus* » (Akam, 2007 : 17). À cet effet, c'est l'un des principaux éléments qui forge la personnalité de tout individu.

En outre, l'appartenance ethnique est déterminante dans la connaissance et la pratique de la contraception moderne. En effet, Selon Rwenge (1994) : « *les variations de la connaissance et de la pratique de la contraception moderne selon l'ethnie et la religion en Afrique au sud du Sahara sont essentiellement dues aux différences d'affinité à l'idéologie nataliste traditionnelle, donc aux différences d'ouverture à l'idéologie moderniste, capitaliste et malthusienne occidentale* » (Rwenge, 1994).

(c) La religion

La religion joue un rôle fondamental dans la vie des croyants, par conséquent les croyances religieuses influencent leurs comportements en général et leurs aptitudes à recourir ou non aux contraceptifs en particulier. Ainsi, pour Akam : « *la religion apparaît comme le trait culturel le plus discriminant en matière de pratique contraceptive* ». Il poursuit en soutenant que : « *À chaque religion donnée correspond un type de comportement dans la mesure où tous les adeptes sont à priori formés dans un même moule doctrinal de référence* » (Akam, 2007). Dans la même lancée, Akoto (cité par Akam, 1990) soutient que « *la religion véhicule un certain nombre de valeurs et de normes qui régissent la vie des fidèles sur le plan comportemental, physiologique et psychique* » (Akoto, cité par Akam, 1990 : 67). C'est elle qui sous-tend, en les en légitimant, les pratiques des acteurs, soit par la reproduction de la société, soit pour un changement » (Houtart et Lemerminier, cités par Akoto, 1993 : 97). Elle joue un rôle dynamique en tant que modèle culturel et unit en une même communauté morale tous ceux qui y adhèrent. Par conséquent, elle est un facteur significatif de différenciation des comportements de la population vis-à-vis de la fécondité.

Les lois et les sanctions qui accompagnent chaque religion constituent des agents transmetteurs de l'éducation. Dans la plupart des religions, l'enfant est perçu comme un don de Dieu et par conséquent toute pratique contraceptive allant à l'encontre des règles et principes religieux est interdite. C'est ainsi que la religion chrétienne encourage la forte fécondité. Ce populationnisme chrétien découle du commandement de la Genèse et des interprétations auxquelles il a donné naissance : « *Croissez, multipliez-vous et remplissez toute la terre* ». En dehors de l'amour de la vie, une autre croyance guide la réflexion des chrétiens : « *tous les enfants qui naissent sont des élus en puissance* ». Le Saint Siège a déclaré que les méthodes contraceptives modernes sont irrecevables au plan moral, avec évidemment des services qui ne respectent ni la liberté des époux, ni la dignité de l'être humain et leurs droits fondamentaux (Nations unies, 2010, p. 163-164). De même, l'Islam recommande d'ajuster sa fécondité à ses moyens de subsistance. Pour y parvenir, la loi musulmane recommande le coït interrompu en tant que pratique contraceptive mentionnée dans le Coran (Rashid, 1994, p.2 ; cité par Sala-Diakanda, 1996).

La foi dans la providence active d'Allah est un facteur nataliste important en Islam. C'est Allah qui crée la sexualité, décide de la procréation et de la stérilité et toute âme qu'Il a jugée digne de créer doit naître malgré tout. Comme mentionné dans le verset coranique : « *les enfants sont l'un des bienfaits les plus précieux d'Allah* ». L'avortement, surtout à partir d'un certain stade de grossesse, est strictement condamné sur la base de la sourate 17, verset 30 : « *Ne tuez pas vos enfants par crainte de pauvreté* » ; la stérilisation irréversible a aussi été condamnée par le comité Fatwa de l'Université El Azhar du Caire.

En ce qui concerne les croyances religieuses, la plupart d'elles estiment que « *nos enfants ne sont pas nos enfants* ». Selon ces croyances, les parents, ne sont que des canaux par lesquels s'exprime la vie qui n'est qu'un don de Dieu. Ils n'ont donc pas le droit d'interrompre la vie ou d'empêcher sa manifestation.

Pratiquement toutes les confessions religieuses établies en Afrique sont natalistes, même si elles acceptent plus ou moins le principe de régulation des naissances. Elles divergent cependant sur les moyens à mettre en œuvre pour y arriver, comme d'ailleurs ce fut le cas à la conférence des évêques de Lambeth en 1930 et tout récemment entre les différentes délégations à la conférence de Caire.

Dans une étude, Sala-Diakanda (1996) a dégagé les contradictions existant entre les confessions religieuses sur les questions relatives à la contraception. Ainsi, l'auteur montre qu'à l'occasion du forum des ONG organisé parallèlement à la conférence du Caire, le conseil des églises, réunissant les protestants, les anglicans et orthodoxes, avait souligné que, bien que les églises qu'il représente aient des approches différentes des questions concernant la sexualité, les méthodes contraceptives et l'avortement, elles sont contre la considération de l'avortement parmi les méthodes contraceptives. L'auteur ajoute que le conseil est même allé loin en affirmant que le recours légal à l'avortement sous bonne surveillance médicale, eu égard les traitements injustes et l'exploitation systématique auxquels sont soumises les femmes, est une nécessité morale. La position des églises protestantes semble être souple dans la mesure où elle admet l'utilisation de la contraception moderne et même l'avortement sous le contrôle médical.

Par ailleurs, réagissant à ce qui pourrait être considéré comme le « réalisme protestant », l'église catholique avait, la même année, précisé la sienne dans l'encyclique *Casti Connubii* du pape Pie XI : l'église catholique manifeste une opposition radicale aux méthodes contraceptives. Toutefois, en 1951, une révision introduite par Pie XII permet, dans certaines circonstances, le recours à certaines méthodes contraceptives. Cette nouvelle position réaffirmée par Paul VI en 1968 dans son encyclique *Humanae Vitae*, est reprise par Jean-Paul II en 1981 dans une exhortation apostolique *Familialis Consortio*. L'église catholique, qui a réitéré très fortement sa position au Caire et ainsi joué son rôle de premier plan lors des débats, considère que ce qui est présenté comme la « bombe démographique » mondiale se révèle de plus en plus être un mythe qui justifie « l'impératif contraceptif » actuel. Le Saint Siège désapprouve les méthodes de planification familiale irrecevables au plan moral avec évidemment des services qui ne respectent ni la liberté des époux, ni la dignité de l'être humain et leurs droits fondamentaux (Nations Unies, 1994, pp. 163-164 ; cité par Sala-Diakanda : 1996).

Quant à l'islam, il constitue également une barrière à la diffusion de la planification familiale, tant par sa doctrine proprement dite concernant la contraception que par sa conception de la famille. La loi musulmane admet en effet le AZL, ou coït interrompu, en tant que pratique sexuelle mentionnée dans le Coran pour éviter d'avoir une progéniture nombreuse, et donc des grossesses non désirées (Rashid, 1994, p.2 ; cité par Sala-Diakanda, 1996).

À travers ces récits bibliques et coraniques, nous remarquons que ces deux religions (que pratiquent près de neuf Guinéens sur dix) sont favorables à une forte fécondité et le recours à certaines méthodes contraceptives modernes y est prohibé. Ainsi, le poids de la religion sur les adeptes freine le recours aux méthodes contraceptives modernes.

Le christianisme est perçu comme une marque de modernisation, parce que non seulement religion du colon, mais aussi très lié à la scolarisation et pratiqué par les premiers scolarisés (Assogba, 1989). Par contre, les religions traditionnelle et musulmane sont perçues comme des obstacles majeurs aux changements des mentalités en matière de reproduction en Afrique (Schoumaker, 1988).

Il est ainsi à retenir de ce qui précède que la plupart des valeurs traditionnelles africaines en matière de la procréation et de planification familiale sont natalistes. En ce qui concerne les valeurs religieuses quelques légères différences ont été relevées selon les protestants et les catholiques et entre ces derniers et les musulmans.

(d) Le milieu de résidence

L'urbanisation et la scolarisation sont les deux facteurs de changement social les plus importants en Afrique au Sud du Sahara (Rwenge, 1997). Elles conduisent généralement à un meilleur statut socioéconomique mais elles favorisent aussi, et surtout, le contact aux nouvelles idées : les mass média, le cinéma et d'autres infrastructures. Ainsi, comme le souligne Wakam (1994 : 268) « les processus d'urbanisation et de scolarisation sont les plus susceptibles d'amener ceux qui y sont soumis à renoncer — consciemment ou inconsciemment et de gré ou de force — aux comportements traditionnels et à devenir de puissants vecteurs de changement dans la société ». Outre les changements qu'entraîne l'urbanisation sur les modes de penser et d'agir, à travers l'éducation et les infrastructures urbaines, ce facteur induit des changements au niveau des modes de vie notamment, les modes de production, le type de logement, l'accès au revenu, . . . (Rwenge, 1997).

L'effet du milieu de résidence sur l'utilisation de la contraception a une double explication. D'une part, le peu des moyens dont disposent les États, notamment en Afrique, les oblige à faire un arbitrage dans la répartition des infrastructures sanitaires et sociales ; d'autre part, la force du contrôle social qui diffère selon le milieu de résidence constitue un déterminant de l'utilisation de la contraception. Ainsi, en Afrique, les structures sanitaires sont généralement concentrées dans les centres urbains. Cette répartition inégale des infrastructures sanitaires limite considérablement l'accès à la contraception moderne dans les milieux ruraux. Par ailleurs, les contraintes sociales sont marquées en milieu rural et restreignent la liberté des femmes. Aussi, les enfants y sont appréciés non seulement parce qu'ils perpétuent la lignée mais aussi parce qu'ils représentent une main d'œuvre, notamment pour les travaux agricoles.

En Tunisie, la forte influence du milieu d'habitat sur l'utilisation de la contraception moderne provient du fait que l'installation des services de PF a débuté en milieu urbain où ils sont très développés ; ce n'est que tardivement et de façon progressive que ces services ont été étendus au milieu rural où ils sont relativement moins développés, surtout dans les zones enclavées (Akoto et Kamdem, 2001).

Salami-Odjo (1997) fait observer qu'au Togo, les variables socio-économiques (instruction et activité économique) ne créent des différences importantes en matière de pratique contraceptive qu'en milieu urbain. Le même résultat est observé au Burkina Faso par Congo (2007) qui a noté que, quel que soit le standing de l'habitat, le fait de résider en milieu rural n'entraîne pas une utilisation accrue des méthodes modernes. Deux hypothèses peuvent expliquer ces résultats. La première renvoie au problème de disponibilité et d'accessibilité (géographique notamment) des produits contraceptifs en milieu rural. La deuxième est liée aux pesanteurs sociales encore très marquées en milieu rural.

Bref, le lieu de résidence pendant l'enquête détermine non seulement l'environnement culturel de la femme mais aussi les opportunités économiques auxquelles elle peut accéder. Le milieu rural est favorable au maintien des comportements traditionnels et offre peu d'opportunités économiques tandis que le milieu urbain contribue à la modification des valeurs traditionnelles tout en imposant des contraintes pour la reproduction en raison des opportunités économiques offertes aux femmes.

Ainsi, en milieu urbain où les femmes sont plus exposées aux valeurs extérieures, la tendance serait vers une homogénéité des comportements. En milieu rural, par contre, l'individu est fortement lié à son groupe d'appartenance ethnique.

(4) Caractéristiques du conjoint et utilisation de la contraception moderne

La femme, de par son rôle dans le processus de reproduction, constitue souvent l'unité d'analyse privilégiée de la plupart des études qui s'intéressent aux mécanismes déterminant les comportements contraceptifs. Récemment, la nécessité de mieux clarifier le rôle joué par les hommes commence à se faire sentir, notamment parce que la théorie classique de la transition démographique ne permet pas d'expliquer totalement les changements de fécondité dans certains contextes culturels (Greene et Biddlecom, 1997). En effet, des recherches ont mis en évidence le fait que la reproduction est davantage un comportement de couple qu'un choix individuel (Bankole, 1995 ; cité par Noubissi et Anderson, 1999).

En 1993 déjà, Dodoo soulignait que « *Demographic research in developing countries has traditionally neglected the role of male input into reproductive decision making. This has contributed significantly to the general inability to resolve the fertility problem in sub-Saharan Africa* »⁸. Il note également que « *the incorporation of male attitudes can only facilitate and improve our understanding of reproductive behavior in developing countries* »⁹. Il conclut en disant que « *Future research on fertility issues should endeavor to include the male perspective ; it is logical that in societies where males are as influential as they are in sub-Saharan Africa, excluding them from research is inexplicable. [...] Programs targeted at women will do better to expand their focus to include male partners* »¹⁰.

⁸ La recherche démographique dans les pays en développement a traditionnellement négligé le rôle des hommes dans la prise de décision en matière de reproduction. Cela a contribué de manière significative à l'incapacité générale à résoudre le problème de fertilité en Afrique subsaharienne.

⁹ L'intégration des attitudes masculines ne peut que faciliter et améliorer notre compréhension du comportement reproductif dans les pays en développement.

¹⁰ Les recherches futures sur les questions de fertilité devraient s'efforcer d'inclure la perspective masculine ; il est logique que dans les sociétés où les hommes sont aussi influents qu'en Afrique subsaharienne, les exclure de la recherche est inexplicable. [...] Les programmes destinés aux femmes feront mieux d'élargir leur champ d'action afin d'inclure les partenaires masculins.

Dans la même lancée, Becker (1996) estime que les efforts récents des chercheurs en sciences sociales pour mieux connaître les obstacles au recours à la contraception moderne ont montré que, même si les femmes demeurent les principales bénéficiaires des services de santé reproductive, les décisions à l'issue desquelles elles utilisent ces services sont généralement prises à l'intérieur des couples, donc relèvent aussi de l'homme.

Akam et Ngoy (2001) soutiennent, de leur part, que la prise en compte des caractéristiques liées au mari dans la recherche de l'explication des phénomènes démographiques, notamment la fécondité et la PF, est une piste intéressante à explorer.

Plus récemment, Andro et Hertrich (2002) rappellent que « *There is a tendency to forget that contraception -and the decision to use it- involves two persons. This is so the world over, but it can have particular significance in societies where the status of women means they have little freedom of choice compared with their husband or partner* »¹¹.

Parmi les caractéristiques du conjoint utilisées dans les études empiriques sur l'utilisation de la contraception moderne, le niveau d'instruction et l'activité économique sont certainement les plus courantes.

¹¹ On a tendance à oublier que la contraception - et la décision de l'utiliser - implique deux personnes. Il en est ainsi dans le monde entier, mais cela peut avoir une signification particulière dans les sociétés où le statut de la femme est tel qu'elles ont peu de liberté de choix par rapport à leur mari ou partenaire.

(a) Le niveau d'instruction du conjoint

Dans le contexte africain, les décisions importantes du ménage, surtout celles relatives à la fécondité, reviennent à l'homme. L'instruction de ce dernier, qui favorise son ouverture d'esprit aux valeurs nouvelles, est déterminante dans le comportement contraceptif de la femme. En effet, un homme instruit a souvent tendance à vouloir peu d'enfants, il est par conséquent favorable à la pratique contraceptive. Akam montre ainsi que « *pour tout type de contraception, l'association entre l'instruction du conjoint et la fécondité est significative* ». Il poursuit en affirmant que : « *les femmes dont les conjoints sont instruits ont plus de chance d'utiliser la contraception que celles qui ont des conjoints non instruits* » (Akam, 2005). Akoto et Kamdem montrent aussi que, comparativement à une femme dont le conjoint est non instruit, celle dont le conjoint a suivi au moins 7 années d'études, a plus de chance (50 % au Cameroun et 23 % au Kenya) de recourir aux méthodes contraceptives modernes (Akoto & Kamdem, 2001). Cependant, malgré son influence, l'instruction du conjoint reste moindre par rapport à celle de la femme (Akam, 2007). Toutefois, elle demeure pertinente dans l'explication du comportement contraceptif du couple.

(b) L'activité économique du conjoint

L'activité économique de l'homme (principal pourvoyeur de fonds du ménage) est déterminante dans le recours de la conjointe à la contraception. Le fait qu'un conjoint promeut la Planification Familiale au sein du couple dépendra de son secteur d'activité. Ainsi, un conjoint qui exerce dans un secteur moderne aura tendance à vouloir peu d'enfants, donc incitera sa conjointe à recourir à la contraception. Par contre, celui qui travaille dans le secteur agricole, toutes choses égales par ailleurs, aura tendance à favoriser la forte fécondité pour lui servir de main d'œuvre. À cet effet, il manifeste le plus souvent un avis défavorable à la Planification Familiale.

(5) Rapports de genre et utilisation de la contraception moderne

Dans les sociétés traditionnelles africaines, le pouvoir de décision au sein du couple appartient à l'homme ; c'est en général lui qui décide du nombre d'enfants. Cette autorité de l'homme est très prononcée dans les sociétés patriarcales marquées par une domination exclusive de l'homme sur les conjointes. Les approches de genre ont pour vocation de replacer au centre, les rapports entre hommes et femmes sur leurs capacités d'action en matière de prise de décision.

Le genre désigne la position sociale des hommes et des femmes dans la société, par voie de conséquence le rapport entre les deux sexes car les positions de l'un et de l'autre sont liées (Godelier, 1978). À l'opposé du sexe qui distingue les femmes et les hommes du point de vue biologique, le genre les distingue du point de vue social et culturel. L'approche genre apparaît donc pertinente pour cerner le comportement des individus face à la Planification Familiale, car elle prend en compte non seulement les caractéristiques individuelles des partenaires mais aussi le rôle que la société attribue à chacun d'entre eux au sein du couple.

Pour Fassassi, (2007 : 42), les interactions dans le couple constituent des facteurs importants de l'utilisation de la contraception. En effet, écrit-il : « *Lorsque la communication est établie réellement au sein du couple, la femme a des chances accrues de pratiquer la contraception. Ainsi, la discussion au sein du couple sur les questions de Planification familiale et l'opinion favorable du mari vis-à-vis de la contraception sont des facteurs importants d'une adhésion féminine à la pratique contraceptive* ».

(a) La discussion au sein du couple sur la PF

La communication au sein du couple permet à la femme, acteur privilégié dans le domaine de la procréation¹², de présenter et de faire passer des idées, la femme affiche alors de plus en plus des attitudes et comportements favorables à la planification familiale, même si le mari reste attaché à une forte fécondité. En effet, selon Vignikin (2004), la discussion au sein du couple crée une atmosphère de confiance et de complicité entre les conjoints, qui favorise une fécondité responsable.

Par ailleurs, en matière de fécondité, la réalisation effective des choix ou des aspirations doit provenir d'un consensus entre les partenaires. En effet, la discussion au sein du couple sur les questions de Planification Familiale et l'opinion favorable du mari vis-à-vis de la contraception, sont des facteurs importants d'une adhésion féminine à la pratique contraceptive (Fassassi, 2007). Dans cette même lancée, Gansaonre et Rwenge montrent que la discussion au sein du couple sur la PF constitue un facteur explicatif de la pratique contraceptive. Ils indiquent que les femmes qui discutent souvent avec leurs conjoints sur la PF ont 2,01 (Gansaonre) et 1,62 (Rwenge) fois plus de chance de recourir aux méthodes contraceptives modernes que celles qui n'en discutent pas (Gansaonre, 2012 ; Rwenge, 2007). De même, Akoto montre que les femmes camerounaises qui discutent souvent de la PF avec leurs conjoints ont 50 % moins de chance d'avoir des besoins non satisfaits en limitation des naissances que celles qui ne le font jamais (Akoto et al., 2002).

¹² Traditionnellement, les démographes considèrent la femme comme l'acteur privilégié de la fécondité. Ce n'est que relativement récemment que l'on s'est interrogé sur le comportement des hommes (Donadje, 1992).

De plus, la procréation est une affaire de couple et non la résultante d'un choix individuel. La décision de recourir à une méthode contraceptive doit résulter d'une décision bilatérale au sein du couple, si elle se veut durable et sans conséquence sur l'harmonie et la quiétude au sein du couple. Ainsi, un couple qui se veut épanoui dans sa vie procréative doit favoriser la discussion sur leurs projets de fécondité et promouvoir une prise de décision à l'unanimité, en prenant en compte l'avis de chacun de deux protagonistes. Le nombre d'enfants au sein du couple et le recours à la contraception, sont le résultat d'une négociation au sein des couples, dont l'issue reflète le plus souvent le pouvoir relatif des partenaires dans la prise de décision au sein du couple (Tchitou et Vignikin, 2008).

(b) Écart d'âges entre conjoints

À partir des données des EDS réalisées dans 18 pays africains dans les années 90 et le début des années 2000, Barbieri et Hertrich ont analysé l'influence de l'écart d'âge entre conjoints sur la pratique contraceptive moderne. Les résultats obtenus montrent qu'une forte inégalité d'âges entre les conjoints constitue un frein à la pratique contraceptive, probablement parce qu'elle crée des conditions défavorables à la fois à une prise de décision individuelle de la part des femmes, en position de cadettes, et à l'élaboration de projets conjugaux entre des conjoints appartenant à des générations éloignées. En effet, les auteures montrent que la contraception moderne est plus utilisée dans les couples les plus proches par l'âge, à niveau d'instruction égal. En revanche, les femmes mariées à des hommes sensiblement plus âgés sont toujours moins utilisatrices de la contraception moderne, ce qui indique leur désavantage dans la recherche d'une marge de manœuvre plus grande ou dans l'élaboration de projets conjugaux concertés.

(6) Variables intermédiaires et utilisation de la contraception moderne

Le concept de « variables intermédiaires » est apparu dans les années 1950 avec les travaux de Davis et Blake (1956). Ces auteurs ont développé un modèle permettant d'identifier les variables dites intermédiaires, à travers lesquelles s'exerce toute influence sur un phénomène donné. Le postulat de base qui sous-tend ce modèle est que, tous les facteurs au niveau macro-sociétal, susceptibles d'avoir des influences sur le phénomène, passent d'abord par au moins une variable intermédiaire qui, à son tour, agit directement sur le phénomène étudié (Davis et Blake, 1956). D'où leur désignation de déterminants proches du phénomène étudié.

(a) L'attitude de la femme et l'attitude du conjoint sur la PF

Selon Vignikin (2004), l'approbation du conjoint est un facteur non négligeable de l'adhésion aux méthodes de contraception en Afrique. En effet, selon lui, en général, les femmes ne sont pas toujours contre la pratique contraceptive moderne mais la peur d'aller à l'encontre des désirs de leur conjoint est plus forte. Elles ont peur des conséquences de leurs actes si cela venait à se savoir. En effet, si dans la société l'on admet que l'homme puisse faire des projets sans consulter au préalable son épouse, il n'en va pas de même en ce qui concerne la femme. Ceci est très mal perçu par l'entourage et constitue un affront qui est considéré comme impardonnable par certains maris. Les représailles peuvent aller quelquefois jusqu'au divorce. Toutes ces conditions font que les femmes évitent parfois les centres de planification familiale de peur d'y être vues. Cependant, l'on constate de plus en plus, de la part de ces dernières, une pratique contraceptive cachée (Andro, 2000) que les femmes ne sont pas toujours prêtes à révéler lors des opérations de collecte des données, ce qui sous-estime la prévalence contraceptive.

En Afrique noire, le mariage étant une affaire de la communauté, l'avis du conjoint et de ses proches sur sa procréation peut donc influencer la pratique contraceptive de la femme. Kokou montre que le fait que le conjoint soit favorable à la PF augmente de 73 % les chances de la femme d'utiliser un contraceptif moderne (Kokou, 2007). De même, selon Andro, les objections et les attitudes négatives des conjoints en particulier et de ses proches en général à l'égard de la PF, peuvent empêcher les femmes d'utiliser les méthodes contraceptives même si elles ont un grand désir de planifier leurs naissances (Andro, 2000). Dans la même logique d'idées, Sanni trouve que l'approbation de la PF par le conjoint est une variable très importante de la dynamique en matière de contraception (Sanni, 2011).

Dans le contexte guinéen, les beaux-parents de la femme ont un pouvoir de décision important sur leur fils, ils ont toujours leurs mots à dire au sein du couple. Compte tenu du fait que, le plus souvent, ce sont eux qui valident ou imposent une conjointe à leur enfant, ils ont en retour le pouvoir de dissoudre le mariage. De ce fait, leur avis compte dans la vie procréative du couple. Ainsi, s'ils montrent une attitude favorable à la Planification Familiale alors il y a une forte chance que la femme y adhère.

L'opinion que la femme se fait des méthodes contraceptives modernes et celle de son conjoint peuvent avoir une influence sur le comportement contraceptif de la femme. Malgré que la femme soit l'actrice principale dans ce processus, l'attitude de l'homme compte autant car dans le contexte africain, c'est lui qui a le dernier mot sur les questions de fécondité au sein du couple. Ainsi, selon Attanasso, l'adhésion totale du conjoint à la Planification Familiale augmente les chances de sa partenaire de pratiquer la contraception quel que soit le type de méthode (Attanasso, 2007). Dans la même perspective, Vignikin soutient que les femmes dont les conjoints sont favorables à la PF sont fortement attirées par la contraception moderne et qu'à l'opposé, celles dont les conjoints ne sont pas favorables à la PF n'ont recours ni à la contraception moderne, ni à la contraception naturelle (Vignikin, 2004,). Dans le même ordre d'idées, Fall soutient que l'opinion du conjoint vis-à-vis de la Planification Familiale conditionne l'adhésion de la femme à la pratique contraceptive. Lorsque le conjoint est favorable à la PF, la femme a cinq fois plus de chance d'assumer le contrôle de sa fécondité par l'usage des moyens contraceptifs modernes, comparée à celle dont le conjoint désapprouve la PF (Fall, 2004).

En outre, tout comme l'avis de l'homme, celui de la femme est d'autant plus important car, il s'agit tout d'abord de sa santé. L'idée qu'elle se fait de la Planification Familiale, est en fait déterminée par la réalité des femmes de son entourage, mais aussi par les mauvaises expériences qu'elle a vécu suite aux effets secondaires de certains contraceptifs. Si elle a un avis favorable, alors même si le mari désapprouve ces pratiques, elle peut les utiliser en cachette.

(b) L'exposition aux messages sur la PF

Les programmes de radio et de télévision peuvent accroître la sensibilisation, promouvoir de nouvelles idées et encourager des comportements plus sains. L'éducation en matière de population peut être intégrée aux programmes scolaires et extrascolaires, véhiculant des informations sur le sida, l'égalité des sexes, la planification familiale, la parentalité responsable et autres sujets.

Dans certains contextes, la recherche suggère que l'éducation universelle peut être moins cruciale que par le passé pour la baisse des niveaux de fécondité. En Côte d'Ivoire et au Sénégal, qui n'ont pas atteint l'éducation universelle, la fécondité diminue considérablement depuis le début des années 1960. Des chercheurs (Lloyd et *al.*, 1999) estiment qu'un certain nombre de facteurs – y compris l'exposition à la radio et à la télévision – peuvent avoir joué le rôle que la scolarisation universelle a joué dans le passé.

Par ailleurs, l'exposition aux médias a été retenue dans plusieurs études (Akam et Kishimba, 2001 ; Akam, 2007 ; Fassassi, 2007) comme un facteur important susceptible d'influencer l'utilisation de la contraception moderne. En effet, ces moyens de communication constituent non seulement les principales sources d'information sur les méthodes contraceptives mais aussi sur leurs sources d'approvisionnement en contraceptifs. Aussi, dans les pays où l'éducation universelle n'est pas assez développée, l'exposition à la radio et à la télévision pourrait jouer le rôle qui était jadis dévolu à l'école en matière de Planification Familiale (USAID et OMS, 2008). Aussi constituent-ils de puissants vecteurs d'acculturation des individus.

Dans le contexte africain, la plupart des informations et communications sont véhiculées à travers les médias, notamment : la radio, la télévision, les journaux, les brochures et, plus récemment, l'Internet. De ce fait, ils constituent des outils indispensables pour faciliter les campagnes d'Information, d'Éducation et de Communication sur la Planification Familiale, favorisant ainsi la connaissance des méthodes contraceptives modernes et motivant les couples à recourir à ces dernières. Comme le souligne Akam : *« la radio reste et demeure la première source d'information, car la répartition territoriale des stations d'émission permet à tous de disposer de l'information dans les principales langues nationales, en plus des langues officielles que sont le français et l'anglais. L'exposition à ce média devrait donc améliorer sensiblement l'adhésion à la pratique contraceptive »* (Akam, 2005, p. 19).

Dès lors, les médias constituent un moyen d'éducation par excellence en matière de PF. De ce fait, l'exposition aux médias conduit à un changement de comportement en matière procréative des individus jadis pro natalistes. Vignikin constate ainsi que : *« non seulement les variables accès à un médium audio et accès à un médium visuel sont significativement associées à la pratique contraceptive, [...], les proximités locales révèlent une préférence très nette des femmes ayant accès à un média audio ou visuel pour les méthodes modernes alors que les femmes n'ayant pas accès à ces médias sont enclines à ne pas recourir à la contraception »* (Vignikin, 2004).

(c) La (bonne) connaissance des méthodes contraceptives

Le recours à la contraception suppose au préalable la connaissance d'au moins une méthode contraceptive et d'une source d'approvisionnement. Cependant, il existe un fossé entre la connaissance d'un contraceptif et son utilisation. En effet, selon Bangha, le fait de connaître l'existence des méthodes de contraception et les endroits où l'on peut obtenir des informations les concernant est un préalable à la pratique de la planification familiale. [...] Il existe néanmoins un fossé entre la connaissance des méthodes et leur utilisation (Bangha, 2000). De même, Kamdem et Akoto aboutissent à la conclusion selon laquelle malgré que dans les années quatre-vingts le Kenya soit l'un des pays d'Afrique subsaharienne où les méthodes contraceptives étaient les moins ignorées, cela n'a pas empêché que le pays enregistre l'un des taux de prévalence contraceptive les plus faibles du continent (Akoto et Kamdem, 2001). Des résultats similaires ont été obtenus par Delaunay et Becker en notant que : « *malgré une relative connaissance des moyens de contraception traditionnelle ou moderne, la pratique reste faible. [...], seulement 0,2 % des hommes et 1,5 % des femmes déclarent avoir déjà utilisé un moyen de contraceptif traditionnel, alors que 2,6 % des hommes et 1,5 % des femmes auraient déjà employé une méthode moderne* » (Delaunay et Becker, 2000).

1.2 Approches explicatives de la non-utilisation de la contraception moderne

La pratique contraceptive est un comportement humain et, en tant que tel, résulte d'une multitude de facteurs tant individuels que collectifs. Celle-ci est en effet soumise à l'influence du contexte (économique, social, politique, institutionnel et culturel) dans lequel vivent les individus et les couples mais aussi à des attributs individuels (niveau d'instruction, appartenance religieuse, etc.). De nombreuses études ont été menées en Afrique subsaharienne afin de contribuer à la résolution du problème posé par la persistance d'une fécondité élevée. Ces études visent à améliorer la connaissance des variables associées à la pratique contraceptive en général et à l'usage des méthodes modernes d'espacement des naissances en particulier. Pour ce faire, plusieurs approches explicatives ont été utilisées. Celles-ci peuvent se regrouper en trois catégories : l'approche politique et institutionnelle, l'approche de l'offre des services de PF et l'approche de la demande des services de PF.

1.2.1 Approche politique et institutionnelle

L'approche politique et institutionnelle soutient l'idée selon laquelle les comportements contraceptifs sont fonction des lois et programmes initiés par les décideurs en matière de santé de la reproduction (SR) en général et de PF en particulier. Elle met l'accent sur la motivation des décideurs (engagement politique) à mettre en place un environnement juridique et législatif favorable, la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des services de PF.

Selon les tenants de l'approche politique et institutionnelle, la pratique contraceptive moderne est freinée par un déficit d'offre tant quantitative que qualitative dans les services sanitaires. Sur le plan quantitatif, l'inégale répartition spatiale des formations sanitaires, l'éloignement des populations de ces dernières, le déficit du personnel médical et le manque d'équipements appropriés sont autant de facteurs explicatifs du non-recours aux services de santé (Rwenge, 2007a). Quant à l'aspect qualitatif, la qualité de l'accueil et la prestation des soins constituent les principaux facteurs qui expliquent le non-recours des femmes à la Planification Familiale (Jaffré *et al.*, 2003). Ce sont ces deux aspects que Beninguisse résume en affirmant que « *une offre quantitative et qualitative des services de Planification Familiale est une des conditions de la vigueur et du rayonnement des programmes* » (Beninguisse, 2002, p. 38). À cet effet, les agents de la santé doivent être de bons conseillers car l'absence d'informations sur l'efficacité, les insuffisances et les effets secondaires des différentes méthodes sont de nature à créer un climat de suspicion au sein des populations et d'engendrer leur méfiance vis-à-vis de ces dernières.

Depuis la conférence mondiale de la population de Mexico (1984), les gouvernements africains se sont engagés à mettre en place des programmes de planification familiale pour faire baisser la fécondité. Cependant, force est de constater que ces programmes ne bénéficient pas encore totalement de l'appui des gouvernements. Comme le dit Locoh (1991) : « *En dépit de la déclaration officielle, les programmes de planification familiale au quotidien ne sont pas soutenus par une volonté politique forte. Le Ghana, avec une politique de population centrée sur un objectif de baisse de fécondité, fait moins bien en ce sens que le Togo voisin (au moins en ville) qui n'a jamais eu de politique officielle et se montre pour le moins réticent à en définir une.* » La faible motivation des décideurs se manifeste, en effet, par l'absence d'un soutien légal, matériel et financier aux programmes de PF.

Dans le contexte africain, l'utilisation des méthodes contraceptives ainsi que les objectifs assignés à cette pratique dépendent d'abord du contexte politique et institutionnel de chaque pays (Akam et Ngoy, 2001). Ainsi, les incohérences entre les perceptions des gouvernements en matière de fécondité et leurs politiques dans ce domaine sont des facteurs qui peuvent agir sur la pratique contraceptive (Beninguisse, 2002). Locoh (1992 : 7) illustre cette situation en ces termes : « *Un groupe d'experts en population visite, au nord d'un pays d'Afrique sub-saharienne, un foyer pilote de sensibilisation à la planification familiale. Sur place, le foyer, en dépit de son titre, se réduit à une pièce munie de quelques bancs, une infirmerie tenue par deux agents de santé dépourvus de tous moyens de soigner, excepté leur grande bonne volonté et une parapharmacie financée par les villageois eux-mêmes. [...]* Pourtant, -la dénomination du foyer est là pour l'attester- un financement international a été accordé pour développer des actions de sensibilisation à la planification familiale... Il s'est égaré quelque part entre un ministère et le village, et les experts, perplexes, se demandaient quel type de « sensibilisation » serait possible dans un tel dénuement. »

Ces incohérences se manifestent aussi par un discours à double vitesse de la part des gouvernements africains (Looch, 1992) : un discours extraverti avec des positions officielles favorables aux programmes de planification familiale et un autre destiné aux citoyens, qui s'accompagne de restrictions à l'extension des services de planification familiale. Ce décalage fréquent entre les discours politiques et la réalité du terrain, illustrée par un faible niveau de priorité accordé à la PF dans ces pays, ne favorise pas l'utilisation de la contraception moderne. Ainsi, pour la réussite des programmes de PF en Afrique au sud du Sahara, Beninguise (2006) insiste sur la nécessité d'une adéquation entre l'environnement politico-institutionnel et la réalité des faits, qui entraînerait l'adoption d'une politique cohérente en matière de santé de la reproduction et des changements législatifs appropriés.

Aussi, certains pays voient dans le programme de PF un « programme destiné aux femmes », donc auquel ils n'accordent pas une priorité élevée (UNFPA, 2005). En outre, l'adoption de certaines législations qui restreignent l'accès aux services de PF à certaines couches sociales peut être considérée comme responsable de la non-diffusion de la pratique contraceptive notamment en Afrique sub-saharienne. Il existe en effet des pays où la législation interdit la prescription des contraceptifs aux femmes en union sans l'aval de leur conjoint ou la prescription des injectables aux femmes sans enfants (OMS, 1997). On a constaté que certains pays ont élaboré des programmes de planification familiale tout en maintenant la loi française de 1920 qui interdisait pourtant la diffusion des produits contraceptifs. En Guinée, par exemple, la loi de 1920 (bis)¹³ a été maintenue jusqu'en 2005 même si les autorités ont accepté de promouvoir la planification familiale. Une telle situation permet à tout citoyen de saisir un juge compétent ou d'engager des poursuites judiciaires contre la propagande de méthodes contraceptives.

¹³ En 1965, le gouvernement a adopté une loi qui reprend dans le fond la loi française de 1920.

Par ailleurs, même si des programmes de PF sont mis en œuvre, les objectifs qui leur sont assignés conditionnent largement les comportements contraceptifs. Le contexte économique joue également un rôle dans la non-utilisation de la contraception moderne. En effet, une situation économique favorable permet au pouvoir politique de soutenir les programmes de PF et de mettre en œuvre les programmes susceptibles de favoriser la demande de la contraception (Akam et NGoy, 2001). L'engagement de certains pays africains de réduire la fécondité a été hypothéqué par les programmes d'austérité qui leur ont été imposés dans les années 1990. Le corollaire de cette situation est la hausse des prix des contraceptifs au niveau des utilisateurs. Or, comme le note Lewis (cité par Salami-Odjo, 1997) la demande des services de planification familiale est parfois sensible aux variations de prix de ces derniers.

1.2.2 Approche de l'offre des services de PF

L'offre des services regroupe généralement l'accès à l'information, la disponibilité des méthodes contraceptives (ainsi que les services y afférents), l'accessibilité tant géographique que financière à ces méthodes et services, ainsi que la qualité de ces services.

L'approche de l'offre des services de PF est fondée sur l'idée selon laquelle le faible recours à la pratique contraceptive est lié aux caractéristiques des services de PF. Elle accorde une importance capitale à la disponibilité, à l'accessibilité et à la qualité des services de PF. Le recours aux méthodes modernes de contraception serait donc lié, d'après cette approche, à la disponibilité, à l'accessibilité et à la qualité des services de PF.

Cette approche influence donc le comportement contraceptif la femme en ce sens qu'elle favorise l'offre de la contraception, notamment : la disponibilité des produits et services, l'accessibilité aux structures et services sanitaires, l'accessibilité des coûts relatifs aux produits et services de la PF et surtout la qualité de ces services.

Une des idées largement répandues par cette approche est la thèse selon laquelle la qualité du rapport prestataires-clients détermine l'adoption ou la continuation de la pratique contraceptive. Aussi, les comportements contraceptifs seraient déterminés par la disponibilité des méthodes contraceptives et l'existence d'un éventail de choix de ces méthodes.

(1) Disponibilité des produits contraceptifs modernes

Des études ont montré le rôle de la disponibilité des produits contraceptifs dans la traduction des intentions d'utilisation à la pratique contraceptive. Ainsi, selon l'OMS (1997), la mise à la disposition d'un vaste éventail de contraceptifs encourage les femmes et les couples à poursuivre la pratique de la contraception en leur permettant d'abandonner une méthode au profit d'une autre qui est mieux adaptée à leurs nouvelles exigences. Selon la même source, les résultats des enquêtes réalisées dans 32 pays en développement montrent que la diffusion à grande échelle d'un seul contraceptif supplémentaire pourrait augmenter le taux de prévalence contraceptive d'environ 12 % (OMS, 1997, p. 15).

Dans la même lancée, Aurora et Salvini (2001) soutiennent que « *l'augmentation de la disponibilité des contraceptifs, et surtout la diffusion sur le territoire des structures d'information et de fourniture de ces méthodes [...], conduit à la modernisation des comportements* » (Aurora & Silvana, 2001, p. 303). En outre, dans une étude portant sur la Tunisie et le Kenya, Akoto et Kamdem affirment aussi que pour obtenir une diffusion rapide de la contraception au sein de la population, le soutien gouvernemental est indispensable car, par son appui, il rend les services de PF disponibles et accessibles à tous (Akoto et Kamdem, 2001).

Locoh (1992), opposant la connaissance et l'utilisation d'une méthode contraceptive, aboutit à la conclusion selon laquelle la connaissance d'une méthode contraceptive n'est pas synonyme de son utilisation. Elle poursuit en affirmant qu'une population « informée » n'est pas nécessairement « pratiquante ». Pour que la demande soit satisfaite, tout effort d'information doit être accompagné d'une mise à disposition des moyens contraceptifs à faible coût.

Selon Bertrand (cité par Salami-Odjo, 1997 : 12), « *l'adoption et la continuation de différentes méthodes apparaissent liés aux divers paramètres tels que la disponibilité d'un choix de méthodes plus vastes, la qualité du rapport entre le pourvoyeur et sa clientèle, les visites de suivi et la quantité d'informations offertes à la clientèle* ».

Parfois, il arrive que les prestataires des services, animés par un certain nombre de préjugés, ne proposent pas un éventail de choix contraceptifs. À ce sujet, Daudet (cité par Dembélé, 1995) écrit : « *Les réticences à l'égard de la contraception masculine ne se rencontrent pas seulement parmi les potentiels utilisateurs, mais aussi chez les médecins eux-mêmes* ».

Une des idées largement répandues par l'approche institutionnelle est la thèse selon laquelle la qualité du rapport prestataires-clients détermine l'adoption ou la continuation de la pratique contraceptive. Aussi, les comportements contraceptifs seraient déterminés par la disponibilité des méthodes contraceptives et l'existence d'un éventail de choix de ces méthodes.

En définitive, la disponibilité des produits contraceptifs influence fortement les comportements contraceptifs. Mais ces comportements sont aussi redevables de l'accessibilité des méthodes modernes de contraception.

(2) Accessibilité des méthodes de contraception moderne

L'accessibilité aux services de PF est généralement considérée comme faisant référence à la mesure dans laquelle un ensemble approprié de méthodes et de services de contraception peuvent être obtenus par les individus à un endroit donné. Toutefois, on peut distinguer plusieurs types d'accessibilité (Bertrand et *al.*, 1995) :

- L'accessibilité géographique ou physique, qui désigne la mesure selon laquelle les centres de prestations et de produits de planification familiale sont situés de sorte qu'une grande proportion de la population ciblée puisse y accéder dans la limite d'efforts acceptables.
- L'accessibilité économique, qui renvoie à la mesure selon laquelle les coûts de l'accès aux centres de prestations et de produits contraceptifs sont à la portée économique de la population cible. Les barrières économiques affectent la pratique de la contraception du fait qu'elles découragent, d'une part, la clientèle qui chercherait à obtenir des services et, d'autres part, rendent difficile la pratique de la contraception.

- L'accessibilité administrative, qui représente la mesure selon laquelle les règles et les règlements, inutilement contraires au choix et à la pratique contraceptive, sont éliminées.
- L'accessibilité cognitive, qui désigne la mesure selon laquelle la clientèle connaît l'emplacement des centres de prestation ou d'approvisionnement, ainsi que les services disponibles dans les centres.
- L'accessibilité psychosociale, qui représente la mesure selon laquelle la clientèle potentielle ne subit aucune contrainte d'ordre psychologique, comportemental ou social défavorable à la recherche de services de planification familiale.

Les comportements contraceptifs sont ainsi largement tributaires de l'accessibilité aux services de planification familiale. La restriction de l'accès aux contraceptifs à certains groupes sociaux constitue un obstacle à l'utilisation de la contraception moderne. Dans certains pays, par exemple, les prestataires refusent de servir les femmes en union sans l'aval de leur conjoint. Aussi, l'illégalité qui frappe certaines méthodes peut limiter l'accès aux services de planification familiale. Il arrive également que les prestataires des services refusent de servir, dans certains pays, les jeunes ou les adolescentes.

Des études ont montré que la distance à parcourir et le temps nécessaire pour atteindre l'endroit où l'on peut se procurer les méthodes constituent des facteurs très influents de la pratique contraceptive, particulièrement en Afrique au sud du Sahara (National Research Council, 1993). Toutefois, cette relation est à relativiser dans la mesure où la demande et l'utilisation des méthodes contraceptives peuvent influencer l'implantation des services de PF.

Certains auteurs mettent en avant les coûts des produits contraceptifs pour expliquer la non-utilisation des méthodes modernes de contraception. En effet, en l'absence de services publics qui garantiraient l'offre des méthodes de planification familiale (PF), le coût monétaire de la régulation des naissances dans beaucoup de pays en développement constituerait un obstacle et, par conséquent, l'acceptation de la régulation des naissances y serait très faible (Nag, 1984). Le niveau de revenus de certaines couches de la population ne leur permettrait pas d'accéder à certains produits (beaucoup plus efficaces).

D'autres auteurs considèrent également la connaissance des sources d'approvisionnement en produits contraceptifs comme un indicateur de l'accessibilité. C'est ainsi que Mahmood et Ringheim (cités par Casterline, Sathar et Haque, 2005) ont trouvé que cette variable est prédictive de l'utilisation d'une méthode contraceptive.

La notion d'accessibilité recouvre donc plusieurs dimensions qui méritent d'être appréhendée dans l'orientation des programmes de PF.

Dans une étude réalisée par l'agence pakistanaise de Population Services International (PSI) sur les déterminants de la pratique contraceptive moderne chez les femmes en union au Pakistan, il ressort que les femmes qui pensent que le personnel médical est accueillant et prodigue de bons conseils sont plus enclines à l'utilisation des méthodes contraceptives (PSI-Pakistan, 2007).

Pour expliquer les raisons du non-recours des femmes aux contraceptifs, l'exclusion de certaines catégories de clientes, le faible niveau de l'information dispensée, la prescription autoritaire d'une méthode, le recours à des contraceptifs non autorisés dans les pays développés sont autant de pratiques qui caractérisent çà et là les services de PF en Afrique et qui dissuadent un certain nombre de clientes potentielles (Locoh, 1991). Rwenge précise que les services publics sont les plus concernés par le problème de mauvaise qualité des services en ces termes : « *Les clientes des services de santé publique expriment en général leur insatisfaction suite au fait que les prestataires de services ne leur accordent aucun intérêt, aux attitudes négatives des prestataires, à l'insuffisance du temps qui leur est consacré, à leur inaptitude à effectuer un examen physique, au manque de confidentialité et d'intimité des prestataires, à la mauvaise qualité des salles d'attente et au long temps d'attente dans les services de Planification Familiale* » (Rwenge, 2007a).

(3) Qualité des services offerts

La notion de qualité des services de PF est un terme polysémique. Au départ, il avait une connotation clinique et impliquait la fourniture des soins compétents au niveau technique, efficaces et sûrs qui contribuent au bien-être des clients. Mais Jain et Bruce (cités par Rwenge, 2007b) ont donné à cette notion un caractère multidimensionnel. Selon eux, six (6) éléments sont à prendre en compte pour apprécier la qualité des services de PF : (i) le choix des méthodes contraceptives, (ii) les informations fournies aux clients, (iii) la compétence technique des prestataires, (iv) les rapports interpersonnels, (v) les mécanismes assurant la continuité et (vi) le suivi et la constellation appropriée des services.

La mauvaise qualité des services offerts contribue à la faible utilisation des méthodes contraceptives. Les services de planification familiale sont en effet largement tributaires de l'infrastructure et du personnel de santé. Malheureusement, la qualité des services de planification familiale en Afrique laisse à désirer comme le dit notamment Locoh (1991) lorsqu'elle écrit : *« la qualité des services de planification familiale laisse à désirer, sinon comment expliquer que, même dans les villes où il existe un désir de planification des naissances, les femmes recourent faiblement à la contraception et se tournent vers la fourniture, à la sauvette, soi-disant des produits contraceptifs achetés au marché ou plus grave encore vers l'avortement. L'exclusion de certaines catégories de clientes, le faible niveau de l'information dispensée, la prescription autoritaire d'une méthode, le recours à des contraceptifs non autorisés dans les pays développés sont autant de pratiques qui caractérisent, ici ou là, les services de planification familiale en Afrique et qui dissuadent un certain nombre de clientes potentielles. Quand on sait combien la démarche de demande de planification familiale peut paraître « risquée » dans une société encore orientée vers la valorisation de la fécondité, on mesure à quel point, il faudrait pousser le souci de sécuriser la femme ou le couple ».*

Un personnel de santé bien formé et équipé, travaillant dans une structure sanitaire de pointe, offrant des services de qualité à des coûts abordables, encourage considérablement les clientes actuelles de PF et motive éventuellement les futures utilisatrices.

Cependant, dans la plupart des pays en développement, les services de planification familiale sont confrontés à de sérieux problèmes de qualité. Pour preuve, dans une étude sur les caractéristiques des programmes de santé de la reproduction en Afrique subsaharienne, Wollast et Rwenge ont montré que les services publics sont les plus concernés par le problème de mauvaise qualité des soins (Wollast, 2000 ; Rwenge, 2007). Aussi Cochrane et Guilkey affirment que le facteur le plus pertinent dans la motivation et le recours aux méthodes efficaces est la qualité des services de PF (Cochrane & Guilkey, 1995). Dans le cas du Niger par exemple, Moussa (2007) a identifié trois principaux facteurs qui entament la qualité des services de PF : la durée de l'attente sur les sites de soins, la qualité de l'accueil et le déficit de communication. De longs moments d'attente sont souvent imposés aux clientes mais aussi les sages-femmes trient leurs patientes sur des bases subjectives (parentes, amies ou voisines). Ces comportements sont à la base de nombreuses tensions entre les clientes et les prestataires qui, à terme, conduisent les premières à ne pas fréquenter les centres des soins ou à les abandonner.

Il a été également observé que la qualité de l'accueil ne répondait pas aux attentes des patientes. De l'avis de plusieurs patientes, le ton utilisé par les sages-femmes est rarement amical comme en témoignent les propos de cette patiente, rapportés par Moussa (2007) : *« Elles ne sont pas du tout accueillantes là-bas, à la PMI. Elles sont sévères. Il y a des gens qui ne savent pas prendre la pilule qu'on leur donne et si elles reviennent, on leur fait des scandales et des remarques de façon méchante »*. Dans une telle situation, les clientes préfèrent d'abord avoir un intermédiaire ou se détournent des centres des soins. *« Il faut toujours un intermédiaire pour avoir un bon accueil. Elles ont surtout une manière de dévisager les gens qui intimide le plus souvent, surtout pour celle qui vient pour la première fois. Quand tu te présentes dans la salle, elles peuvent sortir te laisser seule pour aller causer dehors. En plus, le ton est sévère. Parfois, elles te disent que tu n'es pas forcée de venir. C'est pourquoi, le plus souvent j'achète à la pharmacie par terre »*. Cette mauvaise qualité de l'accueil constitue, aux dires des certains responsables de l'administration politico-médicale, le deuxième frein à la planification familiale après la religion (Moussa, 2007).

Dans le domaine du counseling, l'allure expéditive de la consultation ne permet pas à une utilisatrice de parler des effets qu'ont dû produire sur sa santé les produits antérieurement prescrits. Or, de l'interaction positive qui s'établit entre les interlocuteurs, naît un climat de confiance qui incitera la cliente ou le client à reprendre contact si elle (il) a besoin de surcroît d'aide. En Gambie, par exemple, la probabilité d'arrêt de la contraception est trois fois plus élevée chez les femmes qui estimaient avoir été mal conseillées que chez celles qui jugeaient avoir été bien informées des effets secondaires (OMS, 1997).

Mais le problème n'est pas seulement l'offre de services. En effet, quelle que soit la vigueur d'un programme de planification familiale, sa réussite est intimement liée à l'attitude que lui réserve la population concernée.

En somme, l'offre de services en matière de méthodes contraceptives influencerait l'utilisation des méthodes contraceptives modernes à travers la disponibilité, l'information, l'accessibilité ainsi que la qualité de ces services. Mais la persistance d'une forte fécondité, surtout en Afrique Noire, amène à relativiser la pertinence de cette approche. En effet, pour comprendre la dynamique de la forte fécondité qui caractérise les sociétés africaines, Ela (1995) suggère le recours à « l'imaginaire » qui structure les sociétés africaines. Certains auteurs ont fait de cet aspect un élément central pour expliquer les comportements contraceptifs : d'où l'émergence de l'approche de la demande des services.

1.2.3 Approche de la demande des services de PF

La demande des services en matière de PF a été abordée suivant deux niveaux d'analyse : le niveau macro (ou collectif) et le niveau micro (individuel).

(1) Approche par la demande des services au niveau macro

Du point de vue sociétal, l'approche de la demande des services de PF explique le faible recours à la contraception moderne, particulièrement dans les pays en développement, par la persistance des normes et valeurs traditionnelles qui encouragent une descendance nombreuse. La demande de services apparaît alors comme déterminée par le modèle culturel. Pour Ela (1995), l'on ne peut comprendre le risque de procréer auquel est exposée la femme africaine en occultant les logiques sociales et les systèmes symboliques qui commandent les attitudes et les comportements des individus et des couples. Cette approche met donc l'accent sur l'acceptabilité sociale, culturelle et religieuse de la contraception moderne.

En se référant à la théorie de la modernisation, une forte demande de services de PF (et partant la pratique) résulterait de la modification des structures sociales et des idéaux en matière de fécondité notamment.

Sur le plan empirique, les études sur cette approche ont notamment porté sur le rôle que pouvaient jouer des variables comme la religion, le milieu de socialisation, l'appartenance ethnique ou encore le milieu de résidence, sur les comportements contraceptifs.

(2) Approche par la demande de services au niveau micro

Face à la logique de forte fécondité des sociétés africaines, les caractéristiques sociodémographiques individuelles des femmes peuvent constituer un contrepoids particulièrement important (Fassassi, 2007). En effet, les individus ont de tout temps cherché à réinterpréter les normes et valeurs de la société et disposent d'une marge de liberté qui leur permet de choisir entre plusieurs solutions.

Cette approche prend aussi en compte les théories microéconomiques de la fécondité (Becker, Easterlin, etc.).

Dans le cadre de cette recherche, c'est cette approche qui sera adoptée avec un accent particulier. En effet, le but de cette recherche est l'identification des facteurs individuels favorisant la non-utilisation de la contraception moderne.

1.3 Hypothèses de recherche et cadre conceptuel

1.3.1 Hypothèses de recherche

(1) Hypothèse générale

L'hypothèse générale est que l'environnement socioculturel dans lequel vit la femme influe sur ses caractéristiques démographiques, socioéconomiques et sociales et détermine, à travers ces dernières, la probabilité d'utiliser ou non une méthode contraceptive moderne.

Cette hypothèse est décomposée en des hypothèses plus spécifiques présentées ci-après.

(2) Hypothèses spécifiques

L'hypothèse générale de recherche est opérationnalisée par une série de sept groupes d'hypothèses spécifiques suivantes. Le nombre relativement élevé d'hypothèses à tester s'explique par le caractère exploratoire de l'étude, qui impose d'évaluer l'effet de chaque variable sur la non-utilisation de la contraception moderne.

(a) Hypothèse relative à l'état matrimonial (groupes à comparer)

Dans cette étude, les facteurs explicatifs de la non-utilisation de la contraception moderne sont recherchés pour deux groupes de femmes : les femmes vivant en union et les femmes ne vivant pas en union. La première hypothèse découle de cette orientation de l'étude et s'intitule comme suit :

L'état matrimonial

H1 : Les femmes vivant en union sont plus susceptibles de ne pas recourir à la contraception moderne que les femmes ne vivant pas en union.

En effet, dans les pays où le mariage demeure le cadre de référence de la procréation (tel que c'est le cas de la Guinée), le poids du contrôle social sur la sexualité des femmes impose une gestion plus rigoureuse de la sexualité par les femmes ne vivant pas en union (célibataires ou en rupture d'union). Les femmes vivant en union sont ainsi davantage tournées vers une vie sexuelle sans utilisation de la contraception.

Aussi, du fait que l'essentiel de la procréation se fasse dans le mariage et ce, quelle que soit la population considérée, il est logique de s'attendre à ce que les femmes en union aient une pratique contraceptive plus faible que celle des femmes non en union. Par ailleurs, le contexte social guinéen, qui condamne la procréation hors mariage, devrait entraîner une augmentation de la pratique contraceptive moderne chez les femmes non en union qui devraient à tout prix gérer rigoureusement leur fécondité.

(b) Hypothèses relatives à l'environnement socioculturel de la femme

Le milieu de résidence de la femme

H2 : Les femmes vivant dans les zones rurales, moins exposées à la modernité, sont plus susceptibles de ne pas utiliser la contraception moderne que celles qui vivent en milieu urbain.

L'appartenance ethnique de la femme

H3 : Par rapport aux femmes du groupe ethnique « Forestier/Autre », les femmes des autres groupes ethniques sont plus susceptibles de ne pas utiliser la contraception moderne.

La religion de la femme

H5 : Les femmes musulmanes ont plus de chance de ne pas utiliser la contraception moderne que les femmes adeptes d'autres religions.

(c) Hypothèses relatives aux caractéristiques démographiques de la femme

L'âge de la femme

H6 : Les femmes de moins de 25 ans (générations en début de vie féconde) et celles de plus de 40 ans (générations en fin de vie féconde) sont celles qui ont le plus recours à la pratique contraceptive.

Le nombre idéal d'enfants (aspiration pour une descendance réduite) de la femme

H7 : Les femmes qui désirent avoir, au cours de leur vie féconde, plus de quatre enfants sont plus susceptibles de ne pas utiliser les méthodes contraceptives modernes que les autres.

Le nombre d'enfants en vie de la femme

H8 : Les femmes dont le nombre d'enfants en vie est inférieur ou égal à quatre sont plus susceptibles de ne pas utiliser la contraception moderne que celles dont le nombre d'enfants est supérieur à quatre.

La descendance mixte de la femme

H9 : Les femmes n'ayant pas une descendance mixte sont plus susceptibles de ne pas utiliser la contraception moderne que les femmes ayant une descendance mixte.

Le décès d'au moins un enfant de la femme

H10 : Les femmes ayant eu au moins un enfant décédé sont plus susceptibles de ne pas utiliser la contraception moderne que les femmes n'ayant pas eu au moins un enfant décédé.

(d) Hypothèses relatives aux caractéristiques socioéconomiques de la femme

Le niveau de vie du ménage

H11 : Par rapport aux femmes vivant dans des ménages de niveau de vie élevé, les femmes vivant dans des ménages de niveau de vie moyen ou faible ont plus de chance de ne pas utiliser la contraception moderne.

L'alphabétisation de la femme

H12 : Les femmes non alphabétisées sont plus susceptibles de ne pas utiliser la contraception moderne que les femmes alphabétisées.

Le niveau d'instruction de la femme

H13 : Le niveau d'instruction influence négativement la non-utilisation de la contraceptive. Par conséquent, par rapport aux femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus, les femmes peu ou pas du tout instruites ont plus de chance de ne pas utiliser la contraception moderne.

Le secteur d'activité de la femme

H14 : Par rapport aux femmes travaillant dans le secteur moderne, les femmes travaillant dans le secteur agricole et celles travaillant dans le secteur informel sont plus susceptibles de ne pas utiliser la contraception moderne.

(e) Hypothèses relatives aux caractéristiques du conjoint de la femme

Le niveau d'instruction du conjoint

H15 : Le niveau d'instruction du conjoint influence négativement la non-utilisation de la contraception moderne. Par conséquent, par rapport aux femmes dont le conjoint a un niveau d'instruction secondaire ou plus, les femmes dont le conjoint a un niveau d'instruction primaire ou aucun ont plus de chance de ne pas utiliser la contraception moderne.

Le secteur d'activité du conjoint

H16 : Par rapport aux femmes dont les conjoints travaillent dans le secteur moderne, les femmes dont les conjoints travaillent dans les autres secteurs sont plus susceptibles de ne pas utiliser les méthodes contraceptives modernes.

(f) Hypothèses relatives aux rapports de genre

Le type d'union

H17 : Les femmes vivant en union polygamique sont plus susceptibles de ne pas utiliser la contraception moderne que les femmes vivant en union monogamique.

La discussion sur la PF au sein du couple

H18 : Par rapport aux femmes ayant discuté de la PF avec leur conjoint plus de deux fois au cours des 12 derniers mois, les femmes n'ayant jamais discuté de la PF et celles ayant discuté une ou deux fois au cours des 12 derniers mois ont plus de chance de ne pas utiliser la contraception moderne.

La discussion au sein du couple crée une atmosphère qui favorise le recours à la contraception. En conséquence, la fréquence de celle-ci influence négativement la non-utilisation de la contraception moderne.

Le niveau de participation de la femme à la prise de décisions importantes dans le ménage

H19 : Par rapport aux femmes participant *beaucoup* à la prise de décisions importantes dans le ménage, les femmes participant *peu* ou *pas du tout* à la prise de décisions importantes dans le ménage ont plus de chance de ne pas utiliser la contraception moderne.

(g) Hypothèses relatives aux variables intermédiaires

L'approbation de la planification familiale par la femme

H20 : Les femmes qui n'approuvent pas la planification familiale ont plus de chance de ne pas utiliser la contraception que celles qui l'approuvent.

L'approbation de la planification familiale par le conjoint

H21 : Les femmes dont le conjoint n'approuve pas la planification familiale ont plus de chance de ne pas utiliser la contraception que celles dont le conjoint l'approuve.

Le niveau d'exposition aux messages sur la planification familiale

H22 : Les femmes n'ayant pas du tout été exposées aux messages sur la planification familiale et celles ayant été exposées à travers un seul média ont une propension plus grande à ne pas utiliser les méthodes contraceptives modernes que les femmes ayant été exposées aux messages sur la planification familiale par le biais de deux média ou plus.

La bonne connaissance de la contraception moderne

H23 : Les femmes n'ayant pas une bonne connaissance de la contraception moderne sont plus susceptibles de ne pas utiliser la contraception moderne que les femmes ayant une bonne connaissance de la contraception moderne.

L'activité sexuelle de la femme

H24 : Les femmes non sexuellement actives sont plus susceptibles de ne pas utiliser la contraception moderne que les femmes sexuellement actives.

1.3.2 Cadre conceptuel

La revue de la littérature effectuée sur les comportements contraceptifs des femmes montre qu'une bonne compréhension de ce phénomène requiert la prise en compte de plusieurs facteurs. Ces facteurs sont le contexte socioculturel, les caractéristiques individuelles de la femme, les caractéristiques du conjoint et les rapports de genre (pour les femmes en union) ainsi que les variables intermédiaires qui médient l'effet des autres facteurs sur les comportements contraceptifs des femmes.

Ainsi, pour l'étude des facteurs explicatifs de l'utilisation ou non de la contraception moderne, un cadre conceptuel qui fait apparaître les liens entre ces différents éléments serait approprié. Ce cadre est inspiré de ceux proposés par le protocole du GRIPPS (2001) et Akam (2007) dans le cadre de la recherche des déterminants de la pratique contraceptive en Afrique.

La recherche des facteurs explicatifs de la non-utilisation de la contraception moderne, objet de la présente thèse, s'effectue séparément pour les femmes en union et pour les femmes non en union. Pour cette raison, deux sous-schémas conceptuels seront présentés, un pour chaque groupe de femmes étudiées.

Pour les femmes en union, le sous-schéma 1 (**Figure 1.1**) montre que l'environnement socioculturel de la femme exerce une influence sur ses caractéristiques individuelles, celles de son conjoint, les rapports de genre et aussi sur les variables intermédiaires. Les caractéristiques individuelles de la femme, celles de son conjoint et les rapports de genre influencent à leur tour le recours ou non à la contraception moderne, directement ou à travers les variables intermédiaires.

Pour les femmes non en union, le sous-schéma 2 (**Figure 1.2**) montre que l'environnement socioculturel de la femme exerce une influence sur ses caractéristiques individuelles et les variables intermédiaires. Les caractéristiques individuelles de la femme influencent à leur tour le recours ou non à la contraception moderne, directement ou à travers les variables intermédiaires.

Dans ces schémas, les concepts encadrés en traits pleins sont ceux auxquels la présente recherche s'intéresse. Les flèches pleines indiquent également les relations qui seront effectivement vérifiées dans cette étude.

Figure 1.1 : Cadre conceptuel des facteurs explicatifs de la non-utilisation de la contraception moderne par les femmes en union

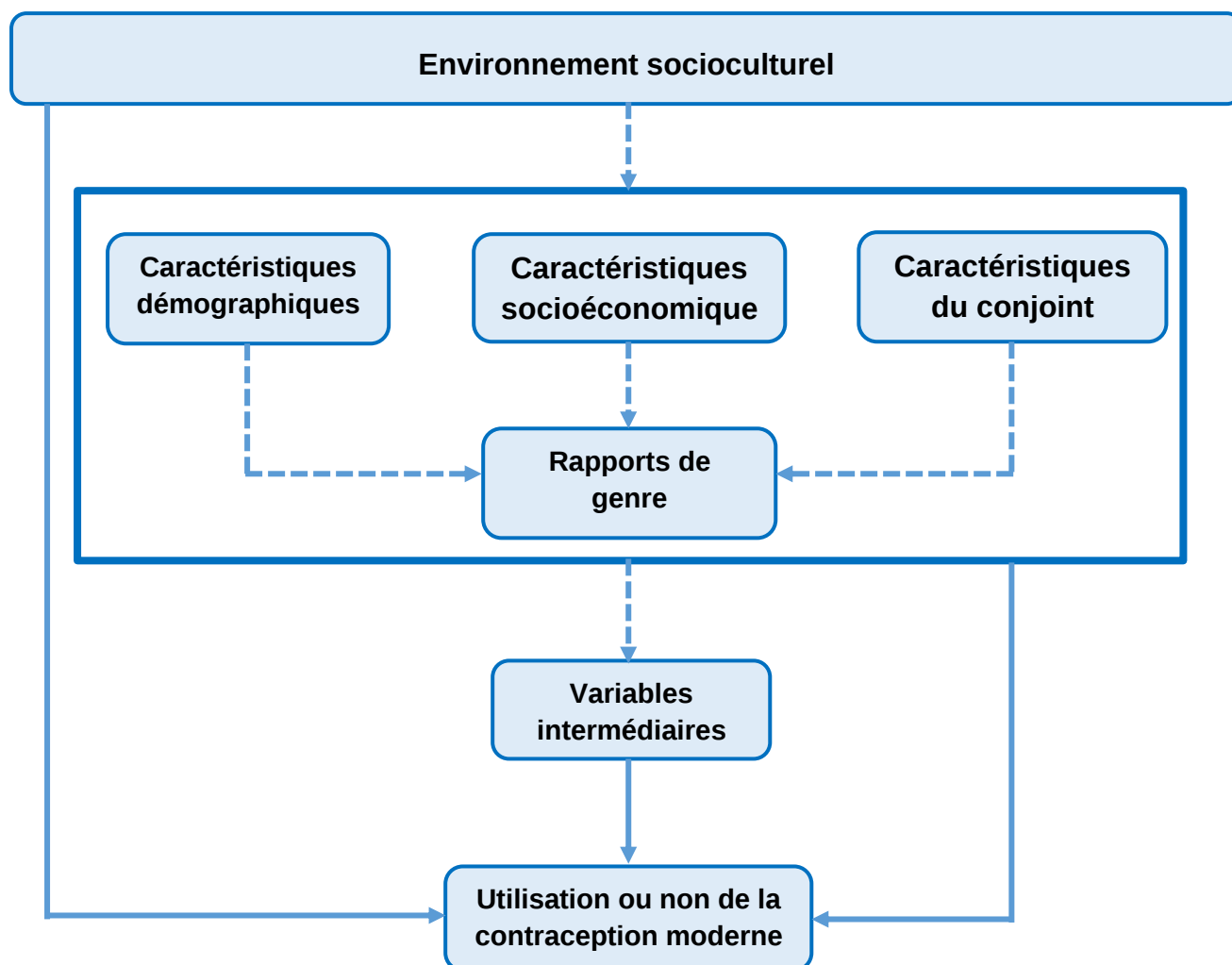
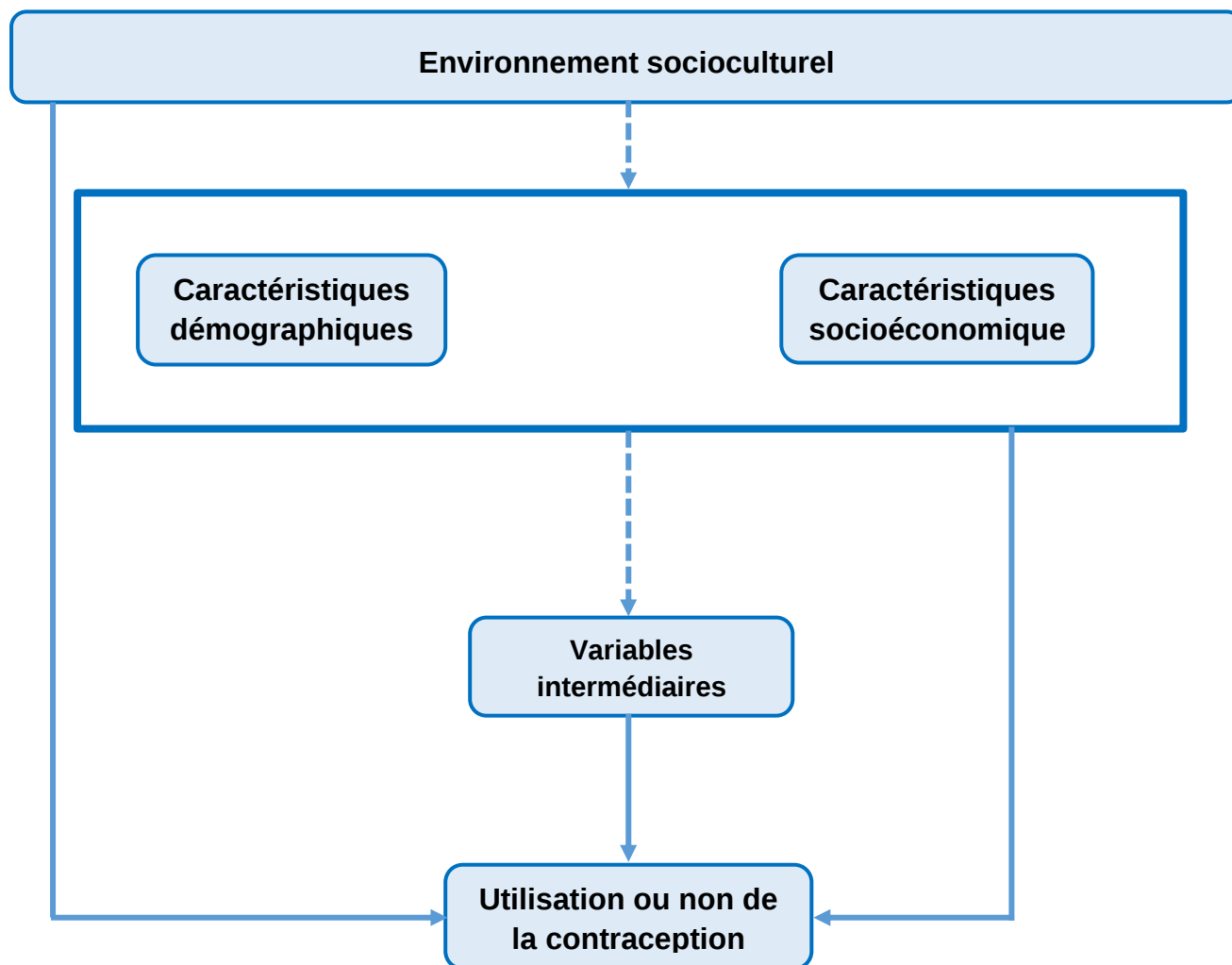


Figure 1.2 : Cadre conceptuel des facteurs explicatifs de la non-utilisation de la contraception moderne par les femmes non en union



1.4 Définition des concepts

Comme le souligne le Gouvernement du Québec (1987 : 27), « *La valeur des concepts et des théories se mesure à leur opérationnalité et à leur capacité de produire des résultats lorsqu'ils sont appliqués à l'analyse de données concrètes* ».

(1) Union

Dans le cadre de ce travail, on entend par "union", toute cohabitation entre un homme et une femme, que cette cohabitation soit :

- Légale (sanctionnée par la loi) après célébration du mariage devant un officier d'état civil ;
- Religieuse après célébration du mariage devant un pasteur ou un imam ;
- Une combinaison des deux premières situations : mariage à double déclaration ou "mariage combiné" ;
- Conforme aux formalités coutumières ;
- Le résultat d'un consentement mutuel entre les deux partenaires sans référence formelle ni à un conseil de familles, ni à un officier d'état civil, ni à un prêtre. On parle dans ce dernier cas d'union libre ou consensuelle.

(2) Contraception

La contraception désigne un ensemble de mesures à caractère permanent ou non, destinées à empêcher la conception. Plus précisément, la contraception est l'utilisation délibérée de moyens artificiels ou d'autres techniques pour prévenir une grossesse à la suite de rapports sexuels non protégés. Il s'agit donc de moyens employés pour provoquer une infécondité temporaire chez la femme ou chez l'homme.

Les méthodes modernes comprennent les méthodes hormonales, la stérilisation féminine (ligature des trompes), la stérilisation masculine (vasectomie), les dispositifs intra-utérins (DIU), les méthodes barrières comme le préservatif masculin ou féminin, le diaphragme et la cape cervicale, et les spermicides chimiques sous forme de gelée ou de mousse.

De manière générale, les méthodes contraceptives agissent :

- en bloquant l'ovulation ; c'est le cas de la pilule (contraception orale), de l'anneau vaginal, du timbre contraceptif ;
- en empêchant la fécondation (rencontre entre spermatozoïdes et ovule) ; c'est le cas des préservatifs, des spermicides, du diaphragme et de la stérilisation ;
- en empêchant l'implantation d'un œuf ; c'est le cas du dispositif intra-utérin ou stérilet.

Les méthodes de contraception, à l'exception de la stérilisation chirurgicale, sont réversibles et temporaires.

(3) Environnement socioculturel

L'environnement socioculturel désigne ici des attributs individuels qui sont fortement influencés par les normes et valeurs socioculturelles institutionnalisées par un groupe social et conditionnant les comportements des individus. Ces attributs tendraient à renforcer ou affaiblir le degré d'adhésion de l'individu aux normes culturelles qu'il a intériorisées pendant le processus de socialisation.

- Le milieu de socialisation de la femme ;
- Le milieu de résidence de la femme pendant l'enquête ;
- Le groupe ethnique auquel appartient la femme ;
- L'appartenance religieuse de la femme.

(4) Caractéristiques sociodémographiques des femmes

Les caractéristiques sociodémographiques des femmes renvoient à des attributs susceptibles de déterminer la plus ou moins grande propension des femmes à utiliser la contraception moderne, en fonction de contraintes spécifiques.

Les caractéristiques sociodémographiques des femmes sont opérationnalisées par les cinq variables suivantes :

- L'âge de la femme ;
- Le nombre d'enfants en vie de la femme ;
- Le nombre idéal d'enfants désirés par la femme ;
- L'existence d'une descendance mixte de la femme ;
- Le fait qu'au moins un enfant de la femme soit décédé ou pas.

(5) Caractéristiques socioéconomiques des femmes

Les caractéristiques socioéconomiques des femmes sont des attributs individuels qui traduisent la position sociale et l'autonomie financière de l'individu. Ces attributs sont principalement liés à deux phénomènes en interrelation, à savoir à l'urbanisation et la scolarisation (Rwenge, 1997). Les caractéristiques socioéconomiques peuvent, par conséquent, du fait du contact de l'individu avec de nouvelles idées, contribuer à développer chez l'individu des comportements de résistance, voire d'érosion, par rapport aux modèles traditionnels de fécondité. Elles traduisent également les aptitudes des femmes à adhérer à la planification familiale, à travers notamment leurs capacités intellectuelles et financières à se procurer des biens et services en vue de satisfaire leurs besoins, notamment en produits contraceptifs.

Les caractéristiques socioéconomiques des femmes sont opérationnalisées ici par trois variables :

- Le niveau de vie du ménage dans lequel vit la femme ;
- Le niveau d'instruction de la femme ;
- L'alphabétisation de la femme ;
- Le secteur d'activité de la femme.

(6) Caractéristiques du conjoint

Pour une femme vivant en union, les caractéristiques de son conjoint déterminent aussi en grande partie sa propension à recourir ou non à une méthode contraceptive moderne. Ces caractéristiques sont opérationnalisées ici par deux variables :

- Le niveau d’instruction du conjoint ;
- Le secteur d’activité du conjoint.

L’attitude du conjoint face à la PF est considérée comme faisant partie des variables intermédiaires.

(7) Rapports de genre

Dans le cadre de cette étude, les rapports de genre désignent diverses situations (relations entre conjoints) dans la vie du couple traduisant la plus ou moins grande autonomie de la femme dans la prise de décisions concernant la vie du couple.

Quatre variables opérationnalisent le concept de rapports de genre dans la présente étude :

- Le type d’union ;
- La fréquence de la discussion de la PF au sein du couple ;
- Le niveau de participation de la femme à la prise de décisions importantes dans le ménage ;
- L’écart d’âge entre les conjoints.

(8) Variables intermédiaires

Les variables intermédiaires sont les vecteurs à travers lesquels les autres facteurs agissent sur le recours ou non à la contraception moderne. Dans cette étude, les variables intermédiaires retenues sont :

- L’approbation de la planification familiale par la femme ;
- L’approbation de la planification familiale par le conjoint ;

- Le niveau d'exposition aux messages sur la planification familiale ;
- La bonne connaissance de la contraception moderne
- L'activité sexuelle de la femme.

Synthèse du chapitre

Ce chapitre visait à présenter le cadre théorique sur lequel repose la thèse. Il était notamment question de faire une revue de la littérature, qui s'est volontairement focalisée sur l'Afrique subsaharienne, a permis de faire ressortir les approches traditionnelles de régulation des naissances en Afrique, l'avènement de la contraception moderne en Afrique, le débat sur le pour et le contre de la contraception moderne ainsi que le lien entre divers facteurs et le fait d'utiliser ou non une méthode contraceptive moderne. La revue de littérature a aussi présenté les trois principales approches explicatives de l'utilisation ou non de la contraception moderne. Les hypothèses de recherche et le cadre conceptuel de référence inspiré du protocole du Gripps en ont découlé. Les principaux concepts du thème de recherche y ont également été définis.

La présentation du contexte et du cadre de l'étude fait l'objet du chapitre suivant.

Chapitre 2 : CONTEXTE ET CADRE DE L'ÉTUDE

Il est généralement admis que les comportements des individus sont le reflet, en partie, de l'environnement dans lequel ils vivent. Cet environnement comprend aussi bien les aspects économiques, démographiques, socioculturels que politiques. Dans une étude sur les facteurs explicatifs de la non-utilisation de la contraception moderne, il est important de prendre connaissance du contexte de la zone d'étude afin de faciliter l'interprétation des résultats auxquels on aboutira. Ce chapitre présente les contextes géographique, démographique, socioéconomique, socioculturel, politique et sanitaire de la Guinée, pays de l'étude.

2.1 Contexte géographique et économique

2.1.1 Présentation géographique du pays

La république de Guinée, parfois appelée Guinée-Conakry, du nom de sa capitale Conakry, pour la différencier de la Guinée-Bissau, de la Guinée Équatoriale et de la Papouasie-Nouvelle Guinée, est située dans la partie occidentale du continent africain, à mi-chemin entre l'Équateur et le Tropique de Cancer entre 7°05 et 12°51 de latitude Nord et 7°30 et 15°10 de longitude Ouest (7° 30' et 12° 30' de latitude Nord et 8° et 15° de longitude Ouest). C'est un pays côtier avec 300 km de littoral atlantique, qui s'étend sur 800 km d'Est en Ouest et 500 km du Nord au Sud avec une superficie de 245.857 km² (soit la taille du Royaume-Uni ou 45 % de la superficie de la France métropolitaine).

La République de Guinée est limitée à l'Ouest par l'Océan Atlantique et partage des frontières avec six pays : la Sierra Leone et le Liberia (au Sud), la Côte d'Ivoire et le Mali (à l'Est) et la Guinée Bissau, le Sénégal et le Mali (au Nord). Elle est subdivisée en quatre régions naturelles assez bien distinctes et homogènes du point de vue géo écologique (**figure 2.1**). Le pays doit cette originalité à son milieu naturel qui se caractérise par des contrastes climatiques, des barrières montagneuses et l'orientation des reliefs qui se combinent pour donner à chaque région ses particularités du point de vue du climat, des sols, de la végétation et du mode de vie des populations. De grands fleuves comme le Niger, le Sénégal, la Gambie et leurs affluents prennent source en Guinée, faisant du pays le « château d'eau » de l'Afrique de l'Ouest. Quant au climat, il est tropical à deux saisons : la saison des pluies et la saison sèche. La durée de ces deux saisons varie en fonction des régions naturelles. L'environnement en Guinée est relativement préservé grâce à la faible densité de la population et à l'industrialisation limitée du pays.

Figure 2.1 : Carte de la république de Guinée, avec les limites des quatre régions naturelles et des 33 préfectures



2.1.2 Contexte économique

La Guinée est un des pays les plus riches de l'Afrique de l'Ouest en termes de potentialités. En effet, le pays est doté d'importantes ressources naturelles hydrographiques et agricoles ainsi qu'un riche potentiel minier largement sous exploité. La pluviométrie, le climat et la végétation sont propices à l'agriculture, l'élevage et la pêche. Le sous-sol est riche en bauxite (un tiers des réserves mondiales de bauxite), or, diamant, fer, manganèse, zinc, cobalt, nickel, uranium, entre autres. En dépit de cet avantage offert par la nature, le pays demeure l'un des plus pauvres en matière de développement économique et humain dans le monde.

Jusqu'en 1984, la politique économique de la Guinée était axée essentiellement sur l'industrialisation et la modernisation du monde rural. Les stratégies de développement de ces deux secteurs, basées sur un renforcement considérable du secteur public (nationalisation et création d'entreprises d'État) et la forte protection tarifaire se sont révélées coûteuses et inefficaces. Seul le secteur minier a connu une évolution positive grâce aux exportations de la bauxite et de l'alumine. Le pays s'est retrouvé dans une situation de crise marquée par un PIB par habitant en baisse constante, une dette extérieure, presque exclusivement publique, élevée, une balance commerciale structurellement déficitaire, en particulier, du fait des importations de produits agricoles sans cesse croissantes et du maintien d'un taux de change irréaliste et enfin d'une administration pléthorique et inefficace.

Au début des années 2000, l'économie du pays, déjà fortement affaiblie par les conséquences des attaques rebelles des années 2000 et 2001, s'est sensiblement détériorée. Cette situation délétère s'est traduite par un important ralentissement de la croissance économique et une instabilité inédite du cadre macro-économique. Ces contre-performances en matière de croissance économique, couplées à un fort taux d'inflation, constituent des obstacles à la réduction de la pauvreté et plus généralement à l'atteinte des objectifs de développement du pays.

L'histoire récente de la Guinée montre que la mauvaise gouvernance a profondément fragilisé les institutions, creusé le fossé entre riches et pauvres et engendré des frustrations au sein des populations. Cette situation s'est traduite par les multiples grèves organisées par le mouvement social guinéen en 2006 et 2007, ainsi que par la fracture entre les institutions publiques et les populations, telle que démontrée par les longues réticences observées des populations lors de la lutte contre Ébola.

La Guinée est un pays dont l'évolution politique et sociale a révélé plusieurs situations de fragilité qui constituent des menaces permanentes à son développement et à l'amélioration des conditions de vie des populations. Ainsi, malgré la relative stabilité retrouvée de ses institutions et la dynamique démocratique en cours depuis 2010, la Guinée reste classée parmi les pays les plus fragiles (rang variant entre 9^{ème} et 15^{ème} sur 178 pays entre 2006 et 2020) au monde en 2020. L'évaluation de la fragilité en Guinée réalisée en 2016 selon la méthodologie du New Deal, révèle des progrès encourageants sur le plan de la justice mais indique que des efforts plus significatifs sont nécessaires pour parvenir à la résilience dans les domaines économique, politique et sécuritaire. Par ailleurs, l'analyse rétrospective menée dans le cadre de l'Étude Nationale Prospective (ENP), met en évidence deux principales causes profondes de la fragilité du pays : les conditions d'accession de la Guinée à l'indépendance et la qualité de la gouvernance qui s'en est suivie.

Ce diagnostic a notamment révélé que la fragilité de l'État est source d'inefficacité dans maints domaines de la vie publique. Ainsi, la primauté du droit est mise à mal par la faible application, voire la violation des lois et des règlements. La corruption, l'opacité et l'impunité font obstacles aux principes de responsabilité, de transparence et de redevabilité. La faiblesse des capacités à tous les niveaux affecte l'efficacité et l'efficience de l'action publique tant dans l'exercice des fonctions régaliennes de l'État, dans la gestion des politiques et des réformes structurelles, que dans le pilotage du développement.

La situation socioéconomique actuelle de la Guinée est marquée par la persistance de la pauvreté. En effet, les résultats de l'Enquête Légère pour l'Évaluation de la Pauvreté (ELEP) indiquent qu'en 2012, 55,2 % de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté. Les résultats de l'enquête harmonisée sur les conditions de vie des ménages (réalisée en 2018-2019) semblent indiquer une baisse de cette proportion (43,7 %).

2.2 Contexte démographique

Les caractéristiques démographiques de la Guinée sont celles d'un pays dont la transition démographique est en cours, comme en témoigne l'évolution de la population et les niveaux de fécondité et de mortalité.

2.2.1 Effectif de la population et croissance démographique

L'évolution de la population guinéenne n'est bien pas bien connue¹⁴. Cependant, les résultats des différentes opérations statistiques (recensements et enquêtes) indiquent que la population de la Guinée croît de façon régulière depuis 1954-1955. De 1955 à 1983, l'effectif de la population est passé de 2 650 000 habitants à 4 660 582 habitants (Enquête Démographique par Sondage, 1954-1955 ; 1^{er} Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH-1), 1983), soit un accroissement de plus de 75 % en 28 ans. En 1996, l'effectif de la population était de 7 156 406 habitants (RGPH-2, 1996), soit un accroissement de près de 54 % en 13 ans. Selon les résultats des RGPH-2 et du RGPH-3 réalisés respectivement en 1996 et 2014, l'effectif de la population a augmenté de près de moitié (47 %) sur la période 1996-2014 pour se situer à 10 523 261 habitants.

Ainsi, l'effectif de la population guinéenne a été multiplié par quatre en une soixantaine d'années (entre 1955 et 2014) et par 2,26 entre 1983 et 2014. Le taux d'accroissement annuel moyen de la population a été de 3,1 % entre 1983 et 1996 et de 2,2 % entre 1996 et 2014. Ce taux d'accroissement a donc baissé mais il reste toujours élevé. En 2019, le taux d'accroissement annuel moyen de la population est estimé à 2,8 %, soit un doublement de la population en un quart de siècle. Ces indicateurs confirment la place de la Guinée parmi les pays à fort taux d'accroissement démographique dans le monde.

¹⁴ L'enquête démographique par sondage, réalisée en 1954-1955 par les services statistiques de la France, est la seule grande opération de collecte scientifique effectuée en Guinée avant 1983. Elle est longtemps restée la seule référence des bulletins de statistiques internationales et la base principale des estimations d'indicateurs démographiques, en dépit des réserves faites sur certains de ses résultats.

La population guinéenne vit essentiellement en milieu rural. En 1983, 74 % de la population vivait en milieu rural contre environ 70 % en 1996. En 2014, cette proportion était de 65 %. Le trait le plus marquant de l'urbanisation du pays est la prépondérance de la ville de Conakry dans le réseau urbain national. En effet, à elle seule, elle compte près de la moitié (46 %) de la population urbaine en 2014 (contre 51 % en 1996).

L'accélération de la croissance démographique, surtout après 1983, résulte essentiellement d'un solde naturel élevé (baisse de la mortalité conjuguée avec le maintien d'une fécondité élevée).

2.2.2 Fécondité

La Guinée se caractérise par une relative stabilité de sa fécondité, avec un indice synthétique de fécondité (ISF) pratiquement constant entre 1983 et 2005, passant de 5,8 à 5,7 sur cette période. À partir de 2012, on observe une baisse (encore timide) de l'ISF (5,1 en 2012 et 4,8 en 2018).

La fécondité des adolescentes est, en outre, un phénomène important en Guinée en raison des pratiques traditionnelles qui consistent à marier les filles très jeunes pour des raisons économiques, sociales ou coutumières. Bien qu'il soit établi que la fécondité précocité (avant 20 ans) a des conséquences sanitaires, sociales et économiques néfastes sur les adolescentes, la fécondité reste toujours assez précocité en Guinée : en 2018, d'après les résultats de la cinquième Enquête Démographique et de Santé (EDSG-5), 26 % des femmes âgées de 15-19 ans ont déjà commencé leur vie procréatrice, 21 % ont déjà eu, au moins, une naissance vivante et 5 % sont enceintes de leur premier enfant. La proportion d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde augmente rapidement avec l'âge, passant de 4 % à l'âge de 15 ans à 52 % à 19 ans, âge auquel près de la moitié (47 %) des jeunes filles ont déjà eu au moins un enfant. Cette proportion est nettement plus élevée en milieu rural (33 %), qu'en milieu urbain (17 %).

L'analyse de l'évolution de la proportion des adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde montre cependant une baisse régulière et lente de celle-ci, passant de 37 % en 1992 à 26 % en 2018.

Le niveau de la fécondité, mesuré par l'indice synthétique de fécondité (ISF), n'est toutefois pas homogène. En effet, des disparités parfois importantes sont observées selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction des femmes. Ainsi, par exemple, en 2018, l'ISF en milieu rural (5,5) est 45 % plus élevé que celui du milieu urbain (3,8). La baisse de l'ISF en milieu urbain sur la période 1992-2018 (27 %) est près de quatre fois celle observée en milieu rural (7 %). Ces résultats traduisent probablement le fait que le poids des traditions est plus important en milieu rural où les modèles culturels résistent plus aux facteurs de modernisation (urbanisation et scolarisation). Les femmes rurales sont moins instruites et donc plus respectueuses des traditions qui valorisent le statut d'épouse et de mère. Leur statut y est également plus faible de par le poids plus important des valeurs traditionnelles.

La situation sociale et culturelle actuelle de la Guinée est favorable à une forte fécondité. La nuptialité n'est nullement un mode de contrôle des naissances : les mariages y sont précoces et universels. En effet, l'âge médian à la première union est de 18,5 ans en 2018. L'utilisation des méthodes contraceptives est plutôt faible. Le mariage est le cadre exclusif de la procréation en milieu rural comme en milieu urbain. L'Islam demeure le fondement du statut de la femme, des comportements matrimoniaux et de l'organisation familiale. À cela, il faut ajouter le faible niveau de scolarisation de la population en général, celui des femmes en particulier.

2.2.3 État matrimonial et nuptialité

La nuptialité est aussi particulièrement intense en Guinée, le mariage étant une caractéristique essentielle de la société guinéenne. En 2018, en Guinée, 7 femmes sur 10 (71 %) et quasiment la moitié (49 %) des hommes de 15-49 ans sont en union. La proportion de femmes divorcées ou séparées est plus élevée que celles des hommes (2 % contre 1 %). Il en est de même de la proportion de veufs (2 % chez les femmes contre moins de 1 % chez les hommes). Dans le groupe d'âges 15-19 ans, plus de 7 femmes sur 10 et la quasi-totalité des hommes sont célibataires (respectivement 71 % et 99 %) mais ces proportions diminuent rapidement avec l'âge, en particulier chez les femmes. À 20-24 ans, moins du tiers des femmes (31 %) sont encore célibataires contre 89 % des hommes. À l'âge de 35 à 39 ans, seulement 3 % des femmes et 8 % des hommes sont encore célibataires.

La nuptialité guinéenne se caractérise par trois traits principaux : la précocité des unions féminines, l'universalité du mariage et la pratique de la polygamie qui repose sur certains mécanismes démographiques qui sont : un écart d'âge important au premier mariage entre les hommes et les femmes, un remariage rapide et fréquent des femmes après veuvage ou divorce.

L'âge au premier mariage est assez précoce en Guinée, ce qui expose la femme à la procréation presque aussitôt que sa physiologie s'y prête. Entre 1992 et 2018, l'âge médian à la première union des femmes est passé de 15,8 ans à 18,5 ans, soit une augmentation de 17 %. L'âge médian à la première maternité est toujours relativement bas, passant de 18,7 ans en 1992 à 20 ans en 2018.

L'union est donc un phénomène quasi général chez les femmes en Guinée. Déjà, en 1983, d'après les résultats du RGPH-1, 96,7 % des femmes et 94,4 % des hommes finissent par se marier. Cette intensité de la nuptialité est certainement due à la forte emprise de l'islam qui proscrit le célibat tardif, à plus forte raison le célibat définitif. En outre, en cas de divorce ou de veuvage, le remariage est rapide et fréquent. Au total, les femmes guinéennes passent l'essentiel de leur vie féconde dans le mariage, et sont ainsi presque constamment exposées au risque de grossesse et ce, d'autant plus que la prévalence contraceptive est faible.

Depuis 2005, la proportion de femmes vivant en union polygamique a tendance à baisser. Ainsi, elle est passée de 53 % en 2005 à 48 % en 2012 et à 42 % en 2018. Cette proportion est plus élevée en milieu rural (49 %) qu'en milieu urbain (26 %). C'est à Conakry que ce pourcentage est le plus faible (18 %).

Que ce soit chez les femmes ou chez les hommes, la pratique de la polygamie a tendance à diminuer avec le niveau d'instruction. Ce sont les femmes sans instruction qui ont le plus fréquemment une coépouse (47 % d'entre elles). Chez les femmes ayant un niveau primaire, ce pourcentage est de 32 % et parmi celles ayant le niveau secondaire ou plus, il n'est plus que de 17 %. Chez les hommes, le pourcentage de polygames passe de 24 % parmi ceux sans instruction à 18 % parmi ceux ayant le niveau primaire et à 8 % parmi ceux ayant le niveau secondaire ou plus.

2.2.4 Mortalité

En Guinée, la mortalité connaît une baisse continue depuis les années 1950. Le taux brut de mortalité (TBM), qui était de 40 ‰ en 1955, a diminué à 18 ‰ en 1983, puis à 14,2 ‰ en 1996. Le RGPH-3 (2014) donne un TBM de 11,2 ‰. L'espérance de vie à la naissance est passée de 27 ans en 1955 à 45,1 ans en 1983 pour atteindre 54 ans en 1996, soit un doublement en 41 ans. En 2014, l'espérance de vie atteint 58,8 ans (57,4 ans pour les hommes et 60,4 ans pour les femmes).

Toutes les composantes de la mortalité des enfants de moins de cinq ans enregistrent une baisse régulière et continue depuis le début des années 1990, tout en restant à des niveaux relativement élevés par rapport à d'autres pays ayant à peu près le même contexte. Sur la période 1992-2018, à part la mortalité juvénile, les autres composantes de la mortalité infanto-juvénile ont toutes vu leur niveau divisé par deux. Malgré cette baisse continue, le niveau de la mortalité infanto-juvénile demeure toujours globalement élevé en 2018. En effet, en 2018, un enfant sur 15 meurt avant son premier anniversaire et un enfant sur 9 meurt avant d'atteindre son cinquième anniversaire. En outre, la Guinée est encore loin des cibles visées pour les Objectifs de Développement Durable (ODD) à l'horizon 2030 : 12 pour 1 000 naissances vivantes au plus pour la mortalité néonatale (contre 32 pour 1 000 en 2018) et 25 pour 1 000 naissances vivantes au plus pour la mortalité infanto-juvénile (contre 111 pour 1 000 en 2018). Par ailleurs, le niveau de mortalité des enfants de moins de 5 ans varie, parfois assez fortement, selon certaines caractéristiques comme notamment le milieu de résidence, le niveau de bien-être économique et le niveau d'instruction de la mère. Le niveau élevé de mortalité des enfants de moins de 5 ans en Guinée pourrait refléter une situation nutritionnelle précaire, un faible accès aux soins de santé et des conditions d'hygiène et d'assainissement insatisfaisantes (consommation d'eau insalubre et faible accès à des toilettes hygiéniques, entre autres).

Les politiques et programmes menés dans le domaine de la santé en Guinée ont permis d'améliorer substantiellement l'accès des femmes aux soins de santé sexuelle et procréative. Ainsi, dans l'ensemble, la couverture des soins prénatals est satisfaisante en Guinée, les données disponibles indiquant un taux de couverture de 81 % en 2018. De même, les femmes guinéennes bénéficient de plus en plus de conditions d'accouchement plus sécurisées. En effet, la proportion de femmes qui accouchent dans un établissement sanitaire est passée de 31 % en 2005 à 40 % en 2012 puis à 53 % en 2018. La proportion d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié a, pour sa part, considérablement augmenté aussi. Ainsi, entre 2005 et 2018, cette proportion est passée de 38 % à 44 % en 2012 puis à 55 % en 2018.

Néanmoins, des disparités importantes persistent, notamment selon le milieu de résidence et le niveau de bien-être économique des ménages. En effet, en 2018, alors que plus de 9 femmes sur dix (94 %) en milieu urbain ont bénéficié d'un accouchement assisté par un personnel de santé qualifié, seules quatre femmes sur dix (41 %) en ont bénéficié en milieu rural. De même, seul un peu plus d'une femme vivant dans les ménages les plus pauvres sur quatre (27 %) a bénéficié de l'assistance d'un personnel de santé qualifié lors de son accouchement contre la quasi-totalité (95 %) des femmes vivant dans les ménages les plus riches.

Les progrès considérables réalisés sur la couverture des soins prénatals et les soins qualifiés à l'accouchement dans le pays se sont traduits par une réduction significative du taux de mortalité maternelle qui est passé de 980 décès maternels¹⁵ pour 100 000 naissances vivantes en 2005 à 724 en 2012 puis à 550 en 2016.

En dépit des progrès réalisés dans la réduction de la mortalité maternelle, le taux de mortalité maternelle (TMM) demeure encore élevé en Guinée. Si la tendance observée entre 2012 et 2016 se maintient, le TMM se situerait à 210 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2030, soit trois fois plus que la valeur cible visée (70 au plus) à cet horizon par les Objectifs de Développement Durable (ODD). Ce qui montre l'ampleur des efforts à fournir pour atteindre la cible dans ce domaine. Pour que la Guinée atteigne cette cible, il lui faudrait avoir une réduction annuelle moyenne double de celle enregistrée entre 2012 et 2016 jusqu'en 2030.

¹⁵ Est considéré comme décès maternel tout décès survenu pendant la grossesse, l'accouchement, ou dans les deux mois suivant la naissance ou l'interruption de la grossesse.

2.2.5 Structure par âge et sexe

La structure de la population guinéenne par sexe est marquée par un léger déséquilibre numérique entre hommes et femmes, déséquilibre en faveur des femmes qui représentaient 51,1 % de la population en 1996 (RGPH-2, 1996) et 51,7 % en 2014 (RGPH-3, 2014). La composition par sexe des populations rurale et urbaine est cependant très différenciée. Globalement, les hommes sont majoritaires en ville et minoritaires en zones rurales. L'émigration différentielle des hommes des zones rurales vers les centres urbains (poursuite d'études, recherche d'opportunités économiques entre autres) serait à l'origine de cette situation.

La population guinéenne a une structure par âge très jeune, caractéristique des pays connaissant une croissance démographique rapide. En effet, en 2014, plus de la moitié (56 %) de la population guinéenne a moins de 20 ans et le poids des personnes âgées de moins de 15 ans est pratiquement constant depuis 1996 où elle était de 46 % (45 % en 2014). Les âges moyen (21,8 ans) et médian (16,3 ans) de cette population en 2014 confirment cette extrême jeunesse de la population guinéenne. Cette structure par âge jeune est la conséquence de taux de natalité élevés et est une « locomotive » démographique qui entraîne une croissance soutenue de la population. Une structure par âge aussi jeune, caractérisée par une forte proportion de jeunes, est également une garantie que la population guinéenne continuera de s'accroître, même lorsque la fécondité aura entamé une baisse irréversible.

2.3 Contexte socioculturel

2.3.1 Place de l'enfant dans la société guinéenne

Dans les sociétés africaines, l'enfant apparaît à la fois comme un capital économique, social et symbolique. Cette vision que les parents ont de l'enfant lui confère un statut particulier au sein de la société.

En Afrique, l'enfant constitue en effet la perpétuation de la famille, du clan et du lignage. Locoh (1984) affirme à ce sujet qu'il n'existe de plus grande malédiction pour une femme que la stérilité et que même une infécondité relative sera également source de problèmes. Traitée de sorcière dans les cas extrêmes, la femme stérile est toujours plus ou moins rejetée par la société. Dans le meilleur des cas, elle sera considérée comme une femme « incomplète » avec un statut familial d'inférieur. La forte fécondité est l'un des facteurs qui conditionnent « un bon » rapport entre l'homme et la terre, entre l'homme et son groupe lignager. L'infécondité perturbe immédiatement ces rapports. Et dans plusieurs sociétés, la femme, quelle que soit sa durée de mariage, n'est considérée comme membre de la famille de son conjoint qu'à partir de la naissance du premier enfant. Dans un tel contexte, les programmes de planification familiale sont difficilement acceptés par les populations car ils vont à l'encontre de certaines normes de la société.

Sur le plan social, l'enfant est considéré comme un relai lorsque les parents ne sont plus aptes et un facteur de reproduction sociale de l'espèce garanti pour la continuité de l'espèce et de la gestion du patrimoine familial. Pour les parents, l'enfant est ainsi le signe de son immortalisation. Ce qui justifie d'ailleurs une importance plus grande accordée à l'enfant de sexe masculin appelé, surtout dans les sociétés patriarcales, à perpétuer son nom et sa progéniture. En revanche, l'enfant de sexe féminin est considéré comme une étrangère car appelé à se marier et à quitter le domicile parental. L'enfant renforce également le statut social de la femme en tant que procréatrice.

Sur le plan économique, l'enfant constitue une main-d'œuvre gratuite et l'assurance pour les vieux jours. À ce propos, Nicole Sztokman (2004) a écrit :

« Dans les sociétés traditionnelles, majoritairement rurales, vivant pour l'essentiel d'une agriculture fondée sur l'utilisation d'une main-d'œuvre nombreuse, les enfants occupent une place importante dans le système économique familial. Très tôt, ils constituent un apport de main-d'œuvre supplémentaire, participant aux travaux agricoles, allégeant la mère d'une partie de ses tâches ménagères, assurant la garde des enfants plus jeunes. Ils peuvent permettre à la cellule familiale de diversifier ses activités, effectuer eux-mêmes quelques petits travaux rémunérés. L'enfant est source de revenus et participe à la survie de la famille ou à l'amélioration de ses conditions de vie. Son rôle est particulièrement important dans les villages touchés par l'exode rural, où seuls demeurent les vieillards, les enfants et les femmes. La famille nombreuse est alors une réponse aux difficultés de la situation économique et à la précarité des conditions de vie. La modernisation de l'économie, l'élévation du niveau de vie, l'urbanisation, le développement du travail salarié, modifient peu à peu ce schéma. La force de travail représentée par l'enfant devient plus difficilement utilisable alors que parallèlement les dépenses de santé et surtout de scolarisation augmentent. Autrefois « source de revenu », l'enfant devient « une charge » et le désir d'améliorer ou de maintenir leur niveau de vie peut dès leur inciter les couples à réduire leur descendance.

Dans de nombreuses sociétés, l'enfant reste pourtant un « investissement » pour l'avenir. Faute de couverture sociale, de système de retraite et d'assurance-vieillesse, c'est sur lui que repose la survie des parents atteints par la maladie ou la vieillesse et devenus incapables de subvenir à leurs propres besoins. La famille doit être suffisamment nombreuse pour qu'un ou plusieurs enfants, devenus adultes à leur tour, puissent prendre en charge des parents trop âgés pour travailler.

Ce constat de la place importante de l'enfant dans une économie rurale traditionnelle est à l'origine de la réflexion sur le lien existant entre mortalité infantile et fécondité. Lorsque la mortalité infanto-juvénile est élevée, des naissances de « remplacement » sont indispensables pour assurer la survie et l'avenir du groupe familial. À l'inverse, la baisse de cette mortalité, en réduisant la nécessité des naissances de remplacement, peut inciter les couples, après un temps de prise de conscience plus ou moins long, à restreindre le nombre de leurs enfants. »

Sur la même lancée, Caldwell, dans son approche des flux intergénérationnels des richesses (Piché, 1995), souligne que la fécondité reste élevée dans les sociétés où les flux de richesses font profiter les parents. En d'autres termes, la fécondité demeure élevée tant que les enfants rapportent au cours de leur vie (par service, travail, revenu, garanties, etc....) plus qu'ils n'ont coûté. Quand il y aura l'inversion de ces flux, l'auteur estime que la fécondité baissera pour amorcer sa transition.

Par ailleurs, dans l'imaginaire collectif africain, l'enfant n'appartient pas – traditionnellement du moins – exclusivement à ses géniteurs mais à la collectivité familiale étendue et a, de ce fait, plusieurs pères et mères et donc une infinité de frères et de sœurs qu'il se doit de traiter comme tels. Cet imaginaire vient notamment du fait que la solidarité est une caractéristique fondamentale de la famille et de la société négro-africaine traditionnelle résolument communautaires (Wakam, 2004).

2.3.2 Le mariage dans la société guinéenne

Dans la société guinéenne, le mariage est un phénomène presque universel perçu comme une exigence à laquelle tout individu ayant atteint l'âge nubile doit se soumettre. Le mariage constitue non seulement un moyen d'affirmation de la personnalité de l'individu mais aussi un moyen de reproduction permettant de perpétuer la lignée et d'accroître la main d'œuvre. On perçoit mal en effet les naissances en dehors du mariage.

En Guinée, le mariage est l'une des cérémonies les plus importantes. C'est par le mariage que la lignée peut continuer à se perpétuer dignement. Toute naissance en dehors du mariage scellé par deux familles est inadmissible et bannie par la société. Il s'agit d'un contrat entre deux communautés, et non pas seulement entre un homme et une femme. Le système de filiation est patrilinéaire en Guinée. L'homme seul est vecteur de filiation et les enfants, en cas de répudiation ou de divorce, reviennent sans recours possible au père et à son lignage.

En Guinée, les étapes de la célébration du mariage sont fixées par la coutume et la religion. Ce sont elles qui déterminent les droits et les devoirs des conjoints et les familles concourent à l'observation de l'union par leur implication dans la résolution des conflits éventuels. Les pratiques peuvent varier d'une communauté à l'autre parfois même à l'intérieur d'une région. Les progrès enregistrés dans le domaine de la scolarisation, de l'urbanisation et de l'ouverture au monde extérieur contribuent à remettre en cause certaines pratiques coutumières notamment celles relatives au choix du conjoint.

Les dispositions légales qui régissent le mariage en Guinée sont contenues dans le Code Civil adopté en 1983 par l'Assemblée nationale. La Loi y rend obligatoire, pour tous les citoyens, la célébration du mariage devant un Officier d'État civil. Tout mariage qui n'est pas célébré dans ces conditions est considéré comme irrégulier et sans effet, selon ce Code qui fixe l'âge au mariage à 18 ans pour les hommes et à 17 ans pour les femmes. Le consentement des époux est exigé et doit être solennellement exprimé lors de la signature du mariage. Le mariage est également subordonné au paiement d'une dot en espèces ou en nature par le mari à sa conjointe. La Loi précise par ailleurs que le mariage civil doit précéder obligatoirement le mariage religieux.

La pratique de la polygamie est interdite bien que la loi précise que pour des raisons graves ayant le caractère d'un véritable cas de force majeure dûment établi par les autorités médicales compétentes, une demande d'autorisation d'épouser une autre femme peut être formulée par le mari. Les autres dérogations à la loi concernent le lévirat ou l'héritage de veuves sans enfant par les beaux-frères, le mariage des veuves mères d'enfants à des hommes de leur choix et le mariage des femmes âgées de plus de 45 ans. Ces dispositions du Code civil ne sont pas toujours respectées du fait que les pratiques coutumières constituent souvent la règle à suivre. Les nombreuses campagnes de sensibilisation n'ont pas permis de relever considérablement la célébration des mariages devant un Officier d'État civil encore moins la diminution de la pratique de la polygamie. Dans le souci de corriger les insuffisances constatées dans le Code civil et pour tenir compte de l'évolution des pratiques liées au mariage et plus généralement de la famille, un Code de la famille a été élaboré.

La conjoncture économique devenant de plus en plus difficile, les jeunes ont tendance à restreindre leurs ambitions matrimoniales. De même, le désir de poursuivre des études influence négativement la décision de se marier et l'ambition d'achever l'apprentissage d'un métier contribue à relever l'âge au mariage. C'est ainsi qu'on peut, entre autres contraintes, citer le coût des fiançailles, des cérémonies et l'idée d'une dot de plus en plus exorbitante. Ces contraintes matérielles et financières pèsent très lourdement tant sur les futurs époux que sur leurs familles.

En dépit des différentes contraintes économiques et financières, le souhait de trouver un conjoint reste très fort chez les jeunes des deux sexes. Au-delà du désir de fonder un foyer et d'avoir des enfants, la pression sociale reste très forte car certains parents accepteraient volontiers de faire marier leurs jeunes garçons quitte à prendre en charge le couple et même les enfants qui en naîtraient. Et pour les jeunes filles, le choix même de vivre dans une union polygamique est fait de façon volontaire plutôt que d'avancer en âge dans le célibat. Quelle que soit la richesse d'une femme, sans mari elle n'est pas respectée parce qu'il est inconcevable qu'une femme atteigne la trentaine sans époux.

La virginité des filles avant le mariage est de rigueur. Certains religieux affirment qu'une fille arrivant vierge à son premier mariage sauve sa famille entière du feu de l'enfer. D'autres disent qu'une femme vierge n'aimera que son mari. Ces considérations poussent certains parents à donner leurs filles en mariage très tôt et dans la plupart des cas celles-ci ne connaissent même pas leur futur conjoint.

« L'une des fonctions principales du mariage est de renforcer la solidarité du groupe. Il est décidé par les familles, le sentiment d'amour n'intervient que très rarement. Les jeunes filles du milieu urbain rejettent de plus en plus ces mariages arrangés, pourtant elles s'y soumettent encore. La raison principale de cette acceptation est la suivante : si la jeune fille s'oppose à la décision de ses parents, elle doit supporter seule les conséquences en cas d'échec du mariage de son choix. En revanche, si le mariage a été arrangé par les parents, la jeune fille n'hésitera pas à retourner chez eux en cas de mésentente conjugale » (Roux, 1995 ; cité par Doumbouya).

Cependant, dans les grandes villes, notamment dans la capitale, Conakry, les filles commencent à se révolter. Elles veulent maintenant choisir leur futur mari au lieu de se voir obligées d'épouser une personne qui leur est totalement étrangère ou qui ne répond pas à leur critère de choix. Il y a des filles qui refusent d'abandonner leurs études pour le mariage. Pour cette catégorie, le rôle de la femme se limite à faire des enfants, à les nourrir et à les éduquer alors qu'elles se sont fixées d'autres ambitions plus grandes allant de la poursuite de leurs études à la construction d'une carrière professionnelle garantie. Elles veulent bien se marier mais à des hommes qu'elles ont choisis et qui sont censés les comprendre. D'autres se font faire des enfants par leurs petits amis pour échapper au mariage arrangé. Ce phénomène est encore plus grave. Une fille mère est rejetée par toute la famille, elle est frappée d'ostracisme par la société.

En matière de mariage en Guinée, le rite occupe une place essentielle : il traduit le caractère sacré et solennel de l'engagement ; il exprime également le désir d'une reconnaissance sociale de l'union ; il rend possible un contrôle de cette union nécessaire à la validité, voire à l'existence même du mariage, la forme se présente comme un instrument de preuve du lien conjugal.

2.3.3 Place et statut de la femme

À l'origine, le monde s'accorde à reconnaître l'importance de la femme dans le processus de développement humain même si les pesanteurs sociologiques, culturelles et autres font d'elle un être relégué au second rang. En effet, selon les coutumes guinéennes, le rôle de la femme se limite aux aspects domestiques de la gestion familiale et communautaire. Elle n'hérite ni de ses ascendants directs ni de son époux et ses droits se réduisent à ceux concernant l'administration du ménage. À cet égard, il lui incombe les activités les plus pénibles : travaux agricoles, domestiques, éducation des enfants.

Par le lien du mariage, la femme est considérée dans certaines communautés, à travers le lévirat, comme un patrimoine de l'époux qui peut être légué à un autre membre de la famille ou autres proches contre son gré. Il en est de même du sororat où elle est héritée par l'époux de sa défunte sœur, la plupart du temps contre son gré.

Dans la société guinéenne, les pratiques traditionnelles néfastes à la santé et à l'épanouissement de la femme, notamment les mariages forcés et précoces, sans oublier les mutilations génitales féminines dont l'excision, sont courantes. En plus de la persistance de ces pesanteurs socioculturelles, on peut citer la faible application des lois protégeant et promouvant le droit des femmes, l'insuffisance des ressources allouées aux programmes et projets de lutte contre les disparités entre les sexes et le faible accès des femmes aux structures de micro finance, qui ne sont aucunement en faveur de la promotion de l'égalité des sexes.

Selon des stéréotypes bien établis, les femmes sont des personnes hésitantes quand il s'agit de conduire un groupe ou de prendre une décision engageant la famille ou la communauté. Aussi le pouvoir de négocier, de défendre son point de vue et de participer au processus de prise de décision, n'est pas toujours accordé à la femme.

Bien qu'elles soient majoritaires démographiquement, les femmes guinéennes demeurent encore largement sous-représentées dans les instances de prise de décision du pays aussi bien au niveau politico-administratif que communautaire. Comme le montrent les résultats du RGPH-3 (2014) et ceux de l'Enquête légère pour l'Évaluation de la Pauvreté (ELEP) de 2012, les femmes sont encore les moins instruites et les plus pauvres. Elles sont également les moins pourvues quand il s'agit des postes de responsabilité dans l'administration des affaires du pays. En effet, sur les 33 membres du Gouvernement mis en place après les élections présidentielles d'octobre 2015, seules 7 étaient des femmes. Et, en mai 2018, après le remaniement ministériel consécutif à la nomination d'un nouveau Premier Ministre, le nombre de femmes ministres a baissé à quatre. Cela, en dépit de la promesse du Président de la République de dédier son second mandat aux femmes et aux jeunes. De même, à l'issue des élections législatives de 2013, sur les 114 sièges de l'Assemblée nationale, seuls 25 étaient occupés par des femmes. La situation est identique dans l'administration décentralisée où sur les 33 préfectures du pays, seules deux sont alors dirigées par des femmes et un seul gouvernorat (sur les 8 que compte le pays) est placé sous la responsabilité d'une femme.

Jusqu'en 2019, aucune loi n'existait en matière de quotas à l'exception du code électoral guinéen de 2010, qui stipule qu'au moins 30 % de femmes doivent figurer sur les listes électorales. Cette loi n'a pas été respectée car lors des élections communales et communautaires de février 2018, selon des statistiques fournies par la Commission Électorale Nationale Indépendante (CENI), sur un nombre total de 29 669 conseillers pour les 342 circonscriptions électorales du pays, il n'y avait que 7 070 femmes. En 2019, la Guinée a adopté une loi sur la parité qui stipule en son article 2 que : « *La parité s'applique à toute liste de candidats à des élections nationales et locales, ainsi qu'à des fonctions électives dans des institutions publiques* ». L'application de cette nouvelle loi sur la parité reste toutefois un grand défi.

La sous-représentation des femmes dans les instances de prise de décision du pays s'explique par plusieurs raisons : le taux d'analphabétisme élevé chez les femmes, le taux d'abandon élevé chez les filles scolarisées, les pesanteurs socioculturelles et religieuses et la faible volonté politique, entre autres.

Ces disparités de genre persistent aujourd'hui dans tous les domaines. Selon des spécialistes, « *Les inégalités, les discriminations entre hommes et femmes ne sont pas le fruit de la nature mais celui de la culture et des productions sociales qui, prenant pour base une différence biologique qu'il n'est pas question de nier, ont construit des systèmes de genre justifiant des pratiques différenciées et le plus souvent inégalitaires* » (Labourie-Racape et Locoh ; cités par Vokouma et al., 2009, p. 25).

La Guinée dispose pourtant d'un arsenal juridique qui garantit le principe de l'égalité entre hommes et femmes : Constitution, Code Pénal, Convention sur l'Élimination de toutes les Formes de Discriminations à l'Égard des Femmes (CEDEF) et sur les Droits de l'Enfant (CDE), Code de l'enfant, loi 10-01 sur la santé de la reproduction, loi instaurant un quota de 30 % pour les femmes sur toutes les listes électorales, etc.. Le pays a aussi, sur le plan juridique, ratifié les principaux instruments internationaux et régionaux relatifs aux droits des femmes.

Depuis 2011, la Guinée s'est aussi dotée d'une Politique Nationale de Genre (PNG) récemment révisée pour l'adapter aux enjeux actuels du développement du pays et aux besoins ressentis des femmes dans les différents domaines : socio-économique, culturel et religieux, environnemental. La PNG envisage de « *bâtir une société débarrassée de toutes les formes d'inégalité et d'iniquité, qui garantissent à tous (hommes et femmes, filles et garçons) la réalisation de leur potentiel pour leur plein épanouissement* » (PNG, 2017). Une révision du Code Civil a été également entreprise afin d'éliminer des dispositions discriminatoires envers les femmes, mais celle-ci n'a pas encore été approuvée par l'Assemblée nationale.

Dans le cadre de la mise en œuvre de sa stratégie d'autonomisation des femmes, le Gouvernement guinéen a également créé, en 2014, la Direction générale des centres d'autonomisation et de Promotion des femmes, qui a pour mission de : (i) coordonner les activités en termes d'autonomisation des filles/femmes, (ii) encadrer les jeunes filles à travers l'apprentissage des métiers au sein des centres d'autonomisation et de promotion des femmes, (iii) contribuer à l'amélioration des conditions socio sanitaires des filles/femmes par le biais des causeries éducatives sur la santé de la reproduction, les violences basées sur le genre (VBG), la protection de l'environnement, l'éducation civique, les droits fondamentaux des femmes et des enfants, (iv) promouvoir l'alphabétisation fonctionnelle, (v) cultiver chez les jeunes filles et les femmes l'esprit d'entreprise, de créativité en vue de leur émancipation économique.

Malgré tous ces acquis, les disparités de genre persistent et se manifestent dans la plupart des secteurs de la vie nationale en Guinée. Cette situation s'explique principalement par une insuffisante application des textes de lois et l'existence de vides juridiques dans certains secteurs, dans un contexte où ces textes et les mécanismes de recours sont méconnus de la population, en particulier des femmes (du fait de l'analphabétisme, des pesanteurs socioculturelles, de la pauvreté et de la faiblesse du système judiciaire).

Le statut social des femmes guinéennes reste encore largement régi par des règles et pratiques coutumières les subordonnant aux hommes, avec comme effet, la persistance de plusieurs formes de violence ainsi que d'autres discriminations dans le domaine. En Guinée, les femmes font l'objet de diverses formes de violence, de discrimination et d'injustice en raison notamment de la persistance de préjugés socioculturels. Les mariages forcés et précoces, les violences conjugales, ainsi que les violences sexuelles, constituent les formes les plus récurrentes de violence envers les filles et les femmes dans le pays. D'autres formes de discriminations se manifestent dans l'accès à l'éducation, aux moyens de production, au crédit, et aux postes de décision dans l'administration publique et les entreprises privées.

La législation guinéenne offre pourtant différents recours aux victimes de violences basées sur le genre (VBG). Ces recours peuvent être d'ordre médical, psychosocial, juridique ou judiciaire. Mais le fait que la grande majorité des victimes de VBG soient des femmes et des filles qui souffrent d'une vulnérabilité économique associée à d'autres facteurs liés aux coutumes et traditions, à la mauvaise interprétation de la religion et au dysfonctionnement de l'appareil étatique dans certains domaines, ces recours sont très peu utilisés ou leur utilisation aboutit à des résultats peu ou pas satisfaisants.

Les mariages précoces sont une pratique profondément ancrée dans la société guinéenne. La loi guinéenne fixe d'ailleurs l'âge légal du mariage des filles à 17 ans. En 2016, selon les résultats de l'enquête MICS¹⁶, plus d'une fille sur cinq (21 %) s'est mariée avant l'âge de 15 ans et plus de la moitié (55 %) avant 18 ans (64 % en milieu rural et 70 % chez les ménages du quintile économique le plus pauvre). Ce qui expose les filles à la violence et aux abus, les empêche de vivre leur vie comme elles le souhaitent et réduit considérablement leurs opportunités d'un avenir meilleur. En 2016, près d'une femme de 15 ans ou plus sur cinq (19,3 %) aurait subi une violence sexuelle au cours des 12 derniers mois ayant précédé l'enquête (Enquête nationale sur les VBG, 2016).

¹⁶ Multiple Indicators Clustering Survey

Quant aux mutilations génitales féminines (MGF), elles sont reconnues comme une forme de violence contre les filles et les femmes et sont prohibées par la loi. Cependant, malgré leur interdiction, les MGF, en particulier l'excision, constituent une pratique courante et profondément ancrée dans la société, affectant, en 2016, la quasi-totalité (97 %) des filles et des femmes de 15 à 49 ans. Les différentes communautés guinéennes, indépendamment de leurs appartenances ethnique et religieuse, pratiquent l'excision à grande échelle. Et la Guinée figure parmi les pays où l'excision est la plus répandue en Afrique. Cette pratique a des origines traditionnelles et culturelles mais est aussi employée comme moyen de contrôler la sexualité féminine.

Le Gouvernement, en collaboration avec ses partenaires nationaux et étrangers, a entrepris des efforts considérables en vue d'infléchir les mentalités et de faire changer les comportements. Il a ainsi adopté des textes législatifs et réglementaires prohibant et sanctionnant sévèrement les MGF/E, mis en place des structures, formé des fonctionnaires, et sensibilisé les praticiens, les autorités locales et religieuses et le grand public en vue de lutter contre les MGF/E. Malgré cette mobilisation, la pratique des MGF/E semble avoir augmenté ces dernières années.

La pratique des MGF/E persiste en raison de la perpétuation d'une exigence culturelle et religieuse à laquelle de nombreuses communautés ont du mal à se soustraire. L'attitude complaisante de responsables politiques, mais aussi de professionnels de la santé et de la justice, envoie un message contradictoire aux communautés. L'accent mis sur les risques pour la santé est fondamental, mais il est important de renforcer cette approche en insistant également sur les atteintes aux droits de l'homme causées par les MGF/E.

Les travaux domestiques relèvent de la femme dans la société guinéenne et les femmes elles-mêmes le perçoivent ainsi. La majorité des femmes passent ainsi l'essentiel de leur temps à exécuter des tâches ménagères. Les jeunes filles (y compris les écolières) n'y échappent pas.

2.3.4 Éducation et instruction

La socialisation de l'individu, son intégration dans la communauté et sa préparation à la vie d'adulte constituent des préoccupations constantes et font l'objet d'actions individuelles ou collectives, tant au niveau familial, scolaire qu'ethnique ou social. De ce point de vue, l'éducation dépasse la scolarité ; elle englobe non seulement l'enseignement formel et informel, la transmission des connaissances scientifiques, les technologies, les méthodes d'organisation, la culture, mais aussi le développement des compétences et des aptitudes, le modelage des valeurs, attitudes et comportements (UNESCO, 1999). En Guinée, on peut citer trois systèmes d'éducation : moderne, traditionnel et islamique.

D'après les résultats du RGPH-3 (2014), environ deux adultes Guinéens sur trois (66 %) ne savent ni lire, ni écrire dans une langue. Cette proportion est plus élevée en milieu rural (80 %) qu'en milieu urbain (43 %). Les femmes sont les plus touchées par ce phénomène. En effet, trois femmes sur quatre (75,3 %) sont analphabètes contre 55 % des hommes. Ceux qui savent lire et écrire dans une langue étrangère représentent seulement 31,1 % de la population totale dont 53,9 % de la population urbaine contre 17,1 % de la population rurale.

2.3.5 Composition ethnique

La Guinée abrite plusieurs populations originaires pour la plupart du Sahel. Elle a été peuplée par vagues successives au cours des siècles. Au cours de leur histoire ancienne ou relativement récente, les ethnies guinéennes se sont mises en place à la suite de nombreux et vastes mouvements migratoires et de conquêtes.

La typologie des populations guinéennes permet de distinguer trois grands groupes comprenant chacun un certain nombre de communautés ethniques installées sur toute l'étendue du territoire national : les populations autochtones (Nalou, Landouma, Baga, Mikhiforé, Mmami ou Mandeniyi, Kissi, Lélé, Toma, Guerzé, Manon ou Mani, et Konon) ; les populations mandingues ou Mandé (Malinké, Soussou, Dialonké, Sarakollé ou Soninké, Maninka–Mori, Moréaké, Kouranko, Konianké, Diakanké, Sebbhe) ; et les populations peulhes ou Foulbé (Peuls, Toucouleur, Foulacounda, et Wassoulounké). Toutefois, il convient de signaler que chaque région naturelle abrite souvent une ethnie majoritaire.

Sur une trentaine d'ethnies, et au gré du brassage culturel et des assimilations et fusions d'ethnies apparentées, il est possible de constituer quatre grands groupes¹⁷ (Barry, 2000), en fonction des régions naturelles du pays. En effet, une ethnie majoritaire se démarque des autres dans toutes les régions naturelles, sauf en Guinée Forestière, où aucune ethnie ne domine, numériquement. Les quatre grands groupes sont : les Soussou et assimilés en Basse Guinée, les Peulhs et apparentés en Moyenne Guinée ou Fouta Djallon, les Malinkés et sous-groupes en Haute Guinée, et les ethnies forestières (Forestiers) en Guinée Forestière (**tableau 2.1**).

Tableau 2.1 : Principales ethnies guinéennes par grands groupes

Soussou	Peulh	Malinké	Forestier
Soussou	Peulhs du Fouta	Malinkés	Guerzés
Nalou	Toucouleurs	Sarakollés	Kissi
Landouma	Foulacounda	Maninka–Mori	Toma
Baga	Peulhs Wassoulou	du Kouranko	Mano
Mikhiforés		Konianké	Lélés
Mandenyi		Diakankés	Konon
Moréakés		Sebbhe	

Source : Tableau élaboré à partir d'éléments proposés par Suret–Canale (1970), Houis (1963), Barry (2000) et la section du Trésor de la Langue Française au Québec (TLFQ) de l'Université Laval.

Les croyances et les valeurs socioculturelles constituent un aspect fondamental de la vie des ethnies. Cependant, il n'est guère aisé de caractériser une ethnie ou tout un ensemble d'ethnies. Individuellement et collectivement, les gens partagent des valeurs, attitudes et comportements résultant d'un conditionnement familial, ethnique et culturel, tout au long de leur socialisation.

¹⁷ Les groupes ethniques minoritaires suivants : Dialonké, Badiaranké, Bassari, Coniagui et Cocoli ou Tyapi, ne semblent pas se rattacher aux groupes numériquement plus importants.

La plaine côtière de la Guinée est la région la plus peuplée du pays. Son poids démographique s'explique par la présence de la capitale politique, administrative et économique, Conakry, ainsi que des centres désenclavés et aux activités économiques dynamiques. Zone d'immigration par excellence, la Basse Guinée est peuplée en majorité par les Soussou. En plus de cette ethnie majoritaire, se sont installées, d'une part, des populations plus anciennes venues de l'intérieur du pays et assimilées par les Soussou : les Nalou, Baga, Landouma, Mikhiforé et Mmani, et d'autre part, les immigrants peuls et Diakanké venus du Fouta Djallon, et Malinké originaires de la Haute Guinée et qui se sont assimilés aux Soussou (Devey, 1997 ; cité par Diakité).

La communauté Soussou appartient au groupe Mandé et parle, à quelques nuances près, la même langue que les Dialonké du Fouta. Ils occupent surtout le Sud de la région maritime : Conakry, Kindia, Coyah, Forécariah et Dubréka, alors que le Nord majoritairement est peuplé par les autres ethnies du littoral. En dehors de leur langue maternelle, la langue soussou est devenue la langue des relations, parlée par les occupants de la région. Aussi les minorités ethniques du littoral, les premières à occuper la côte, voient-elles l'influence de l'ethnie soussou s'accroître, et peu à peu phagocyter leurs particularismes culturels au profit de la culture soussou.

Sur le plan socioculturel, une des caractéristiques de la société traditionnelle soussou, est d'être une société presque homogène sans castes et sous-castes. Ce qui expliquerait sa grande permissivité. De Boodt et Caubergs (1998) expliquent aussi que C'est un trait typique de la société guinéenne d'attribuer un certain nombre de caractéristiques aux différentes ethnies. Ainsi, les Soussou sont généralement décrits — à commencer par eux-mêmes — comme des gens vivant au jour le jour. On verra demain, ce qui arrivera demain ! On cueille le jour . . . D'où le dicton soussou : « *Tina kha gbe kata*. » (Il n'y a pas à s'inquiéter de demain).

L'organisation sociale peuhle a conservé la stratification sociale forte qui avait cours dans la société traditionnelle et ce, malgré la disparition des captifs et l'évolution des mentalités constatée, suite à l'avènement de la Guinée à l'indépendance. En effet, cette société était très hiérarchisée et divisée en nobles, petits propriétaires, gens de castes (forgerons, cordonniers, tisserands, griots, sculpteurs, et pêcheurs) et captifs. La position et le rôle des personnes sont toujours fonction du statut qui était celui de leurs parents immédiatement après la victoire peuhle de Talansan et la fondation de l'État confédéral théocratique du Fouta Djallon. La persistance de cette situation se remarque de nos jours même dans des comportements quotidiens des uns et des autres. Ainsi, même si ce n'est pas écrit, le mariage entre anciens nobles et anciens captifs, gens de castes ou griots est toujours mal perçu. Toutefois, à quelques exceptions près et pour diverses raisons liées souvent au pouvoir, à la richesse ou au savoir, certaines personnes arrivent à franchir ces barrières sociales.

La colonisation française et l'indépendance nationale ont contribué à la déstructuration de la société peuhle. Le servage a été aboli et les Peulhs se sont vu contraints par les nécessités socioéconomiques (charges familiales et réduction de la pauvreté) de se lancer dans le monde des affaires. Les secteurs agricole et artisanal, qui étaient naguère le lot des couches sociales dominées, sont aujourd'hui investis par les anciens maîtres. Mais c'est surtout dans le secteur commercial que les Peulhs sont de plus en plus nombreux (Devey, 1997, cité par Diakité). Il s'ensuit qu'ils sont présents dans la plupart des marchés publics et des grands centres d'affaires de Conakry et des capitales régionales.

Les Malinkés sont un peuple d'Afrique de l'Ouest présent principalement au Mali et en Guinée et de façon minoritaire au Sénégal dans la région proche de la frontière malienne, au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire et en Guinée-Bissau. Les Malinkés sont essentiellement musulmans et sont avant tout des paysans. L'organisation sociale de la société malinké repose sur la famille élargie, patrilineaire. La polygamie y est une pratique courante. La société est hiérarchisée en trois niveaux : la noblesse, issue de la famille des Keïta, empereur du Mali ; les gens de castes (forgerons, griots ou dyeli) et auparavant les esclaves.

2.3.6 Les religions pratiquées

La Guinée est une République laïque même si la religion musulmane est largement majoritaire (un Guinéen sur 10 environ se réclame de la religion musulmane, d'après les résultats du RGPH-3 de 2014).

La société guinéenne se caractérise par une forte emprise de la tradition. On est en présence d'une observance stricte des pratiques sociales et religieuses. Trois principales religions occupent le paysage spirituel du pays : l'Islam (89,1 %), le Christianisme (6,8 %) et l'Animisme (7 %). Le christianisme est surtout influent en Guinée Forestière (Sud du pays) où il touche 28 % de la population. L'animisme occupe une place non négligeable, avec un accent plus prononcé dans certaines régions. Toutefois, l'importance de l'influence de la religion musulmane varie d'une région à une autre. C'est en Moyenne Guinée qu'elle aurait le plus marqué les structures sociales et le comportement des populations, à telle enseigne qu'elle participe à la définition de l'identité ethnique peuhle. Dans la société guinéenne fortement islamisée, l'un des domaines les plus importants de la vie demeure la religion. Elle est omniprésente à chaque instant de la vie et déteint sur toutes les activités quotidiennes. Dans certaines localités, la construction en dur d'une mosquée a la priorité sur celle d'une école ou d'un dispensaire. De ce fait, chaque village dispose d'une mosquée, œuvre, le plus souvent, de ses ressortissants dans d'autres contrées du pays et à l'extérieur. De façon générale, les comportements des populations guinéennes s'accordent avec les valeurs qu'elles vivent au quotidien et qui les animent.

2.4 Contexte politique et sanitaire

2.4.1 Orientations générales en matière de santé et présentation du système de santé

La Constitution guinéenne reconnaît la santé comme un droit préalable à la jouissance des autres droits fondamentaux. Pour mettre en œuvre cette obligation constitutionnelle, le pays s'est doté d'une Politique Nationale de Santé qui s'intègre dans la politique globale du développement du pays. Cette Politique repose sur les soins de santé primaires et le renforcement du système de santé qui visent l'accès universel aux services et soins essentiels de santé.

La Politique Nationale de Santé est mise en œuvre à travers des plans décennaux, celui actuellement en cours étant le Plan National de Développement Sanitaire 2015-2024. Ce plan stratégique vise à contribuer à l'amélioration du bien-être de la population à travers des actions de promotion de la santé de la mère et l'enfant, la prévention et la lutte contre la maladie et le renforcement du système de santé.

En Guinée, l'État assure l'essentiel du financement du système de santé. Malheureusement, les ressources consacrées au secteur sont largement insuffisantes pour faire face aux nombreux défis dans le domaine. Ainsi, le poids du budget du ministère de la Santé par rapport au Budget national est plutôt faible : il est variable d'année en année et est resté inférieur à 5 % sur la période 2010-2016. La Guinée, avec moins de 5 % du budget national alloué au secteur de la santé, fait ainsi partie des nombreux pays d'Afrique de l'Ouest qui ne sont pas sur la voie d'atteindre les 15 % proposés par les Chefs d'États de la Communauté Économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) à Abuja en 2001. Ce qui confirme le sous-financement du secteur par l'État et donne des indications quant à la faiblesse de la couverture sanitaire dans le pays.

Le malade et sa famille supporteraient jusqu'à 65 % des coûts de la maladie. Les partenaires au développement appuient le Gouvernement dans le financement de certains programmes de santé comme celui du SIDA, du paludisme, de la tuberculose mais cet appui est nettement insuffisant pour assurer des services de santé de qualité dans l'ensemble du pays. En outre, une part importante des dépenses publiques est le plus souvent concentrée sur les services urbains et bénéficie aux groupes les plus riches de la population, ce qui accentue les inégalités.

Le Plan National de Développement Sanitaire 2015-2024 en cours prévoit une amélioration de la carte sanitaire et de la couverture des risques (mutualisation, subvention) pour soulager davantage les ménages. Malgré les résultats non négligeables obtenus dans l'amélioration de l'accès des populations aux soins de santé et à la lutte contre la maladie grâce à la volonté politique et aux appuis extérieurs, le système de santé guinéen fait toujours face à d'énormes difficultés.

Ainsi, en 2014, près de trois postes de santé sur 10 (28 %) ne répondent pas aux normes de la carte sanitaire et le taux de conformité des équipements y est seulement de 34 %, la moitié des centres de santé sont en mauvais état et plus de la moitié (53 %) des hôpitaux sont classés comme non conformes aux standards en la matière. On note par ailleurs un déséquilibre flagrant dans la répartition des professionnels de santé entre zones rurales et zones urbaines. En effet, seulement 17 % des professionnels de santé du secteur public exercent dans les zones rurales qui abritent les deux tiers environs de la population guinéenne. La capitale Conakry regroupe à elle seule près de la moitié des professionnels de santé du secteur public alors qu'elle abrite moins de 20 % de la population guinéenne.

L'insuffisance d'infrastructures et la faiblesse de la qualité de celles qui existent, l'absence d'assurance maladie, la mauvaise gestion des ressources liée à la corruption et le déséquilibre dans la répartition du personnel de santé ainsi que le faible financement du secteur constituent les principaux problèmes auxquels est confronté le système de santé guinéen. Enfin, le faible niveau d'instruction et le faible niveau de revenu des populations guinéennes ainsi que la persistance de tabous socioculturels favorisent la réticence aux changements de comportements favorables à la bonne santé des populations.

2.4.2 Les politiques et programmes de population

Pendant les vingt premières années de son indépendance, la politique économique de la Guinée était d'inspiration socialiste. La population était alors considérée comme la première richesse et la natalité donc encouragée. Pour les autorités d'alors, les problèmes de développement du moment avaient d'autres causes que démographiques. Ils étaient perçus comme la conséquence de la colonisation et des systèmes économiques et politiques internationaux défavorables aux pays pauvres. Il semblait donc possible d'améliorer les conditions et la qualité de vie de la population guinéenne sans agir sur les phénomènes démographiques. Il suffisait d'adopter une politique de développement adéquate, promouvoir la justice sociale, l'amélioration des services sociaux et sanitaires ainsi que l'éducation de base. Plusieurs programmes et projets ont ainsi été développés par le Gouvernement, notamment dans le domaine de la santé de la mère et celle de l'enfant. Mais il n'a pas encore été possible d'évaluer l'influence que ces programmes ont eue sur les variables démographiques.

Plus tard, au début des années 1980, le Gouvernement, sans renoncer à son attitude pro-nataliste, s'est aperçu qu'il n'était pas possible d'ignorer indéfiniment la dimension démographique des questions de développement. Ainsi, dès 1980, une Commission Nationale de la Population a été créée. Suite à la réalisation du premier RGPH en 1983 et le changement de régime politique et économique en 1984, le Gouvernement a entrepris la définition d'une politique de population. C'est ainsi qu'un programme national de santé a été mis en œuvre entre 1984 et 1989 avec le projet Santé maternelle et infantile/Planification familiale (SMI/PF), le Programme élargi de vaccination/les soins de santé primaires et ceux de la mère et de l'enfant (PEV/SSP-ME), le projet de développement des services de santé (PDSS) et la création de l'Association Guinéenne pour le Bien-être Familial (AGBEF). Suite à ces différentes actions, il y a eu la mise en place de structures comme l'Unité de Population et la création en 1990 du groupe interministériel d'experts nationaux en population.

En mai 1992, une déclaration de politique de population a été adoptée par le Gouvernement, la volonté des pays africains à limiter la croissance de leur population faisant de plus en plus l'unanimité avec le cadre d'action de Kilimandjaro et la conférence d'Arusha notamment¹⁸. Celle-ci fera l'objet d'une révision en 1996 pour prendre en compte la Déclaration de Dakar N'gor et les recommandations des Conférences Internationales de Rio, du Caire, de Beijing et de Copenhague.

Dans cette version révisée, le Gouvernement assigne à la politique de population de nouvelles orientations contenant chacune un ou plusieurs objectifs assortis de stratégies d'action. Ainsi, les questions de santé de la reproduction et celles des rapports de genre y sont largement prises en compte.

La Politique de Population de la Guinée est axée sur la valorisation des ressources humaines et met un accent particulier sur la dimension démographique en tant que noyau dur des problèmes de population. Elle a pour fondement :

- les dispositions internationales en matière de population et de ressources humaines auxquelles la Guinée a souscrit,
- la Loi Fondamentale adoptée en 1990, et
- la position officielle des autorités guinéennes lors de la conférence de Mexico sur la population en 1984.

¹⁸ Les dispositions internationales en question concernent aussi le cadre du Plan d'Action de la Population de Bucarest (1974), le Plan d'Action de Lagos (1980), le Programme de Kilimandjaro adopté à Arusha en 1984 et le Programme Prioritaire de Redressement Économique pour l'Afrique (1986).

La politique de population de la Guinée repose sur la reconnaissance des droits des individus, des couples et groupes sociaux définis et garantis par la Constitution. L'objectif fondamental de la Politique de Population est la valorisation des ressources humaines à travers des actions visant à réaliser un équilibre entre la population et les ressources disponibles. Cet objectif fondamental se décline en six orientations stratégiques et, pour chaque orientation, en des objectifs spécifiques (10 au total) assortis, chacun, de stratégies sectorielles et régionales de mise en œuvre. Sur les 10 objectifs spécifiques ainsi définis, deux étaient chiffrés : l'objectif 1, qui visait à réduire de 35 % à l'horizon 2010 l'indice synthétique de fécondité (ISF) et l'objectif 2, qui visait à faire passer l'espérance de vie de 48,5 ans en 1991 à 60 ans en 2010. Ces deux objectifs s'inscrivaient dans l'orientation 1 relative à la maîtrise de la croissance démographique.

Enfin, cette Politique de Population se réfère à la position du Gouvernement exprimée à travers le discours du Président de la République à la deuxième Conférence Mondiale sur la Population tenue à Mexico en 1984, qui reconnaît à chaque citoyen la liberté de déterminer le nombre d'enfants désirés en rapport avec la nécessaire corrélation entre la taille et le bien-être de la famille.

Après près de trois décennies de mise en œuvre, la Politique de Population a connu des résultats mitigés. Ainsi, des progrès indéniables ont été enregistrés dans la production d'informations statistiques même si des défis importants subsistent encore en matière de collecte, d'analyse et de diffusion des données. De même, le pays a réalisé des performances considérables dans l'amélioration des indicateurs de l'éducation (taux net de scolarisation, taux d'achèvement), dans l'enseignement primaire notamment, et les inégalités entre filles et garçons (surtout au niveau de l'école primaire) y ont été réduites de façon significative.

Dans le domaine de la maîtrise de la croissance démographique, si quelques signes semblent indiquer que la Guinée commence à sortir de la culture de la forte fécondité, au moins par l'expression officielle d'objectifs de maîtrise de la fécondité, force est de constater que la traduction, dans les indices, de ces nouvelles orientations reste encore limitée à quelques groupes sociaux bien précis (femmes urbaines et femmes instruites) et à une diminution très modeste du nombre moyen d'enfants par femme dans l'ensemble. Ainsi, l'ISF n'a baissé que de 15 % environ entre 1992 et 2018, passant de 5,7 enfants par femme à environ 4,8 enfants par femme sur cette période, alors que l'objectif visé (objectif 1) était de faire baisser l'ISF de 35 % entre 1992 et 2010.

Dans le domaine de la promotion des programmes de planning familial, on note une amélioration importante du niveau général de la connaissance des méthodes contraceptives modernes. En effet, la quasi-totalité des femmes en union déclarent connaître une méthode contraceptive moderne depuis 2005. Quel que soit le type de méthode (traditionnelle ou moderne), les proportions sont très élevées (plus de 90 %) aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Toutefois, le niveau de la pratique contraceptive est largement en deçà de celui de la connaissance. Pour preuve, selon l'EDSG-5 (2018), la proportion des femmes en union qui utilisent une méthode contraceptive quelconque était de 12 % (11 % pour une méthode moderne et 1 % environ pour une méthode traditionnelle). Or, pour maîtriser la fécondité en une cinquantaine d'années, comme l'ont fait certains pays d'Amérique Latine ou d'Asie, il faudrait que la pratique contraceptive progresse d'environ 1,5 point de pourcentage chaque année jusqu'à concerner environ 70 % des femmes en union (Vimard et Fassassi, 2005).

Dans le domaine de la santé, on note que, grâce au développement du système de santé fondé sur l'amélioration des soins sanitaires primaires et la fourniture des médicaments essentiels à partir de 1986, les différentes composantes de la mortalité (infantile, maternelle et générale) ont connu une baisse sensible. Cependant, les niveaux actuels restent encore très élevés, comme le témoignent les chiffres suivants relatifs aux différentes composantes de la mortalité. En plus, la Guinée n'avait atteint aucun des 8 Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en 2015. Par ailleurs, la mortalité maternelle continue d'être un défi majeur pour le système de santé guinéen. En effet, malgré une baisse notable, le niveau de la mortalité maternelle reste encore très élevé en 2016 (550 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes) malgré une augmentation importante de la proportion d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié. Par ailleurs, la prévalence contraceptive chez les femmes en union reste encore très faible à l'échelle nationale (11 % en 2018), augmentant les risques de grossesses non désirées, d'avortements clandestins et, par conséquent, de mortalité maternelle. La couverture des soins prénatals a toutefois également enregistré une hausse importante. L'accessibilité et la disponibilité limitées des soins de santé, le faible niveau d'éducation des femmes et des facteurs d'ordre culturel expliquent en grande partie le niveau insuffisant en matière de planification familiale et de maternité précoce en Guinée.

En définitive, les résultats de la politique de population sont assez largement en deçà des attentes. Comment se fait-il alors que les discours et les programmes gouvernementaux se traduisent en si peu de résultats ? Le caractère récent de l'adoption de politiques de maîtrise de la croissance démographique, le faible engagement politique, le contexte socioéconomique peu favorable et des programmes de planification familiale plutôt timides pourraient expliquer en grande partie cette situation. Un autre facteur important ayant probablement joué est le changement de paradigme en matière de planification du développement. En effet, depuis le début des années 2000, la politique de population n'est plus le cadre de référence en matière d'intervention. Entre 2002 et 2015, les Stratégies de Réduction de la Pauvreté (SRP) ont servi de cadre de référence. À partir de 2016, la Guinée a renoué avec la planification quinquennale, avec l'élaboration et la mise en œuvre de Programmes de Développement Économique et Social (PNDES).

2.4.3 La politique de santé de la reproduction et les services de planification familiale en Guinée

L'accès à la Planification familiale (PF) et à la contraception est une dimension fondamentale de la santé sexuelle et de la reproduction et des droits reproductifs, comme l'indique clairement le Programme d'action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD), qui s'est tenue au Caire en Égypte en 1994.

(1) Cadre institutionnel et politique

En 2001, la Guinée a élaboré et adopté une politique de santé de la reproduction, dans le cadre de l'opérationnalisation du Plan National du Développement Sanitaire (PNDS). L'intégration des programmes de planification familiale dans le système de santé remonte en 1990, et à partir de 1998, le pays a commencé à adopter des politiques et à développer des plans stratégiques dans le domaine de la PF.

La loi L025/2000 sur la santé de la reproduction promulguée en 2000 a identifié la PF comme un moyen d'améliorer la santé des femmes et de prévenir les grossesses non désirées. Le Manuel des Procédures, Normes et Protocoles de Santé Reproductive, qui comprend des méthodes modernes de PF, a été révisé en 2006. La Feuille de Route Nationale pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle (ministère de la Santé et de l'Hygiène publique de Guinée 2008), le Plan Stratégique National de Repositionnement de la Planification Familiale (ministère de la Santé et de l'Hygiène publique de Guinée 2009) et le Plan National de Sécurisation des Produits Contraceptifs (ministère de la Santé et de l'Hygiène publique de Guinée, UNFPA 2009) confirment l'engagement du pays à promouvoir la PF (Guengant, 2011). En 2008, les plans stratégiques de repositionnement de la PF et de sécurisation des produits de santé reproductive ont été adoptés.

(2) Acteurs dans le domaine de la PF

En Guinée, le ministère de la Santé est le premier acteur en matière de PF. En effet, la gestion du programme PF relève de la Division de la Santé familiale et de la Nutrition (DSFN), qui elle-même relève de la Direction nationale de la Santé publique au sein du ministère de la Santé. Cette direction est responsable de la mise en œuvre de la politique nationale de PF et de la coordination de l'intervention des partenaires et parties prenantes. La DSFN collabore avec le ministère de la Jeunesse (en charge de la santé reproductive des jeunes, en particulier les centres de santé adaptés aux jeunes) et le ministère de la Promotion de la Femme et de l'Enfance.

Le deuxième groupe d'acteurs regroupe des partenaires techniques constitués de l'International Planned Parenthood Federation¹⁹ (IPPF), du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), de la Banque mondiale et de la Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW). On peut également ajouter à ce groupe les Organisations non gouvernementales (ONG) étrangères telles que Population Service International (PSI), Plan International, EngenderHealth, JHPIEGO²⁰, qui agissent en tant que partenaires techniques et opérationnels. Ce groupe d'acteurs a pour rôle de soutenir les établissements de santé du secteur public par la formation du personnel, la sensibilisation et la mobilisation des communautés, le renforcement des systèmes de santé, l'amélioration de la qualité, le suivi et l'évaluation, à travers des projets généralement limités dans le temps et souvent non renouvelés.

Le troisième groupe d'acteurs est constitué d'ONG nationales telles que l'Association guinéenne pour le Bien-être familial (AGBEF) (association membre de l'IPPF), qui agissent en tant que prestataires de services.

¹⁹ L'IPPF (Fédération internationale pour la planification familiale) est une organisation non gouvernementale mondiale qui vise à promouvoir la santé sexuelle et reproductive et à défendre le droit des individus à faire leurs propres choix en matière de planification familiale.

²⁰ JHPIEGO (Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics) est une organisation internationale de santé à but non lucratif affiliée à l'Université Johns Hopkins. Fondée en 1973, l'organisation œuvre pour l'amélioration de la santé des femmes et des familles.

(3) Financement de la PF

Le financement des programmes guinéens de PF provient de trois sources : le gouvernement, les partenaires au développement et les ménages. Les fonds alloués par le Gouvernement couvrent les salaires, les dépenses de fonctionnement, la formation initiale et continue et la rénovation des structures de santé. L'aide étrangère, quant à elle, est destinée aux investissements, à la formation et à l'approvisionnement en médicaments. Une part importante de cette aide est allouée à l'achat de produits contraceptifs. L'aide étrangère prend également la forme d'un appui technique, matériel et financier au système de santé guinéen. Les fonds sont alloués via différents canaux en fonction du type de partenaire et du bénéficiaire. Chaque partenaire est également plus ou moins spécialisé dans un domaine ou se concentre sur une zone géographique spécifique. Enfin, les dépenses privées de santé, sous forme de paiements directs par les ménages, sont supportées par les ménages.

Sur la base des objectifs du plan stratégique national de repositionnement de la PF, le ministère de la Santé a projeté des prévalences contraceptives de 14 % pour 2009, 17 % pour 2010, 19 % pour 2011 et 21 % en 2012. Le financement nécessaire pour atteindre ces taux a été estimé à USD 1,1 million en 2009, 1,4 million en 2010, 1,6 million en 2011 et 1,7 million en 2012. Ces besoins financiers ont été couverts à 85 % en 2009, retombant à 40 % en 2010 puis s'améliorant à 68 % en 2011 et 79 % en 2012. Le projet quinquennal (2006-2011) financé par la Banque mondiale pour réduire la mortalité maternelle et des enfants de moins de cinq ans visait également à accroître l'utilisation des services de planification familiale. Le projet a fourni un financement supplémentaire pour soutenir la prestation des services de PF.

(4) Services et produits de PF

En Guinée, les produits et services de PF sont fournis aussi bien par le secteur public que par le secteur privé. Le secteur public est constitué des centres de santé, des hôpitaux secondaires et des hôpitaux tertiaires. Les centres de santé proposent des préservatifs, des pilules et des injectables (plus les DIU pour certains) et sont chargés de superviser la distribution communautaire des préservatifs et des pilules à travers des agents de santé communautaire. Les hôpitaux secondaires (sept hôpitaux régionaux et 35 hôpitaux de district) offrent le package des hôpitaux primaires en plus des DIU et des implants. Les hôpitaux tertiaires (tous deux situés à Conakry) offrent le package des hôpitaux régionaux et les méthodes permanentes. Les hôpitaux régionaux de N'Zérékoré et Faranah proposent également des méthodes permanentes.

Le secteur privé est composé d'ONG, d'établissements de santé privés, majoritairement situés à Conakry, et du secteur privé non médical (commerces, kiosques, bars), qui offrent des préservatifs, des pilules et des produits injectables. Dans le secteur privé à but non lucratif, les acteurs renforcent principalement les capacités des structures de santé publiques et privées tandis que l'AGBEF est engagée dans la distribution communautaire de préservatifs et de pilules.

En Guinée, on peut conclure que le cadre politique et institutionnel offre un environnement favorable à la PF. L'engagement politique des autorités s'est traduit en actions concrètes : actes législatifs et documents stratégiques nationaux. La coordination des programmes de PF est assurée par le ministère de la Santé. Cependant, la volonté politique exprimée dans la politique nationale et d'autres documents contraste nettement avec les faibles résultats obtenus jusqu'à présent. La capacité du ministère de la Santé à assurer la coordination de tous les acteurs et interventions reste faible.

2.5 Connaissance et utilisation de la contraception moderne et besoins non satisfaits en matière de PF

En Guinée, la série des cinq EDS réalisées dans le pays entre 1992 et 2018 fournit des données comparables permettant de retracer l'évolution de certains aspects liés à la contraception moderne : niveau de connaissance et d'utilisation des méthodes, besoins non satisfaits en PF et intention d'utiliser dans le futur, entre autres, ainsi que leur variation selon diverses caractéristiques sociodémographiques.

Dans cette section, nous analysons les tendances observées sur trois aspects liés à la contraception moderne : le niveau de connaissance des méthodes, le niveau d'utilisation des méthodes au moment de chaque enquête et le niveau des besoins non satisfaits en matière de PF.

Les variations de chaque indicateur utilisé sont analysées selon trois variables : l'âge, le milieu de résidence et le niveau d'instruction de la femme. Si possible, les résultats sont présentés pour l'ensemble des femmes, l'ensemble des femmes en union et l'ensemble des femmes en union sexuellement actives²¹. Les résultats selon l'âge, le milieu de résidence et le niveau d'instruction de la femme sont présentés uniquement pour les femmes en union, car cette désagrégation n'est disponible que pour ce groupe de femmes.

²¹ Une femme est considérée comme étant sexuellement active si elle a eu au moins un rapport sexuel au cours des quatre dernières semaines ayant précédé l'enquête.

2.5.1 Connaissance²² de la contraception moderne

Le **tableau 2.2** présente la proportion de femmes qui ont déclaré avoir entendu parler d'une méthode contraceptive moderne ainsi que les variations de cette proportion selon certaines caractéristiques sociodémographiques, par année d'enquête. Il en ressort que la connaissance des méthodes contraceptives est relativement élevée en Guinée. En effet, en 2018, cinq femmes de 15-49 ans sur six (six femmes de 15-49 ans en union sur sept) ont déclaré avoir entendu parler d'une méthode contraceptive moderne.

L'examen de l'évolution de cette proportion montre que, dans l'ensemble, cette proportion a considérablement augmenté (en étant multipliée par trois entre 1992 et 2018) mais que cette augmentation n'a été ni régulière, ni uniforme. En effet, entre 1992 et 2005, la proportion a augmenté de façon spectaculaire, passant de 28 % à 92 % entre ces deux dates ; entre 2005 et 2018, la proportion a plutôt tendance à baisser.

Le niveau de connaissance des méthodes contraceptives est élevé dans tous les sous-groupes de femmes. Cependant, on note certains écarts, notamment selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction des femmes.

L'analyse par groupe d'âges montre que, quel que soit le groupe considéré, la proportion de femmes déclarant avoir entendu parler d'une méthode contraceptive moderne a augmenté, notamment entre 1992 et 2005. Les hausses les plus remarquables sont observées pour les générations extrêmes (les 15-19 ans et les 45-49 ans). Les niveaux de connaissance d'une méthode contraceptive moderne de ces deux derniers groupes, qui étaient faibles en 1992 (entre 20 % et 22 %), ont connu une nette amélioration, se situant au-dessus de la barre de 88 % en 2005. Entre 2005 et 2018, on note une tendance à la baisse de l'indicateur.

²² Selon le protocole des enquêtes EDS, une femme connaît la contraception moderne si, lors de son interview, elle est en mesure de citer spontanément au moins une méthode moderne ou si, après description de celles qu'elle n'a pas citées spontanément et figurant sur une liste préétablie, elle dit avoir entendu parler d'au moins une de ces méthodes qui lui sont décrites.

La connaissance de la contraception moderne telle que définie par le protocole EDS sera présentée plus en détail et critiquée dans le chapitre consacré à la méthodologie (chapitre 3). Ensuite, pour les analyses effectuées dans le cadre de la thèse, un nouvel indicateur de connaissance de la contraception moderne sera proposé.

Tableau 2.2 : Proportion de femmes de 15-49 ans en union ayant entendu parler d'une méthode de contraception moderne par année selon le groupe d'âge, le milieu de résidence et le niveau d'instruction

Année		1992	1999	2005	2012	2018
Ensemble des femmes		28,0	70,6	91,8	89,8	82,5
Femmes en union		27,2	69,1	92,6	90,4	84,8
Femmes non en union sexuellement actives		ND ²³	92,6	98,6	96,4	90,8
Groupe d'âge						
15-19		22,0	65,3	92,1	87,7	82,2
20-24		29,8	73,5	94,3	92,1	88,5
25-29		28,8	73,8	94,8	91,9	86,5
30-34		29,4	71,4	93,3	92,4	85,5
35-39		29,5	69,5	91,3	90,9	84,3
40-44		26,6	63,5	92,3	89,6	82,8
45-49		19,9	57,3	88,2	84,1	79,9
Milieu de résidence						
Urbain		47,0	88,0	97,1	96,0	91,9
Rural		20,8	62,1	91,0	88,2	81,7
Niveau d'instruction						
Aucun		23,4	65,6	91,6	88,9	82,6
Primaire		36,5	84,2	97,1	94,1	89,6
Secondaire ou +		70,3	97,8	99,5	98,1	95,7

Sources : EDSG-1, 1992 ; EDSG-2, 1999 ; EDSG-3, 2005 ; EDSG-4, 2012 ; EDSG-5, 2018.

Pour le milieu de résidence et le niveau d'instruction de la femme, on observe les mêmes tendances que celles selon le groupe d'âge.

Pour le milieu de résidence, la proportion de femmes urbaines ayant entendu parler d'une méthode contraceptive moderne était plus que le double (2,26) de celle de femmes rurales en 1992. Ce rapport n'est plus que de 1,42 en 1999 et tourne autour de 1,10 à partir de 2005. La même tendance s'observe pour le niveau d'instruction : plus le niveau d'instruction est faible, plus le niveau d'augmentation de la proportion entre 1999 et 2005 est élevé : 3,91 pour les femmes sans instruction, 2,66 pour les femmes de niveau d'instruction primaire et 1,42 pour les femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus. Comme pour le milieu de résidence, les écarts entre les proportions des différents groupes de femmes se resserrent au fil des années.

²³ Non déclaré

L'évolution de la proportion de femmes ayant entendu parler d'une méthode contraceptive moderne sur la période étudiée (1992-2018) est marquée par trois principaux faits : (i) une augmentation importante entre 1992 et 2005 suivie d'une tendance à la baisse entre 2005 et 2018, (ii) une augmentation différenciée selon les groupes mais nettement plus importante pour ceux ayant les plus faibles valeurs au départ (1992) et (iii) une réduction progressive et drastique des écarts entre groupes d'une même variable.

2.5.2 Utilisation de la contraception moderne

La proportion de femmes en union utilisant une méthode contraceptive moderne au moment de l'enquête ainsi que la variation de cette proportion selon certaines caractéristiques sociodémographiques sont présentées dans le **tableau 2.3**. On y observe que globalement le niveau d'utilisation de la contraception moderne a augmenté de manière significative sur la période étudiée même s'il reste encore relativement faible dans l'ensemble (11 %).

L'évolution de la proportion de femmes en union utilisatrices de la contraception moderne montre que la prévalence contraceptive moderne parmi les femmes en union a augmenté entre 1992 et 2005 mais qu'entre 2005 et 2012, cette hausse ne s'est pas poursuivie et que la proportion d'utilisatrices a même légèrement diminué. Entre 2012 et 2018, la proportion de femmes utilisant une méthode contraceptive moderne au moment de l'enquête a significativement augmenté, doublant pratiquement chez les femmes en union.

L'analyse de l'évolution de la proportion de femmes utilisatrices d'une méthode contraceptive moderne au moment de l'enquête selon les caractéristiques sociodémographiques montre que celle-ci a augmenté dans tous les groupes mais que des inégalités parfois importantes sont observables bien que celles-ci enregistrent une baisse régulière parfois importante. Pour le groupe d'âge, la proportion d'adolescentes (15-19 ans) utilisatrices de la contraception moderne est celle qui de loin a connu la hausse la plus spectaculaire entre 1992 et 2018, passant de 0,3 % à 8,3 % sur cette période. Les adolescentes (15-19 ans), les femmes rurales et les femmes sans instruction sont les groupes parmi lesquels la proportion d'utilisatrices de la contraception moderne a le plus augmenté sur la période 1992 – 2018.

Les écarts entre femmes urbaines et femmes rurales baissent régulièrement mais restent toujours relativement élevés : en 2018, la proportion de femmes urbaines utilisatrices de la contraception moderne est de 85 % plus élevée que celle des femmes rurales. Pour le niveau d'instruction, les écarts entre groupes ont aussi baissé mais les femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus sont relativement beaucoup plus nombreuses à utiliser la contraception moderne.

Tableau 2.3 : Proportion de femmes de 15-49 ans en union qui utilisent une méthode contraceptive moderne au moment de l'enquête par année selon le groupe d'âge, le milieu de résidence et le niveau d'instruction

Année	1992	1999	2005	2012	2018
Ensemble des femmes	1,5	4,9	6,8	7,0	11,4
Femmes en union	1,0	4,2	5,7	4,6	10,6
Femmes non en union sexuellement actives	ND	31,8	36,3	41,1	50,7
Groupe d'âge					
15-19	0,3	2,3	5,0	2,6	8,3
20-24	2,6	3,7	6,2	3,9	15,2
25-29	2,1	3,8	6,5	5,7	14,3
30-34	1,4	4,3	5,9	6,2	13,2
35-39	1,9	5,4	5,5	5,4	12,6
40-44	1,5	4,7	6,2	4,3	8,6
45-49	0,7	5,3	3,6	2,4	5,5
Milieu de résidence					
Urbain	3,4	13,9	11,4	7,4	15,5
Rural	0,2	3,4	3,7	3,5	8,4
Niveau d'instruction					
Aucun	0,6	4,0	4,3	3,9	9,2
Primaire	1,2	13,3	9,3	6,1	11,6
Secondaire ou +	6,9	27,0	18,4	8,8	19,1

Sources : EDSG-1, 1992 ; EDSG-2, 1999 ; EDSG-3, 2005 ; EDSG-4, 2012 ; EDSG-5, 2018.

2.5.3 Besoins non satisfaits en matière de planification familiale

L'évolution de la proportion de femmes en union ayant des besoins non satisfaits en planification familiale selon diverses caractéristiques sociodémographiques est présentée dans le **tableau 2.4**. Il en ressort que dans l'ensemble cette proportion est restée quasiment stable sur la période 1992 – 2018 et touche environ entre une femme sur quatre et une femme sur cinq.

Tableau 2.4 : Proportion de femmes de 15-49 ans en union ayant des besoins non satisfaits en matière de PF par année selon le groupe d'âge, le milieu de résidence et le niveau d'instruction

Année	1992	1999	2005	2012	2018
Femmes en union	24,7	24,2	21,2	23,7	22,1
Groupe d'âge					
15-19	25,7	19,9	20,2	23,4	20,1
20-24	25,7	23,6	20,8	26,8	20,0
25-29	23,9	24,5	20,1	21,9	22,5
30-34	27,5	27,9	21,8	26,6	26,1
35-39	25,9	29,0	23,5	23,6	26,3
40-44	25,6	25,2	24,3	28,1	23,2
45-49	17,1	12,9	17,0	12,4	11,7
Milieu de résidence					
Urbain	30,1	25,9	22,2	25,7	21,3
Rural	22,9	23,5	20,9	22,9	22,4
Niveau d'instruction					
Aucun	24,1	23,8	20,2	22,5	21,9
Primaire	25,7	28,2	25,3	28,5	24,4
Secondaire ou +	31,0	24,9	29,1	27,3	21,4

Sources : EDSG-1, 1992 ; EDSG-2, 1999 ; EDSG-3, 2005 ; EDSG-4, 2012 ; EDSG-5, 2018.

Les résultats (**tableau 2.4**) mettent également en évidence le fait que les écarts entre groupes sont plutôt faibles à part pour le groupe d'âge où les femmes en fin de vie seconde (45-49 ans) sont relativement moins nombreuses (la proportion varie d'un minimum de 12 % à un maximum de 17 % selon l'année) à avoir des besoins non satisfaits en matière de PF et ce pour toutes les années d'enquête. Pour le milieu de résidence et le niveau d'instruction, excepté en 1999 où les femmes urbaines et celles de niveau d'instruction secondaire ou plus semblent être relativement plus nombreuses à avoir des besoins non satisfaits, les écarts entre groupes sont plutôt faibles.

Synthèse du chapitre

Nous retenons de ce chapitre que la Guinée est un pays physiquement et culturellement diversifié et que, en dépit de ses énormes potentialités économiques et une grande richesse de son sol et de son sous-sol, elle est confrontée à des difficultés économiques récurrentes. À ces difficultés économiques s'ajoute une croissance démographique rapide qui accentue les effets de la crise. Le statut de la femme y est faible du fait du poids de la religion et des textes juridiques parfois discriminatoires à l'égard des femmes. Certes, le gouvernement guinéen a mené des actions politiques pour influencer le rythme de la croissance démographique et pour améliorer la condition des femmes. Mais le manque d'un cadre institutionnel et juridique adéquat et les pesanteurs religieuses et culturelles du pays n'ont pas permis à ces actions d'atteindre les objectifs visés.

Le pays a par ailleurs enregistré des progrès remarquables dans l'amélioration de la santé des populations en général et celle des femmes en particulier. Cependant, des défis énormes persistent car les niveaux de mortalité (maternelle et infanto-juvénile notamment) sont encore très élevés par rapport aux objectifs visés tant au niveau national qu'au niveau international.

Dans le domaine de la santé de la reproduction, les programmes de planning familial restent fragiles en Guinée en dépit de l'existence d'un cadre législatif, politique et institutionnel assez favorable. En conséquence, la prévalence contraceptive reste largement en deçà des attentes et la fécondité est toujours assez élevée même si elle commence à baisser dans certains groupes sociaux spécifiques.

Dans ce chapitre suivant, la démarche méthodologique utilisée pour réaliser la présente étude est abordée.

Chapitre 3 : ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

Ce chapitre est consacré à la présentation de la démarche méthodologique à suivre pour soumettre les hypothèses formulées dans cette étude à l'épreuve des faits. Sont successivement présentés, les sources des données utilisées pour nos analyses (section 1), les méthodes statistiques d'analyse des données (section 2), les outils statistiques et informatiques utilisés pour la réalisation des analyses (section 3), les variables de l'étude ainsi que la définition opérationnelle de chacune d'elles (section 4) et les limites liées à l'analyse (section 5).

3.1 Approche globale

La démarche d'analyse des données utilisée dans cette thèse s'inspire de celle du protocole du Groupe International de Partenaires Population – Santé (Gripps) élaboré dans le cadre de la mise en œuvre du projet « Planification familiale en Afrique : analyses comparatives ». Ce projet, initié en 1995, visait à réaliser plusieurs analyses approfondies et comparatives de la pratique contraceptive en Afrique subsaharienne, en utilisant les données des enquêtes démographiques et de santé. Finalisé en 2000, ce protocole définit les fondements théoriques du projet, les objectifs, la problématique, le cadre de la recherche, les hypothèses à tester ainsi que la démarche d'analyse statistique à utiliser.

La démarche d'analyse du Gripps distingue deux niveaux d'analyse : un niveau descriptif bivarié et un niveau explicatif multivarié. La démarche d'analyse utilisée dans cette thèse diffère légèrement de celle du Gripps, sur deux points. En effet, dans cette thèse, nous avons un niveau descriptif univarié qui consiste à analyser l'évolution de la proportion d'utilisatrices de la contraception sur la période étudiée (premier point de différence). Ensuite, dans la démarche de la présente recherche, le niveau descriptif bivarié n'est pas couplé à une analyse factorielle des correspondances multiples (AFCM) (deuxième point de différence). Le non-recours à cette technique dans le cadre de la présente thèse se justifie par le fait que la recherche de l'association entre une méthode contraceptive particulière et un groupe spécifique de femmes n'est pas visée.

Les analyses sont faites séparément pour les femmes en union et pour les femmes non en union. Cette stratégie se justifie par deux raisons principales. La première raison tient au fait que ces deux groupes de femmes sont soumis chacun à des pressions sociales et psychologiques différentes. De ce fait, l'influence des variables pourrait différer d'un groupe à un autre. La deuxième raison est que les variables concernant le conjoint et les interactions dans le groupe ne sont pas pertinentes pour les femmes non en union.

3.2 Les enquêtes démographiques et de santé comme sources des données

Les données utilisées dans cette thèse proviennent des enquêtes démographiques et de santé (EDS) réalisées en Guinée, respectivement en 1999, 2005, 2012 et 2018. Les EDS sont un programme international de collecte de données lancé en septembre 1984. Elles constituent un prolongement des Enquêtes mondiales sur la fécondité (EMF) et des Enquêtes sur la prévalence de la contraception (EPC) exécutées respectivement de 1972 à 1984 et de 1977 à 1985. Elles sont mises en œuvre par ICF International (ex. Macro International), en collaboration avec les Instituts nationaux de Statistique des pays bénéficiaires.

3.2.1 Objectifs des EDS

Le programme EDS est essentiellement axé sur la collecte et l'analyse des données sur la fécondité, la planification familiale, la mortalité des enfants et la santé maternelle et infantile. Il vise les quatre principaux objectifs suivants :

- fournir aux pays participant au projet, des données et des analyses ayant un impact sur les programmes de santé et de population ;
- développer une base de données internationales sur la santé et la population ;
- développer de nouvelles méthodologies d'enquête ;
- développer, dans les pays participant au programme, les capacités et les ressources nationales nécessaires à la réalisation d'enquêtes démographiques et de santé de haut niveau.

Le programme EDS a réalisé à ce jour plus de 400 enquêtes dans plus de 90 pays en développement, en particulier des pays d'Afrique subsaharienne pour lesquels des données démographiques fiables faisaient jusqu'ici défaut. Les enquêtes réalisées permettent, en plus des objectifs déjà énoncés, des comparaisons internationales des principaux indicateurs démographiques et de santé. Enfin, l'ensemble des informations collectées et les analyses qu'elles engendrent peuvent constituer un outil de première importance, au plan national, pour la mise en œuvre des politiques de population ainsi que de politiques sanitaires.

Par rapport aux enquêtes précédentes (EMF et EPC), la principale innovation du questionnaire de l'EDS consiste en la collecte de données sur la santé de la mère et de l'enfant. Ces informations sont de première importance pour la mise en œuvre des programmes de santé, en particulier ceux visant à améliorer la couverture vaccinale et à diminuer la prévalence de la diarrhée et des autres maladies de l'enfance.

Par ailleurs, le programme EDS a établi des archives pour les données des enquêtes de chaque pays : ainsi, pour chaque enquête, l'utilisateur peut disposer d'un fichier de données apurées sur disquette magnétique, d'un fichier standard recodé et de la documentation nécessaire.

3.2.2 Plan de sondage des EDS

Les EDS utilisent un protocole standard précis pour le tirage des échantillons. En général, les échantillons des EDS sont stratifiés de façon à fournir, pour chaque pays, une représentation adéquate des milieux urbain et rural ainsi que des domaines d'étude²⁴ (les quatre régions naturelles et la ville de Conakry en 1999, les huit régions administratives et la ville de Conakry pour les autres années) correspondant aux ensembles pour lesquels on doit disposer d'une estimation pour tous les indicateurs clés.

²⁴ Un domaine d'étude est un ensemble pour lequel des estimations séparées et fiables de certains indicateurs clés sont souhaitées dans une enquête. Les domaines d'étude correspondent souvent à des ensembles géographiques (régions, provinces, etc., selon le découpage administratif du pays) mais peuvent aussi correspondre à des sous-populations démographiques spécifiques (femmes de 15-49 ans, hommes de 15-59 ans, enfants de moins de cinq ans, par exemple).

Les échantillons des EDS sont représentatifs au niveau de l'ensemble du pays (national), au niveau de chacune des huit régions administratives et de chaque milieu de résidence (urbain et rural). L'échantillon de chaque enquête a été constitué suivant un plan de sondage par grappes, stratifié et à deux degrés, avec les zones de dénombrement (ZD) comme unités primaires d'échantillonnage et les ménages comme unités secondaires de tirage. Au premier degré, des ZD sont tirées proportionnellement à leur taille en nombre de ménages à partir de la liste des ZD du recensement le plus récent (RGPH de 1996 pour les enquêtes de 1999 et 2005, cartographie censitaire en prélude au RGPH de 2014 pour l'enquête de 2012 et la liste actualisée des zones de dénombrement utilisée pour le RGPH de 2014 pour l'enquête de 2018). Au deuxième degré, un dénombrement exhaustif des ménages dans les ZD sélectionnées au premier degré est réalisé et la liste des ménages ainsi obtenue a été utilisée comme base de sondage pour le tirage d'un nombre fixe de ménages à partir d'un tirage aléatoire systématique.

Dans les ménages tirés, toutes les femmes âgées de 15-49 ans qui y vivent habituellement ou y ayant passé la nuit précédant l'enquête, sont éligibles pour l'enquête individuelle femme. De plus, dans un sous-échantillon des ménages (1 sur 3 en 1999 et 1 sur 2 en 2005, 2012 et 2018), tous les hommes de 15-59 ans sont éligibles pour l'enquête individuelle homme.

3.2.3 Questionnaires des EDS

Les EDS utilisent des questionnaires standard, généralement au nombre de trois : un questionnaire ménage, un questionnaire individuel femme et un questionnaire individuel homme. Ces questionnaires contiennent des modules standards développés par le programme EDS. Certains de ces modules sont adaptés aux réalités socioculturelles et d'autres sont ajoutés en fonction des besoins des utilisateurs de chaque pays. Les changements apportés aux questionnaires ont été aussi limités que possible afin de garantir la comparabilité des résultats au niveau international.

Le questionnaire ménage permet d'enregistrer tous les membres du ménage avec certaines de leurs caractéristiques. Il vise principalement à :

- fournir les informations permettant de déterminer les populations de référence pour le calcul des taux démographiques (mortalité, natalité, fécondité) ;

- identifier les femmes et les hommes éligibles pour l'enquête individuelle ;
- fournir des informations relatives aux conditions de vie du ménage et à la mortalité générale.

Le questionnaire individuel femme est utilisé pour enregistrer les informations concernant les femmes éligibles (femmes âgées de 15-49 ans). Il comprend, entre autres, les sections suivantes : caractéristiques sociodémographiques, reproduction et historique des naissances, contraception, grossesse et soins prénatals, mariage et activité sexuelle, préférences en matière de fécondité, caractéristiques du mari et travail de la femme.

Bien que la plupart des questions posées aux hommes âgés de 15-59 ans soient identiques à celles posées aux femmes de 15-49 ans, le questionnaire homme est indépendant du questionnaire femme.

3.2.4 Organisation, financement et mise en œuvre des EDS

En Guinée, les enquêtes EDS ont été réalisées par l'Institut National de la Statistique (INS), en collaboration avec le ministère de la Santé. Elles ont bénéficié de l'assistance technique de ICF International. Au niveau national, la réalisation des EDS a également bénéficié de l'appui de l'Institut National de la Santé et du Centre National de Formation et de Recherche en Santé rurale de Mafèrinyah dans la mise en œuvre du volet biologique portant sur le test du VIH et sur le test du paludisme (formation des agents et analyse des échantillons de sang).

Un comité de pilotage et un comité technique créés à cet effet, comprenant des représentants des organismes nationaux et internationaux intervenant dans les domaines de la santé et de la population, se sont chargés de la préparation et de la mise en œuvre de chaque enquête. Le comité de pilotage devait être consulté sur les grandes orientations du projet et devait être informé régulièrement de l'avancement du projet. Le comité technique était chargé du suivi régulier de tous les aspects techniques de l'enquête.

Ont également collaboré à tous les stades d'exécution du projet les institutions et organismes nationaux et internationaux qui s'intéressent et œuvrent dans le domaine de la population, de la santé et du VIH/sida, en particulier le ministère de la Santé, le ministère du Plan, le ministère des Affaires Sociales, de la Promotion Féminine et de l'Enfance, le ministère de la Jeunesse, des Sports et de l'Emploi Jeunes, le Comité national de lutte contre le SIDA (CNLS), le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), la Banque Mondiale et l'ONU SIDA.

Les enquêtes EDS sont financées par des fonds provenant de plusieurs sources : Gouvernement guinéen, UNFPA, UNICEF, Banque Mondiale par le biais du Projet d'Appui au Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) et OMS.

3.2.5 Population cible de l'étude

Les EDS collectent des informations auprès de femmes et d'hommes dans les ménages sélectionnés conformément au plan de sondage décrit ci-dessus. Les analyses réalisées dans le cadre de cette thèse se limitent à l'échantillon des femmes en âge de procréer (15-49 ans), sous-population habituellement utilisée pour l'étude de la contraception. Ces femmes étaient au nombre de 6 753 à l'enquête de 1999, 7 954 en 2005, 9 142 en 2012 et 10 384 en 2018.

Habituellement, et c'est le cas des rapports des EDS, le taux d'utilisation de la contraception moderne est calculé pour l'ensemble des femmes en âge de procréer. Or, l'analyse de l'utilisation de la contraception au moment des enquêtes n'est pas pertinente pour toutes ces femmes. En effet, Akam (2005) indique que les indicateurs de mesure de l'intensité de la pratique contraceptive tels que traditionnellement calculés, en rapportant les femmes utilisatrices à l'ensemble des femmes en âge de procréer, ne rendent compte que partiellement de la réalité de l'utilisation contraceptive dans une population féminine donnée ; tandis que Fassassi (2007) rappelle qu'en matière de pratique de la contraception moderne, l'on doit s'intéresser prioritairement aux femmes exposées à un risque de grossesse.

Pour ces deux raisons pertinentes et compte tenu du fait que toute politique de planification familiale vise à amener les femmes nécessiteuses à utiliser des méthodes modernes de contraception, la présente étude va porter uniquement sur les femmes en âge de procréer demandeuses potentielles de méthodes contraceptives modernes au moment des enquêtes, du fait de leur exposition au risque de grossesse non désirée. Plus précisément, les analyses de cette thèse portent exclusivement sur les femmes qui, au moment des enquêtes, sont fécondes²⁵ et veulent attendre au moins deux ans pour leur prochaine naissance ou ne veulent plus avoir d'enfants²⁶, qui constituent les demandeuses potentielles de planification familiale. Ce sont ces femmes qui ont une raison valable d'utiliser une méthode contraceptive car la non-utilisation d'une méthode contraceptive les expose à un risque de grossesse en cas de rapports sexuels. Sont donc exclues des analyses, les femmes qui, au moment des enquêtes, sont ménopausées, infécondes, enceintes ou veulent avoir un enfant avant deux ans.

La répartition des femmes étudiées par année selon le statut matrimonial est présentée dans le **tableau 3.1**.

Tableau 3.1 : Répartition des femmes étudiées par année selon le statut matrimonial

Année	1999	2005	2012	2018
Femmes non en union	413	1 215	1 962	2 522
Femmes en union	1 216	1 333	1 523	1 637
Ensemble	1 629	2 548	3 485	4 159

Sources : EDSG-2, 1999 ; EDSG-3, 2005 ; EDSG-4, 2012 ; EDSG-5, 2018, à partir des calculs de l'auteur.

²⁵ L'exposition au risque de grossesse suppose que la femme est apte à procréer, et donc qu'elle est non enceinte, non ménopausée, non en aménorrhée et non inféconde.

²⁶ Le fait de vouloir attendre au moins deux ans pour avoir un enfant et le fait de ne plus vouloir avoir d'enfant constituent des raisons valables de recourir à la contraception moderne.

3.2.6 Qualité des données des EDS

Un des objectifs du programme EDS est de produire des données de haute qualité et de les rendre disponibles sous une forme cohérente. Les EDS ont ainsi permis d'améliorer de façon considérable la disponibilité des données dans les pays en développement (cf. à la section 4.2) pour lesquels ces données constituent de nos jours les principales sources d'information démographique et sanitaire.

Depuis le lancement du programme, la qualité des données est un souci permanent dans le programme EDS. En effet, le souci de produire des données de bonne qualité se traduit par la publication d'une série de documents dénommés *DHS Methodological Reports* qui fournissent aux utilisateurs une évaluation de la qualité globale des données EDS. Grâce à ces évaluations régulières, les questionnaires et les procédures de terrain sont mis à jour, améliorés et adaptés au fur et à mesure.

Cependant, les enquêtes nationales dans les pays en développement ont tendance à donner des réponses incomplètes ou partielles. De plus, les questionnaires des EDS étant complexes, des réponses incohérentes ou incomplètes pour différentes questions sont quasiment inévitables. Pour les analystes, cela se traduit par des fichiers contenant des données incomplètes ou incohérentes, ce qui complique considérablement les analyses. Afin d'éviter ces problèmes, le programme EDS a adopté une politique de vérification et d'imputation qui aboutit à des fichiers de données reflétant fidèlement la population étudiée et pouvant être facilement utilisés pour des analyses.

Malgré la méthodologie et le protocole standard des EDS, le soin et la rigueur dans leur mise en œuvre ainsi que les efforts d'amélioration réguliers de leur qualité, les données des EDS ne sont pas exemptes d'erreurs et de biais potentiels.

Tout d'abord, la difficulté à évaluer les âges et à dater les événements est reconnue comme l'un des problèmes majeurs de la collecte et de l'analyse des données en Afrique. Ces concepts, étrangers aux sociétés de tradition orale, donnent souvent lieu à des déclarations imprécises ou peu fiables, se traduisant par des déformations de la distribution par âge ou des données incomplètes (Ewbank, 1981 ; IRD, 1990 ; Roger et al., 1981, cités par Barbieri et Hertrich, 2005). La situation tend cependant à s'améliorer avec le développement de la scolarisation et les progrès réalisés dans la conception et la réalisation des opérations de collecte. On observe ainsi une amélioration de la qualité des données EDS au fur et à mesure que le programme s'est développé (Gage, 1995 ; cité par Barbieri et Hertrich, 2005).

Par ailleurs, il y a une tendance à sous-déclarer la pratique contraceptive en Afrique, même si cela a rarement été vérifié. En effet, une étude conduite en 2006 auprès d'une population rurale au Sénégal (Guyavarch, 2006) a donné des résultats intéressants. Cette étude a consisté à vérifier si les déclarations des femmes interrogées lors d'une enquête sur la contraception correspondaient effectivement à leurs pratiques, en les confrontant aux informations figurant dans les registres de consultation de planning familial du centre de santé local. Les conclusions de l'étude indiquent que la pratique contraceptive, quoique peu alors répandue, était en réalité deux fois plus importante que ce qu'avaient déclaré les femmes et que la sous-déclaration sensible des pratiques chez les femmes existe probablement dans bien d'autres enquêtes, mais qu'on est en général dans l'incapacité de la repérer faute de données adéquates. En conséquence, il est donc possible que les taux d'utilisation de la contraception soient sous-estimés dans beaucoup d'enquêtes, y compris les EDS.

En matière de complétude, les résultats montrent que dans la population étudiée dans cette thèse, toutes les variables ont des taux de réponse proches de ou égaux à 100 %. Néanmoins, la bonne complétude des informations ne signifie pas forcément que les données déclarées sont précises et fiables.

3.3 Méthodes statistiques d'analyse

La vérification des hypothèses suppose un certain nombre de transformations sur les données dont le but est d'en extraire l'essentiel de l'information dissimulée dans la masse des données. Ces transformations requièrent l'utilisation de méthodes statistiques particulières dont le choix dépend essentiellement des objectifs poursuivis et de la nature des variables entrant dans l'analyse.

Les analyses étant réalisées à trois niveaux, les méthodes utilisées à chaque niveau seront présentées brièvement ci-après. Des méthodes statistiques tant descriptives qu'explicatives ont été utilisées selon le niveau d'analyse.

3.3.1 Premier niveau d'analyse : la comparaison de proportions grâce aux intervalles de confiance

Au premier niveau d'analyse, l'évolution de la proportion de femmes étudiées qui utilisent la contraception au moment des enquêtes a été analysée en utilisant la comparaison des proportions. La significativité de la variation de cette proportion d'une année à une autre a été testée grâce à des intervalles de confiance au niveau de confiance de 95 %.

3.3.2 Deuxième niveau d'analyse : l'analyse de contingence grâce au test du Chi deux

Au deuxième niveau d'analyse, une analyse de contingence est utilisée pour évaluer l'intensité et le sens de l'association entre la variable à expliquer (ici le fait pour une femme d'utiliser ou non une méthode contraceptive moderne (MCM) au moment des enquêtes) et chacune des variables explicatives retenues. Cette mesure de l'association est faite dans un premier temps au niveau global à travers un test de Khi-deux de Pearson mais aussi au niveau local (à travers les résidus standard ajustés).

Le V de Cramer²⁷ est utilisé pour mesurer l'intensité de la liaison entre la variable à expliquer et chacune des variables explicatives retenues. En effet, il existe plusieurs indicateurs susceptibles d'être utilisés pour mesurer l'intensité de la liaison entre deux variables qualitatives : le phi, le Coefficient de contingence et le V de Cramer. Parmi ces indicateurs, le V de Cramer est l'indicateur généralement préféré pour deux raisons. Tout d'abord, son maximum, 1, est atteint lorsque la relation entre les deux variables est très forte. Ensuite, il prend en compte les dimensions du tableau de contingence, ce qui implique la possibilité de comparer des V de Cramer pour des tableaux de dimensions différentes.

Le V de Cramer comporte néanmoins une limite. En effet, comme les valeurs du Chi deux tendent à croître avec le nombre de cases, plus la différence entre le nombre de lignes et de colonnes est grande, plus la valeur du V de Cramer a tendance à s'approcher de 1 sans indiquer une relation significative forte entre les deux variables.

Lorsque la liaison entre deux variables qualitatives est significative, les résidus standard ajustés sont utilisés pour mesurer les associations locales (associations entre les modalités des deux variables croisées) afin d'illustrer les affinités sélectives entre les modalités des deux variables croisées. Le signe d'un résidu standardisé indique la direction de l'association entre les deux variables croisées : un signe positif indique une attraction entre deux modalités alors qu'un signe négatif indique une répulsion entre deux modalités. Au niveau de confiance de 95 % (niveau choisi pour l'ensemble des traitements statistiques de cette thèse), un résidu est significatif si et seulement si sa valeur absolue est supérieure à 1,96.

Dans cette étude, les résidus standard ajustés permettront d'identifier les groupes de femmes (définis par les modalités des différentes variables explicatives potentielles retenues) les plus significativement susceptibles de ne pas utiliser une méthode contraceptive moderne au moment des enquêtes.

²⁷ Le V de Cramer est une mesure d'association symétrique entre deux variables qualitatives. C'est un indicateur dérivé du Chi deux et variant entre 0 (correspondant à l'absence d'association entre les deux variables) et 1 (association parfaite) et ne peut atteindre 1 que lorsque les deux variables sont exactement égales.

3.3.3 Troisième niveau d'analyse : la régression logistique binaire

Au niveau explicatif, la régression logistique binaire a été utilisée pour faire ressortir l'effet net des variables explicatives sur la variable à expliquer et pour tester l'intensité et le sens de ces effets. Il s'agira de déterminer et hiérarchiser, au moyen de la régression logistique, les variables les plus pertinentes dans l'explication du comportement différentiel des femmes vis-à-vis de la non-utilisation de la contraception moderne au moment des enquêtes.

(1) Définition de la régression logistique

La régression logistique est un modèle d'analyse explicative qui s'utilise lorsque la variable à expliquer (variable dépendante, Y) est qualitative, le plus souvent binaire. Les variables explicatives (variables indépendantes X_i) peuvent être par contre soit qualitatives, soit quantitatives. La variable dépendante est habituellement la survenue ou non d'un événement (ici le fait d'utiliser ou non une méthode contraceptive moderne au moment des enquêtes) et les variables indépendantes sont celles susceptibles d'influencer la survenue de cet événement, c'est-à-dire les variables mesurant l'exposition à un facteur de risque ou à un facteur protecteur, ou variables représentant des facteurs de confusion.

L'intérêt majeur de la régression logistique est de quantifier la force de l'association entre chaque variable indépendante et la variable dépendante, en tenant compte de l'effet des autres variables intégrées dans le modèle ("mesures ajustées").

(2) Principes de la régression logistique

Le principe de la régression logistique est de rendre dichotomique chaque variable nominale ou catégorielle figurant parmi les variables explicatives en autant de variables artificielles que la variable a de modalités moins une unité. Ainsi, pour N variables explicatives catégorielles ayant chacune K modalités par exemple, le modèle de régression logistique fournit $N*(K-1)$ paramètres qui s'interprètent comme la variation de l'effet d'appartenir à la catégorie par rapport à l'effet d'appartenir à la catégorie de référence. Cette nouvelle présentation suppose que les variables explicatives ne sont pas liées entre elles et que la variable à expliquer s'exprime en fonction des autres selon un modèle additif.

D'autre part, le fait de rendre dichotomiques les variables explicatives facilite l'examen de l'effet de la modalité non omise sur la probabilité de ne pas utiliser une méthode contraceptive. Mentionnons à ce sujet que pour estimer l'effet d'une variable explicative polytomique sur la pratique contraceptive, il faut omettre dans le modèle une modalité de cette variable. Les résultats obtenus sont alors interprétés par rapport à une population de référence qui aurait comme caractéristique la modalité omise de la variable considérée.

(3) Évaluation de la qualité des modèles de régression logistique

Les performances des modèles statistiques sont généralement évaluées à l'aide de leur sensibilité, spécificité et valeurs prédictives positives et négatives. Malheureusement, ces indices ne reflètent qu'imparfaitement la capacité d'un modèle à distinguer les individus ayant vécu l'événement étudié de ceux ne l'ayant pas vécu. Le recours à la courbe ROC (receiver operating characteristic) apparaît comme un outil de choix pour cette évaluation.

La sensibilité est estimée par la proportion de vrais positifs chez les malades tandis que la spécificité est estimée par la proportion de vrais négatifs chez les non malades. Ce sont donc deux indicateurs de la qualité de prédiction du modèle utilisé (ici le modèle logistique). Appliquée aux données de cette thèse, la sensibilité est la proportion de femmes que le modèle classe comme n'utilisant pas une méthode contraceptive moderne parmi celles qui, effectivement, n'utilisent pas une méthode contraceptive moderne alors que la spécificité est la proportion de femmes que le modèle classe comme utilisant une méthode contraceptive moderne parmi qui, effectivement, utilisent une méthode contraceptive moderne.

La courbe ROC est une représentation graphique de la relation entre la sensibilité et la spécificité d'un test, calculée pour toutes les valeurs seuils possibles. Elle permet la détermination et la comparaison des performances diagnostiques de plusieurs tests à l'aide de l'évaluation des aires sous la courbe. Elle fournit une mesure agrégée des performances (mesurées par la sensibilité et la spécificité) d'un modèle pour tous les seuils de classification possibles.

Un autre indicateur supplémentaire a aussi été utilisé pour l'évaluation de la qualité des modèles produits dans cette thèse : le D de Sommer qui, en régression logistique, fournit une estimation de la corrélation des rangs de la variable de réponse binaire observée et des probabilités prédites. Ainsi, il peut être utilisé comme indicateur de la qualité de l'ajustement du modèle.

L'adéquation de chaque modèle est fournie par le test de Hosmer – Lemeshow, qui est un test statistique de validité de l'ajustement pour les modèles de régression logistique. Le test évalue si les taux d'événements observés correspondent ou non aux taux d'événements prévus dans des sous-groupes de la population du modèle.

3.3.4 Outils d'analyse

Deux logiciels ont été utilisés pour la réalisation des analyses de la présente thèse : Microsoft Office Excel et Stata 15. Microsoft Office Excel a été utilisé pour la réalisation des représentations graphiques. Quant à Stata, il a été utilisé pour la production de toutes les autres analyses : intervalles de confiance, analyses de contingence et analyses multivariées. Le choix de Stata se justifie principalement par sa capacité à prendre en compte les plans de sondages complexes dans les analyses. En effet, les EDS utilisent des plans de sondage complexes dont la non-prise en compte pourrait fausser les conclusions des tests statistiques.

Afin d'assurer la représentativité des résultats à travers le pays et de corriger les non-réponses, les données ont été pondérées tout en prenant en compte la conception complexe des échantillons des différentes enquêtes dans les analyses, à l'aide de la commande SVY dans Stata.

3.4 Variables de l'étude et définitions opérationnelles

L'objectif de la présente recherche est d'identifier les facteurs qui rendent significativement compte de la non-utilisation d'une méthode contraceptive moderne au moment des enquêtes. Par conséquent, la variable à expliquer est : « le fait pour la femme de ne pas utiliser une méthode contraceptive moderne au moment de l'enquête », avec deux modalités dichotomiques : **Oui** si la femme n'utilise pas une méthode contraceptive moderne au moment de l'enquête, **Non** dans le cas contraire.

Pour mesurer les variations de cette variable dépendante, six groupes de variables explicatives ont été constitués :

- l’environnement socioculturel dans lequel vit la femme ;
- les caractéristiques démographiques de la femme ;
- les caractéristiques socioéconomiques de la femme ;
- les caractéristiques du conjoint de la femme ;
- les rapports de genre, et ;
- les variables intermédiaires.

Les caractéristiques du conjoint et les rapports de genre concernent exclusivement les femmes en union.

3.4.1 La variable expliquée

Dans cette étude, la variable dépendante est la non-utilisation de la contraception moderne au moment des enquêtes. Elle a deux modalités : **Oui**, si la femme n’utilise aucune méthode contraceptive moderne au moment de l’enquête, **Non** si elle en utilise au moins une.

Au cours des différentes enquêtes, il a été demandé aux femmes non enceintes au moment de l’enquête si elles faisaient quelque chose ou si elles utilisaient une méthode pour éviter ou retarder une grossesse. Les méthodes retenues dans le questionnaire de l’enquête sont regroupées dans les deux catégories suivantes :

- les méthodes modernes, qui comprennent la stérilisation féminine et la stérilisation masculine, le dispositif intra-utérin (DIU) ou stérilet, les injectables, les implants, les pilules, le condom masculin, le condom féminin, le diaphragme, les méthodes vaginales (spermicides, mousses et gelées), la méthode de l’allaitement maternel (MAMA) et la pilule du lendemain ;
- les méthodes non modernes, qui regroupent les méthodes traditionnelles (notamment la continence périodique et le retrait) et les méthodes dites « populaires » comme les herbes, les tisanes et autres méthodes pouvant être classées dans cette catégorie.

À noter que les méthodes dites modernes varient d'une enquête à une autre. Dans le cadre de cette recherche, seule l'utilisation d'une méthode moderne a été considérée. Les femmes qui, au moment des enquêtes, n'utilisent aucune méthode et celles qui utilisent des méthodes non modernes sont classées comme non-utilisatrices d'une méthode contraceptive moderne. Celles qui utilisent une méthode moderne sont considérées comme utilisatrices d'une méthode contraceptive moderne.

3.4.2 Les variables explicatives

(1) Variables traduisant l'environnement socioculturel de la femme

(a) Le milieu de socialisation de la femme

Le milieu de socialisation désigne le lieu où la femme a passé la plus grande partie de son enfance (de la naissance à l'âge de la puberté). Dans la plupart des études sur la fécondité, le milieu de socialisation est étudié en opposant milieu rural et milieu urbain, opposition sous-tendant celle des cultures dites traditionnelles et celles dites modernes (Akam, 2005).

La variable *milieu de socialisation* comporte deux modalités : **Urbain** et **Rural**.

(b) Le milieu de résidence de la femme

Le milieu de résidence désigne le degré d'urbanisation du lieu de résidence habituel de la femme au moment de l'enquête. Il fait référence au processus d'acquisition de normes, valeurs et pratiques dominantes dans ce milieu et joue un rôle important dans la variation des comportements des individus. Ses influences sont à la fois culturelles (à travers les valeurs modernes véhiculées ou non par les médias), économiques et sociales (à travers les infrastructures mises à la disposition des individus pour la satisfaction de leurs besoins, notamment en matière de santé de la reproduction et de la planification familiale).

Le milieu de résidence comporte deux modalités : **Urbain** et **Rural**. En Guinée, est considérée comme urbaine toute agglomération située dans le périmètre loti du chef-lieu d'une préfecture²⁸, bénéficiant de certaines commodités, notamment l'eau et l'électricité. Ainsi, toute la ville de Conakry est considérée comme urbaine, de même que les parties strictement loties des chefs-lieux des préfectures. Exceptionnellement, dans la préfecture de Boké, les cités de Kamsar et de Sangarédi sont aussi considérées comme urbaines. Enfin, la commune de Manéah, relevant de la préfecture de Coyah et géographiquement rattachée à Conakry, est entièrement urbaine.

(c) L'appartenance ethnique de la femme

L'ethnie est une variable clé dans l'analyse des phénomènes démographiques. Elle constitue le lieu de production des modèles culturels qui modulent les comportements des individus (Akam, 2007). Dans cette étude, quatre groupes ethniques ont été définis : **Peulh, Malinké, Soussou et Forestier**.

Le regroupement ethnique utilisé dans cette étude est celui proposé par Barry (2000), qui correspond à celui utilisé lors du traitement des données des EDS, sources des données de la présente étude (voir chapitre 2, section *Contexte socioculturel*, sous-section *Composition ethnique*).

(d) Religion de la femme

La religion renvoie à la confession religieuse de la femme. Les religions forment leurs adeptes dans un même moule doctrinal de référence (Akam, 2005). Certaines religions sont ainsi ouvertes au « modernisme », comme les religions chrétiennes ; d'autres, cependant, sont restées longtemps attachées aux modèles culturels traditionnels, comme l'Islam en Guinée.

²⁸ La préfecture est le deuxième niveau de la subdivision administrative du pays, après la région. La Guinée compte 33 préfectures.

Dans cette étude, la religion compte deux modalités : **musulmanes** et **autres**. Ce regroupement se justifie par le fait que l'islam est de loin la principale religion pratiquée dans le pays avec au moins 89 % d'adeptes d'après le dernier RGPH de 2014. Ainsi, pour des considérations statistiques liées à la faiblesse des effectifs, tous les adeptes des religions (largement dominées par le christianisme) autres que l'islam ont été regroupés.

(2) Les caractéristiques démographiques de la femme

(a) La situation matrimoniale de la femme

L'état matrimonial d'une femme détermine en grande partie son exposition au risque de procréer (Fall, 2004). En effet, l'objectif premier du mariage en Afrique subsaharienne est la procréation. Les couples stériles vivent très difficilement leur situation d'infécondité au sein de la société (Akam, 1990). Dans la plupart des cas, la procréation est gage de pérennisation de la lignée et de stabilité du mariage.

Dans cette étude, deux groupes de femmes sont constitués à partir de la situation matrimoniale : les femmes en union et les femmes non en union²⁹. En effet, toutes les analyses seront effectuées séparément pour les femmes en union et les femmes non en union au moment des enquêtes.

²⁹ L'union est définie à la section *Définition des concepts* (chapitre 1).

(b) L'âge de la femme

L'âge est une variable importante dans l'analyse de la plupart des phénomènes, démographiques notamment. En effet, comme le note Akam (2005), les comportements des individus varient généralement d'une génération à une autre, surtout dans des sociétés en pleine mutation comme celles d'Afrique. En particulier, les vieilles générations ont davantage tendance à respecter les traditions tandis que les jeunes générations, généralement plus instruites, sont en principe plus tournées vers des comportements dits « modernes ». En conséquence, on s'attend à une plus grande utilisation de la contraception moderne dans les jeunes générations que dans les vieilles.

Dans cette étude, les femmes ont été regroupées en trois grands groupes d'âges : 15-24 ans, 25-39 ans et 40-49 ans. L'objectif est de mettre en évidence un éventuel effet de génération dans les comportements vis-à-vis de la contraception tout en évitant les écueils liés aux faibles effectifs.

(c) Le nombre d'enfants en vie (ou nombre d'enfants survivants) de la femme

Le nombre d'enfants en vie désigne le nombre total d'enfants nés vivants encore en vie que la femme a au moment des enquêtes. Dans cette étude, cette variable a été dichotomisée : elle prend la modalité 1 si le nombre d'enfants en vie est inférieur à 5, la modalité 0 sinon. Ngozi (2007) justifie ce recodage par le fait que la plupart des politiques de population en Afrique subsaharienne fixent comme objectif en matière de fécondité un nombre d'enfants de 4 par femme.

Par ailleurs, le nombre d'enfants survivants a été préféré au nombre de naissances vivantes car, comme l'indiquent (Lloyd et Ivanov, 1988 ; cités par Barbieri et Hertrich, 2005), les décès d'enfants peuvent amener les femmes à reporter un projet de limitation de la descendance (effets de remplacement et d'assurance).

(d) Le nombre idéal d'enfants de la femme

Le nombre idéal d'enfants désigne le nombre idéal d'enfants désirés par la femme. Le comportement reproductif d'une femme peut en effet être influencé par le nombre idéal d'enfants qu'elle aurait souhaité avoir et par celui souhaité par son mari/partenaire.

Lors des EDS, il est posé aux femmes, selon le nombre d'enfants vivants qu'elles ont au moment des enquêtes, la question suivante :

Pour les femmes ayant au moins un enfant vivant : Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfant et que vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir ?

Pour les femmes n'ayant aucun enfant vivant : Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien en voudriez-vous ?

La réponse à cette question donne le nombre idéal d'enfants.

Les données sur les attitudes et les opinions vis-à-vis de la procréation ont toujours été un sujet de controverse. Pour certains chercheurs, les réponses aux questions sur les préférences en matière de fécondité ont un triple inconvénient : (i) elles reflètent des points de vue éphémères qui sont exprimés sans beaucoup de conviction ; (ii) elles ne tiennent pas compte de l'effet des pressions sociales ou des attitudes des autres membres de la famille, particulièrement celles du mari, qui peuvent avoir une grande influence sur les décisions en matière de reproduction et enfin (iii) les données sont obtenues à partir d'un échantillon de femmes de différents âges et ayant des histoires génésiques différentes. En effet, pour les femmes jeunes et/ou en début d'union, les réponses sont liées à des objectifs à moyen ou à long terme dont la stabilité et la valeur prédictive sont incertaines. Pour les femmes plus âgées et/ou en fin de vie féconde, les réponses sont inévitablement influencées par leur histoire génésique.

Bien que les valeurs de cette variable soient discrètes, seules deux modalités ont été retenues : **moins de 5 enfants** (valeurs 0, 1, 2, 3 ou 4) et **5 enfants ou plus** (5, 6 et + ainsi que les réponses non-numériques telles que *ça dépend, ce que Dieu aura décidé*, etc.). Deux principales raisons justifient ce regroupement : d'abord pour des raisons de robustesse statistique (éviter les faibles effectifs dans les analyses, généralement nuisibles à la qualité des résultats) et ensuite pour tenir compte des objectifs des politiques de maîtrise de la fécondité dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne qui fixent à 4 les objectifs à atteindre.

(e) Existence d'une descendance mixte de la femme

Outre le nombre, le sexe des enfants constitue une autre composante du projet de fécondité des couples pouvant influencer les comportements procréateurs (Fall, 2004). La réalisation d'une descendance mixte favoriserait ainsi le contrôle de la fécondité.

La descendance mixte pour une femme signifie le fait d'avoir au moins un enfant de chaque sexe (un garçon et une fille) en vie. Elle est construite à partir du nombre de filles en vie et du nombre de garçons en vie de la femme au moment des enquêtes.

La variable **Existence d'une descendance mixte de la femme** comporte deux modalités dichotomiques : **Oui** si la femme a au moins un enfant de chaque sexe parmi ses enfants en vie au moment des enquêtes, **Non** dans le cas contraire.

(f) Décès d'au moins un enfant de la femme

Selon Lloyd et Ivanov (1988), cités par Barbieri et Hertrich (2005), les décès d'enfants peuvent amener les femmes à reporter un projet de limitation de leur descendance (effets de remplacement et d'assurance). Ainsi, dans un contexte où la mortalité dans l'enfance est relativement élevée (comme c'est le cas dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne), la pratique contraceptive pourrait être limitée, l'objectif étant de faire le maximum possible d'enfants pour espérer la survie de certains d'entre eux.

La variable **Décès d'au moins un enfant de la femme** est dichotomique : **Oui** si la femme a eu au moins un enfant décédé, **Non** dans le cas contraire.

(3) Les caractéristiques socioéconomiques de la femme

(a) Le niveau de vie du ménage

Le niveau de vie du ménage désigne l'ensemble des possibilités matérielles dont dispose un ménage. Il est appréhendé ici à travers une combinaison de variables liées aux conditions de vie des ménages, à savoir les biens d'équipement, les caractéristiques de l'habitation et les différentes commodités qui s'y rattachent (la source d'eau et d'éclairage). Cet indicateur composite a été obtenu grâce à une analyse factorielle des correspondances multiples (AFCM) suivie d'une Classification.

Les EDS ne collectent pas de données sur les revenus et la consommation des ménages mais des informations détaillées ont été collectées sur le logement et ses caractéristiques ainsi que sur l'accès des ménages à une variété de biens de consommation et services qui peuvent être utilisés comme une mesure de la situation économique.

Pour construire un indice de bien-être économique (indicateur de niveau de vie), les données sur les caractéristiques des logements et les biens possédés par les ménages ont été utilisées grâce à une analyse en composantes principales. L'indice est construit en trois étapes :

Première étape

Un sous-ensemble de biens ou de caractéristiques communs aux deux milieux urbain et rural est utilisé pour créer des partitions de richesse pour les ménages de ces deux domaines. Toute modalité d'une variable qualitative de ce sous-ensemble est transformée en variable dichotomique (0 ou 1). Une analyse en composante principale a été menée avec l'ensemble des variables (dichotomiques ou non) du sous-ensemble pour générer un poids (score ou coefficient) commun pour chaque ménage.

Deuxième étape

On produit des poids (scores ou coefficients) distincts pour les ménages du milieu urbain et ceux du milieu rural en utilisant des indicateurs spécifiques à chaque milieu.

Troisième étape

On combine les scores communs et les scores spécifiques à chaque milieu afin de produire un indice de bien-être à l'échelle nationale en utilisant une régression sur les scores factoriels communs. Les scores qui en résultent sont standardisés selon une distribution normale standard de moyenne 0 et d'écart type 1 (Gwatkin et al., 2000). On attribue à chaque ménage un score pour chaque bien et on fait la somme de tous les scores par ménage. Les ménages sont alors classés par ordre croissant du score total et, dans la présente recherche, divisés en 3 catégories d'effectifs égaux appelés quintiles. On établit ainsi une échelle allant de 1 (quintile le plus pauvre) à 3 (quintile le plus riche).

Le choix de trois catégories au lieu de 5 dans les EDS se justifie par des raisons de robustesse statistique.

Cette procédure en trois étapes permet une plus grande adaptabilité de l'indice de bien-être aux milieux urbain et rural. Le score de chaque ménage est affecté aux individus qui le composent et les individus sont ainsi répartis dans les différentes catégories et ont le même classement que leur ménage.

(b) Le niveau d'instruction de la femme

Le niveau d'instruction se réfère au plus haut niveau d'études atteint par les individus (femmes ou leur conjoint/partenaire) dans le système d'enseignement formel. Cette variable est réputée être une des clés du changement social. En effet, en introduisant de nouvelles valeurs, l'instruction met l'individu en face d'autres modes de pensée susceptibles de remettre en cause les valeurs traditionnelles véhiculées au sein des groupes sociaux formés par les religions et les ethnies (Rwenge, 1994). L'instruction contribue donc à la transformation des modèles culturels traditionnels, en conférant à l'individu une certaine considération de la part de la société et en lui permettant d'occuper au sein de celle-ci, une position relativement avantageuse. Elle favorise également l'émancipation et l'ouverture de l'individu vers le monde extérieur. Selon Caldwell (1993), le niveau d'instruction est un moteur de changement, favorisant l'abandon des comportements traditionnels au profit des comportements dits modernes.

Le niveau d’instruction de la femme a trois modalités : **Aucun, Primaire, Secondaire ou plus.**

(c) L’alphabétisation de la femme

L’alphabétisation se réfère à la capacité des individus à lire et à écrire dans une langue donnée. Dans le cas des EDS, des questions sur la dernière classe achevée et le niveau d’instruction atteint par les enquêtées ont été posées. Les femmes ayant atteint le niveau secondaire ont été considérées d’office comme alphabétisées. À celles qui n’ont aucun niveau et celles qui avaient seulement le niveau primaire, il a été demandé de lire une phrase simple rédigée dans une des langues officielles ou nationales. Les enquêteurs enregistraient le résultat de ce « test » selon les cinq modalités suivantes : « peut lire toute la phrase », « peut lire seulement des parties de la phrase », « ne peut pas lire du tout », « pas de carte dans la langue de l’enquêtée », et « aveugle/malvoyant ». Les enquêtées qui ont pu lire entièrement ou seulement une partie de la phrase et les enquêtées ayant atteint le niveau secondaire ou plus sont considérées comme alphabétisées. Toutes les autres enquêtées ont été considérées comme non alphabétisées.

(d) L’occupation (secteur d’activité) de la femme

L’occupation renvoie, ici, au secteur d’activité correspondant à l’occupation principale, c’est-à-dire à l’activité qui occupe la plus grande partie du temps des individus. Le secteur d’activité permet de distinguer les activités dites modernes et celles traditionnelles. Cette variable permet d’avoir une idée sur le pouvoir économique des individus. Nous utiliserons également l’occupation de la femme et celle de son conjoint dans cette étude. Trois modalités ont été définies pour cette variable : **Secteur agricole, Secteur non moderne**³⁰ et **Secteur moderne.**

Le secteur d’activité de la femme a été créé par une combinaison des modalités de sa « catégorie socioprofessionnelle » et de son « mode de rémunération ».

³⁰ Le secteur non moderne regroupe des activités non agricoles qu’on ne peut classer comme modernes. Il en est ainsi du commerce informel.

Tout d'abord, les femmes travaillant dans le secteur agricole ont été isolées à partir de la catégorie socioprofessionnelle. Il s'agit des exploitants et salariées agricoles. Par ailleurs, toutes les femmes appartenant aux catégories « cadres et professions libérales et assimilés » et « administration » ont été d'office classées dans le secteur moderne. Pour tous les autres cas ("commerce", "autres services", "ouvriers qualifiés"), le recours au mode de rémunération a permis de distinguer le formel de l'informel. Ainsi, toutes les travailleuses non agricoles rémunérées en espèces (i.e. les salariées) ont été classées dans le secteur moderne. Cette approximation surestime quelque peu l'importance du secteur moderne car la rémunération en espèces existe aussi dans le secteur informel. Toutefois, le salariat étant marginalement présent dans le secteur informel, cette surestimation des effectifs du secteur moderne peut être négligeable. Chez les ouvriers, commerçants et autres services, tous les modes de rémunération différents de "espèce", c'est-à-dire les non-salariées, ont été classées dans le secteur informel. En définitive, les différents secteurs ont été formés de la façon suivante :

1) Le secteur agricole :

- Salariées agricoles
- Exploitantes agricoles

2) Le secteur informel

- Ouvrières non rémunérées en espèces (non salariées) ;
- Travailleuses du commerce et des services non rémunérées en espèce (non salariées) ;
- Cadres et professions libérales non rémunérées en espèce ou travaillant pour leur famille ;
- Aides familiaux et domestiques ;
- Les autres femmes non classées dans le secteur agricole ou le secteur moderne ;
- Sans emploi.

3) Le secteur moderne

- Cadres, professions libérales et assimilées (exception faite de celles indiquées dans le secteur informel) ;
- Ouvrières qualifiées et non-qualifiées salariées (rémunérées en espèces) ;
- Travailleuses salariées du commerce et des services (rémunérées en espèce).

(4) Les caractéristiques du conjoint

(a) Le niveau d'instruction du conjoint

Le niveau d'instruction du conjoint est le plus haut niveau d'études atteint par le conjoint de la femme dans le système d'enseignement formel. Tout comme l'instruction de la femme, celle du conjoint s'est révélée déterminante dans l'adhésion des couples à la pratique contraceptive, notamment moderne.

Pour des raisons de robustesse statistique, les modalités de cette variable ont été regroupées en deux grands groupes : **Primaire max** (regroupant les conjoints non instruits et ceux de niveau d'instruction primaire) et **Secondaire ou plus** (pour les conjoints ayant atteint au moins un niveau d'instruction secondaire).

(b) L'occupation (secteur d'activité) du conjoint

Le secteur d'activité du conjoint renvoie au secteur dans lequel celui-ci travaille principalement. Il permet de distinguer les activités dites modernes et celles traditionnelles. Trois modalités ont été définies pour cette variable : **Secteur moderne**, **Secteur agricole** et **Autre secteur**.

Le mode de construction de cette variable diffère de celui de la variable correspondante pour la femme (le secteur d'activité de la femme). En effet, les données relatives à l'occupation du conjoint n'ont pas été collectées avec le même niveau de détail que celles concernant la femme. Pour cette raison, la variable a été construite par un simple regroupement de modalités.

(5) Variables traduisant les rapports de genre

(a) Le type d'union

Les femmes en union ont été également distinguées selon qu'elles vivent en union polygamique ou non. Cette distinction a été faite à travers le nombre d'épouses du conjoint autres que la femme elle-même. Les femmes pour lesquelles le nombre de coépouses est 0 ont été classées comme vivant en union monogamique et les autres classées comme vivant en union polygamique.

(b) La discussion de la PF avec le conjoint

La discussion de la planification familiale avec le conjoint est un facteur déterminant dans la propension de la femme à recourir ou non à la contraception moderne, donc peut agir sur la fécondité. Elle traduit non seulement la prise de conscience des problèmes liés à la procréation et à une descendance nombreuse mais aussi le statut de la femme.

Les modalités de cette variable ont été construites à partir des réponses fournies par les femmes à la question suivante : « *Au cours des derniers mois, combien de fois avez-vous discuté de la pratique de la planification familiale avec votre conjoint/partenaire ?* ». Trois modalités ont ainsi été définies : *Jamais* si la réponse est 0, *Parfois* si la réponse est 1 ou 2 et *Souvent* si la réponse est 3 ou plus.

(c) La participation de la femme à la prise de décisions importantes dans le ménage

Le pouvoir de négociation de la femme désigne le niveau d'implication de la femme dans la prise de décisions importantes dans le ménage. Il a été créé à partir du nombre de décisions importantes auxquelles la femme prend part dans le ménage³¹ : aucune, une ou deux et trois, quatre ou cinq. Concrètement, cette variable a été construite à partir des réponses à une série de questions posées aux femmes lors des enquêtes. Ces questions sont relatives à la personne dans le ménage qui, habituellement, décide :

³¹ La femme participe à la prise de décision lorsque la réponse à la question sous-jacente est « Répondante seule » ou « Répondante et conjoint/partenaire ».

- comment dépenser les revenus de la femme ;
- des soins de santé de la femme ;
- des gros achats/grandes dépenses du ménage ;
- des visites à la famille et aux parents ;
- de ce qu'il faut faire des revenus du mari.

Pour chacune des questions, le score 1 est attribué à la femme si sa réponse est *la répondante seule* ou *la répondante et son conjoint* (mari ou partenaire). Dans le cas contraire, le score 0 lui est attribué.

Un indicateur totalisant les scores de la femme a été calculé et le degré de participation de la femme aux décisions importantes dans le ménage a été ainsi défini : *Pas du tout* si le score total est 0, *Peu* si le score total est 1 ou 2 et *Beaucoup* si le score total est 3, 4 ou 5.

(d) L'écart d'âge entre conjoints

Des recherches relativement récentes (Barbieri et Hertrich, 2005) ont montré que la contraception est plus utilisée dans les couples où les écarts d'âges entre conjoints sont les plus faibles. L'écart d'âges entre conjoints désigne ici la différence (en années) entre l'âge du conjoint et l'âge de la femme. Pour les besoins des analyses, quatre modalités ont été retenues : **moins de 5 ans, 5-9 ans, 10-14 ans et 15 ans ou plus**.

Par ailleurs, du fait que la pratique contraceptive intervient dans le cadre de la gestion du risque de grossesse, celle-ci reste donc soumise à l'influence de variables telles que l'état matrimonial, l'activité sexuelle et la co-résidence avec le conjoint qui déterminent ce risque en amont.

(e) La corésidence avec le conjoint

La corésidence avec le conjoint détermine en partie le risque de rapports sexuels et donc celui de grossesse. La corésidence avec le conjoint renvoie au fait que la femme et son conjoint vivent sous le même toit au moment des enquêtes.

La variable *corésidence avec le conjoint* comporte deux modalités : **Oui** si la femme co-réside avec son conjoint au moment des enquêtes, **Non** dans le cas contraire. Cette variable est pertinente uniquement pour les femmes en union au moment des enquêtes.

(f) L'activité sexuelle

Tout comme la corésidence avec le conjoint, l'activité sexuelle de la femme détermine grandement son exposition au risque de grossesse. Cette variable comporte deux modalités dichotomiques : **Oui** si la femme est sexuellement active (c'est-à-dire qu'elle a eu au moins un rapport sexuel au cours des quatre semaines ayant précédé l'enquête), **Non** dans le cas contraire.

(6) Les variables intermédiaires

(a) Approbation de la planification familiale par la femme

L'approbation de la PF par la femme désigne le fait pour la femme d'approuver ou non la PF. La variable comporte deux modalités dichotomiques : **Oui** si la femme dit approuver la PF, **Non** dans le cas contraire.

(b) Approbation de la planification familiale par le conjoint

L'approbation de la PF par le conjoint désigne le fait pour le conjoint d'approuver ou non la PF. La variable comporte deux modalités dichotomiques : **Oui** si le conjoint dit approuver la PF, **Non** dans le cas contraire.

(c) Le niveau d'exposition aux messages sur la planification familiale

Les médias constituent l'une des voies les plus fréquemment utilisées pour la vulgarisation de la planification familiale (Fall, 2004). Ils jouent ainsi un rôle crucial dans la diffusion des messages et informations sur la planification familiale : produits contraceptifs disponibles, sources d'approvisionnement, etc.

Le niveau d'exposition aux messages sur la planification familiale indique le nombre de médias à travers lesquels la femme a été exposée à des messages sur la PF au cours des mois ayant précédé l'enquête. En effet, lors des différentes enquêtes, il a été demandé à chaque femme si, au cours des derniers mois précédant l'enquête :

- elle a entendu parler de planification familiale à la radio, vu quelque chose sur la planification familiale à la télévision, lu quelque chose sur la planification familiale dans un journal ou magazine ou reçu un message vocal ou un texte sur la planification familiale sur son portable ;
- elle a reçu la visite d'un agent de PF au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête ;
- elle s'est rendue dans une formation sanitaire au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, où on lui a parlé de PF.

Pour chacune des questions, le score 1 est attribué à la femme si sa réponse est oui. Dans le cas contraire, le score 0 lui est attribué. Un indicateur totalisant les scores de la femme a été calculé et le niveau d'exposition aux messages sur la planification familiale de la femme a été ainsi défini : **Aucun** si le score total est 0, **Un** si le score total est 1 et **Deux ou trois** si le score total est 3 ou 4.

(d) La bonne connaissance de la contraception moderne

Dans les enquêtes EDS (sources des données utilisées dans cette thèse), la connaissance des méthodes contraceptives modernes chez les personnes enquêtées (femmes et hommes) est évaluée selon un protocole précis. Celui-ci consiste à poser la question suivante aux enquêtés : « Avez-vous entendu parler de moyens ou de méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse ? ». Trois modalités de réponses sont alors proposées : 1. Oui spontané ; 2. Oui après description ; et 3. Non. Toutes les méthodes citées par l'enquêté sont considérées connues de « façon spontanée ». Par la suite, l'enquêteur lit la description de chaque méthode et les méthodes que l'enquêteur déclare connaître après cette description sont considérées « connues après description ». La personne est considérée connaître la contraception moderne lors qu'elle a au moins une méthode connue de façon spontanée ou après description. Quand aucune méthode n'est citée spontanément ou reconnue après description, on considère que l'enquêté ignore la contraception moderne (modalité de réponse 3).

Ayad et Ndiaye (1998)³² formulent deux critiques à l'endroit de cette approche de mesure de la connaissance de la contraception moderne. La première est que la prise en compte de la connaissance après description surestime le niveau de connaissance globale. La deuxième indique que cette façon de mesurer la contraception moderne ne traduit pas la réalité du fait qu'il existe un écart important entre le degré de connaissance relativement élevé obtenu et le taux de prévalence correspondant extrêmement faible.

Ces auteurs soutiennent qu'un indicateur qui rendrait compte de la connaissance réelle de la contraception est celui qui conduirait à son utilisation en toute connaissance de cause. Ils proposent une démarche de création d'un nouvel indicateur, consistant à rejeter la connaissance après description (qui gonfle artificiellement les niveaux de connaissance) et à prendre en compte d'autres facteurs. En effet, insistent-ils, dans son acception la plus déterminante de la planification familiale, la bonne connaissance englobe non seulement le fait de savoir qu'une méthode existe, mais aussi la connaissance de sa source d'approvisionnement, de ses avantages et de ses inconvénients. Les questions sur les avantages et les inconvénients des méthodes contraceptives modernes n'étant pas posées dans les EDS (sources des données quantitatives de la présente recherche), nous nous limitons à la connaissance des méthodes et de celle de leur source d'approvisionnement pour construire le nouvel indice de connaissance de la contraception moderne.

La nouvelle variable créée pour mesurer la bonne connaissance de la contraception moderne est l'indice de connaissance des méthodes contraceptives modernes, qui distingue les femmes ayant une bonne connaissance de la contraception moderne de celles qui ne connaissent pas bien la contraception moderne. C'est une variable dichotomique qui prend la valeur 1 lorsque la femme déclare spontanément connaître au moins deux méthodes contraceptives modernes et, au moins, une source d'approvisionnement, et la valeur 0 dans le cas contraire.

³² Perspectives sur la planification familiale, la fécondité et la santé au Sénégal.

3.5 Limites de l'étude

Les analyses effectuées comportent quelques limites liées à l'approche quantitative et aux données utilisées ainsi qu'au mode de traitement des données (notamment le regroupement de certaines modalités).

La **première limite** est inhérente à l'approche méthodologique utilisée (utilisation de méthodes quantitatives dans les analyses effectuées). En effet, le comportement humain est caractérisé par des impondérabilités qui peuvent affecter une analyse basée uniquement sur des aspects socioculturels visibles ou observables chez l'individu. Ainsi, l'approche quantitative peut présenter des insuffisances dans sa pertinence.

La **deuxième limite** tient à la source des données utilisées. Des données secondaires ayant été utilisées, les analyses se sont limitées aux variables disponibles. Ainsi, il aurait été utile d'avoir d'autres variables réputées potentiellement utiles dans l'explication de la pratique contraceptive moderne chez les femmes. C'est le cas notamment de l'attitude de la femme face à la PF, de l'attitude du conjoint face à la PF et de la fréquence de la discussion sur la PF avec le conjoint chez les femmes en union. Ces variables ne sont pas en effet disponibles pour toutes les années étudiées.

La **troisième limite** est liée au regroupement de certaines modalités de certaines variables, le niveau d'éducation atteint par exemple. En effet, les femmes ayant arrêté en 2^{ème} année de l'école primaire sont classées dans le même groupe que celles ayant atteint la 6^{ème} année du même cycle. De même, une femme ayant arrêté ses études au début du collège est classée dans la même catégorie qu'une autre ayant achevé l'université. Il n'est pas exclu que ces regroupements aient entraîné des pertes d'information. Cette catégorisation était néanmoins nécessaire pour des raisons de robustesse statistique.

Synthèse du chapitre

Dans ce chapitre, la démarche méthodologique envisagée pour soumettre les hypothèses formulées à l'épreuve des faits a été présentée. Les analyses statistiques à mener s'inspirent du protocole du Gripps élaboré pour permettre de réaliser plusieurs analyses approfondies et comparatives de la pratique contraceptive en Afrique subsaharienne, en utilisant les données des enquêtes démographiques et de santé.

Les données utilisées proviennent de la série de quatre EDS réalisées en Guinée entre 1999 et 2018. Ces données sont réputées robustes grâce notamment à une méthodologie et un protocole (objectifs, plan de sondage, questionnaires) standards développés pour leur mise en œuvre. Cependant, elles ne sont pas totalement exemptes d'erreurs et de biais potentiels liés notamment à la difficulté à évaluer les âges et à dater les événements, ainsi qu'à la sous-déclaration de certaines pratiques telles que l'utilisation de la contraception.

La population soumise à l'étude est restreinte uniquement aux femmes exposées au risque de grossesse non désirée, définies comme les femmes qui, au moment des enquêtes, sont potentiellement fécondes et souhaitent attendre au moins deux ans pour leur prochaine naissance ou ne souhaitent plus avoir d'enfants.

Les analyses statistiques seront menées de façon progressive et à trois niveaux : un niveau descriptif univarié, un niveau descriptif bivarié et un niveau explicatif multivarié. À chaque niveau d'analyse, des méthodes statistiques pertinentes ont été utilisées. Ces analyses sont réalisées grâce à Microsoft Office Excel et au logiciel ©STATA (version 15). Ce dernier intègre des commandes spécialisées pour le traitement des données provenant d'enquêtes à plans de sondage complexes.

Toutes les variables participant aux analyses ont été définies et leurs modalités présentées. La variable étudiée est le fait pour une femme d'utiliser ou non une méthode contraceptive moderne au moment de l'enquête. Les variables susceptibles d'influencer la variable étudiée ont été regroupées en six grands groupes. Elles concernent respectivement la femme, le conjoint et les rapports de genre dans le couple, entre autres.

Dans le chapitre suivant, nous présentons et interprétons les résultats issus de l'application stricte de la méthodologie décrite dans le présent chapitre.

Chapitre 4 : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Ce chapitre est consacré à la confrontation des hypothèses de recherche formulées aux données empiriques. Il comporte quatre sections. Dans la première section, les niveaux et les tendances de l'utilisation de la contraception sont présentés et analysés par année selon le groupe de femmes étudiées. Dans la deuxième section, parmi les variables explicatives potentielles retenues comme variables indépendantes, on identifie celles qui sont significativement associées au fait d'utiliser ou non une méthode contraceptive moderne par année et par groupe de femmes étudiées. Dans la troisième section, enfin, les facteurs explicatifs de la non-utilisation de la contraception moderne, après contrôle des effets des différentes variables les uns par les autres, sont présentés. La dernière section (section 4) tente de donner un sens aux résultats obtenus et met en perspective les résultats obtenus avec ceux d'autres recherches.

4.1 Niveaux et tendances de l'utilisation de la contraception

Le **tableau 4.1** présente l'évolution de la proportion des femmes utilisant une méthode contraceptive par année selon le type de méthode et le statut matrimonial. Il comporte trois parties distinctes : (i) les proportions d'utilisatrices d'une méthode contraceptive par type de méthode et par année, (ii) les graphiques sparklines qui montrent la tendance globale de l'évolution par année de la proportion de femmes utilisatrices de la contraception par type de méthode selon la situation matrimoniale et (iii) le taux de variation (TV) de l'évolution de chaque proportion entre les deux années extrêmes de la période étudiée (le TV est le rapport, exprimé en pourcentage, entre la différence des proportions entre 2018 et 1999 et la valeur de la proportion de 1999). Une mise en forme conditionnelle est appliquée aux valeurs du TV pour montrer le sens des évolutions : la couleur varie du rouge au vert selon que la valeur du TV est faible ou forte.

Le **tableau 4.1** est complété par les **tableaux A.2, A.3 et A.4** en annexe, qui présentent les intervalles de confiance associés respectivement à la proportion de femmes utilisant une méthode contraceptive moderne, la proportion de femmes utilisant une méthode contraceptive non moderne et la proportion de femmes utilisant une méthode contraceptive quelconque, et permettent ainsi de juger de la significativité ou non des tendances observées. Ainsi, l'évolution d'une proportion donnée est significative (au seuil de 5 %) entre deux années quelconques considérées lorsque les intervalles de confiance associés à ces deux années sont disjoints (ne se chevauchent pas).

Il ressort du **tableau 4.1** que, quels que soient le groupe de femmes et l'année considérés, les méthodes modernes sont nettement plus utilisées que les méthodes non modernes.

Tableau 4.1 : Évolution de la proportion des femmes utilisant une méthode contraceptive par année selon le type de méthode et le statut matrimonial

Année	Femmes en union			Femmes non en union			Ensemble		
	Méthode moderne	Méthode non moderne	Méthode quelconque	Méthode moderne	Méthode non moderne	Méthode quelconque	Méthode moderne	Méthode non moderne	Méthode quelconque
1999	12,2	6,2	18,5	20,4	16,7	37,1	14,3	8,8	23,1
2005	14,1	6,0	20,1	13,4	5,1	18,5	13,7	5,6	19,3
2012	11,2	3,1	14,2	15,2	3,4	18,6	13,5	3,3	16,7
2018	23,5	0,9	24,4	14,7	0,5	15,1	18,1	0,6	18,7
Graphiques sparkline									
TV entre 1999 et 2018	92%	-86%	32%	-28%	-97%	-59%	27%	-93%	-19%

Pour l'ensemble des femmes, la proportion d'utilisatrices de la contraception (quel que soit le type de méthode) a globalement baissé de 19 % entre 1999 et 2018, passant de 23,1 % à 18,7 % sur cette période. L'examen des résultats du **tableau A.2** indique que cette baisse est significative.

La situation est toutefois radicalement différente pour les deux types de méthode contraceptive. En effet, si l'utilisation des méthodes non modernes a baissé (de 93 %) de façon drastique et continue, celle des méthodes modernes a enregistré une hausse de 27 % entre 2012 et 2018, après une quasi-stagnation entre 1999 et 2012. Dans l'ensemble, les évolutions sont globalement significatives.

L'analyse selon la situation par rapport à l'union met en évidence une évolution similaire de la proportion des femmes utilisant une méthode contraceptive non moderne dans les deux groupes de femmes sur la période 1999-2018. En effet, dans les deux groupes de femmes, la proportion d'utilisatrices d'une méthode contraceptive non moderne a chuté jusqu'à concerner moins d'une femme sur 100 en 2018. Toutefois, au départ (en 1999), les femmes non en union étaient relativement nettement plus nombreuses à recourir aux méthodes contraceptives non modernes que les femmes en union (17 % contre 6 %). Autrement dit, l'essentiel de la baisse dans l'utilisation de la contraception non moderne chez les femmes non en union est intervenue entre 1999 et 2005 alors que chez les femmes en union la baisse notable commence en 2012.

L'évolution de l'utilisation de la contraception moderne sur la période 1999-2018 est très différente pour les deux groupes de femmes. Alors que chez les femmes en union, la proportion d'utilisatrices a presque doublé (passant de 12,2 % à 23,5 %) sur la période étudiée, cette proportion a baissé de 28 % chez les femmes non en union sur la même période. Toutefois, les variations de la proportion d'utilisatrices de la contraception moderne sur la période 1999-2018 n'ont été ni uniformes ni régulières. En effet, chez les femmes en union, l'essentiel de l'augmentation de la proportion d'utilisatrices d'une méthode contraceptive moderne s'est produit entre 2012 et 2018 (elle a doublé sur cette période). Chez les femmes non en union, l'essentiel de la baisse de la proportion d'utilisatrices se produit entre 1999 et 2005, avant de se stabiliser aux alentours de 15 %.

En conclusion, les résultats montrent une tendance globale à l'augmentation de la proportion d'utilisatrices d'une méthode contraceptive moderne, notamment entre 2012 et 2018, chez l'ensemble des femmes. Cette tendance à la hausse est due à celle de l'utilisation des méthodes modernes par les femmes en union. Chez les femmes non en union, la proportion d'utilisatrices des méthodes modernes est stable depuis 2005. En outre, si les femmes non en union étaient relativement plus nombreuses à utiliser les méthodes modernes en 1999, la situation s'est peu à peu inversée et, en 2018, les femmes en union utilisent davantage les méthodes modernes.

4.2 Analyses différentielles de l'utilisation de la contraception moderne

Dans cette section, nous analysons l'association statistique entre l'utilisation d'une méthode contraceptive moderne et chacune des caractéristiques susceptibles d'influencer cette utilisation. Comme indiqué dans la méthodologie, trois indicateurs complémentaires sont utilisés pour analyser chaque association : le niveau de signification statistique (qui indique si l'association est significative ou non au seuil de 5 %), le V de Cramer (qui indique le cas échéant l'intensité de la liaison statistique) et les résidus standardisés (qui indiquent les associations significatives entre modalités). Les deux derniers indicateurs sont examinés seulement si l'association est significative.

Les **tableaux A.5 et A.6**, en annexe, présentent, par année et par variable, les niveaux de signification statistique (p-value) de la liaison entre chaque variable et le fait d'utiliser ou non une méthode contraceptive moderne au moment de l'enquête pour les femmes non en union et les femmes en union, respectivement.

Les **tableaux A.7 et A.8**, en annexe, présentent, par année et par variable, l'intensité de la liaison statistique (V de Cramer) entre chaque variable et le fait d'utiliser ou non une méthode contraceptive moderne au moment de l'enquête pour les femmes non en union et les femmes en union, respectivement.

Les **tableaux A.9 et A.10**, en annexe, fournissent, quant à eux, le classement par ordre décroissant des variables selon l'intensité de leur lien avec le fait d'utiliser ou non une méthode contraceptive moderne au moment de l'enquête, chez les femmes non en union et les femmes en union, respectivement.

Pour ces six tableaux, une mise en forme conditionnelle est utilisée pour faciliter la lecture et l'interprétation des chiffres qui s'y trouvent. Pour chaque cellule, la couleur, variable selon la valeur, va du rouge au vert ou du vert au rouge selon l'indicateur. Ainsi, pour les p-value (**tableau A.5 et tableau A.6**), plus la valeur est proche de 0, plus la couleur est verte ; inversement, plus la valeur est proche de 1 (et donc s'éloigne de 0), plus la couleur est rouge. Les variables correspondant aux cellules colorées en vert sont celles retenues pour les analyses multivariées.

Pour les valeurs du V de Cramer (**tableau A.7 et tableau A.8**), plus la valeur est proche de 0, plus la couleur est rouge ; inversement, plus la valeur est proche de 1 (et donc s'éloigne de 0), plus la couleur est verte et plus l'intensité du lien entre la variable correspondante et le fait d'utiliser ou non une méthode contraceptive moderne est forte.

Enfin, pour le classement des variables selon l'intensité de leur lien avec le fait d'utiliser ou non une méthode contraceptive moderne au moment de l'enquête (**tableau A.9 et tableau A.10**), plus la valeur est proche de 1, plus la couleur est verte ; inversement, plus la valeur s'éloigne de 1, plus la couleur est rouge.

4.2.1 Environnement socioculturel et utilisation de la contraception moderne

(1) Le milieu de résidence

Le milieu de résidence a un effet significatif sur le fait d'utiliser ou non une méthode contraceptive moderne au moment de l'enquête, aussi bien chez les femmes en union que chez les femmes non en union, et ce pour toutes les années étudiées (**tableau A.5** et **tableau A.6**). Aussi, quels que soient le groupe de femmes et l'année considérés, ce sont les femmes vivant en milieu urbain qui sont relativement plus nombreuses à utiliser les méthodes contraceptives modernes que celles vivant en milieu rural (**tableau 4.2**). En effet, chez les deux groupes de femmes, la proportion d'utilisatrices de la contraception moderne en milieu urbain est au moins le double de celle en milieu rural, à part en 2018 chez les femmes en union, où le rapport entre les deux proportions est de 1,35. Chez les femmes en union, les inégalités entre femmes urbaines et femmes rurales en matière d'utilisation de la contraception moderne se réduisent d'année en année et, en 2018, la proportion de femmes urbaines utilisant la contraception moderne est supérieure de seulement 35 % à celle des femmes rurales. Chez les femmes non en union, l'évolution n'est pas régulière mais entre 2012 et 2018, les inégalités se sont également drastiquement réduites tout en restant relativement élevées (**tableau 4.2**).

Chez les femmes non en union, la proportion d'utilisatrices de la contraception moderne a, dans l'ensemble, baissé de 28 % sur la période d'étude. Cette baisse est intervenue essentiellement entre 1999 et 2005, où elle passe de 20,4 % à 13,4 %. À partir de 2005, la proportion est restée quasiment identique aux alentours de 15 %.

Chez les femmes en union, la situation est complètement différente. En effet, dans l'ensemble de la période d'étude, la proportion d'utilisatrices de la contraception moderne a presque doublé, passant de 12,2 % à 23,5 %. Chez ce groupe de femmes, l'essentiel de l'augmentation de la proportion d'utilisatrices de la contraception moderne intervient entre 2012 et 2018, période durant laquelle elle a plus que doublé (passant de 11,2 % à 23,5 %).

Tableau 4.2 : Proportion de femmes utilisant une méthode contraceptive moderne au moment de l'enquête par année selon les caractéristiques socioculturelles et la situation vis-à-vis de l'union

Variables	Femmes non en union				Femmes en union			
	1999	2005	2012	2018	1999	2005	2012	2018
Milieu de résidence								
Urbain	24,6	18,4	19,8	18,6	20,8	24,6	16,6	28,3
Rural	12,6	7,6	8,2	9,3	7,3	8,8	8,1	21,0
Groupe ethnique								
Peulh	21,6	8,2	14,8	6,3	7,6	10,5	8,1	11,8
Malinké	27,4	16,3	12,7	16,1	11,8	17,4	9,7	26,0
Soussou	16,9	13,8	20,1	20,0	15,5	13,4	11,3	23,3
Forestier/Autre	15,7	17,1	13,3	17,4	19,8	16,5	21,6	38,8
Religion								
Musulmane	21,1	12,3	15,4	14,2	11,1	13,9	9,9	20,2
Non musulmane	16,7	17,7	14,0	16,9	18,8	14,8	21,1	40,3
Ensemble	20,4	13,4	15,2	14,7	12,2	14,1	11,2	23,5

Chez les femmes en union, l'intensité du lien (mesurée par le V de Cramer) entre le milieu de résidence et le fait d'utiliser ou non une méthode contraceptive moderne au moment de l'enquête, plutôt moyenne dans l'ensemble, est pratiquement la même en 1999 et en 2005 et a tendance à baisser nettement en 2012 et en 2018 (**tableau A.6**). Ainsi, chez ce groupe de femmes, la proportion d'utilisatrices d'une méthode contraceptive moderne en milieu urbain est presque le triple de celle des femmes en milieu rural en 1999 et en 2005. À partir de 2012, l'écart entre les deux proportions se resserre de plus en plus (le double en 2012, et 35 % en plus seulement en 2018).

Chez les femmes non en union, l'intensité du lien entre le milieu de résidence et le fait d'utiliser ou non une méthode contraceptive moderne au moment de l'enquête est globalement plus faible mais reste stable (autour de 0,15) durant toute la période étudiée (**tableau A.5**). Ce résultat se traduit par un écart quasi constant, pour toutes les années étudiées, entre la proportion d'utilisatrices d'une méthode contraceptive moderne en milieu urbain et en milieu rural (la proportion d'utilisatrices d'une méthode contraceptive moderne en milieu urbain est le double – près du triple en 2012 – de celles en milieu rural quelle que soit l'année considérée) (**tableau 4.2**).

(2) L'appartenance ethnique

L'appartenance ethnique influence significativement le fait d'utiliser ou non une méthode contraceptive moderne au moment de l'enquête tant chez les femmes en union que chez les femmes non en union, et ce pour trois années sur les quatre étudiées (**tableau A.5** et **tableau A.6**). Chez les femmes en union, l'effet de l'appartenance ethnique est non significatif seulement pour 2005 alors que chez les femmes non en union, c'est en 1999 que cet effet n'est pas significatif.

L'analyse de l'évolution de la proportion d'utilisatrices de la contraception moderne par groupe ethnique montre que, chez les femmes en union, elle a augmenté chez tous les groupes ethniques même si c'est à des rythmes différents. En effet, chez les femmes des groupes ethniques Peul et Soussou, la proportion d'utilisatrices de la contraception moderne a augmenté de 55 % et 50 % respectivement alors que chez les femmes Malinké et Forestière, la proportion d'utilisatrices a pratiquement doublé (**tableau 4.2**). Néanmoins, chez tous les groupes ethniques, l'essentiel de l'augmentation de la proportion d'utilisatrices de la contraception moderne s'est produit entre 2012 et 2018, comme chez l'ensemble des femmes.

Chez les femmes non en union, la proportion d'utilisatrices de la contraception moderne a baissé chez les femmes des groupes ethniques Peul et Malinké, de 71 % et 41 % respectivement. Chez les femmes du groupe Peul, la baisse est étalée dans le temps alors que chez les femmes du groupe Malinké, l'essentiel de la baisse est intervenu entre 1999 et 2005.

Chez les femmes des groupes ethniques Soussou et Forestier, la proportion d'utilisatrices de la contraception moderne a augmenté dans l'ensemble mais assez modestement (11 % et 18 % respectivement).

La comparaison des niveaux et des tendances de l'intensité de la liaison statistique entre appartenance ethnique et utilisation d'une méthode contraceptive moderne chez les femmes en union (**tableau A.8**) et chez les femmes non en union (**tableau A.7**) amène deux principaux constats :

- la liaison statistique est globalement faible chez les deux groupes de femmes même si elle est un peu plus élevée chez les femmes en union ;

- chez les femmes en union, la liaison est nettement plus forte en 2018 que pour les années précédentes.

(3) La religion

L'effet de la religion sur le fait d'utiliser ou non une méthode contraceptive moderne au moment de l'enquête est très différent selon le statut matrimonial. Aussi, dans les deux groupes de femmes, on observe des différences non négligeables dans l'utilisation de la contraception moderne entre femmes musulmanes et femmes non musulmanes, différences en faveur des femmes musulmanes.

Les résultats indiquent également que, quelle que soit l'année et quel que soit le groupe de femmes considérés, ce sont les femmes non musulmanes qui sont relativement plus nombreuses à utiliser la contraception moderne que les femmes musulmanes même si les écarts sont nettement plus importants chez les femmes en union.

Pour les femmes en union, les résultats indiquent que chez les musulmanes comme chez les non musulmanes, la proportion d'utilisatrices de la contraception moderne a connu une importante augmentation sur la période d'étude. En effet, la proportion de femmes musulmanes utilisatrices de la contraception moderne a augmenté de 82 % entre 1999 et 2018 (passant de 11,1 % à 20,2 %) (**tableau 4.2**). Celle des femmes non musulmanes a vu leur proportion d'utilisatrices multipliée par 2,14 sur la même période (passant de 18,8 % à 40,3 %).

Chez les femmes en union (**tableau A.6**), l'effet de la religion sur le fait d'utiliser ou non une méthode contraceptive moderne au moment de l'enquête est significatif pour toutes les années sauf 2005 et l'intensité du lien semble augmenter d'année en année (**tableau A.8**).

Chez ce groupe de femmes, la situation a beaucoup changé depuis 1999. En effet, si cette année les femmes musulmanes étaient relativement plus nombreuses à utiliser la contraception moderne, à partir de 2012 la situation s'inverse et l'écart se creuse : en 2018, la proportion de femmes musulmanes utilisatrices d'une méthode contraceptive moderne (20,2 %) équivaut à la moitié de celles de femmes non musulmanes (40,3 %) (**tableau 4.2**).

Chez les femmes non en union (**tableau 4.2**), on observe exactement l'inverse : la religion est significative seulement en 2005 avec une très faible intensité de liaison statistique. Pour cette année, l'écart est en faveur des non musulmanes dont la proportion d'utilisatrices est de 18 % contre 12 % pour les musulmanes.

Aussi, chez les femmes non en union, les tendances de l'utilisation de la contraception moderne sont très différentes selon la religion. En effet, alors que la proportion d'utilisatrices a globalement baissé du tiers entre 1999 et 2018 (passant de 21,1 % à 14,2 % sur la période) chez les femmes musulmanes, cette proportion est restée quasiment identique sur toute la période (se situant aux environs de 17 %).

4.2.2 Caractéristiques démographiques et utilisation de la contraception moderne

(1) L'âge de la femme

L'effet de l'âge sur l'utilisation ou non d'une méthode contraceptive moderne est très différent selon que la femme est en union ou qu'elle ne l'est pas. En effet, chez les femmes en union (**tableau 4.3**), la variation de la proportion de femmes utilisatrices d'une méthode contraceptive moderne n'est significative qu'en 2005 alors que chez les femmes non en union cette variation est significative pour toutes les années (au seuil de 10 % en 1999).

En 2005, unique année pour laquelle l'âge est significatif chez les femmes en union, ce sont les femmes adultes qui sont relativement plus nombreuses (13,2 %) à utiliser la contraception moderne.

Globalement, chez les femmes en union, la proportion d'utilisatrices de la contraception moderne augmenté de plus de 50 % chez tous sous-groupes de femmes : 134 % pour les 15-29 ans, 73 % pour les 30-39 ans et 54 % pour les 40-49 ans (**tableau 4.3**). Cette augmentation n'a pas néanmoins été régulière et semble s'être produite essentiellement entre 2012 et 2018.

Chez les femmes non en union, la proportion d'utilisatrices de la contraception moderne n'a augmenté que chez les femmes de 40-49 ans alors qu'elle a plutôt baissé chez les 15-29 ans (de 29 %) et chez les 30-39 ans (de 15 %).

Chez les femmes non en union et pour toutes les années étudiées (**tableau 5.4**), ce sont les femmes de 30-39 ans qui sont relativement plus nombreuses à utiliser la contraception moderne que les femmes des deux autres groupes d'âges. Ces deux autres groupes d'âges affichent des proportions quasi identiques sauf en 2018 où on observe un écart net en faveur des femmes de 40-49 ans (22 % contre 14 % pour les 15-29 ans).

(2) Le nombre d'enfants en vie

Le nombre d'enfants en vie influence très faiblement son utilisation d'une méthode contraceptive moderne dans l'ensemble de la période d'étude (**tableau A.5** et **tableau A.6**). En effet, chez les deux groupes de femmes et pour toutes les années étudiées (à l'exception de 2005), la relation entre les deux variables n'est pas significative au seuil de 5 %. Et pour la seule année où cette relation est significative, son intensité est très faible (le V de Cramer est de 0,0637).

Cependant, chez les femmes en union, la proportion d'utilisatrices de la contraception moderne a augmenté chez les deux sous-groupes, mais l'augmentation est plus spectaculaire chez les femmes qui désirent plus de cinq enfants (multiplication par 2,61 sur la période) mais encore une fois cette augmentation est intervenue principalement entre 2012 et 2018.

En 2005, seule année où le nombre d'enfants en vie est significativement associé au fait d'utiliser ou non une méthode contraceptive moderne chez les femmes en union, les femmes ayant cinq enfants ou plus en vie sont relativement plus nombreuses (15,8 %) à utiliser une méthode contraceptive moderne que celles qui en ont moins de cinq (11,3 %) (**tableau 4.3**).

(3) Le nombre d'enfants désirés

Le nombre d'enfants désirés influence significativement le fait d'utiliser ou non une méthode contraceptive moderne, quel que soit le groupe de femmes et pour presque toutes les années étudiées (**tableau A.6**) à l'exception de 2018 chez les femmes non en union (**tableau A.5**). Néanmoins, l'intensité de la liaison entre nombre d'enfants désirés et fait d'utiliser ou non une méthode contraceptive moderne est faible chez les deux groupes de femmes et pour toutes les années.

Chez les deux groupes de femmes et pour toutes les années, les résultats montrent que les femmes qui aspirent à une descendance réduite (moins de cinq enfants) sont relativement plus nombreuses à utiliser une méthode contraceptive moderne que celles souhaitant avoir une progéniture nombreuse (cinq enfants ou plus).

L'analyse des tendances d'évolution de l'utilisation de la contraception selon le nombre d'enfants désirés montre des évolutions différenciées chez les femmes en union et chez les femmes non en union. Chez les premières, la proportion d'utilisatrices a augmenté de façon significative dans les deux sous-groupes de femmes mais de façon nettement plus importante chez les femmes qui désirent au moins cinq enfants (coefficient multiplicateur de 2,26 contre 1,60). A contrario, chez les femmes non en union, les résultats indiquent une baisse de la proportion d'utilisatrices de 40 % (elle passe de 23,7 % à 14,3 %) chez les femmes qui désirent moins de cinq enfants alors que chez celles qui désirent cinq enfants ou plus.

(4) La descendance mixte de la femme et le décès d'au moins un enfant de la femme

Dans certains contextes, des recherches ont montré que le fait pour une femme d'avoir au moins un enfant de chaque sexe et une faible mortalité des enfants sont des facteurs favorisant le recours à la contraception moderne. Dans le cas de la Guinée, ce constat n'est pas vérifié. En effet, sur les quatre années étudiées et pour les deux groupes de femmes, ces deux variables ne sont significatives qu'en 2005, avec une intensité de liaison très faible (**tableau A.5** et **tableau A.6**).

Cas de la descendance mixte de la femme

Chez les femmes non en union et pour les deux années pour lesquelles le lien est significatif (2012 et 2018), les femmes ayant une descendance mixte utilisent davantage la contraception moderne que celles qui n'en ont pas : 27,5 % contre 14,6 % en 2012 et 24,3 % contre 14,2 % en 2018. Chez les femmes en union, l'écart d'utilisation est en faveur des femmes n'ayant pas une descendance mixte (18,8 % contre 11,9 %) pour la seule année 2005 où l'association entre les deux variables est significative (**tableau 4.3**).

Quant aux tendances de l'utilisation selon l'existence ou non d'une descendance mixte, les résultats montrent que globalement chez les femmes en union, la proportion d'utilisatrices a augmenté tant chez les femmes ayant une descendance mixte (+83 %) que celles qui n'en ont pas (coefficient multiplicateur de 2,16). Chez les femmes non en union, la proportion d'utilisatrices a globalement baissé dans les deux sous-groupes de femmes : -11 % chez les femmes ayant une descendance mixte contre -25 % chez les femmes n'ayant pas une descendance mixte (**tableau 4.3**).

Cas du décès d'au moins un enfant de la femme

La variable **décès d'au moins un enfant de la femme** entretient une faible relation avec le fait d'utiliser ou non la contraception moderne. En effet, chez chaque groupe de femmes étudiées, l'association est significative pour une seule année : 2005 pour les femmes en union (**tableau A.6**) et 2018 pour les femmes non en union (**tableau A.5**).

Chez les femmes en union, en 2005, seule année pour laquelle l'association entre les deux variables est significative, ce sont les femmes n'ayant pas une descendance mixte sont relativement plus nombreuses (16,6 %) à utiliser la contraceptive que celles ayant une descendance mixte (11,2 %). Chez ce groupe de femmes, la proportion d'utilisatrices a pourtant doublé entre 2012 et 2018 tant chez les femmes ayant une descendance mixte que celles qui n'en ont pas.

Chez les femmes non en union, en 2018, seule année pour laquelle l'association entre les deux variables est significative, ce sont les femmes n'ayant pas enregistré de décès d'enfant sont relativement plus nombreuses (24,4 %) à utiliser la contraceptive que celles en ayant enregistré au moins un (21,7 %). Chez ce groupe de femmes, la proportion d'utilisatrices a pourtant doublé entre 1999 et 2018 (principalement entre 2012 et 2018, où elle est passée de 16,4 % à 35,1 %) chez les femmes ayant enregistré de décès d'enfant alors que chez celles n'ayant pas enregistré de décès, la proportion a globalement baissé de 32 % sur la période d'étude.

Tableau 4.3 : Proportion de femmes utilisant une méthode contraceptive moderne au moment de l'enquête par année selon les caractéristiques démographiques et la situation vis-à-vis de l'union

Variables	Femmes non en union				Femmes en union			
	1999	2005	2012	2018	1999	2005	2012	2018
Groupe d'âge quinquennal de la femme								
15-19 ans	14,0	9,4	5,3	7,6	9,6	19,7	8,2	26,1
20-24 ans	27,6	22,8	28,1	23,1	12,7	16,5	6,9	29,9
25-29 ans	21,2	37,8	33,9	40,9	10,3	17,4	13,5	23,6
30-34 ans	19,9	22,9	34,1	23,2	11,9	12,9	12,5	23,9
35-39 ans	39,6	31,5	35,3	31,6	14,4	12,0	13,6	21,9
40-44 ans	17,5	10,9	12,5	24,4	10,2	13,3	11,0	19,2
45-49 ans	0,0	11,7	8,7	17,2	17,3	9,5	10,4	20,2
Groupe d'âge de la femme								
15-29 ans	19,5	12,9	14,3	13,8	11,1	17,5	9,9	26,0
30-39 ans	31,5	27,0	34,7	26,7	13,2	12,4	13,0	22,9
40-49 ans	11,8	11,1	11,5	21,6	12,7	11,6	10,8	19,6
Nombre d'enfants vivants de la femme								
Moins de 5	20,6	13,2	15,1	14,5	13,1	15,8	11,0	14,5
Cinq ou +	18,3	18,8	22,2	28,2	10,8	11,3	11,6	28,2
Nombre d'enfants désirés de la femme								
Moins de 5	23,7	18,0	20,1	14,3	17,3	19,2	16,0	27,6
Cinq ou +	15,1	8,2	10,3	14,9	9,9	11,7	9,5	22,4
Descendance mixte de la femme								
Oui	27,2	17,1	27,5	24,3	12,2	11,9	11,6	22,3
Non	19,2	13,2	14,6	14,2	12,2	18,8	10,2	26,3
Décès d'au moins un enfant de la femme								
Oui	18,1	19,9	16,4	35,1	11,4	11,2	10,1	21,7
Non	20,8	13,0	15,2	14,2	13,0	16,6	11,8	24,4
Ensemble	20,4	13,4	15,2	14,7	12,2	14,1	11,2	23,5

4.2.3 Caractéristiques socioéconomiques et utilisation de la contraception moderne

(1) Le niveau de vie

L'effet du niveau de vie est significatif pour toutes les années pour lesquelles cette variable est disponible et chez les deux groupes de femmes (**tableau A.5** et **tableau A.6**) mais son effet semble baisser au fil des années notamment chez les femmes en union. Ainsi, globalement, les résultats montrent une association positive entre niveau de vie et utilisation d'une méthode contraceptive moderne : plus le niveau de vie est élevé, plus la proportion d'utilisatrices d'une méthode contraceptive moderne est élevée. La baisse de l'intensité de la liaison entre les deux variables se traduit par une réduction des écarts entre les différentes catégories de niveaux de vie. Ainsi, en 2018, l'écart entre femmes de niveau de vie moyen et femmes de niveau de vie élevé s'est annulé chez les deux groupes de femmes (**tableau 4.4**).

Chez les deux groupes de femmes, la proportion d'utilisatrices de la contraception moderne a augmenté chez tous les sous-groupes de femmes constitués par le niveau de niveau mais l'ampleur de l'augmentation est nettement plus importante chez les femmes en union. En effet, chez ce dernier groupe, le coefficient multiplicateur de la proportion d'utilisatrices de la contraception moderne est de 2,59, 2,47 et 1,77 respectivement pour les femmes de niveau de vie faible, celles de niveau de vie moyen et celles de niveau de vie élevé. Ces résultats montrent que plus le niveau de vie est bas, plus l'utilisation de la contraception moderne a progressé sur la période d'étude.

(2) Le niveau d'instruction de la femme

Comme on pouvait s'y attendre, le niveau d'instruction de la femme influence de manière significative son utilisation d'une méthode contraceptive moderne, quel que soit son statut matrimonial et quelle que soit l'année considérée (**tableau A.5** et **tableau A.6**). L'intensité de la liaison entre les deux variables, globalement plus forte chez les femmes non en union (**tableau A.7**), semble baisser au fil des années. Toutefois, chez les deux groupes de femmes et pour toutes les années, seules les femmes ayant un atteint au moins le niveau secondaire semblent se détacher nettement des autres du point de vue de l'utilisation de la contraception moderne (**tableau 4.4**).

L'analyse des tendances de l'utilisation de la contraception moderne par sous-groupe de femmes montre que chez les femmes en union, la proportion d'utilisatrices de la contraception moderne a augmenté de façon importante chez tous les sous-groupes de femmes sur la période d'étude (**tableau 4.4**). Toutefois, l'essentiel de cette augmentation s'est produit entre 2012 et 2018. En effet, chez les femmes non instruites et celles du niveau secondaire ou plus, la proportion d'utilisatrices a plus que doublé entre 2012 et 2018 (coefficients multiplicateurs respectifs de 2,16 et 2,09) alors qu'elle a augmenté de 80 % chez les femmes de niveau d'instruction primaire.

Pour les femmes non en union, l'analyse des tendances montre une stabilité de la proportion d'utilisatrices de la contraception moderne chez les femmes non instruites et chez celles de niveau d'instruction secondaire. Chez les femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus, les résultats indiquent plutôt une forte baisse de 55 % (la proportion passe de 39,4 % en 1999 à 17,6 % en 2018) (**tableau 4.4**).

Pour les inégalités entre sous-groupes dans l'utilisation de la contraception moderne, les résultats (**tableau 4.4**) indiquent que, quel que soit le groupe de femmes considéré, les écarts entre femmes non instruites et femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus sont assez énormes (surtout chez les femmes en union) mais que les écarts se réduisent au fil des années.

(3) Le secteur d'activité de la femme

Comme pour le niveau d'instruction, le secteur d'activité de la femme influence de manière significative son utilisation d'une méthode contraceptive moderne, quel que soit son statut matrimonial et quelle que soit l'année considérée (**tableau A.5** et **tableau A.6**). L'intensité de la liaison entre les deux variables, contrairement aux résultats relatifs au niveau d'instruction, semble plutôt augmenter au fil des années. Toutefois, chez les deux groupes de femmes et pour toutes les années, seules les femmes exerçant des activités dans le secteur moderne semblent se détacher nettement des autres du point de vue de l'utilisation de la contraception moderne (**tableau 4.4**).

Tableau 4.4 : Proportion de femmes utilisant une méthode contraceptive moderne au moment de l'enquête par année selon les caractéristiques socioéconomiques et la situation vis-à-vis de l'union

Variables	Femmes non en union				Femmes en union			
	1999	2005	2012	2018	1999	2005	2012	2018
Niveau de vie du ménage								
Le plus pauvre	ND	5,6	7,3	9,5	ND	7,1	7,0	18,1
Le moyen	ND	14,4	12,6	17,7	ND	14,2	12,0	29,6
Le plus riche	ND	18,2	21,9	17,9	ND	25,9	18,1	32,1
Niveau d'instruction de la femme								
Aucun	13,5	9,2	10,1	13,9	9,5	10,1	9,6	20,7
Primaire	10,1	10,0	10,2	9,2	12,9	23,4	13,5	24,3
Sec ou plus	39,4	21,8	20,3	17,6	29,5	31,9	18,0	37,6
La femme est alphabétisée								
Oui	32,3	18,5	17,9	15,1	28,7	31,8	17,4	31,6
Non	12,2	8,7	11,1	14,2	9,2	10,7	10,0	21,8
Secteur d'activité de la femme								
Secteur informel	24,6	13,2	14,5	11,1	15,9	20,6	9,9	20,3
Secteur agricole	13,8	4,7	4,5	10,9	5,8	7,5	6,4	19,4
Secteur moderne	18,9	19,2	22,3	28,9	18,8	18,9	17,2	31,1
Ensemble	20,4	13,4	15,2	14,7	12,2	14,1	11,2	23,5

Chez les femmes en union, la proportion d'utilisatrices de la contraception moderne a augmenté de façon importante chez tous les sous-groupes de femmes sur la période d'étude (**tableau 4.4**), surtout chez les femmes exerçant dans le domaine agricole. Toutefois, l'essentiel de cette augmentation s'est produit entre 2012 et 2018. En effet, chez les femmes exerçant dans le domaine agricole, la proportion d'utilisatrices est passée de 6,4 % à 19,4 % entre 2012 et 2018, soit un triplement de la proportion en 6 ans, alors qu'elle a augmenté de 81 % chez les femmes exerçant dans le secteur moderne et elle a doublé chez les femmes du secteur informel (**tableau 4.4**).

4.2.4 Caractéristiques du conjoint et utilisation de la contraception moderne

Chez les femmes en union, les caractéristiques du conjoint (niveau d'instruction et secteur d'activité) influencent significativement la propension d'utiliser ou non une méthode contraceptive moderne (**tableau A.6**). Et, pour les deux variables, la liaison est au moins aussi forte que celle entre les attributs correspondants de la femme et le fait d'utiliser ou non une méthode contraceptive moderne (**tableau A.8**).

Comme pour ces derniers, ce sont surtout le fait d'atteindre au moins le secondaire et le fait d'exercer dans le secteur moderne qui sont associés aux plus fortes proportions d'utilisatrices d'une méthode contraceptive moderne (**tableau 4.5**).

Tableau 4.5 : Proportion de femmes vivant en union utilisant une méthode contraceptive moderne au moment de l'enquête par année selon le niveau d'instruction et le secteur d'activité du conjoint

Variables	1999	2005	2012	2018
Niveau d'instruction du conjoint				
Primaire ou moins	8,4	9,8	8,5	20,6
Secondaire ou plus	25,1	28,7	19,7	32,7
Secteur d'activité du conjoint				
Secteur moderne	19,9	19,7	15,4	28,8
Secteur agricole	6,6	7,0	6,4	17,4
Autre secteur	15,3	22,2	14,6	24,4
Ensemble	12,2	14,1	11,2	23,5

Aussi, les résultats montrent que la proportion d'utilisatrices de la contraception moderne a augmenté chez tous les sous-groupes (**tableau 4.5**) et que les femmes dont le conjoint exerce dans le domaine agricole sont celles dont la proportion d'utilisatrices est de loin la plus faible. Ainsi, en 2018, malgré une augmentation substantielle de l'utilisation de la contraception moderne chez ce groupe de femmes, on observe un écart non négligeable de 7 points de pourcentage entre ce groupe et celui dont le conjoint exerce dans le secteur informel.

4.2.5 Rapports de genre et utilisation de la contraception moderne

Les variables relatives aux rapports de genre, traduisant les interactions dans le couple, concernent exclusivement les femmes en union.

Tableau 4.6 : Proportion de femmes vivant en union utilisant une méthode contraceptive moderne au moment de l'enquête par année selon les rapports de genre

Variables	1999	2005	2012	2018
Type d'union				
Monogamique	14,4	17,4	7,2	20,5
Polygamique	10,2	11,1	15,0	25,8
La femme discute de la PF avec son conjoint				
Jamais	5,8	6,9	ND	ND
Une ou deux fois	19,1	25,6	ND	ND
Plus de 2 fois	30,3	42,8	ND	ND
La femme intervient dans les décisions importantes du ménage				
Pas du tout	ND	20,9	7,8	11,4
Un peu	ND	12,9	9,7	16,6
Beaucoup	ND	13,6	18,9	33,5
Écarts d'âge entre les conjoints				
Moins de 5 ans	14,2	19,5	15,9	22,3
5 – 9 ans	14,1	14,6	11,9	24,8
10 – 14 ans	12,4	17,3	13,3	28,3
15 ans ou plus	10,5	9,0	8,0	18,9
La femme réside avec son conjoint				
Oui	11,0	11,5	12,4	21,7
Non	17,0	23,3	10,9	32,0
Ensemble	12,2	14,1	11,2	23,5

(1) La fréquence de la discussion entre conjoints sur la PF

Pour les femmes en union (**tableau A.6**), la fréquence de la discussion entre conjoints sur la PF se révèle significativement et assez fortement associée à l'utilisation d'une méthode contraceptive moderne pour les deux années pour lesquelles cette variable est disponible (1999 et 2005). Ainsi, les résultats montrent que plus la fréquence de discussion sur la PF est élevée, plus la femme est encline à utiliser une méthode contraceptive moderne. En effet, en 2005 par exemple, il ressort des résultats (**tableau 4.6**) que chez les femmes ayant discuté de la PF avec leur conjoint plus de deux fois au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, la proportion d'utilisatrices d'une méthode contraceptive moderne est six fois plus élevée que chez celles n'en ayant jamais discuté (42,8 % contre 6,9 %).

(2) Le niveau de participation de la femme à la prise de décisions importantes dans le ménage

Le niveau de participation de la femme à la prise de décisions importantes dans le ménage, disponible à partir de 2005, influence significativement le fait d'utiliser ou non une méthode contraceptive moderne pour les deux dernières années étudiées (2012 et 2018) (**tableau A.6**). Aussi, l'intensité de la liaison de cette variable avec le fait d'utiliser ou non une méthode contraceptive moderne croît substantiellement entre 2012 et 2018 (**tableau A.8**). Globalement, il ressort des résultats que les femmes qui participent le plus à la prise de décisions importantes dans le ménage sont nettement plus enclines à utiliser la contraception moderne. En effet, en 2018 par exemple, la proportion d'utilisatrices de la contraception moderne chez les femmes participant *beaucoup* à la prise de décisions importantes dans le ménage (33,5 %) est pratiquement trois fois celle des femmes ne participant pas du tout à la prise de décisions importantes dans le ménage et deux fois celle des femmes participant *peu* à la prise de décisions importantes dans le ménage (**tableau 4.6**).

(3) L'écart d'âge entre conjoints

L'effet de l'écart d'âge entre les conjoints sur l'utilisation d'une méthode contraceptive moderne par la femme semble plutôt faible. En effet, sur les quatre années étudiées, l'association entre écart d'âge entre conjoints et utilisation d'une méthode contraceptive moderne par la femme est significative pour deux années (2005 et 2012), avec toutefois une intensité de liaison très faible.

Globalement, il ressort des résultats que seules les femmes ayant un écart d'âge avec leur conjoint de 15 ans au moins sont nettement moins enclines à utiliser la contraception moderne. En effet, en 2012 par exemple, la proportion d'utilisatrices de la contraception moderne chez les femmes est de 8 % contre 13 % environ pour les autres femmes (**tableau 4.6**).

4.2.6 Variables intermédiaires et utilisation de la contraception moderne

(1) L'approbation de la PF

Même si elle n'est disponible que pour deux années (1999 et 2005), l'approbation de la PF (aussi bien celle de la femme que celle de son conjoint pour les femmes en union) semble très déterminante dans la propension de la femme à utiliser ou non une méthode contraceptive moderne. En effet, pour chacune des deux années pour lesquelles elle est disponible (1999 et 2005), l'effet de l'approbation de la PF sur le fait d'utiliser ou non une méthode contraceptive moderne est significatif tant chez les femmes non en union (**tableau A.5**) que chez les femmes en union (**tableau A.6**). En outre, la liaison de chacune de ces variables avec le fait d'utiliser ou non une méthode contraceptive moderne est assez forte (**tableau 4.7**).

En effet, chez les deux groupes de femmes et pour les deux années où cette variable est disponible, les résultats montrent que les femmes qui approuvent la PF et celles dont le conjoint approuve la PF sont relativement nettement plus nombreuses à utiliser la contraception moderne que respectivement celles qui ne l'approuvent pas et celles dont le conjoint ne l'approuve pas. Et, dans les deux cas et pour les deux années, les écarts entre les proportions d'utilisatrices et non utilisatrices sont considérables.

Ainsi, en 2005 par exemple, chez les femmes non en union, la proportion d'utilisatrices de la contraception moderne chez les femmes qui approuvent la PF est près de 11 fois celle des femmes qui n'approuvent pas la PF (21,4 % contre 2 %) (**tableau 4.7**). Chez les femmes en union, l'écart d'utilisation entre les deux sous-groupes de femmes est moindre mais également élevé. En effet, le rapport entre la proportion d'utilisatrices de la contraception moderne chez les femmes qui approuvent la PF et celle des femmes qui n'approuvent pas la PF est de 5,4 (20,1 % contre 3,7 %) (**tableau 4.7**).

Tableau 4.7 : Proportion de femmes utilisant une méthode contraceptive moderne au moment de l'enquête par année selon les variables intermédiaires et la situation vis-à-vis de l'union

Variables	Femmes non en union				Femmes en union			
	1999	2005	2012	2018	1999	2005	2012	2018
La femme approuve la PF								
Oui	23,5	21,4	ND	ND	16,6	20,1	ND	ND
Non	4,3	2,0	ND	ND	2,0	3,7	ND	ND
Le conjoint de la femme approuve la PF								
Oui	NA	NA	NA	NA	24,0	33,1	ND	ND
Non	NA	NA	NA	NA	6,3	13,8	ND	ND
Nombre de média à travers lesquels la femme est exposée aux messages sur la PF								
Aucun	4,6	6,9	8,8	9,4	3,1	8,3	8,3	18,9
Un seul	17,5	16,0	22,2	22,1	12,3	14,4	13,8	27,6
Deux ou trois	58,2	44,8	56,2	37,4	35,1	29,7	28,8	31,4
La femme connaît bien la contraception moderne								
Oui	43,5	100,0	100,0	100,0	29,9	100,0	100,0	100,0
Non	7,5	1,6	0,7	0,4	6,9	2,7	2,4	6,5
La femme est sexuellement active								
Oui	36,3	43,8	46,6	60,7	23,1	21,6	17,4	29,1
Non	10,3	7,0	9,2	7,0	5,0	8,1	6,7	18,0
Ensemble	20,4	13,4	15,2	14,7	12,2	14,1	11,2	23,5

Chez les femmes en union, la liaison statistique entre approbation de la PF par le conjoint et fait d'utiliser ou non une méthode contraceptive moderne est plus forte que celle entre approbation de la PF par la femme et fait d'utiliser ou non une méthode contraceptive moderne (**tableau A.7** et **tableau A.8**).

(2) Le niveau d'exposition aux messages sur la PF

Chez les deux groupes de femmes et pour toutes les années, le niveau d'exposition aux messages sur la PF influence positivement et significativement l'utilisation d'une méthode contraceptive moderne (**tableau A.5** et **tableau A.6**). Globalement, les résultats (**tableau 4.7**) montrent que plus le nombre de média auquel la femme est exposée est grand, plus elle est susceptible d'utiliser une méthode contraceptive moderne.

L'analyse des tendances de l'utilisation de la contraception moderne par sous-groupe de femmes montre que, à l'exception des femmes exposées aux messages sur la PF à travers deux ou trois médias chez lesquelles l'utilisation de la contraception moderne a plutôt baissé pour les deux groupes de femmes, la proportion d'utilisatrices de la contraception moderne a augmenté de façon importante chez tous les sous-groupes de femmes sur la période d'étude (**tableau 4.7**), tant chez les femmes en union que chez les femmes non en union, mais de façon plus importante chez les femmes en union. Toutefois, chez les femmes en union, par exemple, l'essentiel de cette augmentation s'est produit entre 2012 et 2018. En effet, dans ce groupe de femmes, chez les femmes non exposées aux messages sur la PF et celles qui y sont exposées à travers un seul média, la proportion d'utilisatrices a plus que doublé entre 2012 et 2018 (coefficients multiplicateurs respectifs de 2,28 et 2,00).

Pour les inégalités entre sous-groupes dans l'utilisation de la contraception moderne, les résultats (**tableau 4.7**) indiquent que, quel que soit le groupe de femmes considéré, les écarts entre sous-groupes de femmes pris deux à deux (surtout chez les femmes en union) sont très importants et que ces écarts se réduisent au fil des années.

Ainsi, en 2018 par exemple, chez les femmes non en union, la proportion d'utilisatrices de la contraception moderne chez les femmes exposées aux messages sur la PF à travers un seul média (22,1 %) est plus de deux fois (2,35) celle des femmes non exposées aux messages sur la PF (9,4 %) (**tableau 4.7**) et celle femmes exposées aux messages sur la PF à travers deux ou trois médias (37,4 %) est supérieure de 69 % plus élevée que celle des femmes exposées aux messages sur la PF à travers un seul média (22,1 %).

Toutefois, chez les femmes en union (**tableau A.8**), l'intensité de la liaison entre les deux variables baisse de façon continue. Chez les femmes non en union (**tableau A.7**), on observe la même tendance globale mais elle reste nettement plus forte que chez les femmes en union.

(3) Le niveau de connaissance de la contraception moderne

De toutes les variables susceptibles d'influencer l'utilisation d'une méthode contraceptive moderne retenues dans cette étude, le niveau de connaissance de la contraception moderne est de loin la plus fortement associée au fait d'utiliser ou non une méthode contraceptive moderne. En effet, l'intensité de la liaison est très forte quels que soient le groupe de femmes et l'année considérés. Celle-ci frôle la limite maximale (1) de la valeur de V de Cramer (**tableau A.7** et **tableau A.8**). Les résultats (**tableau 4.7**) montrent que les femmes qui ont une bonne connaissance de la contraception moderne utilisent quasiment toutes une méthode contraceptive moderne contre une proportion négligeable (entre 0,4 % et 7,5 % selon l'année), en particulier à partir de 2005 et ce chez tous les groupes de femmes étudiés.

4.3 Facteurs explicatifs de la non-utilisation de la contraception moderne

L'analyse de contingence, réalisée grâce au test de Khideux et dont les résultats sont présentés dans la section 2 de ce chapitre, nous a permis de tester l'association de chaque variable explicative avec la pratique contraceptive de la femme. Elle a notamment permis d'identifier les variables significativement associées à la pratique contraceptive moderne au moment des différentes enquêtes, les associations locales significatives et de classer ces variables selon l'intensité de leur lien avec la pratique contraceptive moderne au moment des enquêtes.

Ces résultats sont très intéressants dans la mesure où ils fournissent des indications précises sur les variables pertinentes à prendre en compte dans les analyses multivariées. Ils présentent cependant une insuffisance majeure : ils ne permettent de prendre en compte que deux variables à la fois. Or, comme le disait Durkheim : *« lorsque deux faits sociaux sont en relation et qu'on pense que l'un est la cause de l'autre, il faut se demander si cette association ne serait pas due à quelque chose de caché »* (Legrand, 2008). Autrement dit, les relations observées au niveau bivarié correspondent à une « relation brute » et peuvent donc être fallacieuses du fait qu'elles ne tiennent pas compte de l'effet des autres variables en présence susceptibles de les influencer. Ainsi, est-il indispensable de recourir à une analyse multivariée pour contrôler l'influence cachée de ces variables afin de pouvoir évaluer les effets nets des variables analysées et confirmer ou infirmer les résultats observés au niveau bivarié. C'est l'objet des analyses multivariées.

Ont été retenues pour les analyses multivariées, pour chaque année étudiée et pour chaque groupe de femmes, les variables qui se sont révélées significatives à l'analyse de contingence à un seuil inférieur ou égal à 10 %. Ces variables ont été introduites une à une dans les modèles afin de cerner leur mécanisme d'action sur la non-utilisation de la contraception moderne.

Les modalités de référence des différentes variables ont été choisies de manière à représenter les femmes ayant la pratique contraceptive moderne la plus forte (et donc la non-utilisation de la contraception moderne la plus faible) afin de faciliter l'interprétation des odds ratios. Celles-ci sont mises en gras et en italique dans les différents modèles.

Dans chaque modèle final, seules les variables ayant passé le test de multi colinéarité (VIF inférieur ou égal à 3) ont été incluses.

Le **tableau 4.8** présente les facteurs explicatifs de la non-utilisation de la contraception moderne par année selon le groupe de femmes, tels que ressortis des analyses multivariées. Les **tableaux A.11 à A.18** (en annexe), quant à eux, fournissent, par année et par groupe de femmes, les résultats des analyses multivariées réalisées grâce à la régression logistique.

Tableau 4.8 : Variables ayant un effet significatif sur la non-utilisation de la contraception moderne, dans les modèles de régression logistique, par année selon le groupe de femmes

Année	Femmes non en union	Femmes en union
1999	Niveau d'instruction de la femme Approbation de la PF par la femme Niveau d'exposition aux messages sur la PF Activité sexuelle de la femme	Groupe ethnique Niveau d'instruction de la femme Corésidence avec le conjoint Approbation de la PF par la femme Approbation de la PF par le conjoint Niveau d'exposition aux messages sur la PF Activité sexuelle de la femme
2005	Nombre d'enfants désirés Niveau d'instruction de la femme Approbation de la PF par la femme Activité sexuelle de la femme	Discussion sur la PF Approbation de la PF par la femme Approbation de la PF par le conjoint Niveau d'exposition aux messages sur la PF Activité sexuelle de la femme
2012	Milieu de résidence Groupe ethnique Age de la femme (grands groupes) Nombre d'enfants désirés Descendance mixte de la femme Niveau d'instruction de la femme Occupation de la femme Activité sexuelle de la femme	Religion Niveau d'instruction du conjoint Occupation du conjoint Niveau de participation de la femme à la prise de décisions importantes du ménage
2018	Milieu de résidence Groupe ethnique Niveau d'instruction de la femme Occupation de la femme Activité sexuelle de la femme	Religion Descendance mixte de la femme Niveau de participation de la femme à la prise de décisions importantes du ménage Écart d'âges entre conjoints Corésidence avec le conjoint Niveau d'exposition aux messages sur la PF

4.3.1 Environnement socioculturel et non-utilisation de la contraception moderne

(1) Chez les femmes en union

Il ressort des résultats (**tableau A.12, tableau A.14, tableau A.16, tableau A.18**) que, parmi les caractéristiques liées à l'environnement socioculturel de la femme, seul le milieu de résidence n'a pas d'effet significatif sur la non-utilisation de la contraception moderne. Néanmoins, en 2005, aucune des caractéristiques liées à l'environnement socioculturel de la femme n'avait un effet significatif sur la non-utilisation de la contraception moderne (**tableau A.14**). L'effet de l'appartenance ethnique est significatif en 1999 (**tableau A.12**) et celui de la religion significatif en 2012 (**tableau A.16**) et 2018 (**tableau A.18**).

Pour l'appartenance ethnique et par rapport aux femmes du groupe ethnique Forestier, les femmes des groupes ethniques Soussou et Malinké ont, en 1999, respectivement 1,76 (au seuil de 10 %) et 2,34 fois plus de chance de ne pas utiliser une méthode contraceptive moderne, toutes choses égales par ailleurs (**tableau A.12**).

Pour la religion, les résultats montrent que, toutes choses égales par ailleurs, les femmes musulmanes sont significativement plus susceptibles de ne pas utiliser une méthode contraceptive moderne : 2,32 fois et 3,88 fois en 2012 (**tableau A.16**) et 2018 (**tableau A.18**), respectivement.

(2) Chez les femmes non en union

Chez les femmes non en union, le milieu de résidence et l'appartenance ethnique expliquent significativement la non-utilisation de la contraception moderne mais pour uniquement pour les deux dernières années étudiées (2012 et 2018). Quant à la religion, elle a un effet non significatif sur la non-utilisation de la contraception moderne et ce pour toutes les années étudiées (**tableau A.11, tableau A.13, tableau A.15, tableau A.17**).

Selon les résultats, pour le milieu de résidence, ce sont les femmes vivant en milieu rural qui, par rapport à celles vivant en milieu urbain, sont (1,64 fois en 2012, 2 fois en 2018) plus susceptibles de ne pas utiliser la contraception moderne, toutes choses égales par ailleurs (**tableau A.15 et tableau A.17**).

Pour l'appartenance ethnique, les résultats indiquent que, en 2018, par rapport aux femmes du groupe ethnique forestier, seules les femmes du groupe ethnique peul ont significativement (1,93 fois) plus de chance de ne pas utiliser la contraception moderne, toutes choses égales par ailleurs (**tableau A.17**). En 2012, la situation est assez différente. En effet, par rapport aux femmes du groupe ethnique forestier, ce sont les femmes des groupes ethniques peul et soussou qui avaient respectivement 48 % et 40 % de moins de ne pas utiliser la contraception moderne (**tableau A.15**).

4.3.2 Caractéristiques démographiques et non-utilisation de la contraception moderne

(1) Chez les femmes en union

De toutes les caractéristiques démographiques retenues comme facteurs explicatifs potentiels de la non-utilisation de la contraception moderne chez les femmes en union, seul le fait d'avoir une descendance mixte (en 2018) a un effet significatif (au seuil de 10 %) sur l'ensemble des quatre années étudiées. Pour cette année, les résultats (**tableau A.18**) indiquent, de façon inattendue, que ce sont les femmes n'ayant pas de descendance mixte qui ont 44 % de chance de moins d'utiliser une méthode contraceptive moderne.

(2) Chez les femmes non en union

Contrairement aux femmes en union chez qui une seule caractéristique démographique s'est révélée être un facteur explicatif significatif de la non-utilisation de la contraception moderne, chez les femmes non en union, les caractéristiques démographiques ayant un effet significatif sur la non-utilisation de la contraception moderne, toutes choses égales par ailleurs, sont au nombre de quatre : l'âge de la femme, le nombre d'enfants désirés, le fait d'avoir une descendance mixte et le fait d'avoir eu un enfant décédé. Cependant, toutes ces variables sont significatives pour l'année 2012 (**tableau A.15**) uniquement, à l'exception du fait d'avoir eu un enfant décédé dont l'effet est significatif pour l'année 2018 (**tableau A.17**).

Pour l'âge, selon les résultats, ce sont les femmes de 15-29 ans et celles de 40-49 ans qui sont, par rapport aux femmes de 30-39 ans, plus susceptibles de ne pas utiliser la contraception moderne (2,15 fois et 3,64 fois respectivement), toutes choses égales par ailleurs (**tableau A.15**).

Les résultats pour le nombre d'enfants désirés indiquent que, par rapport aux femmes qui désirent au plus quatre enfants, les femmes qui désirent plus de quatre enfants ont 1,64 fois plus de chance de ne pas utiliser la contraception moderne, toutes choses égales par ailleurs (**tableau A.15**).

Pour le fait d'avoir une descendance mixte, les résultats vont dans le sens attendu. En effet, ce sont les femmes qui n'ont pas de descendance mixte qui ont, toutes choses égales par ailleurs, 2,51 fois plus de chance de ne pas utiliser la contraception moderne (**tableau A.15**).

Selon les résultats de 2018 (**tableau A.17**), les femmes n'ayant pas eu d'enfant décédé ont 2,64 fois plus de chance de ne pas utiliser la contraception moderne que celles qui en ont eu, toutes choses égales par ailleurs.

4.3.3 Caractéristiques socioéconomiques et non-utilisation de la contraception moderne

(1) Chez les femmes en union

Parmi les trois caractéristiques socioéconomiques retenues dans cette étude (le niveau de vie du ménage, le niveau d'instruction de la femme et son secteur d'activité), seul le niveau d'instruction s'est révélé être un facteur explicatif significatif de la non-utilisation de la contraception moderne chez les femmes en union. En outre, l'effet de cette variable n'est significatif qu'en 1999 (**tableau A.12**). Cette année, les résultats montrent que, toutes choses égales par ailleurs, par rapport aux femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus, celles de niveau d'instruction primaire ont 2,54 fois plus de chance de ne pas utiliser la contraception moderne.

(2) Chez les femmes non en union

Sur les trois caractéristiques socioéconomiques des femmes susceptibles d'influencer la non-utilisation de la contraception moderne, seul le niveau de vie de ménage n'a pas d'effet significatif sur la non-utilisation de la contraception moderne. L'effet du niveau d'instruction est significatif pour toutes les années alors que celui du secteur d'activité de la femme l'est pour les deux dernières années (2012 et 2018) (**tableau A.15** et **tableau A.17**).

Les résultats pour le niveau d'instruction sont quasiment identiques pour toutes les années : par rapport aux femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus, celles de niveau d'instruction primaire ont, toutes choses égales par ailleurs, 2,04 fois (respectivement 4,02, 1,79 et 1,73 fois) plus de chance de ne pas utiliser la contraception moderne en 2018 (respectivement, 1999, 2005 et 2012). Pour 2012, les femmes non instruites ont elles aussi significativement (1,82 fois) plus de chance de ne pas utiliser la contraception moderne, toutes choses égales par ailleurs (**tableau A.15**).

Pour le secteur d'activité, les résultats pour les années 2012 (**tableau A.15**) et 2018 (**tableau A.17**) indiquent que, toutes choses égales par ailleurs, ce sont les femmes exerçant dans le domaine agricole qui ont, par rapport à celles exerçant dans le secteur moderne, significativement plus de chance (2,29 fois en 2018, 2,66 fois en 2012) de ne pas utiliser la contraception moderne.

4.3.4 Caractéristiques du conjoint et non-utilisation de la contraception moderne

Pour les caractéristiques du conjoint retenues, les résultats indiquent que toutes les deux influencent significativement la non-utilisation de la contraception moderne, toutes choses égales par ailleurs. L'effet du niveau d'instruction du conjoint est significatif en 1999 (**tableau A.12**) et en 2012 (**tableau A.16**) alors que celui du niveau d'instruction l'est en 2012 seulement.

Pour le niveau d'instruction, il ressort des résultats que, tant en 1999 qu'en 2012, ce sont les femmes dont le conjoint n'est pas instruit ou n'a pas atteint le secondaire qui ont, toutes choses égales par ailleurs, plus de chance (53 % en 1999 et 72 % en 2012) de ne pas utiliser la contraception moderne que celles dont le conjoint a un niveau d'instruction secondaire ou plus.

Pour le secteur d'activité, les résultats montrent que, toutes choses égales par ailleurs, les femmes dont le conjoint exerce dans le domaine agricole ont, par rapport aux femmes dont le conjoint exerce dans le secteur moderne, plus de chance (68 %) de ne pas utiliser la contraception moderne.

4.3.5 Rapports de genre et non-utilisation de la contraception moderne

Parmi les six variables retenues pour appréhender les rapports de genre, seul le type d'union s'est avéré non significatif pour toutes les années étudiées.

L'effet de la fréquence de la discussion avec le conjoint sur la PF, disponible en 1999 et 2005, est significatif seulement en 2005 (**tableau A.14**), année pour laquelle les résultats indiquent que, toutes choses égales par ailleurs, par rapport aux femmes qui ont discuté de la PF plus de deux fois, celles qui n'en ont jamais discuté et celles qui en ont discuté une ou deux fois ont significativement plus de chance, 6,19 et 2,37 fois respectivement, de ne pas utiliser la contraception moderne.

L'effet du niveau de participation de la femme à la prise de décisions importantes du ménage sur la non-utilisation de la contraception moderne est significatif pour toutes les années pour lesquelles cette variable est disponible (2005, 2012 et 2018). Et pour les trois années, les résultats sont identiques : par rapport aux femmes participant beaucoup à la prise de décisions importantes dans le ménage, celles qui ne participent pas du tout à la prise de décisions importantes dans le ménage et celles qui y participent peu ont respectivement 4,99 (respectivement 2,16) et 2,68 (respectivement 1,97) fois plus de chance de ne pas utiliser une méthode contraceptive moderne en 2018 (respectivement en 2012) (**tableau A.16** et **tableau A.18**).

L'écart d'âge entre conjoints sur la non-utilisation de la contraception moderne a aussi une influence significative sur la non-utilisation de la contraception moderne mais pour une seule année (2018) alors que la variable est disponible pour toutes les années étudiées. Et contre toute attente, les résultats (**tableau A.18**) montrent que, par rapport aux femmes ayant un écart d'âge de moins de 5 ans avec leur conjoint, seules celles ayant un écart d'âge de 10 à 14 ans ont significativement moins de chance de ne pas utiliser une méthode contraceptive moderne, toutes choses égales par ailleurs.

La co-résidence avec le conjoint a également une influence significative sur la non-utilisation de la contraception moderne pour toutes années étudiées à l'exception de 2012. Et pour toutes ces années, ce sont les femmes qui ne résident pas avec leur conjoint qui ont, toutes choses égales par ailleurs, plus de chance de ne pas utiliser la contraception moderne (1,59 fois en 1999, 1,71 fois en 2005 et 2 fois plus en 2018) que celles qui résident avec leur conjoint (**tableau A.12, tableau A.14, tableau A.18**).

4.3.6 Variables intermédiaires

Comme attendu, toutes les variables intermédiaires se sont révélées être des facteurs explicatifs de la non-utilisation de la contraception moderne, tant chez les femmes non en union que chez les femmes en union. Le cas spécifique de la bonne connaissance de la contraception moderne mérite d'être signalé : son influence sur la non-utilisation de la contraception moderne est si forte que le logiciel l'exclut du modèle car il prédit parfaitement l'utilisation de la contraception moderne. Les résultats des analyses bivariées avaient déjà montré ce résultat. En effet, aussi bien chez les femmes non en union que chez les femmes en union, ces résultats indiquaient, à partir de 2005, que toutes les femmes qui avaient une bonne connaissance de la contraception moderne étaient toutes utilisatrices d'une méthode moderne au moment des différentes enquêtes.

(1) Chez les femmes en union

Les variables *approbation de la PF par la femme* et *approbation de la PF par le conjoint* ont un effet significatif sur la non-utilisation de la contraception moderne pour toutes les deux années pour lesquelles elles sont disponibles (1999 et 2005). Toutefois, l'effet de l'approbation de la PF par la femme est nettement plus important que celui de l'approbation de la PF par le conjoint.

Selon les résultats, les femmes qui n'approuvent pas la PF ont, toutes choses égales par ailleurs, 4,20 (respectivement 3,61) fois plus de chance de ne pas utiliser la contraception moderne que celles qui l'approuvent en 1999 (respectivement 2005) (**tableau A.16 et tableau A.18**).

Les mêmes résultats indiquent que, toutes choses égales par ailleurs, les femmes dont le conjoint n'approuve pas la PF ont 57 % (respectivement 36 %) de chance de plus de ne pas utiliser la contraception moderne que celles dont le conjoint l'approuve en 1999 (respectivement 2005).

Le niveau d'exposition aux messages sur la PF a aussi une influence significative sur la non-utilisation de la contraception moderne pour toutes les années étudiées. Toutefois, cette variable a été éliminée des modèles correspondant aux années 2012 (**tableau A.16**) et 2018 (**tableau A.18**) pour cause de multi colinéarité.

Pour les deux années pour lesquelles le niveau d'exposition aux messages sur la PF figure bien dans le modèle final (1999 et 2005), les résultats mettent en évidence la forte influence de cette variable sur la non-utilisation de la contraception moderne. En effet, par rapport aux femmes exposées aux messages sur la PF à travers deux ou trois médias, les femmes non exposées à ces messages et celles qui y sont exposées à travers un seul média ont respectivement 7,90 et 3,34 fois plus de chance de ne pas utiliser la contraception moderne en 1999 (**tableau A.12**), toutes choses égales par ailleurs. En 2005, les résultats (**tableau A.14**) vont dans le même sens mais avec un effet d'une intensité moindre car, par rapport aux femmes exposées aux messages sur la PF à travers deux ou trois médias, les femmes non exposées à ces messages et celles qui y sont exposées à travers un seul média ont respectivement 2,41 et 1,64 fois plus de chance de ne pas utiliser la contraception moderne, toutes choses égales par ailleurs.

Le fait pour la femme d'être sexuellement active ou non est aussi apparu très déterminant dans l'explication de la non-utilisation de la contraception moderne des femmes en union. Et comme pour le niveau d'exposition aux messages sur la PF et pour les mêmes raisons, cette variable a dû être supprimée des modèles correspondant aux années 2012 et 2018.

Pour les deux années pour lesquelles le fait pour la femme d'être sexuellement active ou non a passé le test de multi colinéarité (1999 et 2005), les résultats mettent en évidence la forte influence de cette variable sur la non-utilisation de la contraception moderne. En effet, les femmes non sexuellement actives ont, toutes choses égales par ailleurs, 5,46 fois (en 1999) et 2,99 fois (en 2005) plus de chance de ne pas utiliser la contraception moderne.

(2) Chez les femmes non en union

Comme chez les femmes en union, la variable *approbation de la PF par la femme* a un effet significatif sur la non-utilisation de la contraception moderne chez les femmes non en union pour toutes les deux années pour lesquelles elle est disponible (1999 et 2005). En effet, selon les résultats (**tableau A.11** et **tableau A.13**), les femmes qui n'approuvent pas la PF ont, toutes choses égales par ailleurs, 11,10 (respectivement 7,31) fois plus de chance de ne pas utiliser la contraception moderne que celles qui approuvent en 1999 (respectivement 2005).

Le niveau d'exposition aux messages sur la PF a aussi une influence significative sur la non-utilisation de la contraception moderne chez les femmes non en union mais seulement pour l'année 1999 (**tableau A.11**) où les résultats indiquent que par rapport aux femmes exposées aux messages sur la PF à travers deux ou trois médias, les femmes non exposées à ces messages et celles qui y sont exposées à travers un seul média ont respectivement 11,10 et 5,21 fois plus de chance de ne pas utiliser la contraception moderne.

Le fait pour la femme d'être sexuellement active ou non est apparu, comme chez les femmes en union, très déterminant dans l'explication de la non-utilisation de la contraception moderne des femmes non en union. Et contrairement chez les femmes en union, cette variable figure dans les modèles de toutes années. En effet, selon les résultats (**tableau A.11**, **tableau A.13**, **tableau A.15** et **tableau A.17**), les femmes non sexuellement actives ont, toutes choses égales par ailleurs, (3,32 fois en 1999, 7,99 fois en 2005, 8,55 fois en 2012 et 19,46 fois en 2018) plus de chance de ne pas utiliser la contraception moderne.

4.4 Interprétation et discussion des résultats

Les résultats indiquent que, quel que soit le groupe de femmes considéré, la bonne connaissance de la contraception moderne et l'approbation de la PF (aussi bien de la femme que celle de son conjoint si elle est en union) sont les deux facteurs les plus importants dans l'explication de la non-utilisation de la contraception moderne. Ce résultat signifie sans doute que les programmes de PF en Guinée ont deux défis prioritaires : (1) le changement de mentalités des populations en général et celui des couples en particulier, envers la PF, et la diffusion d'informations de qualité sur la PF auprès de toutes les couches de population susceptibles d'utiliser la contraception moderne.

Chez les femmes en union, les résultats montrent un effet significatif des caractéristiques du conjoint sur la non-utilisation de la contraception moderne. Ce résultat signifie que dans les couples guinéens, les femmes ne sont pas totalement autonomes dans la prise de décisions relatives à la planification familiale. Ce résultat pourrait s'expliquer par la structure patriarcale de la société, l'emprise de l'islam sur la vie des couples et par un contexte marqué par un faible niveau de scolarisation des femmes. Ce résultat rejoint ceux de plusieurs autres recherches conduites en Afrique subsaharienne et renforce la recommandation selon laquelle les hommes doivent être des partenaires à part entière pour la réussite des programmes de PF.

Il ressort aussi des résultats que, chez les femmes en union, l'exercice d'activités agricoles (par le mari et/ou le conjoint) réduit significativement les chances d'utiliser la contraception moderne. Ce qui laisse supposer que, en l'absence d'un système agricole moderne, les femmes et les couples guinéens comptent encore sur des enfants relativement nombreux comme main d'œuvre pour la réalisation des travaux agricoles. Ce résultat conforte l'hypothèse d'utilité économique des enfants souvent avancée pour expliquer l'attachement des couples à une progéniture nombreuse, notamment dans les contextes de pauvreté caractéristiques de la plupart des pays d'Afrique subsaharienne.

Contrairement à nos attentes, les résultats montrent qu'il n'y a pas d'effet de génération dans le recours des femmes à la contraception moderne. En effet, pour toutes les années étudiées, l'âge de la femme n'a pas d'effet significatif sur la non-utilisation de la contraception moderne, en particulier chez les femmes en union. On aurait pensé qu'avec l'amélioration de l'instruction, les femmes des jeunes générations seraient nettement moins enclines à ne pas utiliser la contraception moderne. Ce résultat, plutôt paradoxal, s'expliquerait par la pression sociale et culturelle que subiraient les femmes dans le domaine de la procréation ainsi qu'un manque d'accessibilité adéquate aux produits contraceptifs, notamment pour les jeunes et les adolescentes.

Parmi les résultats surprenants issus des analyses effectuées, il y a aussi le fait que le milieu de résidence n'explique pas la non-utilisation de la contraception moderne dans le cas de la Guinée, notamment chez les femmes en union. Ce résultat va à l'encontre de l'effet de diffusion, reconnu au milieu de résidence, qui favorise ce que Vignikin dénomme la « culture urbaine » qui, au plan social et culturel, est fondamental dans l'adhésion à la contraception moderne.

Par ailleurs, le fait que le niveau d'instruction de la femme, le milieu de résidence et le niveau de vie du ménage, par exemple, n'aient pas d'effet significatif sur la non-utilisation de la contraception moderne ne signifie pas pour autant que ces variables ne soient pas importantes dans l'explication de la non-utilisation de la contraception moderne. En effet, l'effet de ces variables sur la non-utilisation de la contraception moderne peut être indirect.

L'effet indirect de chaque variable est fourni par les modèles pas-à-pas qui indiquent le mécanisme d'action de chaque variable introduite sur la non-utilisation de la contraception moderne. Ainsi, chez les femmes en union, l'examen des modèles pas-à-pas indique clairement que l'effet du niveau d'instruction de la femme sur la non-utilisation de la contraception moderne passe, pour les années 1999 et 2005, par la fréquence de la discussion sur la PF avec son conjoint. Ce qui signifie que l'effet majeur du niveau d'instruction de la femme en union sur son utilisation ou non de la contraception moderne, pour ces deux années, est surtout de favoriser la discussion sur les questions de PF, discussion réputée favoriser l'harmonisation des projets de fécondité et la prise de décisions conjointes pour l'utilisation de la contraception moderne.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Dans cette thèse, il était question d'analyser les tendances d'évolution de l'utilisation de la contraception moderne entre 1999 et 2018 et d'identifier les facteurs explicatifs de la non-utilisation de la contraception moderne en Guinée chez les femmes en union et chez les femmes non en union séparément. Les données des enquêtes démographiques et de santé réalisées dans le pays en 1999, 2005, 2012 et 2018 ont été utilisées à cet effet. L'étude a porté uniquement sur les femmes généralement visées par les programmes de planification familiale, à savoir les femmes potentiellement fécondes et qui souhaitent attendre au moins deux ans pour avoir leur prochaine grossesse ou qui ne veulent plus avoir d'enfants (et donc à risque de grossesse non désirée).

L'hypothèse principale vérifiée est que l'environnement socioculturel dans lequel vit la femme influence ses caractéristiques démographiques, ses caractéristiques socioéconomiques et sociales (caractéristiques du conjoint et rapports de genre pour les femmes en union) et détermine, à travers ces dernières, la probabilité d'utiliser ou non une méthode contraceptive moderne. De manière spécifique, une série de 24 hypothèses ont été formulées et soumises à l'épreuve des faits. Chacune de ces hypothèses est relative à une variable spécifique.

Six groupes de variables ont été identifiés dans la littérature comme facteurs susceptibles d'influencer potentiellement la pratique ou non de la contraception moderne : (1) l'environnement socioculturel, (2) les caractéristiques démographiques, (3) les caractéristiques socioéconomiques, (4) les caractéristiques du conjoint, (5) les rapports de genre (caractéristiques traduisant les interactions dans le couple, pour les femmes en union uniquement) et (6) les variables intermédiaires, qui traduisent plus ou moins l'effet des autres facteurs sur les comportements contraceptifs.

Le cadre conceptuel utilisé est inspiré du protocole du GRIPPS (2001) et Akam (2007) élaboré dans le cadre de la recherche des déterminants de la pratique contraceptive en Afrique.

Les analyses ont été menées à trois niveaux. Au premier niveau, les tendances d'évolution de la proportion de femmes utilisant une méthode contraceptive ont été analysées par type de méthode. Les intervalles de confiance associés à chaque proportion ont été utilisés pour juger de la significativité ou non de la variation observée d'une année à une autre. Au deuxième niveau d'analyse, une analyse de contingence est utilisée pour évaluer l'intensité et le sens de l'association entre la variable à expliquer (ici le fait pour une femme d'utiliser ou non une méthode contraceptive moderne au moment des enquêtes) et chacune des variables explicatives retenues. Concrètement, la variable *utilisation de la contraception moderne* au moment de l'enquête a été croisée avec chacune des caractéristiques identifiées comme susceptibles d'influencer la pratique de la contraception moderne chez les femmes étudiées. Les analyses réalisées à ce deuxième niveau ont fourni la liste des variables candidates pour le troisième niveau d'analyse. Au troisième niveau d'analyse, la régression logistique binaire a été utilisée pour identifier parmi les variables ayant une influence significative sur l'utilisation de la contraception moderne au deuxième niveau d'analyse, celles qui ont un effet significatif sur la non-utilisation de la contraception moderne. Après contrôle des effets des variables les uns par les autres, les facteurs explicatifs de la non-utilisation de la moderne ont ainsi été identifiés pour chaque groupe de femmes étudiées.

Les résultats des analyses effectuées conduisent aux conclusions suivantes :

1. Le niveau d'utilisation de la contraception moderne est encore relativement faible en Guinée dans l'ensemble. Par ailleurs, l'examen de l'évolution du taux d'utilisation de la contraception moderne montre que chez les femmes non en union, le taux d'utilisation a tendance à baisser alors que chez les femmes en union la tendance est à l'augmentation significative du taux d'utilisation.
2. Les facteurs explicatifs de la non-utilisation de la contraception moderne varient d'un groupe de femmes à l'autre mais la bonne connaissance de la contraception moderne et l'approbation de la PF (aussi bien de la femme que celle de son conjoint si elle est en union) sont les facteurs les plus importants pour la période étudiée, pour les deux groupes de femmes étudiées.

3. Les résultats soulignent également le fait que les hommes doivent être des partenaires clés et incontournables pour la réussite des programmes de PF en Guinée, du fait de leur position sociale dominante dans les couples et de l'influence significative de leurs caractéristiques sur le fait d'utiliser ou non la contraception moderne. L'implication des hommes dans les programmes de PF a été d'ailleurs un des messages clés de la conférence du Caire sur la population en 1994, et, depuis, l'idée a été largement soutenue par d'autres initiatives de recherche et de politique.

Les conclusions issues de cette étude suggèrent quelques recommandations dont la mise en œuvre permettrait d'améliorer de manière substantielle l'utilisation de la contraception moderne en Guinée.

Tout d'abord, il est nécessaire de pousser les investigations (notamment par des approches qualitatives) pour comprendre les raisons pour lesquelles les femmes sont réticentes face à la contraception moderne et pourquoi elles n'y font que très peu recours même dans les zones où celle-ci est relativement facile d'accès.

Ensuite, les résultats mettent en évidence les principaux défis à relever pour améliorer la pratique contraceptive en Guinée : changer les mentalités des populations en général et celles des femmes en particulier, et leurs perceptions sur la PF, et faire connaître la contraception moderne tout en offrant des produits et des services contraceptifs de qualité.

Pour relever les défis de l'amélioration de la pratique contraceptive en Guinée, la mise en place de programmes multisectoriels s'impose. Ces programmes doivent viser, entre autres, l'amélioration de l'instruction des populations en général et celle des femmes en particulier, la création d'opportunités économiques et la création d'activités génératrices de revenus pour tous (notamment en milieu rural), l'amélioration des rapports de genre, la fourniture suffisante de produits et services contraceptifs de qualité et la sensibilisation adéquate sur les avantages de la contraception.

La réussite de ces interventions suppose également un soutien actif des religieux ainsi que l'implication des hommes.

BIBLIOGRAPHIE

ADJAMAGBO A (2001), Attitudes des femmes à l'égard d'une planification des naissances en contexte africain d'agriculture de rente. In *Les transitions démographiques des pays du sud*. (ESTEM, p. 245-56).

AHMED S, LI Q, LIU L, & TSUI, A O (2012). Maternal deaths averted by contraceptive use : An analysis of 172 countries. *Lancet*, 111-25. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60478-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60478-4).

AKAM E (2007a). Les facteurs de la contraception au Cameroun au tournant des siècles. *CEPED*, p.62.

AKAM E (2007b). Les Facteurs de la contraception au Cameroun au tournant du siècle : Analyse des données de l'enquête démographique et de santé de 1998. *CEPED*, p.66.

AKAM E, NGOY K (2001). L'utilisation des méthodes contraceptives en Afrique : de l'espacement à la limitation des naissances ? In *Les transitions démographiques des pays du Sud* (ESTEM, p.254-268).

AKAM E, NGOY K (2002). La transition de régulation des naissances en Afrique subsaharienne : vers un malthusianisme de crise ou de paupérisation ? In *Santé de la reproduction en Afrique* (IRD, FNUAP, ENSEA, p.55-188).

AKOTO E, KAMDEM H (2001). Étude comparative des déterminants de la pratique contraceptive moderne en Afrique. In *La transition démographique des pays du Sud*, (ESTEM, p. 271-85).

AKOTO E, KAMDEM H (2001), Étude comparative des déterminants de la pratique contraceptive moderne en Afrique. In *Les transitions démographiques dans les pays du sud* (ESTEM, p.269-86).

AKOTO E, TAMBASHE O, AMOUZOU A & DJANGONE R (2002). Besoins non satisfaits en planification familiale et transition contraceptive au Burkina Faso, au Cameroun et en Côte d'Ivoire. *African Population Studies*, 17, 19-45.

ALEXANDRATOS N (2005). Countries with rapid population growth and resource constraints: issues of food, agriculture and development. *Popul. Dev. Rev.*, 31, 237–58.

ANDRO A (2000). La maîtrise de la reproduction, un enjeu majeur des rapports. In *Rapports de Genre et Questions de Population* (ESTEM, p.95-100).

ANDRO A, HERTRICH V (2001). La demande contraceptive au Sahel : les attentes des hommes se rapprochent-elles de celles de leurs épouses ? *Population Reference Bureau*, 56 (5), 721-72.

ANDRO A, HERTRICH V (2002). Demand for Contraception in Sahelian Countries: Are Men's and Women's Expectations Converging ? Burkina Faso and Mali Compared to Ghana. *Population*, 57(6), 929-57.

ASHFORD L (2003), Besoin insatisfait en planning familial : les tendances récentes et leurs répercussions sur les programmes. *Population Reference Bureau*, p.8.

ASIIMWE JB, NDUGGA P, MUSHOMI J (2013). Socio-Demographic Factors Associated with Contraceptive Use among Young Women in Comparison with Older Women in Uganda. *UGANDA*, p.6.

ATTANASSO O, ROMUALD F, M'BOUKÉBIÉ M'BOUKE C, SANNI MA (2007). Les facteurs de la contraception au Bénin au tournant du siècle : Analyse des données de l'enquête démographique et de santé de 2001. *CEPED*, p.70.

BANGHA WM (2000). La planification familiale dans les pays en développement, avec une attention particulière à l'Afrique. In *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique* (Paris, p. 47-71).

BAN KI-MOON (2010). Stratégie mondiale pour la santé des femmes et des enfants. *New York : Organisation des Nations unies*.

http://www.everywomaneverychild.org/images/content/files/global_strategy/full/20100914_gswch_en.pdf (consulté le 21 janvier 2020).

BECKER S (1996). Couples and reproductive health: a review of couple studies. *Studies in Family Planning*, 27(6), 291-306.

BECKER GARY S (1960). An Economic Analysis of Fertility. *Demographic and Economic Change in Developed Countries*, 11, 209-31.

BELLA JN (1998). Les politiques de population dans les deux pays en développement : Le Cameroun et la Thaïlande. *Les cahiers de l'IFORD*, 17, 155.

BELLO T (1991). Commentaire général de la séance sur l'impact des programmes de Santé et de Planification familiale. In *Maîtrise de la croissance démographique et développement en Afrique* (ENSEA-ORSTOM).

BENINGUISSE G (2002). Sexualité prémaritale et santé de la reproduction des adolescents et des jeunes en Afrique subsaharienne. In *L'Afrique face à ses défis démographiques : Un avenir incertain* (Paris, p.289-327).

BENINGUISSE G (2003). Entre tradition et modernité. Fondements sociaux de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Cameroun. *Harmattan*, 298p.

BENINGUISSE G (2006). Les Politiques de Santé de la Reproduction en Afrique depuis la conférence du Caire : Quelles implications pour la régulation de la fécondité ? In *La régulation de la fécondité en Afrique. Transformations et différenciations au tournant du XXI^e siècle* (GRIPPS & LPED, p.13).

BIRDSALL N, KELLEY AC, SINDING SW (2001). Population matters : demographic change, economic growth, and poverty in the developing world. *Oxford University Press*.

BLOOM DE, CANNING D (2006). Booms, busts and echoes: how the biggest demographic upheaval in history is affecting global development. *Finance & Development*, 43, 8–13.

BONGAARTS J. (2008). Fertility transitions in developing countries: progress or stagnation ? *Studies in Family Planning*, 39(2), 105–10.

BONGAARTS J, SINDING S (2011). Population policy in transition in the developing world. *Science*, 333, 574–76.

CLELAND J, BERNSTEIN S, EZEH A, FAUNDES A, GLASIER A, INNIS J (2006). Family planning: the unfinished agenda. *Lancet*, 368, 1810–27.

CLELAND J, SHAH I (2013). The contraceptive revolution: Focused efforts are still needed », *Lancet*, 381(9878), 1604-1606.

COHRANE S, GUILKEY D (1995). The effect of fertility intention and access to services or contraceptive use in Tunisia. *Economic development and cultural change*, 43(4), 778-804.

CONGO Z (2005). Les facteurs de la contraception au Burkina Faso. *Document d'analyse*, 5, p.53.

DARROCH JE, SINGH S (2013). Trends in contraceptive need and use in developing countries in 2003, 2008, and 2012: an analysis of national surveys. *The Lancet*, 381, Issue 9879, p. 1756-62.

DAVID L (2011). How the World Survived the Population Bomb: Lessons From 50 Years of Extraordinary Demographic History. *Demography*, 48(4), 1231-1262.

DAVIS K, BLAKE J (1956). Social structure and fertility: An analytic framework. *Economic and Cultural Change*, 4, 211-235.

DELAMOU A, KOIVOGUI A, DUBOURG D, DELVAUX T (2014). Family planning in Guinea: a need for better public commitment. *Tropical Medicine and International Health*, 19(1), 65-73.

DELAUNAY V, BECKER C (2000). Vers une demande réelle de contrôle de la fécondité en milieu rural sénégalais. In *Maîtrise de la fécondité et planification familiale au Sud (IRD, p.127-146)*.

DIAKITÉ A (2004). Facteurs socioculturels et création d'entreprise en Guinée : Étude exploratoire des ethnies peule et soussou. *Thèse de doctorat, Université Laval, Québec*, p.387.

DNSI & MACRO INTERNATIONAL INC. (1994). Rapport d'analyse de l'Enquête Démographique et de Santé Guinée de 1992, Conakry, 297p.

DNS & MACRO INTERNATIONAL INC. (2000). Rapport d'analyse de l'Enquête Démographique et de Santé Guinée de 1999, Conakry, 394p.

DNS & MACRO INTERNATIONAL INC. (2006). Rapport d'analyse de l'Enquête Démographique et de Santé Guinée de 2005, Conakry, 457p.

DNS (2000). Rapport d'analyse thématique (État de population) du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 1996, Conakry, 79p.

DNSI (1989). Rapport d'analyse du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 1983, Conakry, 170p.

DODOO F, NII-AMOO (1993). A couple analysis of micro-level supply/demand factors in fertility regulation. *Population Research and Policy Review*, 12, 93-101.

DODOO F, NII-AMOO (1995). Explaining contraceptive use differences: do men play a role? *Étude de la population africaine*, 10, 15-37.

DOUMBOUYA O (2006). Changement culturel et développement social : la nouvelle place des femmes en Guinée. *Thèse de doctorat, Université de Toulouse 2 - Le Mirail*, p.406.

EASTERLIN RA (1980). Birth and fortune: the impact of numbers on personal welfare. *Basic Books, New York*.

ELA JM (1995). Fécondité, structures sociales et fonctions dynamiques de l'imaginaire en Afrique noire. In *La sociologie des populations (PUM/AUPELF-UREF, p.189 – 215)*.

FALL S (2004). Les facteurs de la contraception au Sénégal au tournant du siècle : Analyse des données de l'enquête démographique et de santé de 1997. *CEPED, p.64*.

FASSASSI R (2007). Les facteurs de la contraception en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale au tournant des siècles. *CEPED*, p.77.

FEYISETAN BJ, AINSWORTH M (1994). Contraceptive use and the quality, price, and availability of family planning in Nigeria. *Living Standards Measurement Study working Paper*, The World Bank, p.108.

FUTURES GROUP INTERNATIONAL (2011). Atteindre les OMD : La contribution du planning familial – L'Afrique Francophone de L'Ouest. *Heath Policy Project*, Washington D.C.

GENDREAU F (1993). La population de l'Afrique, manuel de démographie. *CEPED*, 463p.

GEORGE P (1974). La conférence mondiale de la population de Bucarest. *Réalité démographiques et débats politiques*, 84(461), 1-23.

GREENE M, MARGARET E, ANN EB (2000). Absent and problematic men: Demographic accounts of male reproductive roles. *Policy Research Division Working Paper*, 103(2), 81-115.

GUENGANT JP (2014). Comment bénéficier du dividende démographique ? : Replacer la population au centre des trajectoires de développement de la Côte d'Ivoire. *IRD, éd. Université Paris I, Panthéon Sorbonne*, 119p.

GUZMÁN JM, GEORGE M, GORDON M, DANIEL S, CECILIA T (2009). Population dynamics and climate change. *UNFPA et International Institute for Environment and Development*.

INS & BCR (2017). Rapport d'Analyses Thématique (État et Structure de la Population) du Recensement Général de la Population et de l'Habitat, Conakry, 122p.

INS & ICF INTERNATIONAL (2013). Rapport d'analyses de l'Enquête Démographique et de Santé de 2012, Conakry, 530p.

INS & ICF INTERNATIONAL (2017). Rapport d'analyses de l'Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples de 2016, Conakry. 541p.

INS & ICF INTERNATIONAL (2019). Rapport provisoire de l'analyse des données de l'Enquête Démographique et de Santé de 2018, 71p.

INS (2012). Rapport d'analyse de l'Enquête Légère pour l'Évaluation de la Pauvreté de 2012, Conakry, 138p.

IPPF (1995). Charte de l'IPPF sur les droits en matière de sexualité et de reproduction, Vision 2000. *Londres*.

JOSHI S, SCHULTZ PT (2007). Family planning as an investment in development: evaluation of a program's consequences in Matlab, Bangladesh. *New Haven, CT : Yale Economic Growth Center*.

KOUAMÉ A, RWENGE M (1996). Structure de production et comportement procréateur en Côte d'Ivoire. *Les Dossiers du CEPED*, 36, p.31.

KOUROUMA N (2011). Relations entre le niveau de vie, la fécondité et les besoins non satisfaits en matière de planification familiale en Guinée. *Thèse de Doctorat en Démographie, Université de Montréal*, p.305.

LAPLANTE A, SOUMAORO B (1973). Planning traditionnel au Mali. In *Éducation Sexuelle en Afrique tropicale, compte rendu d'un séminaire interafricain tenu à Bamako du 16 au 25 avril 1973 sous les auspices du ministère de l'Éducation nationale de la République du Mali en collaboration avec les Services Quaker*, CRDI.

LEE K, LUSH L, WALT G, CLELAND J (1998). Family planning policies and programs in eight low-income countries: A comparative policy analysis. *Social Science and Medicine*, 47, p.949-59.

LLOYD C (2005). Growing up global: the changing transitions to adulthood in developing countries. *National Academies Press*, 2005.

LLOYD C, KAUFMAN C, HEWETT P (1999). The Spread of Primary Schooling in Sub-Saharan Africa: Implications for Fertility Change. *The Population Council*.

LOCOH T (1988a). La planification familiale en Afrique de l'Ouest à la croisée des chemins : Difficultés et perspectives. In *Colloque sur « Information, Éducation, Communication et planification familiale en Afrique »*, Documents de base, UEPA, p. 148-180.

LOCOH T (1988b). Fécondité en Afrique noire : Un progrès rapide des connaissances mais un avenir encore difficile à discuter. *Les dossiers du CEPED*, 3, p.32.

LOCOH T (1991). La coopération internationale en population en Afrique subsaharienne. *Les Cahiers du CEPD*, 11, p.51-65.

LOCOH T (1992). Vingt ans de planification familiale en Afrique subsaharienne. *Les dossiers du CEPED*, 19, p.27.

MYER L (1991). Planification familiale : Objectif, moyens, réglementation, structures. *La revue du praticien*, 41(17), p.1615-1617.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ (2014), *Politique Nationale de la Santé : un engagement pour bâtir un système de Santé Performant*, Conakry, 47p.

MUZEBEDI MUMBODJI M (2011). Genre et pratique contraceptive moderne chez les femmes en union en république démocratique du Congo. *Mémoire de Master en Démographie, Université de Yaoundé II Soa, IFORD*, p.139 + annexes.

NASAH BT (1998). Planification familiale, sexualité et santé reproductive des adolescents en Afrique subsaharienne. In *Sexualité et santé reproductive durant l'adolescence en Afrique avec une attention particulière sur le Cameroun (Boucherville)*.

NATIONS UNIES (1994). La grossesse de l'adolescence en Afrique, ses conséquences sanitaires, sociales et économiques : mesures proposées pour réduire l'ampleur notamment pour remédier aux abandons scolaires. *Commission Économique pour l'Afrique, Addis Abeba*, p.65.

NATIONS UNIES (1995). Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement. *New York*, p.200.

NATIONS UNIES (2009). What would it take to accelerate fertility decline in the least developed countries? *Policy brief, 2009/1*.

http://www.un.org/esa/population/publications/UNPD_policybriefs/UNPD_policy_brief_1.pdf (consulté le 21 janvier 2020).

NATIONS UNIES (2010). World contraceptive use. *POP/DB/CP/Rev2010*
<http://www.un.org/esa/population/publications/wcu2010/Main.html> (consulté le 22 avril 2012).

NGOZI MN (2007). The Demand for Children in Anamba State of Nigeria : A Logit Analysis. *African Population Studies*, p.167 – 93.

NKWA RC (1997). Contraception. En savoir plus...et choisir. *Edition Etoile des Tropiques, Yaoundé*.

NOUETAGNI S (2004). Crise économique, pauvreté et modification de la fécondité dans les deux métropoles camerounaises (Douala et Yaoundé). *Thèse de doctorat, 2004, Paris*.

NOUETAGNI S (2010). Pauvreté et régulation de la fécondité au Cameroun. In *La régulation de la fécondité en Afrique : Transformations et différenciations au tournant du XXI^e siècle*. (Louvain-la-Neuve, p. 285-317).

NOUMBISSI A, SANDERSON JP (1998). Pauvreté et comportements démographiques au Cameroun : À la recherche d'un indicateur de pauvreté. In *Crises, pauvreté et changements démographiques dans les pays du Sud* (Paris, p.149-163).

NYONGESA P, ODUNGA J (2015). Contraceptive Use in Sub-Saharan Africa: The Sociocultural Context. *International Journal of Public Health Research*, 3(6), p.336-339.

OMS (1997). La planification familiale, un gage de santé.
http://whqlidoc.who.int/hq/1995/WHO_FHE_95.11_fre.pdf

OMS, UNICEF, UNFPA, BANQUE MONDIALE (2012). Trends in maternal mortality: 1990 to 2010. *Estimations de l'OMS, l'UNFPA et la Banque mondiale*. Genève. Organisation mondiale de la santé.

PSI-PAKISTAN (2007). Family planning Trac study evaluating contraceptive use among married men and women of reproductive age [Research & Metrics]. *Pakistan*.

POTTS M, WEINRIB R, CAMBELL M (2013). Why bold policies for family planning are needed now. *Contraception*, 87, p.393-395.

RAHMAN M (2011). Effective integration of child survival interventions with family planning programs can accelerate fertility reduction in sub-saharan Africa. <https://uaps2011.princeton.edu/papers/111047> (consulté le 16/02/2019).

ROSS J (2004). Understanding the demographic dividend. *New York : Policy Project*. http://www.policyproject.com/pubs/generalreport/Demo_Div.pdf (consulté le 21 janvier 2020).

RAZZAQUE A, DAVANZO J, RAHMAN M (2005). Pregnancy spacing and maternal morbidity in Matlab, Bangladesh. *Int J Gynecol Obstet*, 89, s.41– 49.

RWENGE M (1992). Les déterminants de la fécondité des mariages selon les milieux d'habitat au Bénin, examen par les variables intermédiaires. *Mémoire de DEA, Sorbonne, Paris, p.143 + annexes*.

RWENGE M (1994). Déterminants de la fécondité des mariages selon le milieu d'habitat au Bénin : examen par les variables intermédiaires. *Cahiers de l'IFORD*, 7, p.225.

RWENGE M (2007a). Statut de la femme, planification familiale et fécondité à Bafoussam et Mbalmayo, Cameroun. *Étude de la population africaine*, 22, p.57-85.

SCHOUMAKER B (2003). Pauvreté et fécondité en Afrique sub-saharienne : Une analyse comparative des enquêtes démographique et de santé. *African Population Studies Supplement*, 19, p.13-45.

SCHOUMAKER B, TABUTIN D (1999). Relation entre pauvreté et fécondité dans les pays du sud : Connaissances, méthodologie et illustration. *Document de Travail n°2, Université catholique de Louvain*, p.63-103.

SALA-DIAKANDA DM (1996). Future Directions in Population and Housing Census : An Overview of Some Emerging Issues. *ECA*, p.20.

SALA-DIAKANDA M (1996). Les positions des gouvernements vis-à-vis des politiques démographiques en matière de fécondité : De la conférence de Bucarest à celles du Caire. *Addis-Abeba*, p.26.

SANNI M (2011). Niveaux et tendances des besoins non satisfaits de planification familiale au Bénin : Facteurs explicatifs et changements dans le temps. *Étude de la population africaine*, 25(2), p.381-401.

SEVERYNS P (1993). Planification Familiale : Droit de la personne, clé du développement, élément essentiel des soins de santé primaires » in *WOLLAST E*.

SHAPIRO D, TAMBASHE O (1994). The impact of women's employment and education on contraceptive use and abortion in Kinshasa, Zaire. *Studies in planning family*, 25, p.96-110.

SHAPIRO D, TAMBASHE O (1998). Appartenance ethnique, éducation et fécondité à Kinshasa. *Communication présentée dans le cadre des séminaires de l'IFORD, Yaoundé, 30 avril 1998*.

SHAPIRO D, TAMBASHE O (1994). Women's employment, education, contraception and abortion in Kinshasa. *Population Research Institute*, 25(2), p.96-110.

SINDING SW (2000). The Great Population Debates: How Relevant Are They for the 21st Century? *American Journal of Public Health*, 90(12), p.1841–1845.

SINGH S, DARROCH JE (2011). Adding it up: costs and benefits of contraceptive services—estimates for 2012. *New York : Guttmacher Institute et Fonds des Nations unies pour la population (FNUAP)*.

SOURA AB, Winner M (2014). Trends in Family Planning and Age at First Marriage among Women in Guinea: Further Analysis of the 2012 Demographic and Health Survey. *DHS Further Analysis Reports, 94, ICF International*.

SZYKMAN M (1988). Problème d'évaluation des politiques antinatalistes. *Politiques de population. Études et documents, 2*, p.7-56.

TABUTIN D (2007). Les relations entre pauvreté et fécondité dans les pays du Sud et en Afrique subsaharienne : Bilan et explication. In *L'Afrique face à ses défis démographiques. Un avenir incertain* (AFD/CEPED/Karthala, p.253-81 sur 526).

TALNAN E, VIMARD P (2005). Développement local, pauvreté et pratique contraceptive en Côte d'Ivoire. *Document de recherche, 9*, p.29.

TCHITOU I, VIGNIKIN K (2008). Rapports de genre et comportements de fécondité au Togo. *Démographie et cultures, Actes de colloque, Québec*, p.927-43.

THE GATES INSTITUTE, JOHNS HOPKINS BLOOMBERG SCHOOL OF PUBLIC HEALTH (2011). A primer on the demographic dividend.

VEKEMANS M (1993). Les MST. In *Pratique et gestion de la planification familiale dans les pays en voie de développement* (Boeck-Wesmael-Université, Bruxelles).

VIGNIKIN K (2004). Les Facteurs de la Contraception au Togo, la planification familiale en Afrique. *Document d'Analyse, 44p*.

VIGNIKIN K (2007). Les facteurs de la contraception au Togo au tournant du siècle : Analyse des données de l'enquête démographique et de santé de 1998. *CEPED, 59p*.

VIGNIKIN K, Gripps (2004). Les facteurs de la contraception au Togo. Analyse des données de l'enquête démographique et de santé de 1998. *La planification familiale en Afrique. Documents d'analyse, n°3*.

VIMARD P, FASSASSI R, TALNAN E (2002). Le début de la transition de la fécondité en Afrique subsaharienne. *Document de recherche, 2*, p.30.

WAKAM J (2004). De la Pertinence des théories économes de fécondité en Afrique dans le contexte socio-culturel camerounais et négro-africain. *Thèse de Doctorat en Démographie, UCL, Edition Academia, 527p+annexes.*

WOLLAST E (2000). Programme des services de santé (2ème partie) (Formation en fécondité et santé de la reproduction). *UCL, Louvain.*

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1996). Mother–baby package : implementing safe motherhood in countries.

http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO_FHE_MSM_94.11_Rev.1.pdf (consulté le 21 janvier 2020).

YANA SD (1998). Sexualité et procréation chez les jeunes bamilékés et Bétis. *Sexualité et santé reproductive durant l'adolescence en Afrique. (Ediconseil, INC, Boucheville, p.99-120).*

ZOUNGRANA CM, YACOUBA Y, TRAORÉ S (2007). Rôle des hommes et des leaders d'opinion dans la promotion de la planification familiale au Burkina Faso : permanence ou changement ? *Démographie et culture*, p.241-253.

ANNEXES

Annexe 1. Tableau référencé à l'introduction générale

Tableau A.1 : Proportion de femmes de 15-49 ans en union utilisant une méthode contraceptive (toutes méthodes confondues et méthodes modernes uniquement) et proportion de la demande de PF satisfaite par les méthodes modernes, par pays

Pays	Indice Synthétique de Fécondité	Taux d'accroissement naturel (%)	Pourcentage de la population de moins de 15 ans (%)	Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans en union utilisant des méthodes contraceptives (%)		
				Toutes méthodes	Méthodes modernes	Demande satisfaite par des méthodes modernes ³³ (%)
Afrique	4,4	2,6	41	36	32	53
Afrique du Nord	3,0	1,8	33	51	46	67
Afrique de l'Ouest	5,2	2,7	44	19	16	38
Afrique de l'Est	4,5	2,8	42	44	39	62
Afrique Centrale	5,8	3,3	46	22	15	30
Afrique australe	2,4	1,1	29	56	55	78
Afrique Subsaharienne	4,8	2,7	43	32	28	49
Guinée	4,7	2,8	45	11	11	32
Amériques	1,9	0,8	22	76	70	—
Amérique du Nord	1,7	0,3	18	77	68	—
Amérique Latine et Caraïbes	2,0	1,0	24	76	71	—
Amérique du Sud	2,0	0,9	23	79	74	—
Asie	2,0	1,0	24	64	57	—
Asie Occidentale	2,6	1,6	28	52	37	—
Asie Centrale	2,8	1,8	30	54	52	—
Asie du Sud	2,4	1,5	29	53	46	69
Asie du Sud-Est	2,2	1,1	26	64	55	73
Asie de l'Est	1,5	0,3	16	81	77	—
Europe	1,5	-0,1	16	71	63	—
Europe du Nord	1,6	0,2	18	83	82	—
Europe de l'Ouest	1,7	0,0	16	78	75	—
Europe de l'Est	1,5	-0,2	17	67	54	—
Europe du Sud	1,3	-0,2	14	63	51	—
Océanie	2,3	1,0	23	60	56	—

Source : Fiche de données sur la population mondiale, 2020, Population Reference Bureau. Le (—) indique des données non disponibles ou manquantes.

³³ Pourcentage de femmes mariées ou en union manifestant le besoin de recourir à la planification familiale qui utilisent des méthodes modernes.

Annexe 2. Tableaux complémentaires des analyses univariées

Tableau A.2 : Évolution de la proportion de femmes utilisant une méthode contraceptive moderne entre 1999 et 2018 selon la situation vis-à-vis de l'union

Année	Femmes non en union	Femmes en union	Ensemble
1999	[16,8 ; 24,6]	[10,3 ; 14,5]	[12,5 ; 16,2]
2005	[12,3 ; 15,4]	[12,1 ; 16,2]	[11,0 ; 16,2]
2012	[13,1 ; 17,6]	[9,3 ; 13,5]	[11,8 ; 15,4]
2018	[12,8 ; 16,8]	[20,2 ; 27,2]	[16,2 ; 20,2]

Tableau A.3 : Évolution de la proportion de femmes utilisant une méthode contraceptive non moderne entre 1999 et 2018 selon la situation vis-à-vis de l'union

Année	Femmes non en union	Femmes en union	Ensemble
1999	[13,2 ; 20,8]	[5,0 ; 7,7]	[7,5 ; 10,4]
2005	[4,5 ; 6,9]	[4,6 ; 7,9]	[3,6 ; 7,0]
2012	[2,5 ; 4,7]	[2,2 ; 4,3]	[2,7 ; 4,1]
2018	[0,2 ; 0,8]	[0,5 ; 1,6]	[0,4 ; 0,9]

Tableau A.4 : Évolution de la proportion de femmes utilisant une méthode contraceptive quelconque entre 1999 et 2018 selon la situation vis-à-vis de l'union

Année	Femmes non en union	Femmes en union	Ensemble
1999	[31,8 ; 42,8]	[16,2 ; 21]	[20,8 ; 25,5]
2005	[17,4 ; 21,5]	[17,5 ; 22,9]	[15,5 ; 21,9]
2012	[16,3 ; 21,2]	[12,0 ; 16,8]	[14,9 ; 18,7]
2018	[13,2 ; 17,3]	[21,1 ; 28,1]	[16,8 ; 20,8]

Annexe 3. Tableaux complémentaires des analyses bivariées

Tableau A.5 : Niveau de signification statistique (p-value) et intensité de la liaison statistique (V de Cramer) des variables étudiées avec la variable dépendante (Femmes non en union)

Variables	1999	2005	2012	2018
Milieu de résidence	9,59E-03	8,71E-05	2,58E-08	1,37E-06
Groupe ethnique	2,02E-01	1,23E-02	4,63E-02	1,14E-07
Religion	4,52E-01	3,59E-02	5,98E-01	2,12E-01
Age de la femme (groupes quinquennaux)	9,71E-03	7,21E-07	3,92E-34	1,80E-25
Age de la femme (grands groupes)	8,32E-02	4,76E-02	6,94E-06	6,50E-04
Nombre d'enfants en vie	7,84E-01	5,33E-01	4,00E-01	7,25E-02
Nombre d'enfants désirés	2,08E-02	6,37E-07	8,20E-09	7,26E-01
Descendance mixte de la femme	1,49E-01	4,98E-01	3,02E-04	2,00E-02
Décès d'au moins un enfant de la femme	6,29E-01	1,17E-01	8,00E-01	1,27E-04
Niveau de vie du ménage	ND	6,48E-04	1,96E-09	1,04E-04
Niveau d'instruction de la femme	1,61E-09	1,74E-04	5,87E-08	7,48E-04
Alphabétisation de la femme	1,05E-06	8,15E-04	3,65E-04	6,04E-01
Occupation de la femme	1,28E-01	8,02E-04	6,27E-06	1,94E-15
Approbation de la PF par la femme	3,71E-04	1,93E-16	ND	ND
Niveau d'exposition aux messages sur la PF	2,56E-15	9,28E-14	2,89E-22	1,08E-19
Indice de connaissance de la contraception moderne	1,46E-14	4,41E-88	4,30E-117	3,95E-155
Activité sexuelle de la femme	1,78E-09	4,32E-32	1,13E-32	1,72E-77

Tableau A.6 : Niveau de signification statistique (p-value) et intensité de la liaison statistique (V de Cramer) des variables étudiées avec la variable dépendante (Femmes en union)

Variables	1999	2005	2012	2018
Milieu de résidence	3,16E-09	7,54E-12	1,55E-04	3,67E-02
Groupe ethnique	1,69E-04	6,08E-02	1,37E-04	8,09E-07
Religion	5,20E-03	7,34E-01	1,55E-03	2,07E-05
Age de la femme (groupes quinquennaux)	5,32E-01	2,85E-01	3,28E-01	3,64E-01
Age de la femme (grands groupes)	6,06E-01	4,36E-02	3,13E-01	1,31E-01
Nombre d'enfants en vie	2,77E-01	3,18E-02	7,67E-01	3,25E-01
Nombre d'enfants désirés	4,91E-04	1,84E-03	3,43E-03	4,90E-02
Descendance mixte de la femme	9,85E-01	1,09E-03	5,20E-01	9,12E-02
Décès d'au moins un enfant de la femme	3,79E-01	1,09E-02	3,70E-01	3,44E-01
Niveau de vie du ménage	ND	1,24E-11	2,68E-05	1,39E-04
Niveau d'instruction de la femme	7,23E-11	4,26E-13	4,43E-03	1,47E-05
Alphabétisation de la femme	8,48E-13	1,62E-13	1,07E-02	2,76E-03
Occupation de la femme	1,67E-08	2,85E-07	4,91E-05	1,79E-03
Niveau d'instruction du conjoint	5,07E-11	2,97E-15	6,84E-07	2,33E-04
Occupation du conjoint	5,33E-07	1,37E-09	1,45E-04	2,91E-03
Type d'union	3,07E-02	2,44E-03	*	*
Discussion sur la PF	4,33E-18	2,09E-27	ND	ND
Niveau de participation de la femme à la prise de décisions importantes du ménage	ND	1,07E-01	1,70E-04	3,02E-13
Écart d'âges entre conjoints	3,81E-01	3,04E-03	3,55E-02	1,62E-02
Corésidence avec le conjoint	8,33E-03	7,61E-06	5,41E-01	3,74E-04
Approbation de la PF par la femme	1,28E-12	1,82E-14	ND	ND
Approbation de la PF par le conjoint	1,05E-16	4,04E-28	ND	ND
Niveau d'exposition aux messages sur la PF	3,73E-23	2,57E-08	1,28E-06	4,36E-04
Indice de connaissance de la contraception moderne	3,52E-23	1,10E-71	2,84E-66	3,16E-56
Activité sexuelle de la femme	1,15E-21	3,80E-08	9,48E-08	1,49E-04

Tableau A.7 : Intensité de la liaison statistique (V de Cramer) des variables étudiées avec la variable dépendante (Femmes non en union)

Variables	1999	2005	2012	2018
Milieu de résidence	0,1412	0,1583	0,1575	0,1305
Groupe ethnique	0,1119	0,1097	0,0819	0,1498
Religion	0,0383	0,0652	0,0132	0,0297
Age de la femme (groupes quinquennaux)	0,1997	0,2224	0,3442	0,2995
Age de la femme (grands groupes)	0,1090	0,0835	0,1214	0,0883
Nombre d'enfants en vie	0,0143	0,0291	0,0218	0,0383
Nombre d'enfants désirés	0,1043	0,1439	0,1356	0,0082
Descendance mixte de la femme	0,0705	0,0283	0,0784	0,0563
Décès d'au moins un enfant de la femme	0,0239	0,0475	0,0065	0,0831
Niveau de vie du ménage	ND	0,1499	0,1736	0,1139
Niveau d'instruction de la femme	0,3092	0,1674	0,1426	0,0847
Alphabétisation de la femme	0,2456	0,1444	0,0935	0,0128
Occupation de la femme	0,0978	0,1327	0,1415	0,2017
Approbation de la PF par la femme	0,1744	0,2792	ND	ND
Niveau d'exposition aux messages sur la PF	0,4272	0,2595	0,2893	0,2327
Indice de connaissance de la contraception moderne	0,4294	0,9388	0,9765	0,9848
Activité sexuelle de la femme	0,3188	0,4085	0,3824	0,5298

Tableau A.8 : Intensité de la liaison statistique (V de Cramer) des variables étudiées avec la variable dépendante (Femmes en union)

Variables	1999	2005	2012	2018
Milieu de résidence	0,1979	0,2145	0,1291	0,0825
Groupe ethnique	0,1347	0,0821	0,1421	0,2157
Religion	0,0830	0,0091	0,1130	0,1765
Age de la femme (groupes quinquennaux)	0,0670	0,0840	0,0787	0,0740
Age de la femme (grands groupes)	0,0297	0,0759	0,0438	0,0588
Nombre d'enfants en vie	0,0335	0,0637	0,0092	0,0267
Nombre d'enfants désirés	0,1053	0,1009	0,0896	0,0509
Descendance mixte de la femme	0,0006	0,0917	0,0212	0,0436
Décès d'au moins un enfant de la femme	0,0244	0,0769	0,0256	0,0290
Niveau de vie du ménage	ND	0,2195	0,1416	0,1477
Niveau d'instruction de la femme	0,1991	0,2248	0,0926	0,1387
Alphabétisation de la femme	0,2170	0,2229	0,0877	0,0879
Occupation de la femme	0,1839	0,1728	0,1524	0,1242
Niveau d'instruction du conjoint	0,2143	0,2258	0,1513	0,1216
Occupation du conjoint	0,1693	0,1986	0,1347	0,1187
Type d'union	0,0650	0,0913	*	*
Discussion sur la PF	0,2892	0,3682	ND	ND
Niveau de participation de la femme à la prise de décisions importantes du ménage	ND	0,0656	0,1295	0,2270
Écart d'âges entre conjoints	0,0480	0,1132	0,0860	0,0885
Corésidence avec le conjoint	0,0743	0,1386	0,0176	0,0938
Approbation de la PF par la femme	0,2039	0,2261	ND	ND
Approbation de la PF par le conjoint	0,2562	0,3405	ND	ND
Niveau d'exposition aux messages sur la PF	0,3278	0,1927	0,1568	0,1199
Indice de connaissance de la contraception moderne	0,2976	0,8992	0,8872	0,8509
Activité sexuelle de la femme	0,2703	0,1929	0,1685	0,1313

Tableau A.9 : Classement des variables par année selon l'intensité de leur lien avec l'utilisation de la contraception moderne (Femmes non en union)

Variables	1999	2005	2012	2018
Milieu de résidence	8	7	6	7
Groupe ethnique	9	12	12	6
Religion	14	14	15	14
Age de la femme (groupes quinquennaux)	6	5	3	3
Age de la femme (grands groupes)	10	13	10	9
Nombre d'enfants en vie	16	16	14	13
Nombre d'enfants désirés	11	10	9	16
Descendance mixte de la femme	13	17	13	12
Décès d'au moins un enfant de la femme	15	15	16	11
Niveau de vie du ménage	NA	8	5	8
Niveau d'instruction de la femme	4	6	7	10
Alphabétisation de la femme	5	9	11	15
Occupation de la femme	12	11	8	5
Approbation de la PF par la femme	7	3	NA	NA
Niveau d'exposition aux messages sur la PF	2	4	4	4
Indice de connaissance de la contraception moderne	1	1	1	1
Activité sexuelle de la femme	3	2	2	2

Tableau A.10 : Classement des variables par année selon l'intensité de leur lien avec l'utilisation de la contraception moderne (Femmes en union)

Variables	1999	2005	2012	2018
Milieu de résidence	10	9	10	15
Groupe ethnique	13	20	6	3
Religion	15	25	11	4
Age de la femme (groupes quinquennaux)	17	19	16	16
Age de la femme (grands groupes)	21	22	17	17
Nombre d'enfants en vie	20	24	21	21
Nombre d'enfants désirés	14	16	13	18
Descendance mixte de la femme	23	17	19	19
Décès d'au moins un enfant de la femme	22	21	18	20
Niveau de vie du ménage	ND	8	7	5
Niveau d'instruction de la femme	9	6	12	6
Alphabétisation de la femme	6	7	14	14
Occupation de la femme	11	13	4	8
Niveau d'instruction du conjoint	7	5	5	9
Occupation du conjoint	12	10	8	11
Type d'union	18	18	NA	NA
Discussion sur la PF	3	2	ND	ND
Niveau de participation de la femme à la prise de décisions importantes du ménage	ND	23	9	2
Écart d'âges entre conjoints	19	15	15	13
Corésidence avec le conjoint	16	14	20	12
Approbation de la PF par la femme	8	4	ND	ND
Approbation de la PF par le conjoint	5	3	ND	ND
Niveau d'exposition aux messages sur la PF	1	12	3	10
Indice de connaissance de la contraception moderne	2	1	1	1
Activité sexuelle de la femme	4	11	2	7

Annexe 4. Tableaux complémentaires des analyses multivariées

Tableau A.11 : Modèles de régression logistique des déterminants de la pratique contraceptive moderne chez les femmes non en union, Guinée 1999

Variables et modalités	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7
Milieu de résidence	***	**	ns	ns	ns	ns	ns
Urbain	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Rural	2.27***	2.04**	1.52	1.44	1,83	1,50	1,50
Âge de la femme	*	**	*	*	ns	ns	ns
30-39 ans	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
15-29 ans	1.95*	2,08**	1,92*	2,00*	1,22	1,4	1,11
40-49 ans	3.35*	3,16	4,54**	4,79**	3,67*	2,44	1,92
Nombre d'enfants désirés		ns	ns	ns	ns	ns	ns
Moins de 5 enfants		<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
5 enfants ou +		1,52	1,28	1,22	1,03	1,09	0,93
Niveau d'instruction de la femme			***	***	**	**	ns
Secondaire ou +			<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Aucun			3,41***	3,12***	2,33**	2,48**	1,46
Primaire			5,90***	5,99***	4,97***	4,80***	4,02***
La femme approuve la PF				***	***	**	*
Oui				<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Non				5,73***	4,89***	4,03**	2,95*
Niveau d'exposition de la femme aux messages sur la PF					***	***	***
Deux ou trois médias					<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Aucun média					17,01***	14,46***	11,10***
Un seul média					6,76***	5,92***	5,21***
La femme est sexuellement active						***	***
Non						<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Oui						4,13***	3,32***
La femme a une bonne connaissance de la contraception moderne							***
Oui							<i>Réf.</i>
Non							4,66***
Constante	1,67	1,43	0,73	0,65	0,23***	0,12***	0,12***

légende : * $p < .1$; ** $p < .05$; *** $p < .01$

Tableau A.12 : Modèles de régression logistique des déterminants de la pratique contraceptive moderne chez les femmes en union, Guinée 1999

Variables et modalités	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12
Milieu de résidence	***	***	***	*	*	*	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Urbain	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Rural	3,47***	3,23***	2,69***	1,58*	1,58*	1,58*	1,49	1,48	1,44	1,44	1,5	1,58
Ethnie	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Forestier/Autre	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Peulh	3,24***	3,16***	3,25***	3,84***	3,37***	3,39***	2,42***	2,42***	2,22***	2,21***	2,12**	1,62
Soussou	2,23***	2,15***	2,25***	2,61***	2,40***	2,43***	2,03***	2,02***	2,03***	2,03***	2,06**	1,76*
Malinké	2,06***	2,08***	2,26***	2,65***	2,58***	2,60***	2,29***	2,29***	2,25***	2,21***	2,24***	2,34***
Nombre d'enfants désirés		*	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Moins de 5 enfants		<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
5 enfants ou +		1,41*	1,24	1,18	1,14	1,14	1,05	1,04	1,01	1,02	0,93	0,98
Niveau d'instruction de la femme			***	***	**	**	**	**	**	**	**	***
Secondaire ou +			<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Aucun			2,31***	2,12***	1,66**	1,67**	1,31	1,31	1,34	1,33	1,03	1,06
Primaire			2,63***	2,79***	2,40**	2,42**	2,27**	2,29**	2,42**	2,43**	2,52**	2,54**
Secteur d'activité de la femme				***	***	**	**	**	**	**	ns	ns
Secteur informel				<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Secteur agricole				2,25***	2,03**	2,03**	1,94**	1,91**	1,90**	1,92**	1,62	1,47
Secteur moderne				0,83	0,81	0,81	0,85	0,84	0,89	0,89	0,87	0,87
Niveau d'instruction du conjoint					**	**	**	**	*	*	ns	*
Secondaire ou +					<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Primaire max					1,80**	1,82**	1,70**	1,68**	1,60*	1,52*	1,47	1,53*

Variables et modalités	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12
Type d'union						ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Monogamique						Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Polygamique						0,95	0,92	0,91	0,89	0,89	0,98	0,98
Fréquence de la discussion au sein du couple sur les questions de PF							***	***	***	***	***	ns
Souvent							Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Jamais							4,37***	4,37***	3,50***	2,93***	2,08***	1,41
Parfois							1,52	1,53	1,41	1,4	1,18	1,01
Corésidence								ns	ns	ns	ns	*
Non								Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Oui								1,16	1,11	1,1	1,16	1,59*
La femme approuve la PF									***	***	***	***
Oui									Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Non									4,89***	4,63***	4,26***	4,20***
Le conjoint approuve la PF										ns	ns	ns
Oui										Réf.	Réf.	Réf.
Non										1,34	1,39	1,57*
Niveau d'exposition de la femme aux messages sur la PF											Réf.	Réf.
Deux ou trois médias											Réf.	Réf.
Aucun média											7,69***	7,90***
Un seul média											3,19***	3,34***
La femme est sexuellement active												***
Non												Réf.
Oui												5,46***
Constante	1,79***	1,52*	0,87	0,88	0,84	0,85	0,6	0,55*	0,55*	0,54*	0,29***	0,13***

légende : * $p < .1$; ** $p < .05$; *** $p < .01$

Tableau A.13 : Modèles de régression logistique des déterminants de la pratique contraceptive moderne chez les femmes non en union, Guinée 2005

Variables	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8
Milieu de résidence								
Urbain	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Rural	2.93***	2.96***	2.63***	1.79	1.66	1.47	1.31	1.39
Ethnie								
Forestier	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Peulh	2.74***	2.70***	2.36***	2.43***	2.54***	2.53***	1.83**	1.44
Soussou	1.35	1.34	1.14	1.15	1.14	1.19	1.09	1.18
Malinké	1.57*	1.57*	1.52	1.56*	1.49	1.55*	1.43	1.16
Âge de la femme								
30-39 ans		Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
15-29 ans		2.53**	3.10**	3.05**	3.09**	2.86**	2.37	2.71
40-49 ans		3.33**	3.60**	3.55**	3.77**	3.59**	2.61	2.73
Nombre d'enfants en vie								
Moins de 5 enfants			Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
5 enfants ou +			2.22***	2.26***	2.14***	2.11***	1.91***	1.71**
Niveau de vie								
Élevé				Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Faible				2.29*	1.81	1.63	1.85	2.00
Moyen				1.05	0.93	0.95	1.00	1.17
Niveau d'instruction de la femme								
Secondaire ou +					Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Aucun					1.80*	1.85*	1.37	1.32
Primaire					2.08***	2.17***	1.77**	1.79**
Secteur d'activité de la femme								
Secteur moderne						Réf.	Réf.	Réf.
Secteur informel						1.51*	1.29	1.08
Secteur agricole						2.62*	2.33	2.31
La femme approuve la PF								
Oui							Réf.	Réf.
Non							9.42***	7.31***
La femme est sexuellement active								
Non								Réf.
Oui								7.99***
Constante	2.79***	1.15	0.80	0.77	0.59	0.46*	0.53	0.14***
N	7954	7954	7954	7954	7954	7954	7954	7954

*légende : * p<.1; ** p<.05; *** p<.01*

Tableau A.14 : Modèles de régression logistique des déterminants de la pratique contraceptive moderne chez les femmes en union, Guinée 2005

Variables	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12	M13	M14	M15	M16	M17	M18
Milieu de résidence																		
Urbain	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Rural	3.69***	3.58***	3.56***	3.39***	3.34***	3.29***	2.63***	2.11***	1.83**	1.66*	1.67*	1.65*	1.62*	1.62*	1.71*	1.68*	1.67*	1.53
Ethnie																		
Forestier	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Peulh	2.12***	2.15***	2.15***	2.05***	2.08***	2.10***	1.84**	2.03***	1.76**	1.82**	1.81**	1.39	1.31	1.33	1.05	1.08	1.03	0.99
Soussou	1.13	1.14	1.13	1.08	1.09	1.09	0.96	1.02	0.91	0.93	0.93	0.72	0.69	0.70	0.66	0.67	0.61	0.62
Malinké	1.82**	1.83**	1.83**	1.82**	1.84**	1.85**	1.78**	1.94**	1.81**	1.75**	1.74**	1.38	1.27	1.28	1.13	1.15	1.12	1.08
Âge de la femme																		
30-39 ans		Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
15-29 ans		0.71	0.75	0.77	0.85	0.87	0.82	0.85	0.85	0.86	0.89	0.97	0.93	0.95	0.93	0.96	0.97	0.97
40-49 ans		0.99	0.95	0.95	0.94	0.93	0.98	0.97	0.94	0.92	0.92	0.88	0.91	0.93	0.92	0.93	0.91	0.91
Nombre d'enfants vivants																		
Moins de 5			Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
5 ou +			1.13	1.10	1.04	1.04	0.97	0.95	0.95	0.96	0.96	0.97	0.95	0.92	0.95	0.95	0.92	1.00
Nombre d'enfants désirés																		
Moins de 5				Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
5 ou +				1.25	1.23	1.22	1.07	1.07	1.05	1.05	1.05	0.84	0.84	0.81	0.76	0.76	0.75	0.77
La femme a une descendance mixte																		
Oui					Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Non					1.28	1.28	1.15	1.15	1.14	1.10	1.10	1.33	1.29	1.20	1.17	1.19	1.23	1.25
La femme a un enfant décédé																		
Non						Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Oui						1.08	0.95	0.92	0.92	0.92	0.91	0.89	0.86	0.85	0.83	0.84	0.86	0.96
Niveau d'instruction de la femme																		

Variables	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12	M13	M14	M15	M16	M17	M18
Secondaire ou +							Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Aucun							2.56***	2.36***	1.85**	1.84**	1.83**	1.36	1.41	1.41	1.36	1.41	1.27	1.19
Primaire							1.18	1.12	0.97	1.01	1.01	0.82	0.89	0.89	0.82	0.85	0.82	0.80
Secteur d'activité de la femme																		
Moderne								Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Agricole								1.83*	1.76*	1.47	1.48	1.11	1.06	1.05	1.03	1.04	1.01	1.02
Informel								1.21	1.19	1.16	1.16	1.04	1.00	1.00	1.08	1.11	1.22	1.22
Niveau d'instruction du conjoint																		
Secondaire ou +									Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Primaire max									1.87***	1.82**	1.79**	1.50*	1.44	1.41	1.39	1.41	1.41	1.23
Secteur d'activité du conjoint																		
Moderne										Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Agricole										1.31	1.29	1.19	1.23	1.19	1.20	1.24	1.19	1.25
Informel										0.79	0.79	0.67	0.69	0.70	0.73	0.74	0.69	0.71
Type d'union																		
Monogamique											Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Polygamique											1.14	1.05	0.98	1.00	0.96	0.96	0.96	0.98
Fréquence de la discussion au sein du couple sur les questions de PF																		
Souvent												Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Jamais												7.71***	7.92***	7.94***	5.92***	6.34***	6.38***	6.19***
Parfois												2.30***	2.38***	2.36***	2.24**	2.42***	2.34***	2.37***
Écart d'âge entre conjoints																		
Moins de 5 ans												Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
5-9 ans												1.16	1.13	1.18	1.19	1.16	1.10	
10-14 ans												0.84	0.81	0.82	0.84	0.83	0.74	
15 ans ou +												1.39	1.32	1.41	1.48	1.51	1.32	
La femme réside avec son conjoint																		

Variables	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12	M13	M14	M15	M16	M17	M18
Oui														Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Non														1.33	1.31	1.30	1.31	1.71*
La femme approuve la PF																		
Oui														Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Non														3.61***	4.20***	3.61***	3.61***	3.61***
Le conjoint approuve la PF																		
Oui																Réf.	Réf.	Réf.
Non																0.66*	0.67*	0.64**
Niveau d'exposition de la femme aux messages sur la PF																		
Deux ou trois médias																	Réf.	Réf.
Aucun média																	2.64***	2.41***
Un seul média																	1.75**	1.64*
La femme est sexuellement active																		
Non																		Réf.
Oui																		2.99***
Constante	1.98***	2.30***	2.19***	2.00**	1.71*	1.65	1.32	1.12	1.08	1.22	1.16	0.68	0.71	0.63	0.67	0.62	0.41	0.26**

*légende : * $p < .1$; ** $p < .05$; *** $p < .01$*

Tableau A.15 : Modèles de régression logistique des déterminants de la pratique contraceptive moderne chez les femmes non en union, Guinée 2012

Variables et modalités	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7
Milieu de résidence	***	***	***	***	***	**	**
Urbain	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Rural	2,65***	2,58***	2,35***	2,40***	1,92***	1,63**	1,64**
Ethnie	ns	ns	ns	ns	ns	ns	*
Forestier/Autre	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Peulh	1,00	1,01	0,96	0,95	0,94	0,9	0,52
Soussou	1,23	1,26	1,14	1,13	1,1	1,1	0,69
Malinké	0,85	0,88	0,88	0,9	0,87	0,87	0,60*
Âge de la femme		***	***	***	***	***	**
30-39 ans		<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
15-29 ans		2,92***	2,91***	2,30***	2,55***	2,25***	2,15**
40-49 ans		3,93**	3,55*	4,67**	5,19**	5,77**	3,64**
Nombre d'enfants désirés par la femme			***	***	***	***	***
Moins de 5 enfants			<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
5 enfants ou +			1,86***	1,92***	1,79***	1,78***	1,64***
La femme a une descendance mixte				***	***	***	***
Oui				<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Non				2,25***	2,62***	2,50***	2,51***
Niveau d'instruction de la femme					***	***	**
Secondaire ou +					<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Aucun					1,80***	1,85***	1,82**
Primaire					1,87***	1,94***	1,73**
Secteur d'activité de la femme						***	***
Secteur moderne						<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Secteur informel						1,68**	1,35
Secteur agricole						2,83***	2,66***
La femme est sexuellement active							***
Non							<i>Réf.</i>
Oui							8,55***
Constante	4,06***	1,48	1,21	0,69	0,47*	0,39**	0,15***

légende : * $p < .1$; ** $p < .05$; *** $p < .01$

Tableau A.16 : Modèles de régression logistique des déterminants de la pratique contraceptive moderne chez les femmes en union, Guinée 2012

Variables	M1	M2	M3	M4	M5	M6
Religion						
Non musulmanes	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Musulmanes	2.27***	2.26***	2.48***	2.28**	2.47**	2.32**
Nombre d'enfants désirés par la femme						
Moins de 5 enfants	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
5 enfants ou +	1.69**	1.48*	1.33	1.33	1.31	1.27
Niveau d'instruction de la femme						
Secondaire ou +		<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Aucun		1.78**	1.42	1.21	0.96	0.61
Primaire		1.34	1.37	1.28	0.51**	1.72**
Secteur d'activité de la femme						
Secteur moderne			<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Secteur informel			1.43	1.28	0.96	0.99
Secteur agricole			0.51**	0.53**	0.51**	0.61
Niveau d'instruction du conjoint						
Secondaire ou +				<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Primaire max				1.81***	1.69**	1.72**
Secteur d'activité du conjoint						
Secteur moderne					<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Secteur informel					1.62*	1.68*
Secteur agricole					0.83	0.81
La femme participe à la prise de décisions importantes dans le ménage						
Beaucoup						<i>Réf.</i>
Pas du tout						2.16**
Un peu						1.97***
Constante	2.75***	1.94*	2.44**	2.44**	2.46**	1.43

*légende : * p<.1; ** p<.05; *** p<.01*

Tableau A.17 : Modèles de régression logistique des déterminants de la pratique contraceptive moderne chez les femmes non en union, Guinée 2018

Variables et modalités	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8
Milieu de résidence								
Urbain	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Rural	2,11***	2,11***	2,12***	2,12***	2,20***	2,17***	2,01***	2,00***
Ethnie								
Forestier/Autre	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Peulh	3,37***	3,33***	3,32***	3,31***	3,21***	3,41***	3,16***	1,93***
Soussou	1,27	1,26	1,26	1,26	1,22	1,26	1,24	0,85
Malinké	1,10	1,10	1,10	1,09	1,06	1,09	1,19	0,89
Âge de la femme								
30-39 ans		Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
15-29 ans		2,10***	2,00***	1,94**	1,78**	1,70**	1,3	0,81
40-49 ans		1,05	1,09	1,11	1,25	1,32	1,26	1,05
Nombre d'enfants vivants de la femme								
Moins de 5 enfants			Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	0,65
5 enfants ou plus			0,66	0,73	0,9	0,98	1,07	1,97
La femme a une descendance mixte								
Oui				Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Non				1,18	1,13	1,16	1,07	1,97
La femme a eu au moins un enfant décédé								
Non					Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Oui					3,04***	3,18***	2,96***	2,64**
Niveau d'instruction de la femme								
Secondaire ou +						Réf.	Réf.	Réf.
Aucun						1,02	1,2	1,32
Primaire						1,92***	2,03***	2,04***
Secteur d'activité de la femme								
Secteur moderne							Réf.	Réf.
Secteur informel							2,79***	2,58***
Secteur agricole							2,27***	2,29**
La femme est sexuellement active								
Non								Réf.
Oui								19,46***
Constante	3,17***	1,63**	1,70**	1,52	0,58	0,49	0,34***	0,05***

légende : * $p < .1$; ** $p < .05$; *** $p < .01$

Tableau A.18 : Modèles de régression logistique des déterminants de la pratique contraceptive moderne chez les femmes en union, Guinée 2018

Variables et modalités	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11
Milieu de résidence											
Urbain	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Rural	1.58*	1.56*	1.54*	1.37	1.24	1.15	0.99	1.07	1.06	1.08	1.12
Religion											
Non musulmanes	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Musulmanes	3.82***	3.78***	3.89***	3.86***	3.96***	3.79***	3.78***	3.59***	3.46***	3.28***	3.88***
Nombre d'enfants désirés		*	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	Ns
Moins de 5 enfants		<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
5 enfants ou +		1.10	1.04	0.98	1.00	1.01	1.00	1.05	1.10	1.10	1.14
La femme a une descendance mixte											
Oui			<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Non			0.65**	0.67**	0.63**	0.63**	0.64**	0.60**	0.62**	0.70*	0.66**
Niveau d'instruction de la femme											
Secondaire ou +			<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Aucun				1.61*	1.56	1.30	1.30	1.05	1.10	1.07	0.92
Primaire				1.71	1.77	1.58	1.64	1.15	1.25	1.20	0.99
Secteur d'activité de la femme											
Secteur informel				<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Secteur agricole					0.88	0.89	0.71	0.92	0.93	0.88	0.82
Secteur moderne					0.61**	0.63**	0.62**	0.87	0.86	0.82	0.79
Niveau d'instruction du conjoint											
Secondaire ou +					<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>

Variables et modalités	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11
Primaire max						1.52	1.45	1.57*	1.57	1.52	1.37
Secteur d'activité du conjoint											
Secteur informel				Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Secteur agricole							1.59	1.58	1.51	1.53	1.52
Secteur moderne							0.98	1.07	1.06	1.11	1.10
La femme participe à la prise de décisions importantes dans le ménage											
Beaucoup								Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Jamais								5.38***	5.42***	5.13***	4.99***
Un peu								2.49***	2.63***	2.60***	2.68***
Écart d'âge entre conjoints											
Moins de 5 ans									Réf.	Réf.	Réf.
5-9 ans									0.60	0.60	0.56
10-14 ans									0.39***	0.38***	0.35***
15 ans ou +									0.76	0.75	0.64
La femme réside avec son conjoint											
Non										Réf.	Réf.
Oui										1.93**	2.05**
Niveau d'exposition de la femme aux messages sur la PF											
Deux ou trois médias											Réf.
Aucun média											2.99***
Un seul média											1.90**
Constante	0.64	0.61	0.70	0.52	0.69	0.63	0.64	0.32***	0.52	0.31**	0.16***

légende : * $p < .1$; ** $p < .05$; *** $p < .01$

Annexe 5. Questionnaire individuel femme standard (EDS, round 7)

DEMOGRAPHIC AND HEALTH SURVEYS
 MODEL WOMAN'S QUESTIONNAIRE

[NAME OF COUNTRY]
 [NAME OF ORGANIZATION]

IDENTIFICATION (1)										
PLACE NAME _____										
NAME OF HOUSEHOLD HEAD _____										
CLUSTER NUMBER				<table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>						
HOUSEHOLD NUMBER				<table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>						
NAME AND LINE NUMBER OF WOMAN _____										
INTERVIEWER VISITS										
	1	2	3	FINAL VISIT						
DATE	_____	_____	_____	DAY MONTH YEAR INT. NO. RESULT*						
INTERVIEWER'S NAME	_____	_____	_____	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>						
RESULT*	_____	_____	_____	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>						
NEXT VISIT: DATE	_____	_____		TOTAL NUMBER OF VISITS						
TIME	_____	_____		_____						
*RESULT CODES: 1 COMPLETED 4 REFUSED 5 PARTLY COMPLETED 7 OTHER _____ 2 NOT AT HOME 6 INCAPACITATED SPECIFY										
LANGUAGE OF QUESTIONNAIRE** <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; text-align: center;">0</table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; text-align: center;">1</table> LANGUAGE OF INTERVIEW** <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; text-align: center;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; text-align: center;"></table> NATIVE LANGUAGE OF RESPONDENT** <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; text-align: center;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; text-align: center;"></table> TRANSLATOR USED (YES = 1, NO = 2) <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; text-align: center;"></table>										
LANGUAGE OF QUESTIONNAIRE** ENGLISH **LANGUAGE CODES: 01 ENGLISH 03 LANGUAGE 3 05 LANGUAGE 5 02 LANGUAGE 2 04 LANGUAGE 4 06 LANGUAGE 6										
SUPERVISOR _____ NAME		FIELD EDITOR _____ NAME		OFFICE EDITOR _____ NUMBER						
<table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"> <tr><td></td><td></td></tr> </table> NUMBER				<table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"> <tr><td></td><td></td></tr> </table> NUMBER				<table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"> <tr><td></td><td></td></tr> </table> NUMBER		

(1) This section should be adapted for country-specific survey design.

Note: Questions with blue highlighting in the question number column are HIV-related questions that may be deleted in some circumstances (see footnotes). Questions with pink highlighting in the question number column are malaria-related questions that may be deleted in some circumstances (see footnotes). Questions with yellow highlighting in the question number column are other questions that may be deleted in some circumstances (see footnotes). Brackets [] indicate items that should be adapted on a country-specific basis.

INTRODUCTION AND CONSENT

(1)

Hello. My name is _____. I am working with [NAME OF ORGANIZATION]. We are conducting a survey about health and other topics all over [NAME OF COUNTRY]. The information we collect will help the government to plan health services. Your household was selected for the survey. The questions usually take about 30 to 60 minutes. All of the answers you give will be confidential and will not be shared with anyone other than members of our survey team. You don't have to be in the survey, but we hope you will agree to answer the questions since your views are important. If I ask you any question you don't want to answer, just let me know and I will go on to the next question or you can stop the interview at any time.

In case you need more information about the survey, you may contact the person listed on the card that has already been given to your household.

Do you have any questions?
May I begin the interview now?

SIGNATURE OF INTERVIEWER _____ DATE _____

RESPONDENT AGREES
TO BE INTERVIEWED .. 1

RESPONDENT DOES NOT AGREE
TO BE INTERVIEWED .. 2 → END



SECTION 1. RESPONDENT'S BACKGROUND

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
101	RECORD THE TIME.	HOURS MINUTES	
102	How long have you been living continuously in (NAME OF CURRENT CITY, TOWN OR VILLAGE OF RESIDENCE)? IF LESS THAN ONE YEAR, RECORD '00' YEARS.	YEARS ALWAYS 95 VISITOR 96	→ 105
103	Just before you moved here, did you live in a city, in a town, or in a rural area?	CITY 1 TOWN 2 RURAL AREA 3	
104	Before you moved here, which [PROVINCE/REGION/STATE] did you live in?	[PROVINCE/REGION/STATE] 01 [PROVINCE/REGION/STATE] 02 [PROVINCE/REGION/STATE] 03 OUTSIDE OF [COUNTRY] 96	
105	In what month and year were you born?	MONTH DON'T KNOW MONTH 98 YEAR DON'T KNOW YEAR 9998	
106	How old were you at your last birthday? COMPARE AND CORRECT 105 AND/OR 106 IF INCONSISTENT.	AGE IN COMPLETED YEARS	
107	Have you ever attended school?	YES 1 NO 2	→ 111
108 (2)	What is the highest level of school you attended: primary, secondary, or higher?	PRIMARY 1 SECONDARY 2 HIGHER 3	

SECTION 1. RESPONDENT'S BACKGROUND

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP		
109 (2)	What is the highest [GRADE/FORM/YEAR] you completed at that level? IF COMPLETED LESS THAN ONE YEAR AT THAT LEVEL, RECORD '00'.	[GRADE/FORM/YEAR] <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			
110	CHECK 108: PRIMARY OR ☐ SECONDARY ↓ HIGHER ☐ → 113				
111 (3)	Now I would like you to read this sentence to me. SHOW CARD TO RESPONDENT. IF RESPONDENT CANNOT READ WHOLE SENTENCE, PROBE: Can you read any part of the sentence to me?	CANNOT READ AT ALL 1 ABLE TO READ ONLY PART OF THE SENTENCE 2 ABLE TO READ WHOLE SENTENCE 3 NO CARD WITH REQUIRED LANGUAGE 4 (SPECIFY LANGUAGE) BLIND/VISUALLY IMPAIRED 5			
112	CHECK 111: CODE '2', '3' ☐ OR '4' ↓ CIRCLED CODE '1' OR '5' ☐ CIRCLED → 114				
113	Do you read a newspaper or magazine at least once a week, less than once a week or not at all?	AT LEAST ONCE A WEEK 1 LESS THAN ONCE A WEEK 2 NOT AT ALL 3			
114	Do you listen to the radio at least once a week, less than once a week or not at all?	AT LEAST ONCE A WEEK 1 LESS THAN ONCE A WEEK 2 NOT AT ALL 3			
115	Do you watch television at least once a week, less than once a week or not at all?	AT LEAST ONCE A WEEK 1 LESS THAN ONCE A WEEK 2 NOT AT ALL 3			
116	Do you own a mobile telephone?	YES 1 NO 2	→ 118		
117	Do you use your mobile phone for any financial transactions?	YES 1 NO 2			
118	Do you have an account in a bank or other financial institution that you yourself use?	YES 1 NO 2			
119	Have you ever used the internet?	YES 1 NO 2	→ 122		
120	In the last 12 months, have you used the internet? IF NECESSARY, PROBE FOR USE FROM ANY LOCATION, WITH ANY DEVICE.	YES 1 NO 2	→ 122		
121	During the last one month, how often did you use the internet: almost every day, at least once a week, less than once a week, or not at all?	ALMOST EVERY DAY 1 AT LEAST ONCE A WEEK 2 LESS THAN ONCE A WEEK 3 NOT AT ALL 4			

SECTION 1. RESPONDENT'S BACKGROUND

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
122	COUNTRY-SPECIFIC QUESTION ON RELIGION, IF APPROPRIATE.		
123	COUNTRY-SPECIFIC QUESTION ON ETHNICITY, IF APPROPRIATE.		
124 (4)	In the last 12 months, how many times have you been away from home for one or more nights?	NUMBER OF TIMES NONE 00 → 201	
125 (4)	In the last 12 months, have you been away from home for more than one month at a time?	YES 1 NO 2	

(1) Increase the time reported to the respondent if modules are added to the questionnaire.

(2) Revise according to the local education system.

(3) Each card should have four simple sentences appropriate to the country (e.g., "Parents love their children.", "Farming is hard work.", "The child is reading a book.", "Children work hard at school."). Cards should be prepared for every language in which respondents are likely to be literate.

(4) The question may be considered for deletion in countries with a very low HIV prevalence.

SECTION 2. REPRODUCTION

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP								
201	Now I would like to ask about all the births you have had during your life. Have you ever given birth?	YES 1 NO 2	→ 206								
202	Do you have any sons or daughters to whom you have given birth who are now living with you?	YES 1 NO 2	→ 204								
203	a) How many sons live with you? b) And how many daughters live with you? IF NONE, RECORD '00'.	a) SONS AT HOME <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> b) DAUGHTERS AT HOME <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
204	Do you have any sons or daughters to whom you have given birth who are alive but do not live with you?	YES 1 NO 2	→ 206								
205	a) How many sons are alive but do not live with you? b) And how many daughters are alive but do not live with you? IF NONE, RECORD '00'.	a) SONS ELSEWHERE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> b) DAUGHTERS ELSEWHERE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
206	Have you ever given birth to a boy or girl who was born alive but later died? IF NO, PROBE: Any baby who cried, who made any movement, sound, or effort to breathe, or who showed any other signs of life even if for a very short time?	YES 1 NO 2	→ 208								
207	a) How many boys have died? b) And how many girls have died? IF NONE, RECORD '00'.	a) BOYS DEAD <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> b) GIRLS DEAD <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
208	SUM ANSWERS TO 203, 205, AND 207, AND ENTER TOTAL. IF NONE, RECORD '00'.	TOTAL BIRTHS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
209	CHECK 208: Just to make sure that I have this right: you have had in TOTAL ____ births during your life. Is that correct? YES ☐ ↓ NO ☐ ↓ PROBE AND CORRECT 201-208 AS NECESSARY.										
210	CHECK 208: ONE OR MORE BIRTHS ☐ ↓ NO BIRTHS ☐		→ 226								

SECTION 2. REPRODUCTION

211 Now I would like to record the names of all your births, whether still alive or not, starting with the first one you had.
RECORD NAMES OF ALL THE BIRTHS IN 212. RECORD TWINS AND TRIPLETS ON SEPARATE ROWS. IF THERE ARE MORE THAN 10 BIRTHS, USE AN ADDITIONAL QUESTIONNAIRE, STARTING WITH THE SECOND ROW.

212	213	214	215	216	217 IF ALIVE:	218 IF ALIVE:	219 IF ALIVE:	220 IF DEAD:	221
What name was given to your (first/next) baby?	Is (NAME) a boy or a girl?	Were any of these births twins?	On what day, month, and year was (NAME) born?	Is (NAME) still alive?	How old was (NAME) at (NAME)'s last birthday?	Is (NAME) living with you?	RECORD HOUSEHOLD LINE NUMBER OF CHILD. RECORD '00' IF CHILD NOT LISTED IN HOUSEHOLD.	How old was (NAME) when (he/she) died? IF '12 MONTHS' OR '1 YR', ASK: Did (NAME) have (his/her) first birthday? THEN ASK: Exactly how many months old was (NAME) when (he/she) died? RECORD DAYS IF LESS THAN 1 MONTH; MONTHS IF LESS THAN TWO YEARS; OR YEARS.	Were there any other live births between (NAME OF PREVIOUS BIRTH) and (NAME), including any children who died after birth?
RECORD NAME.					RECORD AGE IN COMPLETED YEARS.				
BIRTH HISTORY NUMBER.									
01	BOY 1 GIRL 2	SING 1 MULT 2	DAY MONTH YEAR	YES 1 NO 2 (SKIP TO 220)	AGE IN YEARS	YES 1 NO 2	HOUSEHOLD LINE NUMBER (NEXT BIRTH)	DAYS 1 MONTHS 2 YEARS 3	
02	BOY 1 GIRL 2	SING 1 MULT 2	DAY MONTH YEAR	YES 1 NO 2 (SKIP TO 220)	AGE IN YEARS	YES 1 NO 2	HOUSEHOLD LINE NUMBER (SKIP TO 221)	DAYS 1 MONTHS 2 YEARS 3	YES (ADD BIRTH) 1 NO (NEXT BIRTH) 2
03	BOY 1 GIRL 2	SING 1 MULT 2	DAY MONTH YEAR	YES 1 NO 2 (SKIP TO 220)	AGE IN YEARS	YES 1 NO 2	HOUSEHOLD LINE NUMBER (SKIP TO 221)	DAYS 1 MONTHS 2 YEARS 3	YES (ADD BIRTH) 1 NO (NEXT BIRTH) 2
04	BOY 1 GIRL 2	SING 1 MULT 2	DAY MONTH YEAR	YES 1 NO 2 (SKIP TO 220)	AGE IN YEARS	YES 1 NO 2	HOUSEHOLD LINE NUMBER (SKIP TO 221)	DAYS 1 MONTHS 2 YEARS 3	YES (ADD BIRTH) 1 NO (NEXT BIRTH) 2
05	BOY 1 GIRL 2	SING 1 MULT 2	DAY MONTH YEAR	YES 1 NO 2 (SKIP TO 220)	AGE IN YEARS	YES 1 NO 2	HOUSEHOLD LINE NUMBER (SKIP TO 221)	DAYS 1 MONTHS 2 YEARS 3	YES (ADD BIRTH) 1 NO (NEXT BIRTH) 2

212	213	214	215	216	217 IF ALIVE:	218 IF ALIVE:	219 IF ALIVE:	220 IF DEAD:	221
What name was given to your (first/next) baby?	Is (NAME) a boy or a girl?	Were any of these births twins?	On what day, month, and year was (NAME) born?	Is (NAME) still alive?	How old was (NAME) at (NAME)'s last birthday?	Is (NAME) living with you?	RECORD HOUSEHOLD LINE NUMBER OF CHILD. RECORD '00' IF CHILD NOT LISTED IN HOUSEHOLD.	How old was (NAME) when (he/she) died? IF '12 MONTHS' OR '1 YR', ASK: Did (NAME) have (his/her) first birthday? THEN ASK: Exactly how many months old was (NAME) when (he/she) died? RECORD DAYS IF LESS THAN 1 MONTH; MONTHS IF LESS THAN TWO YEARS; OR YEARS.	Were there any other live births between (NAME OF PREVIOUS BIRTH) and (NAME), including any children who died after birth?
RECORD NAME. BIRTH HISTORY NUMBER.					RECORD AGE IN COMPLETED YEARS.				
06	BOY 1 GIRL 2	SING 1 MULT 2	DAY MONTH YEAR	YES 1 NO 2 (SKIP TO 220)	AGE IN YEARS 	YES 1 NO 2	HOUSEHOLD LINE NUMBER (SKIP TO 221)	DAYS 1 MONTHS 2 YEARS 3	YES (ADD BIRTH) 1 NO (NEXT BIRTH) 2
07	BOY 1 GIRL 2	SING 1 MULT 2	DAY MONTH YEAR	YES 1 NO 2 (SKIP TO 220)	AGE IN YEARS 	YES 1 NO 2	HOUSEHOLD LINE NUMBER (SKIP TO 221)	DAYS 1 MONTHS 2 YEARS 3	YES (ADD BIRTH) 1 NO (NEXT BIRTH) 2
08	BOY 1 GIRL 2	SING 1 MULT 2	DAY MONTH YEAR	YES 1 NO 2 (SKIP TO 220)	AGE IN YEARS 	YES 1 NO 2	HOUSEHOLD LINE NUMBER (SKIP TO 221)	DAYS 1 MONTHS 2 YEARS 3	YES (ADD BIRTH) 1 NO (NEXT BIRTH) 2
09	BOY 1 GIRL 2	SING 1 MULT 2	DAY MONTH YEAR	YES 1 NO 2 (SKIP TO 220)	AGE IN YEARS 	YES 1 NO 2	HOUSEHOLD LINE NUMBER (SKIP TO 221)	DAYS 1 MONTHS 2 YEARS 3	YES (ADD BIRTH) 1 NO (NEXT BIRTH) 2
10	BOY 1 GIRL 2	SING 1 MULT 2	DAY MONTH YEAR	YES 1 NO 2 (SKIP TO 220)	AGE IN YEARS 	YES 1 NO 2	HOUSEHOLD LINE NUMBER (SKIP TO 221)	DAYS 1 MONTHS 2 YEARS 3	YES (ADD BIRTH) 1 NO (NEXT BIRTH) 2

SECTION 2. REPRODUCTION

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
222	Have you had any live births since the birth of (NAME OF LAST BIRTH)?	YES 1 (RECORD BIRTH(S) IN TABLE) ← NO 2	
223	COMPARE 208 WITH NUMBER OF BIRTHS IN BIRTH HISTORY NUMBERS ARE SAME ☐ NUMBERS ARE DIFFERENT ☐ (PROBE AND RECONCILE) ←		
224 (1)	CHECK 215: ENTER THE NUMBER OF BIRTHS IN 2010-2015	NUMBER OF BIRTHS NONE 0	→ 226
225 (1)	C FOR EACH BIRTH IN 2010-2015, ENTER 'B' IN THE MONTH OF BIRTH IN THE CALENDAR. WRITE THE NAME OF THE CHILD TO THE LEFT OF THE 'B' CODE. FOR EACH BIRTH, ASK THE NUMBER OF COMPLETED MONTHS THE PREGNANCY LASTED AND RECORD 'P' IN EACH OF THE PRECEDING MONTHS ACCORDING TO THE DURATION OF PREGNANCY. (NOTE: THE NUMBER OF 'P's MUST BE ONE LESS THAN THE NUMBER OF MONTHS THAT THE PREGNANCY LASTED.)		
226	Are you pregnant now?	YES 1 NO 2 UNSURE 8	→ 230
227	How many months pregnant are you? RECORD NUMBER OF COMPLETED MONTHS. C ENTER 'P's IN THE CALENDAR, BEGINNING WITH THE MONTH OF INTERVIEW AND FOR THE TOTAL NUMBER OF COMPLETED MONTHS.	MONTHS	
228	When you got pregnant, did you want to get pregnant at that time?	YES 1 NO 2	→ 230
229	CHECK 208: TOTAL NUMBER OF BIRTHS ONE OR MORE ☐ NONE ☐ a) Did you want to have a baby later on or did you not want any more children? b) Did you want to have a baby later on or did you not want any children?	LATER 1 NO MORE/NONE 2	
230	Have you ever had a pregnancy that miscarried, was aborted, or ended in a stillbirth?	YES 1 NO 2	→ 239
231	When did the last such pregnancy end?	MONTH YEAR	

SECTION 2. REPRODUCTION

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES		SKIP
232 (1)	CHECK 231: LAST PREGNANCY ENDED IN 2010-2015 ☐ LAST PREGNANCY ENDED IN 2009 OR EARLIER ☐			→ 234 → 239
LINE NO.	233 In what month and year did the preceding such pregnancy end?	234 How many months pregnant were you when that pregnancy ended?	235 (1) Since January 2010, have you had any other pregnancies that did not result in a live birth?	
01		 NUMBER OF MONTHS	YES 1 NO 2	→ NEXT LINE → 236
02	MONTH YEAR	 NUMBER OF MONTHS	YES 1 NO 2	→ NEXT LINE → 236
03	MONTH YEAR	 NUMBER OF MONTHS	YES 1 NO 2	→ NEXT LINE → 236
04	MONTH YEAR	 NUMBER OF MONTHS	YES 1 NO 2	→ 236
236 (1)	C FOR EACH PREGNANCY THAT DID NOT END IN A LIVE BIRTH IN 2010-2015 OR LATER, ENTER 'T' IN THE CALENDAR IN THE MONTH THAT THE PREGNANCY TERMINATED AND 'P' FOR THE REMAINING NUMBER OF COMPLETED MONTHS OF PREGNANCY. IF THERE ARE MORE THAN FOUR PREGNANCIES THAT DID NOT END IN A LIVE BIRTH, USE AN ADDITIONAL QUESTIONNAIRE STARTING ON THE SECOND LINE.			
237 (1)	Did you have any miscarriages, abortions or stillbirths that ended before 2010?	YES 1 NO 2		→ 239
238 (1)	When did the last such pregnancy that terminated before 2010 end?	MONTH YEAR		

SECTION 2. REPRODUCTION

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
239	When did your last menstrual period start? _____ (DATE, IF GIVEN)	DAYS AGO 1 WEEKS AGO 2 MONTHS AGO 3 YEARS AGO 4 IN MENOPAUSE/ HAS HAD HYSTERECTOMY 994 BEFORE LAST BIRTH 995 NEVER MENSTRUATED 996	
240	From one menstrual period to the next, are there certain days when a woman is more likely to become pregnant?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	→ 242
241	Is this time just before her period begins, during her period, right after her period has ended, or halfway between two periods?	JUST BEFORE HER PERIOD BEGINS 1 DURING HER PERIOD 2 RIGHT AFTER HER PERIOD HAS ENDED 3 HALFWAY BETWEEN TWO PERIODS 4 OTHER 6 (SPECIFY) DON'T KNOW 8	
242	After the birth of a child, can a woman become pregnant before her menstrual period has returned?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	

(1) Year of fieldwork is assumed to be 2015. For fieldwork beginning in 2016, all references to calendar years should be increased by one; for example, 2009 should be changed to 2010, 2010 should be changed to 2011, 2011 should be changed to 2012, and similarly for all years throughout the questionnaire.

SECTION 3. CONTRACEPTION

301	Now I would like to talk about family planning - the various ways or methods that a couple can use to delay or avoid a pregnancy. Have you ever heard of (METHOD)?	
01	Female Sterilization. PROBE: Women can have an operation to avoid having any more children.	YES 1 NO 2
02	Male Sterilization. PROBE: Men can have an operation to avoid having any more children.	YES 1 NO 2
03	IUD. PROBE: Women can have a loop or coil placed inside them by a doctor or a nurse which can prevent pregnancy for one or more years.	YES 1 NO 2
04	Injectables. PROBE: Women can have an injection by a health provider that stops them from becoming pregnant for one or more months.	YES 1 NO 2
05	Implants. PROBE: Women can have one or more small rods placed in their upper arm by a doctor or nurse which can prevent pregnancy for one or more years.	YES 1 NO 2
06	Pill. PROBE: Women can take a pill every day to avoid becoming pregnant.	YES 1 NO 2
07	Condom. PROBE: Men can put a rubber sheath on their penis before sexual intercourse.	YES 1 NO 2
08	Female Condom. PROBE: Women can place a sheath in their vagina before sexual intercourse.	YES 1 NO 2
09 (1)	Emergency Contraception. PROBE: As an emergency measure, within three days after they have unprotected sexual intercourse, women can take special pills to prevent pregnancy.	YES 1 NO 2
10 (2)	Standard Days Method. PROBE: A woman uses a string of colored beads to know the days she can get pregnant. On the days she can get pregnant, she uses a condom or does not have sexual intercourse.	YES 1 NO 2
11 (3)	Lactational Amenorrhea Method (LAM). PROBE: Up to six months after childbirth, before the menstrual period has returned, women use a method requiring frequent breastfeeding day and night.	YES 1 NO 2
12	Rhythm Method. PROBE: To avoid pregnancy, women do not have sexual intercourse on the days of the month they think they can get pregnant.	YES 1 NO 2
13	Withdrawal. PROBE: Men can be careful and pull out before climax.	YES 1 NO 2
14	Have you heard of any other ways or methods that women or men can use to avoid pregnancy?	YES, MODERN METHOD _____ A (SPECIFY) YES, TRADITIONAL METHOD _____ B (SPECIFY) NO Y

SECTION 3. CONTRACEPTION

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
302	CHECK 226: NOT PREGNANT ☐ OR UNSURE ↓	PREGNANT ☐ →	312
303	Are you or your partner currently doing something or using any method to delay or avoid getting pregnant?	YES 1 NO 2	→ 312
304 (4)	Which method are you using? RECORD ALL MENTIONED. IF MORE THAN ONE METHOD MENTIONED, FOLLOW SKIP INSTRUCTION FOR HIGHEST METHOD IN LIST.	FEMALE STERILIZATION A MALE STERILIZATION B IUD C INJECTABLES D IMPLANTS E PILL F CONDOM G FEMALE CONDOM H EMERGENCY CONTRACEPTION I STANDARD DAYS METHOD J LACTATIONAL AMENORRHEA METHOD K RHYTHM METHOD L WITHDRAWAL M OTHER MODERN METHOD X OTHER TRADITIONAL METHOD Y	☐ → 307 ☐ → 309 → 306 ☐ → 309
305	What is the brand name of the pills you are using? IF DON'T KNOW THE BRAND, ASK TO SEE THE PACKAGE.	BRAND A 01 BRAND B 02 BRAND C 03 OTHER _____ 96 (SPECIFY) DON'T KNOW 98	→ 309
306	What is the brand name of the condoms you are using? IF DON'T KNOW THE BRAND, ASK TO SEE THE PACKAGE.	BRAND A 01 BRAND B 02 BRAND C 03 OTHER _____ 96 (SPECIFY) DON'T KNOW 98	→ 309

SECTION 3. CONTRACEPTION

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP												
307 (5)	In what facility did the sterilization take place? PROBE TO IDENTIFY THE TYPE OF SOURCE. IF UNABLE TO DETERMINE IF PUBLIC OR PRIVATE SECTOR, WRITE THE NAME OF THE PLACE. _____ (NAME OF PLACE)	PUBLIC SECTOR GOVERNMENT HOSPITAL..... 11 GOVERNMENT HEALTH CENTEF..... 12 FAMILY PLANNING CLINIC 13 MOBILE CLINIC 14 OTHER PUBLIC SECTOR _____ 16 (SPECIFY) PRIVATE MEDICAL SECTOR PRIVATE HOSPITAL/CLINIC 21 PRIVATE DOCTOR'S OFFICE 22 MOBILE CLINIC 23 OTHER PRIVATE MEDICAL SECTOR _____ 26 (SPECIFY) OTHER 96 (SPECIFY) DON'T KNOW 98													
308	In what month and year was the sterilization performed?	MONTH <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> YEAR <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													→ 310
309	Since what month and year have you been using (CURRENT METHOD) without stopping? PROBE: For how long have you been using (CURRENT METHOD) now without stopping?	MONTH <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> YEAR <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													
310	CHECK 308 AND 309, 215 AND 231: ANY BIRTH OR PREGNANCY TERMINATION AFTER MONTH AND YEAR OF START OF USE OF CONTRACEPTION IN 308 OR 309 NO ☐ GO BACK TO 308 OR 309, PROBE AND RECORD MONTH AND YEAR AT START OF CONTINUOUS USE OF CURRENT METHOD (MUST BE AFTER LAST BIRTH OR PREGNANCY TERMINATION). YES ☐														

SECTION 3. CONTRACEPTION (PAPER OPTION) (6)

311 (7)	CHECK 308 AND 309: YEAR IS 2010-2015  C ENTER CODE FOR METHOD USED IN MONTH OF INTERVIEW IN THE CALENDAR AND IN EACH MONTH BACK TO THE DATE STARTED USING. THEN CONTINUE  YEAR IS 2009 OR EARLIER  C ENTER CODE FOR METHOD USED IN MONTH OF INTERVIEW IN THE CALENDAR AND EACH MONTH BACK TO JANUARY 2010 . THEN  (SKIP TO 324)
312 (7)	I would like to ask you some questions about the times you or your partner may have used a method to avoid getting pregnant during the last few years. USE CALENDAR TO PROBE FOR EARLIER PERIODS OF USE AND NONUSE, STARTING WITH MOST RECENT USE, BACK TO JANUARY 2010. USE NAMES OF CHILDREN, DATES OF BIRTH, AND PERIODS OF PREGNANCY AS REFERENCE POINTS. C IN COLUMN 1, ENTER METHOD USE CODE OR '0' FOR NONUSE IN EACH BLANK MONTH. ILLUSTRATIVE QUESTIONS: - When was the last time you used a method? Which method was that? - When did you start using that method? How long after the birth of (NAME)? - How long did you use the method then? IN COLUMN 2, ENTER CODES FOR DISCONTINUATION NEXT TO THE LAST MONTH OF USE. NUMBER OF CODES IN COLUMN 2 MUST BE SAME AS NUMBER OF INTERRUPTIONS OF METHOD USE IN COLUMN 1. C ASK WHY SHE STOPPED USING THE METHOD. IF A PREGNANCY FOLLOWED, ASK WHETHER SHE BECAME PREGNANT UNINTENTIONALLY WHILE USING THE METHOD OR DELIBERATELY STOPPED TO GET PREGNANT. ILLUSTRATIVE QUESTIONS: - Why did you stop using the (METHOD)? Did you become pregnant while using (METHOD), or did you stop to get pregnant, or did you stop for some other reason? - IF DELIBERATELY STOPPED TO BECOME PREGNANT, ASK: How many months did it take you to get pregnant after you stopped using (METHOD)? AND ENTER '0' IN EACH SUCH MONTH IN COLUMN 1.

SECTION 3. CONTRACEPTION (CAPI OPTION) (6)

311 (7)	CHECK 308 AND 309:	YEAR IS 2010-2015 C ENTER CODE FOR METHOD USED IN MONTH OF INTERVIEW IN THE CALENDAR AND IN EACH MONTH BACK TO THE DATE STARTED USING. THEN CONTINUE 	YEAR IS 2009 OR EARLIER C ENTER CODE FOR METHOD USED IN MONTH OF INTERVIEW IN THE CALENDAR AND EACH MONTH BACK TO JANUARY 2010 . THEN (SKIP TO 324)	
312 (7)	I would like to ask you some questions about the times you or your partner may have used a method to avoid getting pregnant during the last few years. C USE CALENDAR TO PROBE FOR EARLIER PERIODS OF USE AND NONUSE, STARTING WITH MOST RECENT USE, BACK TO JANUARY 2010. USE NAMES OF CHILDREN, DATES OF BIRTH, AND PERIODS OF PREGNANCY AS REFERENCE POINTS.			
		COLUMN 1	COLUMN 2	COLUMN 3
312A	MONTH AND YEAR OF START OF INTERVAL OF USE OR NON-USE.	MONTH YEAR	MONTH YEAR	MONTH YEAR
312B	Between (EVENT) in (MONTH/YEAR) and (EVENT) in (MONTH/YEAR), did you or your partner use any method of contraception?	YES 1 NO 2 (SKIP TO 312I)	YES 1 NO 2 (SKIP TO 312I)	YES 1 NO 2 (SKIP TO 312I)
312C	Which method was that?	METHOD CODE ..	METHOD CODE ..	METHOD CODE ..
312D	How many months after (EVENT) in (MONTH/YEAR) did you start to use (METHOD)? CIRCLE '95' IF RESPONDENT GIVES THE DATE OF STARTING TO USE THE METHOD.	IMMEDIATELY 00 MONTHS .. (SKIP TO 312F) DATE GIVEN 95	IMMEDIATELY 00 MONTHS .. (SKIP TO 312F) DATE GIVEN 95	IMMEDIATELY 00 MONTHS .. (SKIP TO 312F) DATE GIVEN 95
312E	RECORD MONTH AND YEAR RESPONDENT STARTED USING METHOD.	MONTH YEAR	MONTH YEAR	MONTH YEAR
312F	For how many months did you use (METHOD)? CIRCLE '95' IF RESPONDENT GIVES THE DATE OF TERMINATION OF USE.	MONTHS .. (SKIP TO 312H) DATE GIVEN 95	MONTHS .. (SKIP TO 312H) DATE GIVEN 95	MONTHS .. (SKIP TO 312H) DATE GIVEN 95
312G	RECORD MONTH AND YEAR RESPONDENT STOPPED USING METHOD.	MONTH YEAR	MONTH YEAR	MONTH YEAR
312H	Why did you stop using (METHOD)?	REASON STOPPED	REASON STOPPED	REASON STOPPED
312I		GO BACK TO 312A IN NEXT COLUMN; OR, IF NO MORE GAPS, GO TO 313.	GO BACK TO 312A IN NEXT COLUMN; OR, IF NO MORE GAPS, GO TO 313.	GO BACK TO 312A IN NEW QUESTIONNAIRE; OR, IF NO MORE GAPS, GO TO 313.

SECTION 3. CONTRACEPTION

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
313	CHECK THE CALENDAR FOR USE OF ANY CONTRACEPTIVE METHOD IN ANY MONTH NO METHOD USED ☐ ANY METHOD USED ☐		→ 315
314	Have you ever used anything or tried in any way to delay or avoid getting pregnant?	YES 1 NO 2	→ 326
315	CHECK 304: CIRCLE METHOD CODE: IF MORE THAN ONE METHOD CODE CIRCLED IN 304, CIRCLE CODE FOR HIGHEST METHOD IN LIST.	NO CODE CIRCLED 00 FEMALE STERILIZATION 01 MALE STERILIZATION 02 IUD 03 INJECTABLES 04 IMPLANTS 05 PILL 06 CONDOM 07 FEMALE CONDOM 08 EMERGENCY CONTRACEPTION 09 STANDARD DAYS METHOD 10 LACTATIONAL AMENORRHEA METHOD 11 RHYTHM METHOD 12 WITHDRAWAL 13 OTHER MODERN METHOD 95 OTHER TRADITIONAL METHOD 96	→ 326 → 319 → 327 → 323
316 (5)	You first started using (CURRENT METHOD) in (DATE FROM 309). Where did you get it at that time? PROBE TO IDENTIFY THE TYPE OF SOURCE. IF UNABLE TO DETERMINE IF PUBLIC OR PRIVATE SECTOR, WRITE THE NAME OF THE PLACE. _____ (NAME OF PLACE)	PUBLIC SECTOR GOVERNMENT HOSPITAL 11 GOVERNMENT HEALTH CENTRE 12 FAMILY PLANNING CLINIC 13 MOBILE CLINIC 14 FIELDWORKER 15 OTHER PUBLIC SECTOR _____ 16 (SPECIFY) PRIVATE MEDICAL SECTOR PRIVATE HOSPITAL/CLINIC 21 PHARMACY 22 PRIVATE DOCTOR 23 MOBILE CLINIC 24 FIELDWORKER 25 OTHER PRIVATE MEDICAL SECTOR _____ 26 (SPECIFY) OTHER SOURCE SHOP 31 CHURCH 32 FRIEND/RELATIVE 33 OTHER _____ 96 (SPECIFY)	
317	CHECK 304: CIRCLE METHOD CODE: IF MORE THAN ONE METHOD CODE CIRCLED IN 304, CIRCLE CODE FOR HIGHEST METHOD IN LIST.	IUD 03 INJECTABLES 04 IMPLANTS 05 PILL 06 CONDOM 07 FEMALE CONDOM 08 EMERGENCY CONTRACEPTION 09 STANDARD DAYS METHOD 10 OTHER MODERN METHOD 95 OTHER TRADITIONAL METHOD 96	→ 323 → 322 → 323

SECTION 3. CONTRACEPTION

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
318	At that time, were you told about side effects or problems you might have with the method?	YES 1 NO 2	→ 321 → 320
319	When you got sterilized, were you told about side effects or problems you might have with the method?	YES 1 NO 2	→ 321
320	Were you ever told by a health or family planning worker about side effects or problems you might have with the method?	YES 1 NO 2	→ 322
321	Were you told what to do if you experienced side effects or problems?	YES 1 NO 2	
322	CHECK 318 AND 319: ANY ☐ 'YES' ↓ OTHER ☐ ↓ a) At that time, were you told about other methods of family planning that you could use? b) When you obtained (CURRENT METHOD FROM 315) from (SOURCE OF METHOD FROM 307 OR 316), were you told about other methods of family planning that you could use?	YES 1 NO 2	→ 324
323	Were you ever told by a health or family planning worker about other methods of family planning that you could use?	YES 1 NO 2	
324	CHECK 304: CIRCLE METHOD CODE: IF MORE THAN ONE METHOD CODE CIRCLED IN 304, CIRCLE CODE FOR HIGHEST METHOD IN LIST.	FEMALE STERILIZATION 01 MALE STERILIZATION 02 IUD 03 INJECTABLES 04 IMPLANTS 05 PILL 06 CONDOM 07 FEMALE CONDOM 08 EMERGENCY CONTRACEPTION 09 STANDARD DAYS METHOD 10 LACTATIONAL AMENORRHEA METHOD 11 RHYTHM METHOD 12 WITHDRAWAL 13 OTHER MODERN METHOD 95 OTHER TRADITIONAL METHOD 96	→ 327 → 327 → 327

SECTION 3. CONTRACEPTION

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
325 (5)	Where did you obtain (CURRENT METHOD) the last time? PROBE TO IDENTIFY THE TYPE OF SOURCE. IF UNABLE TO DETERMINE IF PUBLIC OR PRIVATE SECTOR, WRITE THE NAME OF THE PLACE. _____ (NAME OF PLACE)	PUBLIC SECTOR GOVERNMENT HOSPITAL 11 GOVERNMENT HEALTH CENTEF..... 12 FAMILY PLANNING CLINIC 13 MOBILE CLINIC 14 FIELDWORKER 15 OTHER PUBLIC SECTOR _____ 16 (SPECIFY) PRIVATE MEDICAL SECTOR PRIVATE HOSPITAL/CLINIC 21 PHARMACY 22 PRIVATE DOCTOR 23 MOBILE CLINIC 24 FIELDWORKER 25 OTHER PRIVATE MEDICAL SECTOR _____ 26 (SPECIFY) OTHER SOURCE SHOP 31 CHURCH 32 FRIEND/RELATIVE 33 OTHER _____ 96 (SPECIFY)	→ 327
326	Do you know of a place where you can obtain a method of family planning?	YES 1 NO 2	
327 (8)	In the last 12 months, were you visited by a fieldworker?	YES 1 NO 2	→ 329
328 (8)	Did the fieldworker talk to you about family planning?	YES 1 NO 2	
329	CHECK 202: CHILDREN LIVING WITH RESPONDENT YES ☐ NO ☐ a) In the last 12 months, have you visited a health facility for care for yourself or your children? b) In the last 12 months, have you visited a health facility for care for yourself?	YES 1 NO 2	→ 401
330	Did any staff member at the health facility speak to you about family planning methods?	YES 1 NO 2	

SECTION 3. FOOTNOTES

- (1) Studies have indicated emergency contraception can be effective up to five days. Verify country program recommendations and modify wording if appropriate.
- (2) The Standard Days Method (SDM) should be deleted in countries that do not have a SDM program. In these countries, SDM should also be deleted as a coding category in Qs. 304, 315, 317, 324, and Column 1 of the calendar.
- (3) The LAM method should be deleted in countries that do not have a LAM program. In these countries, LAM should also be deleted as a coding category in Qs. 304, 315, 324, and Column 1 of the calendar.
- (4) Other commonly used methods may be added to the list, such as contraceptive patch, contraceptive vaginal ring, or sponge. Any codes added in Q. 304 must also be added to Qs. 315, 317, 324, and Column 1 of the calendar. These methods should not be added to Q. 301.
- (5) Coding categories to be developed locally; however, the broad categories must be maintained. Additions to the codes under the private medical sector heading may include religious affiliated sources and NGO sources.
- (6) If the survey will be conducted using paper questionnaires, delete 311-312I under CAPI OPTION. If the survey will be conducted using CAPI, delete 311-312 under PAPER OPTION.
- (7) Year of fieldwork is assumed to be 2015. For fieldwork beginning in 2016, all references to calendar years should be increased by one; for example, 2009 should be changed to 2010, 2010 should be changed to 2011, 2011 should be changed to 2012, and similarly for all years throughout the questionnaire.
- (8) In countries without national fieldworker programs that include family planning, Q. 327 and 328 should be deleted.

SECTION 4. PREGNANCY AND POSTNATAL CARE

401 (1)	CHECK 224: ONE OR MORE BIRTHS ☐ IN 2010-2015	NO BIRTHS IN ☐ 2010-2015	648
402 (1)	CHECK 215. RECORD THE BIRTH HISTORY NUMBER IN 403 AND THE NAME AND SURVIVAL STATUS IN 404 FOR EACH BIRTH IN 2010-2015. ASK THE QUESTIONS ABOUT ALL OF THESE BIRTHS. BEGIN WITH THE LAST BIRTH. IF THERE ARE MORE THAN 2 BIRTHS, USE LAST COLUMN OF ADDITIONAL QUESTIONNAIRE(S). Now I would like to ask some questions about your children born in the last five years. (We will talk about each separately.)		
403	BIRTH HISTORY NUMBER FROM 212 IN BIRTH HISTORY.	LAST BIRTH BIRTH HISTORY NUMBER	NEXT-TO-LAST BIRTH BIRTH HISTORY NUMBER
404	FROM 212 AND 216:	NAME LIVING ☐ DEAD ☐	NAME LIVING ☐ DEAD ☐
405	When you got pregnant with (NAME), did you want to get pregnant at that time?	YES 1 (SKIP TO 408) ← NO 2	YES 1 (SKIP TO 426) ← NO 2
406	CHECK 208: ONLY ☐ ONE BIRTH a) Did you want to have a baby later on, or did you not want any children? MORE ☐ THAN ONE BIRTH b) Did you want to have a baby later on, or did you not want any more children?	LATER 1 NO MORE/NONE 2 (SKIP TO 408) ←	LATER 1 NO MORE/NONE 2 (SKIP TO 426) ←
407	How much longer did you want to wait?	MONTHS 1 YEARS 2 DON'T KNOW 998	MONTHS 1 YEARS 2 DON'T KNOW 998
408	Did you see anyone for antenatal care for this pregnancy?	YES 1 NO 2 (SKIP TO 414) ←	
409 (2)	Whom did you see? Anyone else? PROBE TO IDENTIFY EACH TYPE OF PERSON AND RECORD ALL MENTIONED.	HEALTH PERSONNEL DOCTOR A NURSE/MIDWIFE B AUXILIARY MIDWIFE C OTHER PERSON TRADITIONAL BIRTH ATTENDANT D COMMUNITY/VILLAGE HEALTH WORKER E OTHER X (SPECIFY)	

SECTION 4. PREGNANCY AND POSTNATAL CARE

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH NAME _____	NEXT-TO-LAST BIRTH NAME _____												
410 (2)	Where did you receive antenatal care for this pregnancy? Anywhere else? PROBE TO IDENTIFY THE TYPE OF SOURCE. IF UNABLE TO DETERMINE IF PUBLIC OR PRIVATE SECTOR, WRITE THE NAME OF THE PLACE. _____ (NAME OF PLACE)	HOME HER HOME A OTHER HOME B PUBLIC SECTOR GOVERNMENT HOSPITAL... C GOVERNMENT HEALTH CENTER D GOVERNMENT HEALTH POST E OTHER PUBLIC SECTOR _____ F (SPECIFY) PRIVATE MEDICAL SECTOR PRIVATE HOSPITAL/CLINIC G OTHER PRIVATE MEDICAL SECTOR _____ H (SPECIFY) OTHER _____ X (SPECIFY)													
411	How many months pregnant were you when you first received antenatal care for this pregnancy?	MONTHS DON'T KNOW 98													
412	How many times did you receive antenatal care during this pregnancy?	NUMBER OF TIMES DON'T KNOW 98													
413	As part of your antenatal care during this pregnancy, were any of the following done at least once: a) Was your blood pressure measured? b) Did you give a urine sample? c) Did you give a blood sample?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td align="center">YES</td> <td align="center">NO</td> </tr> <tr> <td>a) BP</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>b) URINE</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>c) BLOOD</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> </table>		YES	NO	a) BP	1	2	b) URINE	1	2	c) BLOOD	1	2	
	YES	NO													
a) BP	1	2													
b) URINE	1	2													
c) BLOOD	1	2													
414 (3)	During this pregnancy, were you given an injection in the arm to prevent the baby from getting tetanus, that is, convulsions after birth?	YES 1 NO 2 (SKIP TO 417) ← DON'T KNOW 8													
415	During this pregnancy, how many times did you get a tetanus injection?	TIMES DON'T KNOW 8													
416	CHECK 415:	2 OR MORE TIMES ☐ OTHER ☐ (SKIP TO 420) ←													

SECTION 4. PREGNANCY AND POSTNATAL CARE

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH NAME _____	NEXT-TO-LAST BIRTH NAME _____
417	At any time before this pregnancy, did you receive any tetanus injections?	YES 1 NO 2 (SKIP TO 420) ← DON'T KNOW 8	
418	Before this pregnancy, how many times did you receive a tetanus injection? IF 7 OR MORE TIMES, RECORD '7'.	TIMES DON'T KNOW 8	
419	CHECK 418: ONLY ☐ ONE ↓ MORE ☐ THAN ONE ↓ a) How many years ago did you receive that tetanus injection? b) How many years ago did you receive the last tetanus injection prior to this pregnancy?	YEARS AGO	
420 (4)	During this pregnancy, were you given or did you buy any iron tablets or iron syrup? SHOW TABLETS/SYRUP.	YES 1 NO 2 (SKIP TO 422) ← DON'T KNOW 8	
421 (4) (5)	During the whole pregnancy, for how many days did you take the tablets or syrup? IF ANSWER IS NOT NUMERIC, PROBE FOR APPROXIMATE NUMBER OF DAYS.	DAYS DON'T KNOW 998	
422 (6)	During this pregnancy, did you take any drug for intestinal worms?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	
423 (7)	During this pregnancy, did you take SP/Fansidar to keep you from getting malaria?	YES 1 NO 2 (SKIP TO 426) ← DON'T KNOW 8	
424 (7)	How many times did you take SP/Fansidar during this pregnancy?	TIMES	
425 (7)	Did you get the SP/Fansidar during any antenatal care visit, during another visit to a health facility or from another source? IF MORE THAN ONE SOURCE, RECORD THE HIGHEST SOURCE ON THE LIST.	ANTENATAL VISIT 1 ANOTHER FACILITY VISIT 2 OTHER SOURCE 6	

SECTION 4. PREGNANCY AND POSTNATAL CARE

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH NAME _____	NEXT-TO-LAST BIRTH NAME _____
426	When (NAME) was born, was (NAME) very large, larger than average, average, smaller than average, or very small?	VERY LARGE 1 LARGER THAN AVERAGE 2 AVERAGE 3 SMALLER THAN AVERAGE 4 VERY SMALL 5 DON'T KNOW 8	VERY LARGE 1 LARGER THAN AVERAGE 2 AVERAGE 3 SMALLER THAN AVERAGE 4 VERY SMALL 5 DON'T KNOW 8
427	Was (NAME) weighed at birth?	YES 1 NO 2 (SKIP TO 429) ← DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 (SKIP TO 429) ← DON'T KNOW 8
428	How much did (NAME) weigh? RECORD WEIGHT IN KILOGRAMS FROM HEALTH CARD, IF AVAILABLE.	KG FROM CARD 1 . KG FROM RECALL 2 . DON'T KNOW 99998	KG FROM CARD 1 . KG FROM RECALL 2 . DON'T KNOW 99998
429 (2)	Who assisted with the delivery of (NAME)? Anyone else? PROBE FOR THE TYPE(S) OF PERSON(S) AND RECORD ALL MENTIONED. IF RESPONDENT SAYS NO ONE ASSISTED, PROBE TO DETERMINE WHETHER ANY ADULTS WERE PRESENT AT THE DELIVERY.	HEALTH PERSONNEL DOCTOR A NURSE/MIDWIFE B AUXILIARY MIDWIFE C OTHER PERSON TRADITIONAL BIRTH ATTENDANT D RELATIVE/FRIEND E OTHER _____ X (SPECIFY) NO ONE ASSISTED Y	HEALTH PERSONNEL DOCTOR A NURSE/MIDWIFE B AUXILIARY MIDWIFE C OTHER PERSON TRADITIONAL BIRTH ATTENDANT D RELATIVE/FRIEND E OTHER _____ X (SPECIFY) NO ONE ASSISTED Y

SECTION 4. PREGNANCY AND POSTNATAL CARE

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH NAME _____	NEXT-TO-LAST BIRTH NAME _____
430 (2)	Where did you give birth to (NAME)? PROBE TO IDENTIFY THE TYPE OF SOURCE. IF UNABLE TO DETERMINE IF PUBLIC OR PRIVATE SECTOR, WRITE THE NAME OF THE PLACE. _____ (NAME OF PLACE)	HOME HER HOME 11 (SKIP TO 434) ← OTHER HOME 12 PUBLIC SECTOR GOVERNMENT HOSPITAL .. 21 GOVERNMENT HEALTH CENTER 22 GOVERNMENT HEALTH POST 23 OTHER PUBLIC SECTOR _____ 26 (SPECIFY) PRIVATE MEDICAL SECTOR PRIVATE HOSPITAL/CLINIC 31 OTHER PRIVATE MEDICAL SECTOR _____ 36 (SPECIFY) OTHER _____ 96 (SPECIFY) (SKIP TO 434) ←	HOME HER HOME 11 (SKIP TO 434) ← OTHER HOME 12 PUBLIC SECTOR GOVERNMENT HOSPITAL .. 21 GOVERNMENT HEALTH CENTER 22 GOVERNMENT HEALTH POST 23 OTHER PUBLIC SECTOR _____ 26 (SPECIFY) PRIVATE MEDICAL SECTOR PRIVATE HOSPITAL/CLINIC 31 OTHER PRIVATE MEDICAL SECTOR _____ 36 (SPECIFY) OTHER _____ 96 (SPECIFY) (SKIP TO 434) ←
431	How long after (NAME) was delivered did you stay there? IF LESS THAN ONE DAY, RECORD HOURS; IF LESS THAN ONE WEEK, RECORD DAYS.	HOURS 1 DAYS 2 WEEKS 3 DON'T KNOW 998	
432	Was (NAME) delivered by caesarean, that is, did they cut your belly open to take the baby out?	YES 1 NO 2 (SKIP TO 434) ←	YES 1 NO 2 (SKIP TO 434) ←
433	When was the decision made to have the caesarean section? Was it before or after your labor pains started?	BEFORE 1 AFTER 2	BEFORE 1 AFTER 2
434	Immediately after the birth, was (NAME) put on your chest?	YES 1 NO 2 (SKIP TO 434B) ← DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 (SKIP TO 459) ← DON'T KNOW 8
434A	Was (NAME)'s bare skin touching your bare skin?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8
434B	CHECK 430: PLACE OF DELIVERY	CODE 11, 12, OR 96 CIRCLED (SKIP TO 449) ← OTHER _____	

SECTION 4. PREGNANCY AND POSTNATAL CARE

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH NAME _____	NEXT-TO-LAST BIRTH NAME _____												
435	I would like to talk to you about checks on your health after delivery, for example, someone asking you questions about your health or examining you. Did anyone check on your health while you were still in the facility?	YES 1 NO 2 (SKIP TO 438) ←													
436	How long after delivery did the first check take place? IF LESS THAN ONE DAY, RECORD HOURS; IF LESS THAN ONE WEEK, RECORD DAYS.	HOURS 1 <table border="1" data-bbox="954 422 1078 478"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> DAYS 2 <table border="1" data-bbox="954 485 1078 541"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> WEEKS 3 <table border="1" data-bbox="954 548 1078 604"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> DON'T KNOW 998													
437 (2)	Who checked on your health at that time? PROBE FOR MOST QUALIFIED PERSON.	HEALTH PERSONNEL DOCTOR 11 NURSE/MIDWIFE 12 AUXILIARY MIDWIFE 13 OTHER PERSON TRADITIONAL BIRTH ATTENDANT 21 COMMUNITY/ VILLAGE HEALTH WORKER 22 OTHER 96 (SPECIFY)													
438	Now I would like to talk to you about checks on (NAME)'s health after delivery – for example, someone examining (NAME), checking the cord, or seeing if (NAME) is OK. Did anyone check on (NAME)'s health while you were still in the facility?	YES 1 NO 2 (SKIP TO 441) ← DON'T KNOW 8													
439	How long after delivery was (NAME)'s health first checked? IF LESS THAN ONE DAY, RECORD HOURS; IF LESS THAN ONE WEEK, RECORD DAYS.	HOURS 1 <table border="1" data-bbox="954 1239 1078 1295"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> DAYS 2 <table border="1" data-bbox="954 1302 1078 1358"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> WEEKS 3 <table border="1" data-bbox="954 1365 1078 1421"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> DON'T KNOW 998													
440 (2)	Who checked on (NAME)'s health at that time? PROBE FOR MOST QUALIFIED PERSON.	HEALTH PERSONNEL DOCTOR 11 NURSE/MIDWIFE 12 AUXILIARY MIDWIFE 13 OTHER PERSON TRADITIONAL BIRTH ATTENDANT 21 COMMUNITY/ VILLAGE HEALTH WORKER 22 OTHER 96 (SPECIFY)													

SECTION 4. PREGNANCY AND POSTNATAL CARE

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH NAME _____	NEXT-TO-LAST BIRTH NAME _____																		
441	Now I want to talk to you about what happened after you left the facility. Did anyone check on your health after you left the facility?	YES 1 NO 2 (SKIP TO 445) ←																			
442	How long after delivery did that check take place? IF LESS THAN ONE DAY, RECORD HOURS; IF LESS THAN ONE WEEK, RECORD DAYS.	HOURS 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> DAYS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> WEEKS 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> DON'T KNOW 998																			
443 (2)	Who checked on your health at that time? PROBE FOR MOST QUALIFIED PERSON.	HEALTH PERSONNEL DOCTOR 11 NURSE/MIDWIFE 12 AUXILIARY MIDWIFE 13 OTHER PERSON TRADITIONAL BIRTH ATTENDANT 21 COMMUNITY/VILLAGE HEALTH WORKER 22 OTHER 96 (SPECIFY)																			
444 (2)	Where did the check take place? PROBE TO IDENTIFY THE TYPE OF SOURCE. IF UNABLE TO DETERMINE IF PUBLIC OR PRIVATE SECTOR, WRITE THE NAME OF THE PLACE. _____ (NAME OF PLACE)	HOME HER HOME 11 OTHER HOME 12 PUBLIC SECTOR GOVERNMENT HOSPITAL .. 21 GOVERNMENT HEALTH CENTER 22 GOVERNMENT HEALTH POST 23 OTHER PUBLIC SECTOR _____ 26 (SPECIFY) PRIVATE MEDICAL SECTOR PRIVATE HOSPITAL/CLINIC 31 OTHER PRIVATE MEDICAL SECTOR _____ 36 (SPECIFY) OTHER 96 (SPECIFY)																			
445	I would like to talk to you about checks on (NAME)'s health after you left (FACILITY IN 430). Did any health care provider or a traditional birth attendant check on (NAME)'s health in the two months after you left (FACILITY IN 430)?	YES 1 NO 2 (SKIP TO 457) ← DON'T KNOW 8																			

SECTION 4. PREGNANCY AND POSTNATAL CARE

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH NAME _____	NEXT-TO-LAST BIRTH NAME _____						
446	How many hours, days or weeks after the birth of (NAME) did that check take place? IF LESS THAN ONE DAY, RECORD HOURS; IF LESS THAN ONE WEEK, RECORD DAYS.	HOURS 1 <table border="1" data-bbox="954 247 1078 296"><tr><td></td><td></td></tr></table> DAYS 2 <table border="1" data-bbox="954 296 1078 344"><tr><td></td><td></td></tr></table> WEEKS 3 <table border="1" data-bbox="954 344 1078 392"><tr><td></td><td></td></tr></table> DON'T KNOW 998							
447 (2)	Who checked on (NAME)'s health at that time? PROBE FOR MOST QUALIFIED PERSON.	HEALTH PERSONNEL DOCTOR 11 NURSE/MIDWIFE 12 AUXILIARY MIDWIFE 13 OTHER PERSON TRADITIONAL BIRTH ATTENDANT 21 COMMUNITY/ VILLAGE HEALTH WORKER 22 OTHER 96 (SPECIFY) _____							
448 (2)	Where did this check of (NAME) take place? PROBE TO IDENTIFY THE TYPE OF SOURCE. IF UNABLE TO DETERMINE IF PUBLIC OR PRIVATE SECTOR, WRITE THE NAME OF THE PLACE. _____ (NAME OF PLACE)	HOME HER HOME 11 OTHER HOME 12 PUBLIC SECTOR GOVERNMENT HOSPITAL .. 21 GOVERNMENT HEALTH CENTER 22 GOVERNMENT HEALTH POST 23 OTHER PUBLIC SECTOR 26 (SPECIFY) _____ PRIVATE MEDICAL SECTOR PRIVATE HOSPITAL/ CLINIC 31 OTHER PRIVATE MEDICAL SECTOR 36 (SPECIFY) _____ OTHER 96 (SPECIFY) _____ (SKIP TO 457) ←							
449	I would like to talk to you about checks on your health after delivery, for example, someone asking you questions about your health or examining you. Did anyone check on your health after you gave birth to (NAME)?	YES 1 NO 2 (SKIP TO 453) ←							

SECTION 4. PREGNANCY AND POSTNATAL CARE

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH NAME _____	NEXT-TO-LAST BIRTH NAME _____						
450	How long after delivery did the first check take place? IF LESS THAN ONE DAY, RECORD HOURS; IF LESS THAN ONE WEEK, RECORD DAYS.	HOURS 1 <table border="1" data-bbox="954 247 1078 296"><tr><td></td><td></td></tr></table> DAYS 2 <table border="1" data-bbox="954 296 1078 344"><tr><td></td><td></td></tr></table> WEEKS 3 <table border="1" data-bbox="954 344 1078 392"><tr><td></td><td></td></tr></table> DON'T KNOW 998							
451 (2)	Who checked on your health at that time? PROBE FOR MOST QUALIFIED PERSON.	HEALTH PERSONNEL DOCTOR 11 NURSE/MIDWIFE 12 AUXILIARY MIDWIFE 13 OTHER PERSON TRADITIONAL BIRTH ATTENDANT 21 COMMUNITY/ VILLAGE HEALTH WORKER 22 OTHER 96 (SPECIFY) _____							
452 (2)	Where did this first check take place? PROBE TO IDENTIFY THE TYPE OF SOURCE. IF UNABLE TO DETERMINE IF PUBLIC OR PRIVATE SECTOR, WRITE THE NAME OF THE PLACE. _____ (NAME OF PLACE)	HOME HER HOME 11 OTHER HOME 12 PUBLIC SECTOR GOVERNMENT HOSPITAL .. 21 GOVERNMENT HEALTH CENTER 22 GOVERNMENT HEALTH POST 23 OTHER PUBLIC SECTOR 26 (SPECIFY) _____ PRIVATE MEDICAL SECTOR PRIVATE HOSPITAL/ CLINIC 31 OTHER PRIVATE MEDICAL SECTOR 36 (SPECIFY) _____ OTHER 96 (SPECIFY) _____							
453	I would like to talk to you about checks on (NAME)'s health after delivery – for example, someone examining (NAME), checking the cord, or seeing if (NAME) is OK. In the two months after (NAME) was born, did any health care provider or a traditional birth attendant check on (NAME)'s health?	YES 1 NO 2 (SKIP TO 457) ← DON'T KNOW 8							

SECTION 4. PREGNANCY AND POSTNATAL CARE

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH NAME _____	NEXT-TO-LAST BIRTH NAME _____						
454	How many hours, days or weeks after the birth of (NAME) did the first check take place? IF LESS THAN ONE DAY, RECORD HOURS; IF LESS THAN ONE WEEK, RECORD DAYS.	HOURS AFTER BIRTH 1 <table border="1" data-bbox="954 247 1078 296"><tr><td></td><td></td></tr></table> DAYS AFTER BIRTH 2 <table border="1" data-bbox="954 296 1078 344"><tr><td></td><td></td></tr></table> WEEKS AFTER BIRTH 3 <table border="1" data-bbox="954 344 1078 392"><tr><td></td><td></td></tr></table> DON'T KNOW 998							
455 (2)	Who checked on (NAME)'s health at that time? PROBE FOR MOST QUALIFIED PERSON.	HEALTH PERSONNEL DOCTOR 11 NURSE/MIDWIFE 12 AUXILIARY MIDWIFE 13 OTHER PERSON TRADITIONAL BIRTH ATTENDANT 21 COMMUNITY/ VILLAGE HEALTH WORKER 22 OTHER 96 (SPECIFY) _____							
456 (2)	Where did this first check of (NAME) take place? PROBE TO IDENTIFY THE TYPE OF SOURCE. IF UNABLE TO DETERMINE IF PUBLIC OR PRIVATE SECTOR, WRITE THE NAME OF THE PLACE. _____ (NAME OF PLACE)	HOME HER HOME 11 OTHER HOME 12 PUBLIC SECTOR GOVERNMENT HOSPITAL .. 21 GOVERNMENT HEALTH CENTER 22 GOVERNMENT HEALTH POST 23 OTHER PUBLIC SECTOR 26 (SPECIFY) _____ PRIVATE MEDICAL SECTOR PRIVATE HOSPITAL/ CLINIC 31 OTHER PRIVATE MEDICAL SECTOR 36 (SPECIFY) _____ OTHER 96 SPECIFY _____							

SECTION 4. PREGNANCY AND POSTNATAL CARE

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH		NEXT-TO-LAST BIRTH	
		NAME _____		NAME _____	
457	During the first two days after (NAME)'s birth, did any health care provider do the following: a) Examine the cord? b) Measure (NAME)'s temperature? c) Counsel you on danger signs for newborns? d) Counsel you on breastfeeding? e) Observe (NAME) breastfeeding?	YES NO DK a) CORD 1 2 8 b) TEMP. 1 2 8 c) SIGNS 1 2 8 d) COUNSEL BREAST-FEED 1 2 8 e) OBSERVE BREAST-FEED 1 2 8			
458	Has your menstrual period returned since the birth of (NAME)?	YES 1 (SKIP TO 460) ← NO 2 (SKIP TO 461) ←			
459	Did your period return between the birth of (NAME) and your next pregnancy?			YES 1 NO 2 (SKIP TO 463) ←	
460	For how many months after the birth of (NAME) did you not have a period?	MONTHS [][] DON'T KNOW 98		MONTHS [][] DON'T KNOW 98	
461	CHECK 226: IS RESPONDENT PREGNANT?	NOT PREGNANT [] OR PREGNANT [] UNSURE [] (SKIP TO 463) ←			
462	Have you had sexual intercourse since the birth of (NAME)?	YES 1 NO 2 (SKIP TO 464) ←			
463	For how many months after the birth of (NAME) did you not have sexual intercourse?	MONTHS [][] DON'T KNOW 98		MONTHS [][] DON'T KNOW 98	
464	Did you ever breastfeed (NAME)?	YES 1 (SKIP TO 466) ← NO 2		YES 1 NO 2	
465	CHECK 404: IS CHILD LIVING?	LIVING [] DEAD [] (SKIP TO 470) ← (SKIP TO 471) ←			
466	How long after birth did you first put (NAME) to the breast? IF LESS THAN 1 HOUR, RECORD '00' HOURS; IF LESS THAN 24 HOURS, RECORD HOURS; OTHERWISE, RECORD DAYS.	IMMEDIATELY 000 HOURS 1 [][] DAYS 2 [][]			
467	In the first three days after delivery, was (NAME) given anything to drink other than breast milk?	YES 1 NO 2			

SECTION 4. PREGNANCY AND POSTNATAL CARE

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH NAME _____	NEXT-TO-LAST BIRTH NAME _____
468	CHECK 404: IS CHILD LIVING?	LIVING DEAD ☐ ☐ ↓ (SKIP TO 471) ←	LIVING DEAD ☐ ☐ ↓ (SKIP TO 471) ←
469	Are you still breastfeeding (NAME)?	YES 1 NO 2	
470	Did (NAME) drink anything from a bottle with a nipple yesterday or last night?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8
471		GO BACK TO 405 IN NEXT COLUMN; OR, IF NO MORE BIRTHS, GO TO 501A.	GO BACK TO 405 IN NEXT-TO-LAST COLUMN OF NEW QUESTIONNAIRE; OR, IF NO MORE BIRTHS, GO TO 501A.

SECTION 4. FOOTNOTES

- (1) Year of fieldwork is assumed to be 2015. For fieldwork beginning in 2016, all references to calendar years should be increased by one; for example, 2009 should be changed to 2010, 2010 should be changed to 2011, 2011 should be changed to 2012, and similarly for all years throughout the questionnaire.
- (2) Coding categories to be developed locally; however, the broad categories must be maintained. Additions to the codes under the private medical sector heading may include religious affiliated sources and NGO sources.
- (3) Vaccination practices may vary; this question should specify where the injection is given, e.g. arm or shoulder.
- (4) Syrup should be deleted in countries where syrup is not used.
- (5) In countries where it is important to know the number of iron tablets taken per day, an appropriate question may be added.
- (6) The question should be deleted in surveys in countries where there is no program for deworming.
- (7) The question should be deleted in surveys in countries where there is no program for intermittent preventive treatment against malaria during pregnancy.

SECTION 5A. CHILD IMMUNIZATION (LAST BIRTH)

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
501A (1)	CHECK 215 IN THE BIRTH HISTORY: ANY BIRTHS IN 2012-2015? ONE OR MORE BIRTHS IN 2012-2015 ☐ NO BIRTHS IN 2012-2015 ☐		→ 601
502A (1)	RECORD THE NAME AND BIRTH HISTORY NUMBER FROM 212 OF THE LAST CHILD BORN IN 2012-2015. NAME OF LAST BIRTH _____ BIRTH HISTORY NUMBER		
503A	CHECK 216 FOR CHILD: LIVING ☐ DEAD ☐		→ 501B
504A (2)	Do you have a card or other document where (NAME)'s vaccinations are written down?	YES, HAS ONLY A CARD 1 YES, HAS ONLY AN OTHER DOCUMENT 2 YES, HAS CARD AND OTHER DOCUMENT 3 NO, NO CARD AND NO OTHER DOCUMENT .. 4	→ 507A → 507A
505A (2)	Did you ever have a vaccination card for (NAME)?	YES 1 NO 2	
506A	CHECK 504A: CODE '2' CIRCLED ☐ CODE '4' CIRCLED ☐		→ 511A
507A (2)	May I see the card or other document where (NAME)'s vaccinations are written down?	YES, ONLY CARD SEEN 1 YES, ONLY OTHER DOCUMENT SEEN 2 YES, CARD AND OTHER DOCUMENT SEEN .. 3 NO CARD AND NO OTHER DOCUMENT SEEN .. 4	→ 511A

SECTION 5A. CHILD IMMUNIZATION (LAST BIRTH)

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP												
	NAME OF LAST BIRTH _____	BIRTH HISTORY NUMBER 													
508A (2)	COPY DATES FROM THE CARD. WRITE '44' IN 'DAY' COLUMN IF CARD SHOWS THAT A DOSE WAS GIVEN, BUT NO DATE IS RECORDED.														
(3)		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <th align="center" colspan="2">DAY</th> <th align="center" colspan="2">MONTH</th> <th align="center" colspan="2">YEAR</th> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	DAY		MONTH		YEAR								
DAY		MONTH		YEAR											
	BCG	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													
	HEPATITIS B AT BIRTH	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													
(4)	ORAL POLIO VACCINE (OPV) 0 (BIRTH DOSE)	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													
	ORAL POLIO VACCINE (OPV) 1	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													
	ORAL POLIO VACCINE (OPV) 2	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													
	ORAL POLIO VACCINE (OPV) 3	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													
(5)	INACTIVATED POLIO VACCINE (IPV)	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													
(6)	DPT-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 1	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													
(6)	DPT-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 2	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													
(6)	DPT-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 3	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													
(6)	DPT-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 4	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													
	PNEUMOCOCCAL 1	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													
	PNEUMOCOCCAL 2	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													
(7)	PNEUMOCOCCAL 3	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													
	ROTAVIRUS 1	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													
	ROTAVIRUS 2	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													
(7)	ROTAVIRUS 3	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													
(8)	[MEASLES CONTAINING VACCINE] 1	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													
(8)	[MEASLES CONTAINING VACCINE] 2	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													
(9)	VITAMIN A (MOST RECENT)	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													
509A (10)	CHECK 508A: 'BCG' TO '[MEASLES CONTAINING VACCINE] 2' ALL RECORDED? NO ☐ YES ☐		→ 525A												
510A (11)	In addition to what is recorded on (this document/these documents), did (NAME) receive any other vaccinations, including vaccinations received in campaigns or immunization days or child health days? RECORD 'YES' ONLY IF THE RESPONDENT MENTIONS AT LEAST ONE OF THE VACCINATIONS IN 508A THAT ARE NOT RECORDED AS HAVING BEEN GIVEN.	YES 1 (PROBE FOR VACCINATIONS AND WRITE '66' IN THE CORRESPONDING DAY COLUMN IN 508A THEN WRITE '00' IN THE CORRESPONDING DAY COLUMN FOR ALL VACCINATIONS NOT GIVEN) (THEN SKIP TO 525A) NO 2 DON'T KNOW 8 (WRITE '00' IN THE CORRESPONDING DAY COLUMN FOR ALL VACCINATIONS NOT GIVEN) (THEN SKIP TO 525A)													

SECTION 5A. CHILD IMMUNIZATION (LAST BIRTH)

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
	NAME OF LAST BIRTH _____	BIRTH HISTORY NUMBER	
511A (11)	Did (NAME) ever receive any vaccinations to prevent (NAME) from getting diseases, including vaccinations received in campaigns or immunization days or child health days?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	→ 525A
512A	Has (NAME) ever received a BCG vaccination against tuberculosis, that is, an injection in the arm or shoulder that usually causes a scar?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	
513A	Within 24 hours after birth, did (NAME) receive a Hepatitis B vaccination, that is, an injection in the thigh to prevent Hepatitis B?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	
514A	Has (NAME) ever received oral polio vaccine, that is, about two drops in the mouth to prevent polio?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	→ 517A
515A (4)	Did (NAME) receive the first oral polio vaccine in the first two weeks after birth or later?	FIRST TWO WEEKS 1 LATER 2	
516A	How many times did (NAME) receive the oral polio vaccine?	NUMBER OF TIMES	
516A1 (5)	The last time (NAME) received the polio drops, did (NAME) also get an IPV injection in the arm to protect against polio?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	
517A (6) (12)	Has (NAME) ever received a pentavalent vaccination, that is, an injection given in the thigh sometimes at the same time as polio drops?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	→ 519A
518A (6)	How many times did (NAME) receive the pentavalent vaccine?	NUMBER OF TIMES	

SECTION 5A. CHILD IMMUNIZATION (LAST BIRTH)

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
	NAME OF LAST BIRTH _____	BIRTH HISTORY NUMBER	
519A (12)	Has (NAME) ever received a pneumococcal vaccination, that is, an injection in the thigh to prevent pneumonia?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	→ 521A
520A	How many times did (NAME) receive the pneumococcal vaccine?	NUMBER OF TIMES	
521A	Has (NAME) ever received a rotavirus vaccination, that is, liquid in the mouth to prevent diarrhea?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	→ 523A
522A	How many times did (NAME) receive the rotavirus vaccine?	NUMBER OF TIMES	
523A (8)	Has (NAME) ever received a measles vaccination, that is, an injection in the arm to prevent measles?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	→ 525A
524A (8) (13)	How many times did (NAME) receive the measles vaccine?	NUMBER OF TIMES	
525A	In the last 7 days was (NAME) given:	YES NO DK a) [LOCAL NAME FOR MULTIPLE MICRONUTRIENT POWDER]? a) [POWDER] 1 2 8 b) [LOCAL NAME FOR READY TO USE THERAPEUTIC FOOD SUCH AS PLUMPY'NUT]? b) [PLUMPY'NUT] 1 2 8 c) [LOCAL NAME FOR READY TO USE SUPPLEMENTAL FOOD SUCH AS PLUMPY'DOZ]? c) [PLUMPY'DOZ] 1 2 8	
526A	CONTINUE WITH 501B.		

SECTION 5B. CHILD IMMUNIZATION (NEXT-TO-LAST BIRTH)

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
501B (1)	CHECK 215 IN THE BIRTH HISTORY: ANY MORE BIRTHS IN 2012-2015? MORE BIRTHS IN 2012-2015 ☐ NO MORE BIRTHS IN 2012-2015 ☐		→ 601
502B (1)	RECORD THE NAME AND BIRTH HISTORY NUMBER FROM 212 OF THE NEXT-TO-LAST CHILD BORN IN 2012-2015. NAME OF NEXT-TO-LAST BIRTH _____ BIRTH HISTORY NUMBER		
503B	CHECK 216 FOR CHILD: LIVING ☐ DEAD ☐		→ 526B
504B (2)	Do you have a card or other document where (NAME)'s vaccinations are written down?	YES, HAS ONLY A CARD 1 YES, HAS ONLY AN OTHER DOCUMENT 2 YES, HAS CARD AND OTHER DOCUMENT 3 NO, NO CARD AND NO OTHER DOCUMENT .. 4	→ 507B → 507B
505B (2)	Did you ever have a vaccination card for (NAME)?	YES 1 NO 2	
506B	CHECK 504B: CODE '2' CIRCLED ☐ CODE '4' CIRCLED ☐		→ 511B
507B (2)	May I see the card or other document where (NAME)'s vaccinations are written down?	YES, ONLY CARD SEEN 1 YES, ONLY OTHER DOCUMENT SEEN 2 YES, CARD AND OTHER DOCUMENT SEEN .. 3 NO CARD AND NO OTHER DOCUMENT SEEN .. 4	→ 511B

SECTION 5B. CHILD IMMUNIZATION (NEXT-TO-LAST BIRTH)

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP																																																																																																																																																																
	NAME OF NEXT-TO-LAST BIRTH _____	BIRTH HISTORY NUMBER 																																																																																																																																																																	
508B (2)	COPY DATES FROM THE CARD. WRITE '44' IN 'DAY' COLUMN IF CARD SHOWS THAT A DOSE WAS GIVEN, BUT NO DATE IS RECORDED.																																																																																																																																																																		
(3)		DAY MONTH YEAR <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td>BCG</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>HEPATITIS B AT BIRTH</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>(4) ORAL POLIO VACCINE (OPV) 0 (BIRTH DOSE)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ORAL POLIO VACCINE (OPV) 1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ORAL POLIO VACCINE (OPV) 2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ORAL POLIO VACCINE (OPV) 3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>(5) INACTIVATED POLIO VACCINE (IPV)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>(6) DPT-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>(6) DPT-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>(6) DPT-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>(6) DPT-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PNEUMOCOCCAL 1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PNEUMOCOCCAL 2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>(7) PNEUMOCOCCAL 3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROTAVIRUS 1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROTAVIRUS 2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>(7) ROTAVIRUS 3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>(8) [MEASLES CONTAINING VACCINE] 1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>(8) [MEASLES CONTAINING VACCINE] 2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>(9) VITAMIN A (MOST RECENT)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	BCG								HEPATITIS B AT BIRTH								(4) ORAL POLIO VACCINE (OPV) 0 (BIRTH DOSE)								ORAL POLIO VACCINE (OPV) 1								ORAL POLIO VACCINE (OPV) 2								ORAL POLIO VACCINE (OPV) 3								(5) INACTIVATED POLIO VACCINE (IPV)								(6) DPT-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 1								(6) DPT-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 2								(6) DPT-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 3								(6) DPT-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 4								PNEUMOCOCCAL 1								PNEUMOCOCCAL 2								(7) PNEUMOCOCCAL 3								ROTAVIRUS 1								ROTAVIRUS 2								(7) ROTAVIRUS 3								(8) [MEASLES CONTAINING VACCINE] 1								(8) [MEASLES CONTAINING VACCINE] 2								(9) VITAMIN A (MOST RECENT)								
BCG																																																																																																																																																																			
HEPATITIS B AT BIRTH																																																																																																																																																																			
(4) ORAL POLIO VACCINE (OPV) 0 (BIRTH DOSE)																																																																																																																																																																			
ORAL POLIO VACCINE (OPV) 1																																																																																																																																																																			
ORAL POLIO VACCINE (OPV) 2																																																																																																																																																																			
ORAL POLIO VACCINE (OPV) 3																																																																																																																																																																			
(5) INACTIVATED POLIO VACCINE (IPV)																																																																																																																																																																			
(6) DPT-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 1																																																																																																																																																																			
(6) DPT-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 2																																																																																																																																																																			
(6) DPT-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 3																																																																																																																																																																			
(6) DPT-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 4																																																																																																																																																																			
PNEUMOCOCCAL 1																																																																																																																																																																			
PNEUMOCOCCAL 2																																																																																																																																																																			
(7) PNEUMOCOCCAL 3																																																																																																																																																																			
ROTAVIRUS 1																																																																																																																																																																			
ROTAVIRUS 2																																																																																																																																																																			
(7) ROTAVIRUS 3																																																																																																																																																																			
(8) [MEASLES CONTAINING VACCINE] 1																																																																																																																																																																			
(8) [MEASLES CONTAINING VACCINE] 2																																																																																																																																																																			
(9) VITAMIN A (MOST RECENT)																																																																																																																																																																			
509B (10)	CHECK 508B: 'BCG' TO '[MEASLES CONTAINING VACCINE] 2' ALL RECORDED? NO ☐ YES ☐		→ 525B																																																																																																																																																																
510B (11)	In addition to what is recorded on (this document/these documents), did (NAME) receive any other vaccinations, including vaccinations received in campaigns or immunization days or child health days? RECORD 'YES' ONLY IF THE RESPONDENT MENTIONS AT LEAST ONE OF THE VACCINATIONS IN 508B THAT ARE NOT RECORDED AS HAVING BEEN GIVEN.	YES 1 (PROBE FOR VACCINATIONS AND WRITE '66' IN THE CORRESPONDING DAY COLUMN IN 508B THEN WRITE '00' IN THE CORRESPONDING DAY COLUMN FOR ALL VACCINATIONS NOT GIVEN) (THEN SKIP TO 525B) 1 ← NO 2 DON'T KNOW 8 (WRITE '00' IN THE CORRESPONDING DAY COLUMN FOR ALL VACCINATIONS NOT GIVEN) (THEN SKIP TO 525B) 2 8 ←																																																																																																																																																																	

SECTION 5B. CHILD IMMUNIZATION (NEXT-TO-LAST BIRTH)

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
	NAME OF NEXT-TO-LAST BIRTH _____	BIRTH HISTORY NUMBER	
511B (11)	Did (NAME) ever receive any vaccinations to prevent (NAME) from getting diseases, including vaccinations received in campaigns or immunization days or child health days?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	→ 525B
512B	Has (NAME) ever received a BCG vaccination against tuberculosis, that is, an injection in the arm or shoulder that usually causes a scar?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	
513B	Within 24 hours after birth, did (NAME) receive a Hepatitis B vaccination, that is, an injection in the thigh to prevent Hepatitis B?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	
514B	Has (NAME) ever received oral polio vaccine, that is, about two drops in the mouth to prevent polio?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	→ 517B
515B (4)	Did (NAME) receive the first oral polio vaccine in the first two weeks after birth or later?	FIRST TWO WEEKS 1 LATER 2	
516B	How many times did (NAME) receive the oral polio vaccine?	NUMBER OF TIMES	
516B1 (5)	The last time (NAME) received the polio drops, did (NAME) also get an IPV injection in the arm to protect against polio?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	
517B (6) (12)	Has (NAME) ever received a pentavalent vaccination, that is, an injection given in the thigh sometimes at the same time as polio drops?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	→ 519B
518B (6)	How many times did (NAME) receive the pentavalent vaccine?	NUMBER OF TIMES	

SECTION 5B. CHILD IMMUNIZATION (NEXT-TO-LAST BIRTH)

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP																
	NAME OF NEXT-TO-LAST BIRTH _____	BIRTH HISTORY NUMBER																	
519B (12)	Has (NAME) ever received a pneumococcal vaccination, that is, an injection in the thigh to prevent pneumonia?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	→ 521B																
520B	How many times did (NAME) receive the pneumococcal vaccine?	NUMBER OF TIMES																	
521B	Has (NAME) ever received a rotavirus vaccination, that is, liquid in the mouth to prevent diarrhea?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	→ 523B																
522B	How many times did (NAME) receive the rotavirus vaccine?	NUMBER OF TIMES																	
523B (8)	Has (NAME) ever received a measles vaccination, that is, an injection in the arm to prevent measles?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	→ 525B																
524B (8) (13)	How many times did (NAME) receive the measles vaccine?	NUMBER OF TIMES																	
525B	In the last 7 days was (NAME) given: a) [LOCAL NAME FOR MULTIPLE MICRONUTRIENT POWDER]? b) [LOCAL NAME FOR READY TO USE THERAPEUTIC FOOD SUCH AS PLUMPY'NUT]? c) [LOCAL NAME FOR READY TO USE SUPPLEMENTAL FOOD SUCH AS PLUMPY'DOZ]?	<table border="0"> <tr> <td></td><td>YES</td><td>NO</td><td>DK</td></tr> <tr> <td>a) [POWDER]</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>b) [PLUMPY'NUT]</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>c) [PLUMPY'DOZ]</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </table>		YES	NO	DK	a) [POWDER]	1	2	8	b) [PLUMPY'NUT]	1	2	8	c) [PLUMPY'DOZ]	1	2	8	
	YES	NO	DK																
a) [POWDER]	1	2	8																
b) [PLUMPY'NUT]	1	2	8																
c) [PLUMPY'DOZ]	1	2	8																
526B (1)	CHECK 215 IN BIRTH HISTORY: ANY MORE BIRTHS IN 2012-2015? MORE BIRTHS IN 2012-2015 ☐ (GO TO 502B IN AN ADDITIONAL QUESTIONNAIRE) NO MORE BIRTHS IN 2012-2015 ☐ → 601																		

SECTION 5A AND 5B. FOOTNOTES

- (1) Year of fieldwork is assumed to be 2015. For fieldwork beginning in 2016, all references to calendar years should be increased by one; for example, 2009 should be changed to 2010, 2010 should be changed to 2011, 2011 should be changed to 2012, and similarly for all years throughout the questionnaire.
- (2) Replace the word 'card' with the term used locally to refer to the official vaccination record for the child, such as 'mother and child booklet'.
- (3) The questionnaire should look like the vaccination card in the country. Obtain current or recent vaccination cards from the national immunization program. Add yellow fever, rubella, or any other vaccine recommended in the country for children under age 3. Delete any of these vaccinations that are not included in the country's vaccination schedule. Consult with the EPI program in the country to verify the questionnaire reflects the correct vaccination card.
- (4) Delete in countries where polio 0 (polio at birth) is not part of the immunization schedule.
- (5) Delete in countries where IPV is not part of the immunization schedule.
- (6) Adapt question locally to follow national immunization schedule. If DPT, Hep. B and Hib are given separately, provide separate entries for the recommended number of doses of each.
- (7) If vaccination schedule only uses two doses of vaccine, remove 3rd entry.
- (8) Adapt question locally to use the name of the measles containing vaccination (MCV) used in the country: measles, MMR, or MR.
- (9) If vaccination schedule only uses one dose of vaccine, remove 2nd entry.
- (10) Filter should reflect the vaccination list on the card (excluding vitamin A, which is not a vaccination).
- (11) Change the wording of this question to match the names used for supplemental immunization activities in the country.
- (12) Adapt question locally after determining the most common injection site. For example, pentavalent may be given in the left outer thigh, and pneumococcal in the right outer thigh.
- (13) Delete this question in countries where the vaccination schedule includes only one dose of measles containing vaccination.

SECTION 6. CHILD HEALTH AND NUTRITION

601	(1)	CHECK 224: ONE OR MORE BIRTHS IN 2010-2015 ☐ NO BIRTHS IN 2010-2015 ☐ → 648			
602	(1)	CHECK 215: RECORD THE BIRTH HISTORY NUMBER IN 603 AND THE NAME AND SURVIVAL STATUS IN 604 FOR EACH BIRTH IN 2010-2015. ASK THE QUESTIONS ABOUT ALL OF THESE BIRTHS. BEGIN WITH THE LAST BIRTH. IF THERE ARE MORE THAN 2 BIRTHS, USE LAST COLUMN OF ADDITIONAL QUESTIONNAIRE(S). Now I would like to ask some questions about your children born in the last five years. (We will talk about each separately.)			
603		BIRTH HISTORY NUMBER FROM 212 IN BIRTH HISTORY.	LAST BIRTH BIRTH HISTORY NUMBER	NEXT-TO-LAST BIRTH BIRTH HISTORY NUMBER	
604		FROM 212 AND 216:	NAME LIVING ☐ DEAD ☐ (SKIP TO 646) ←	NAME LIVING ☐ DEAD ☐ (SKIP TO 646) ←	
605		In the last six months, was (NAME) given a vitamin A dose like [this/any of these]? SHOW COMMON TYPES OF AMPULES/CAPSULES/SYRUPS.	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	
606		In the last seven days, was (NAME) given iron pills, sprinkles with iron, or iron syrup like [this/any of these]? SHOW COMMON TYPES OF PILLS/SPRINKLES/SYRUPS.	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	
607	(2)	Was (NAME) given any drug for intestinal worms in the last six months?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	
608	(3)	Has (NAME) had diarrhea in the last 2 weeks?	YES 1 NO 2 (SKIP TO 618) ← DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 (SKIP TO 618) ← DON'T KNOW 8	

SECTION 6. CHILD HEALTH AND NUTRITION

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH NAME _____	NEXT-TO-LAST BIRTH NAME _____
609	CHECK 469: CURRENTLY BREASTFEEDING? YES ☐ NO/ NOT ASKED ☐ a) Now I would like to know how much (NAME) was given to drink during the diarrhea including breast milk. Was (NAME) given less than usual to drink, about the same amount, or more than usual to drink? IF LESS, PROBE: Was (NAME) given much less than usual to drink or somewhat less? b) Now I would like to know how much (NAME) was given to drink during the diarrhea. Was (NAME) given less than usual to drink, about the same amount, or more than usual to drink? IF LESS, PROBE: Was (NAME) given much less than usual to drink or somewhat less?	MUCH LESS 1 SOMEWHAT LESS 2 ABOUT THE SAME 3 MORE 4 NOTHING TO DRINK 5 DON'T KNOW 8	MUCH LESS 1 SOMEWHAT LESS 2 ABOUT THE SAME 3 MORE 4 NOTHING TO DRINK 5 DON'T KNOW 8
610	When (NAME) had diarrhea, was (NAME) given less than usual to eat, about the same amount, more than usual, or nothing to eat? IF LESS, PROBE: Was (NAME) given much less than usual to eat or somewhat less?	MUCH LESS 1 SOMEWHAT LESS 2 ABOUT THE SAME 3 MORE 4 STOPPED FOOD 5 NEVER GAVE FOOD 6 DON'T KNOW 8	MUCH LESS 1 SOMEWHAT LESS 2 ABOUT THE SAME 3 MORE 4 STOPPED FOOD 5 NEVER GAVE FOOD 6 DON'T KNOW 8
611	Did you seek advice or treatment for the diarrhea from any source?	YES 1 NO 2 (SKIP TO 615) ←	YES 1 NO 2 (SKIP TO 615) ←

SECTION 6. CHILD HEALTH AND NUTRITION

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH NAME _____	NEXT-TO-LAST BIRTH NAME _____
612 (4)	Where did you seek advice or treatment? Anywhere else? PROBE TO IDENTIFY THE TYPE OF SOURCE. IF UNABLE TO DETERMINE IF PUBLIC OR PRIVATE SECTOR, WRITE THE NAME OF THE PLACE(S). _____ (NAME OF PLACE(S))	PUBLIC SECTOR GOVERNMENT HOSPITAL . . . A GOVERNMENT HEALTH CENTER B GOVERNMENT HEALTH POST C MOBILE CLINIC D FIELDWORKER E OTHER PUBLIC SECTOR _____ F (SPECIFY) PRIVATE MEDICAL SECTOR PRIVATE HOSPITAL/CLINIC G PHARMACY H PRIVATE DOCTOR I MOBILE CLINIC J FIELDWORKER K OTHER PRIVATE MEDICAL SECTOR _____ L (SPECIFY) OTHER SOURCE SHOP M TRADITIONAL PRACTITIONER N MARKET O ITINERANT DRUG SELLER P OTHER _____ X (SPECIFY)	PUBLIC SECTOR GOVERNMENT HOSPITAL . . . A GOVERNMENT HEALTH CENTER B GOVERNMENT HEALTH POST C MOBILE CLINIC D FIELDWORKER E OTHER PUBLIC SECTOR _____ F (SPECIFY) PRIVATE MEDICAL SECTOR PRIVATE HOSPITAL/CLINIC G PHARMACY H PRIVATE DOCTOR I MOBILE CLINIC J FIELDWORKER K OTHER PRIVATE MEDICAL SECTOR _____ L (SPECIFY) OTHER SOURCE SHOP M TRADITIONAL PRACTITIONER N MARKET O ITINERANT DRUG SELLER P OTHER _____ X (SPECIFY)
613	CHECK 612:	TWO OR MORE CODES CIRCLED ☐ ONLY ONE CODE CIRCLED ☐ (SKIP TO 615) ←	TWO OR MORE CODES CIRCLED ☐ ONLY ONE CODE CIRCLED ☐ (SKIP TO 615) ←
614	Where did you first seek advice or treatment? USE LETTER CODE FROM 612.	FIRST PLACE ☐	FIRST PLACE ☐

SECTION 6. CHILD HEALTH AND NUTRITION

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH NAME _____	NEXT-TO-LAST BIRTH NAME _____
615	Was (NAME) given any of the following at any time since (NAME) started having the diarrhea: a) A fluid made from a special packet called [LOCAL NAME FOR ORS PACKET]? (5) b) A pre-packaged ORS liquid? (6) c) A government-recommended homemade fluid? d) Zinc tablets or syrup?	YES NO DK a) FLUID FROM ORS PACKET .. 1 2 8 b) ORS LIQUID .. 1 2 8 c) HOMEMADE FLUID 1 2 8 d) ZINC 1 2 8	YES NO DK a) FLUID FROM ORS PACKET .. 1 2 8 b) ORS LIQUID .. 1 2 8 c) HOMEMADE FLUID 1 2 8 d) ZINC 1 2 8
616	CHECK 615: ANY 'YES' ☐ ALL 'NO' OR 'DK' ☐ a) Was anything else given to treat the diarrhea? b) Was anything given to treat the diarrhea?	YES 1 NO 2 (SKIP TO 618) ← DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 (SKIP TO 618) ← DON'T KNOW 8
617	CHECK 615: ANY 'YES' ☐ ALL 'NO' OR 'DK' ☐ a) What else was given to treat the diarrhea? b) What was given to treat the diarrhea? Anything else? Anything else? RECORD ALL TREATMENTS GIVEN.	PILL OR SYRUP ANTIBIOTIC A ANTIMOTILITY B OTHER (NOT ANTIBIOTIC OR ANTIMOTILITY) C UNKNOWN PILL OR SYRUP D INJECTION ANTIBIOTIC E NON-ANTIBIOTIC F UNKNOWN INJECTION G (IV) INTRAVENOUS H HOME REMEDY/ HERBAL MEDICINE I OTHER X (SPECIFY)	PILL OR SYRUP ANTIBIOTIC A ANTIMOTILITY B OTHER (NOT ANTIBIOTIC OR ANTIMOTILITY) C UNKNOWN PILL OR SYRUP D INJECTION ANTIBIOTIC E NON-ANTIBIOTIC F UNKNOWN INJECTION G (IV) INTRAVENOUS H HOME REMEDY/ HERBAL MEDICINE I OTHER X (SPECIFY)
618	Has (NAME) been ill with a fever at any time in the last 2 weeks?	YES 1 NO 2 (SKIP TO 620) ← DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 (SKIP TO 620) ← DON'T KNOW 8
619 (7)	At any time during the illness, did (NAME) have blood taken from (NAME)'s finger or heel for testing?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8
620	Has (NAME) had an illness with a cough at any time in the last 2 weeks?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8
621	Has (NAME) had fast, short, rapid breaths or difficulty breathing at any time in the last 2 weeks?	YES 1 NO 2 (SKIP TO 623) ← DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 (SKIP TO 623) ← DON'T KNOW 8

SECTION 6. CHILD HEALTH AND NUTRITION

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH NAME _____	NEXT-TO-LAST BIRTH NAME _____
622	Was the fast or difficult breathing due to a problem in the chest or to a blocked or runny nose?	CHEST ONLY 1 NOSE ONLY 2 BOTH 3 OTHER 6 (SPECIFY) DON'T KNOW 8 (SKIP TO 624) ←	CHEST ONLY 1 NOSE ONLY 2 BOTH 3 OTHER 6 (SPECIFY) DON'T KNOW 8 (SKIP TO 624) ←
623	CHECK 618: HAD FEVER?	YES ☐ NO OR DK ☐ ↓ (SKIP TO 646) ←	YES ☐ NO OR DK ☐ ↓ (SKIP TO 646) ←
624	Did you seek advice or treatment for the illness from any source?	YES 1 NO 2 (SKIP TO 629) ←	YES 1 NO 2 (SKIP TO 629) ←
625 (4)	Where did you seek advice or treatment? Anywhere else? PROBE TO IDENTIFY THE TYPE OF SOURCE. IF UNABLE TO DETERMINE IF PUBLIC OR PRIVATE SECTOR, WRITE THE NAME OF THE PLACE(S). _____ (NAME OF PLACE(S))	PUBLIC SECTOR GOVERNMENT HOSPITAL... A GOVERNMENT HEALTH CENTER B GOVERNMENT HEALTH POST C MOBILE CLINIC D FIELDWORKER/CHW E OTHER PUBLIC SECTOR _____ F (SPECIFY) PRIVATE MEDICAL SECTOR PRIVATE HOSPITAL/CLINIC G PHARMACY H PRIVATE DOCTOR I MOBILE CLINIC J FIELDWORKER/CHW K OTHER PRIVATE MEDICAL SECTOR _____ L (SPECIFY) OTHER SOURCE SHOP M TRADITIONAL PRACTITIONER N MARKET O ITINERANT DRUG SELLER P OTHER X (SPECIFY)	PUBLIC SECTOR GOVERNMENT HOSPITAL... A GOVERNMENT HEALTH CENTER B GOVERNMENT HEALTH POST C MOBILE CLINIC D FIELDWORKER/CHW E OTHER PUBLIC SECTOR _____ F (SPECIFY) PRIVATE MEDICAL SECTOR PRIVATE HOSPITAL/CLINIC G PHARMACY H PRIVATE DOCTOR I MOBILE CLINIC J FIELDWORKER/CHW K OTHER PRIVATE MEDICAL SECTOR _____ L (SPECIFY) OTHER SOURCE SHOP M TRADITIONAL PRACTITIONER N MARKET O ITINERANT DRUG SELLER P OTHER X (SPECIFY)
626	CHECK 625:	TWO OR MORE CODES CIRCLED ☐ ONLY ONE CODE CIRCLED ☐ ↓ (SKIP TO 628) ←	TWO OR MORE CODES CIRCLED ☐ ONLY ONE CODE CIRCLED ☐ ↓ (SKIP TO 628) ←

SECTION 6. CHILD HEALTH AND NUTRITION

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH NAME _____	NEXT-TO-LAST BIRTH NAME _____
627	Where did you first seek advice or treatment? USE LETTER CODE FROM 625.	FIRST PLACE ☐	FIRST PLACE ☐
628	How many days after the illness began did you first seek advice or treatment for (NAME)? IF THE SAME DAY RECORD '00'.	DAYS	DAYS
629	At any time during the illness, did (NAME) take any drugs for the illness?	YES 1 NO 2 (SKIP TO 646) ← DON'T KNOW 8	YES 1 NO 2 (SKIP TO 646) ← DON'T KNOW 8
630 (8)	What drugs did (NAME) take? Any other drugs? RECORD ALL MENTIONED.	ANTIMALARIAL DRUGS ARTEMISININ COMBINATION THERAPY (ACT) A SP/FANSIDAR B CHLOROQUINE C AMODIAQUINE D QUININE PILLS E INJECTION/IV F ARTESUNATE RECTAL G INJECTION/IV H OTHER ANTIMALARIAL I (SPECIFY) ANTIBIOTIC DRUGS PILL/SYRUP J INJECTION/IV K OTHER DRUGS ASPIRIN L ACETAMINOPHEN M IBUPROFEN N OTHER X (SPECIFY) DON'T KNOW Z	ANTIMALARIAL DRUGS ARTEMISININ COMBINATION THERAPY (ACT) A SP/FANSIDAR B CHLOROQUINE C AMODIAQUINE D QUININE PILLS E INJECTION/IV F ARTESUNATE RECTAL G INJECTION/IV H OTHER ANTIMALARIAL I (SPECIFY) ANTIBIOTIC DRUGS PILL/SYRUP J INJECTION/IV K OTHER DRUGS ASPIRIN L ACETAMINOPHEN M IBUPROFEN N OTHER X (SPECIFY) DON'T KNOW Z
631 (7)	CHECK 630: ANY CODE A-I CIRCLED?	YES NO ☐ ☐ (SKIP TO 646) ←	YES NO ☐ ☐ (SKIP TO 646) ←

SECTION 6. CHILD HEALTH AND NUTRITION

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH NAME _____	NEXT-TO-LAST BIRTH NAME _____
632 (7)	CHECK 630: ARTEMISININ COMBINATION THERAPY ('A') GIVEN	CODE 'A' CIRCLED ☐ ↓ CODE 'A' NOT CIRCLED ☐ ↓ (SKIP TO 634) ←	CODE 'A' CIRCLED ☐ ↓ CODE 'A' NOT CIRCLED ☐ ↓ (SKIP TO 634) ←
633 (7)	How long after the fever started did (NAME) first take an artemisinin combination therapy?	SAME DAY 0 NEXT DAY 1 TWO DAYS AFTER FEVER 2 THREE OR MORE DAYS AFTER FEVER 3 DON'T KNOW 8	SAME DAY 0 NEXT DAY 1 TWO DAYS AFTER FEVER 2 THREE OR MORE DAYS AFTER FEVER 3 DON'T KNOW 8
634 (7)	CHECK 630: SP/FANSIDAR ('B') GIVEN	CODE 'B' CIRCLED ☐ ↓ CODE 'B' NOT CIRCLED ☐ ↓ (SKIP TO 636) ←	CODE 'B' CIRCLED ☐ ↓ CODE 'B' NOT CIRCLED ☐ ↓ (SKIP TO 636) ←
635 (7)	How long after the fever started did (NAME) first take SP/Fansidar?	SAME DAY 0 NEXT DAY 1 TWO DAYS AFTER FEVER 2 THREE OR MORE DAYS AFTER FEVER 3 DON'T KNOW 8	SAME DAY 0 NEXT DAY 1 TWO DAYS AFTER FEVER 2 THREE OR MORE DAYS AFTER FEVER 3 DON'T KNOW 8
636 (7)	CHECK 630: CHLOROQUINE ('C') GIVEN	CODE 'C' CIRCLED ☐ ↓ CODE 'C' NOT CIRCLED ☐ ↓ (SKIP TO 638) ←	CODE 'C' CIRCLED ☐ ↓ CODE 'C' NOT CIRCLED ☐ ↓ (SKIP TO 638) ←
637 (7)	How long after the fever started did (NAME) first take chloroquine?	SAME DAY 0 NEXT DAY 1 TWO DAYS AFTER FEVER 2 THREE OR MORE DAYS AFTER FEVER 3 DON'T KNOW 8	SAME DAY 0 NEXT DAY 1 TWO DAYS AFTER FEVER 2 THREE OR MORE DAYS AFTER FEVER 3 DON'T KNOW 8
638 (7)	CHECK 630: AMODIAQUINE ('D') GIVEN	CODE 'D' CIRCLED ☐ ↓ CODE 'D' NOT CIRCLED ☐ ↓ (SKIP TO 640) ←	CODE 'D' CIRCLED ☐ ↓ CODE 'D' NOT CIRCLED ☐ ↓ (SKIP TO 640) ←
639 (7)	How long after the fever started did (NAME) first take amodiaquine?	SAME DAY 0 NEXT DAY 1 TWO DAYS AFTER FEVER 2 THREE OR MORE DAYS AFTER FEVER 3 DON'T KNOW 8	SAME DAY 0 NEXT DAY 1 TWO DAYS AFTER FEVER 2 THREE OR MORE DAYS AFTER FEVER 3 DON'T KNOW 8

SECTION 6. CHILD HEALTH AND NUTRITION

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	LAST BIRTH NAME _____	NEXT-TO-LAST BIRTH NAME _____
640 (7)	CHECK 630: QUININE ('E' OR 'F') GIVEN	CODE 'E' OR 'F' CIRCLED ☐ CODE 'E' OR 'F' NOT CIRCLED ☐ (SKIP TO 642) ←	CODE 'E' OR 'F' CIRCLED ☐ CODE 'E' OR 'F' NOT CIRCLED ☐ (SKIP TO 642) ←
641 (7)	How long after the fever started did (NAME) first take quinine?	SAME DAY 0 NEXT DAY 1 TWO DAYS AFTER FEVER 2 THREE OR MORE DAYS AFTER FEVER 3 DON'T KNOW 8	SAME DAY 0 NEXT DAY 1 TWO DAYS AFTER FEVER 2 THREE OR MORE DAYS AFTER FEVER 3 DON'T KNOW 8
642 (7)	CHECK 630: ARTESUNATE ('G' OR 'H') GIVEN	CODE 'G' OR 'H' CIRCLED ☐ CODE 'G' OR 'H' NOT CIRCLED ☐ (SKIP TO 644) ←	CODE 'G' OR 'H' CIRCLED ☐ CODE 'G' OR 'H' NOT CIRCLED ☐ (SKIP TO 644) ←
643 (7)	How long after the fever started did (NAME) first take artesunate?	SAME DAY 0 NEXT DAY 1 TWO DAYS AFTER FEVER 2 THREE OR MORE DAYS AFTER FEVER 3 DON'T KNOW 8	SAME DAY 0 NEXT DAY 1 TWO DAYS AFTER FEVER 2 THREE OR MORE DAYS AFTER FEVER 3 DON'T KNOW 8
644 (7)	CHECK 630: OTHER ANTIMALARIAL ('I') GIVEN	CODE 'I' CIRCLED ☐ CODE 'I' NOT CIRCLED ☐ (SKIP TO 646) ←	CODE 'I' CIRCLED ☐ CODE 'I' NOT CIRCLED ☐ (SKIP TO 646) ←
645 (7)	How long after the fever started did (NAME) first take (OTHER ANTIMALARIAL)?	SAME DAY 0 NEXT DAY 1 TWO DAYS AFTER FEVER 2 THREE OR MORE DAYS AFTER FEVER 3 DON'T KNOW 8	SAME DAY 0 NEXT DAY 1 TWO DAYS AFTER FEVER 2 THREE OR MORE DAYS AFTER FEVER 3 DON'T KNOW 8
646		GO BACK TO 604 IN NEXT COLUMN; OR, IF NO MORE BIRTHS, GO TO 647.	GO TO 604 IN NEXT-TO-LAST COLUMN OF NEW QUESTIONNAIRE; OR, IF NO MORE BIRTHS, GO TO 647.

SECTION 6. CHILD HEALTH AND NUTRITION

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
647 (9)	CHECK 615(a) AND 615(b), ALL COLUMNS: NO CHILD RECEIVED FLUID FROM ORS PACKET OR PRE-PACKAGED ORS LIQUID ☐ ANY CHILD RECEIVED FLUID FROM ORS PACKET OR PRE-PACKAGED ORS LIQUID ☐		→ 649
648 (9)	Have you ever heard of a special product called [LOCAL NAME FOR ORS PACKET OR PRE-PACKAGED ORS LIQUID] you can get for the treatment of diarrhea?	YES 1 NO 2	
649 (1)	CHECK 215 AND 218, ALL ROWS: NUMBER OF CHILDREN BORN IN 2013-2015 LIVING WITH THE RESPONDENT ONE OR MORE ☐ NONE ☐ _____ (NAME OF YOUNGEST CHILD LIVING WITH HER)		→ 701

SECTION 6. CHILD HEALTH AND NUTRITION

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES			SKIP
650 (10)	Now I would like to ask you about liquids or foods that (NAME FROM 649) had yesterday during the day or at night. I am interested in whether your child had the item I mention even if it was combined with other foods. Did (NAME FROM 649) drink or eat:	YES	NO	DK	
	a) Plain water?	a) 1	2	8	
	b) Juice or juice drinks?	b) 1	2	8	
	c) Clear broth?	c) 1	2	8	
	d) Milk such as tinned, powdered, or fresh animal milk? IF YES: How many times did (NAME) drink milk? IF 7 OR MORE TIMES, RECORD '7'.	d) 1	2	8	
		NUMBER OF TIMES DRANK			
	e) Infant formula? IF YES: How many times did (NAME) drink infant formula? IF 7 OR MORE TIMES, RECORD '7'.	e) 1	2	8	
		NUMBER OF TIMES DRANK			
	f) Any other liquids?	f) 1	2	8	
	g) Yogurt? IF YES: How many times did (NAME) eat yogurt? IF 7 OR MORE TIMES, RECORD '7'.	g) 1	2	8	
		NUMBER OF TIMES ATE			
(11)	h) Any [BRAND NAME OF COMMERCIALY FORTIFIED BABY FOOD, E.G., Cerelac]?	h) 1	2	8	
(12)	i) Bread, rice, noodles, porridge, or other foods made from grains?	i) 1	2	8	
(13)	j) Pumpkin, carrots, squash, or sweet potatoes that are yellow or orange inside?	j) 1	2	8	
	k) White potatoes, white yams, manioc, cassava, or any other foods made from roots?	k) 1	2	8	
(14)	l) Any dark green, leafy vegetables?	l) 1	2	8	
	m) Ripe mangoes, papayas, or [INSERT ANY OTHER LOCALLY AVAILABLE VITAMIN A-RICH FRUITS]?	m) 1	2	8	
	n) Any other fruits or vegetables?	n) 1	2	8	
	o) Liver, kidney, heart, or other organ meats?	o) 1	2	8	
	p) Any meat, such as beef, pork, lamb, goat, chicken, or duck?	p) 1	2	8	
	q) Eggs?	q) 1	2	8	
	r) Fresh or dried fish or shellfish?	r) 1	2	8	
	s) Any foods made from beans, peas, lentils, or nuts?	s) 1	2	8	
	t) Cheese or other food made from milk?	t) 1	2	8	
	u) Any other solid, semi-solid, or soft food?	u) 1	2	8	
651	CHECK 650 (CATEGORIES 'g' THROUGH 'u'): NOT A SINGLE 'YES' ☐ AT LEAST ONE 'YES' ☐	→ 653			

SECTION 6. CHILD HEALTH AND NUTRITION

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
652	Did (NAME FROM 649) eat any solid, semi-solid, or soft foods yesterday during the day or at night? IF 'YES' PROBE: What kind of solid, semi-solid or soft foods did (NAME) eat?	YES 1 (GO BACK TO 650 TO RECORD FOOD EATEN YESTERDAY) (THEN CONTINUE TO 653) NO 2	→ 654
653	How many times did (NAME FROM 649) eat solid, semi-solid, or soft foods yesterday during the day or at night? IF 7 OR MORE TIMES, RECORD '7'.	NUMBER OF TIMES DON'T KNOW 8	
654	The last time (NAME FROM 649) passed stools, what was done to dispose of the stools?	CHILD USED TOILET OR LATRINE 01 PUT/RINSED INTO TOILET OR LATRINE 02 PUT/RINSED INTO DRAIN OR DITCH 03 THROWN INTO GARBAGE 04 BURIED 05 LEFT IN THE OPEN 06 OTHER 96 (SPECIFY)	

SECTION 6. FOOTNOTES

- (1) Year of fieldwork is assumed to be 2015. For fieldwork beginning in 2016, all references to calendar years should be increased by one; for example, 2009 should be changed to 2010, 2010 should be changed to 2011, 2011 should be changed to 2012, and similarly for all years throughout the questionnaire.
- (2) The question should be deleted in surveys in countries where there is no program for deworming.
- (3) The term(s) used for diarrhea should encompass the expressions used for all forms of diarrhea, including bloody stools (consistent with dysentery), watery stools, etc.
- (4) Coding categories to be developed locally; however, the broad categories must be maintained. Additions to the codes under the private medical sector heading may include religious affiliated sources and NGO sources.
- (5) Include in the question the common names/brands for pre-packaged ORS liquids. If pre-packaged ORS liquids are not available in the country, this item should be deleted.
- (6) This item should be adapted to include the terms used locally for the recommended home fluid. The ingredients promoted by the government for making the recommended home fluid should be reflected in the category. If the government does not recommend a homemade fluid, then the word "government" should be dropped from the question.
- (7) The question should be deleted in countries that are not affected by malaria.
- (8) Coding categories to be developed locally and revised based on the pretest. All antimalarials commonly used in the country should be included in the response categories. Common brand names of drugs, such as Bayer, Tylenol or Paracetamol, should be added to the response categories for aspirin, acetaminophen, or ibuprofen as appropriate.
- (9) Delete "OR PRE-PACKAGED ORS LIQUID" in countries where such liquid is not available.
- (10) A separate category: "Foods made with red palm oil, palm nut, or palm nut pulp sauce" must be added in countries where these items are consumed. A separate category: "Grubs, snails, insects or other small protein food" must be added in countries where these items are eaten. Items in each food group should be modified to include only those foods that are locally available and/or consumed in the country.
- (11) In the case of fortified foods, the interviewer should ask to see the package and/or brand label (if available) to confirm that the food is fortified.
- (12) Grains include millet, sorghum, maize, rice, wheat, or other local grains. Start with local foods, e.g. ugali, nshima, fufu, chapati, then follow with bread, rice, noodles, etc.
- (13) Items in this category should be modified to include only Vitamin A rich tubers, starches, or red, orange, or yellow vegetables that are consumed in the country.
- (14) These include cassava leaves, bean leaves, kale, spinach, pepper leaves, taro leaves, amaranth leaves, or other dark green, leafy vegetables.

SECTION 7. MARRIAGE AND SEXUAL ACTIVITY

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
701	Are you currently married or living together with a man as if married?	YES, CURRENTLY MARRIED 1 YES, LIVING WITH A MAN 2 NO, NOT IN UNION 3	☐ → 704
702	Have you ever been married or lived together with a man as if married?	YES, FORMERLY MARRIED 1 YES, LIVED WITH A MAN 2 NO 3	☐ → 712
703	What is your marital status now: are you widowed, divorced, or separated?	WIDOWED 1 DIVORCED 2 SEPARATED 3	☐ → 709
704	Is your (husband/partner) living with you now or is he staying elsewhere?	LIVING WITH HER 1 STAYING ELSEWHERE 2	
705	RECORD THE HUSBAND'S/PARTNER'S NAME AND LINE NUMBER FROM THE HOUSEHOLD QUESTIONNAIRE. IF HE IS NOT LISTED IN THE HOUSEHOLD, RECORD '00'.	NAME _____ LINE NO.	
706 (1)	Does your (husband/partner) have other wives or does he live with other women as if married?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	☐ → 709
707 (1)	Including yourself, in total, how many wives or live-in partners does he have?	TOTAL NUMBER OF WIVES AND LIVE-IN PARTNERS DON'T KNOW 98	
708 (1)	Are you the first, second, ... wife?	RANK	
709	Have you been married or lived with a man only once or more than once?	ONLY ONCE 1 MORE THAN ONCE 2	
710	CHECK 709: MARRIED/ LIVED WITH A MAN ONLY ONCE ↓ a) In what month and year did you start living with your (husband/partner)? MARRIED/ LIVED WITH A MAN MORE THAN ONCE ↓ b) Now I would like to ask about your first (husband/partner). In what month and year did you start living with him?	MONTH DON'T KNOW MONTH 98 YEAR DON'T KNOW YEAR 9998	☐ → 712
711	How old were you when you first started living with him?	AGE	

SECTION 7. MARRIAGE AND SEXUAL ACTIVITY

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
712	CHECK FOR PRESENCE OF OTHERS. BEFORE CONTINUING, MAKE EVERY EFFORT TO ENSURE PRIVACY.		
713	Now I would like to ask some questions about sexual activity in order to gain a better understanding of some important life issues. Let me assure you again that your answers are completely confidential and will not be told to anyone. If we should come to any question that you don't want to answer, just let me know and we will go to the next question. How old were you when you had sexual intercourse for the very first time?	NEVER HAD SEXUAL INTERCOURSE 00 AGE IN YEARS	→ 731
714	I would like to ask you about your recent sexual activity. When was the last time you had sexual intercourse? IF LESS THAN 12 MONTHS, ANSWER MUST BE RECORDED IN DAYS, WEEKS OR MONTHS. IF 12 MONTHS (ONE YEAR) OR MORE, ANSWER MUST BE RECORDED IN YEARS.	DAYS AGO 1 WEEKS AGO 2 MONTHS AGO 3 YEARS AGO 4	→ 716 → 727

SECTION 7. MARRIAGE AND SEXUAL ACTIVITY

		LAST SEXUAL PARTNER	SECOND-TO-LAST SEXUAL PARTNER	THIRD-TO-LAST SEXUAL PARTNER
715	When was the last time you had sexual intercourse with this person?		DAYS AGO .. 1 WEEKS AGO .. 2 MONTHS AGO .. 3	DAYS AGO .. 1 WEEKS AGO .. 2 MONTHS AGO .. 3
716 (2)	The last time you had sexual intercourse with this person, was a condom used?	YES 1 NO 2 (SKIP TO 718) ←	YES 1 NO 2 (SKIP TO 718) ←	YES 1 NO 2 (SKIP TO 718) ←
717	Was a condom used every time you had sexual intercourse with this person in the last 12 months?	YES 1 NO 2	YES 1 NO 2	YES 1 NO 2
718	What was your relationship to this person with whom you had sexual intercourse? IF BOYFRIEND: Were you living together as if married? IF YES, RECORD '2'. IF NO, RECORD '3'.	HUSBAND 1 LIVE-IN PARTNER 2 BOYFRIEND NOT LIVING WITH RESPONDENT 3 CASUAL ACQUAINTANCE .. 4 CLIENT/SEX WORKER .. 5 OTHER 6 (SPECIFY)	HUSBAND 1 LIVE-IN PARTNER 2 BOYFRIEND NOT LIVING WITH RESPONDENT 3 CASUAL ACQUAINTANCE .. 4 CLIENT/SEX WORKER .. 5 OTHER 6 (SPECIFY)	HUSBAND 1 LIVE-IN PARTNER 2 BOYFRIEND NOT LIVING WITH RESPONDENT 3 CASUAL ACQUAINTANCE .. 4 CLIENT/SEX WORKER .. 5 OTHER 6 (SPECIFY)
719	How long ago did you first have sexual intercourse with this person?	DAYS AGO .. 1 WEEKS AGO .. 2 MONTHS AGO .. 3 YEARS AGO .. 4	DAYS AGO .. 1 WEEKS AGO .. 2 MONTHS AGO .. 3 YEARS AGO .. 4	DAYS AGO .. 1 WEEKS AGO .. 2 MONTHS AGO .. 3 YEARS AGO .. 4
720	How many times during the last 12 months did you have sexual intercourse with this person? IF NON-NUMERIC ANSWER, PROBE TO GET AN ESTIMATE. IF NUMBER OF TIMES IS 95 OR MORE, RECORD '95'.	NUMBER OF TIMES	NUMBER OF TIMES	NUMBER OF TIMES
721	How old is this person?	AGE OF PARTNER DON'T KNOW 98	AGE OF PARTNER DON'T KNOW 98	AGE OF PARTNER DON'T KNOW 98
722	Apart from this person, have you had sexual intercourse with any other person in the last 12 months?	YES 1 (GO BACK TO 715 IN NEXT COLUMN) ← NO 2 (SKIP TO 724) ←	YES 1 (GO BACK TO 715 IN NEXT COLUMN) ← NO 2 (SKIP TO 724) ←	
723	In total, with how many different people have you had sexual intercourse in the last 12 months? IF NON-NUMERIC ANSWER, PROBE TO GET AN ESTIMATE. IF NUMBER OF PARTNERS IS 95 OR MORE, RECORD '95'.			NUMBER OF PARTNERS LAST 12 MONTHS .. DON'T KNOW 98

SECTION 7. MARRIAGE AND SEXUAL ACTIVITY

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
724	CHECK 106: AGE 15-24 ☐ ↓ AGE 25-49 ☐	→ 727	
725	CHECK 701: NOT ☐ IN A UNION ↓ CURRENTLY MARRIED/ LIVING WITH A MAN ☐	→ 727	
726	In the past 12 months have you had sex or been sexually involved with anyone because he gave you or told you he would give you gifts, cash, or anything else?	YES 1 NO 2	
727	In total, with how many different people have you had sexual intercourse in your lifetime? IF NON-NUMERIC ANSWER, PROBE TO GET AN ESTIMATE. IF NUMBER OF PARTNERS IS 95 OR MORE, RECORD '95'.	NUMBER OF PARTNERS IN LIFETIME DON'T KNOW 98	
728	CHECK 716, MOST RECENT PARTNER (FIRST COLUMN): YES, ☐ CONDOM USED ↓ NO, ☐ CONDOM NOT USED NOT ☐ ASKED	→ 731 → 731	
729 (2)	You told me that a condom was used the last time you had sex. What is the brand name of the condom used at that time? IF BRAND NOT KNOWN, ASK TO SEE THE PACKAGE.	BRAND A 01 BRAND B 02 BRAND C 03 OTHER 96 (SPECIFY) DON'T KNOW 98	

SECTION 7. MARRIAGE AND SEXUAL ACTIVITY

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP												
730 (2) (3)	From where did you obtain the condom the last time? PROBE TO IDENTIFY TYPE OF SOURCE. IF UNABLE TO DETERMINE IF PUBLIC OR PRIVATE SECTOR, WRITE THE NAME OF THE PLACE. _____ (NAME OF PLACE)	PUBLIC SECTOR GOVERNMENT HOSPITAL 11 GOVERNMENT HEALTH CENTER 12 FAMILY PLANNING CLINIC 13 MOBILE CLINIC 14 FIELDWORKER 15 OTHER PUBLIC SECTOR _____ 16 (SPECIFY) PRIVATE MEDICAL SECTOR PRIVATE HOSPITAL/CLINIC 21 PHARMACY 22 PRIVATE DOCTOR 23 MOBILE CLINIC 24 FIELDWORKER 25 OTHER PRIVATE MEDICAL SECTOR _____ 26 (SPECIFY) OTHER SOURCE SHOP 31 CHURCH 32 FRIEND/RELATIVE 33 OTHER _____ 96 (SPECIFY) DON'T KNOW 98													
731	PRESENCE OF OTHERS DURING THIS SECTION.	<table> <tr> <td></td><td align="right">YES</td><td align="right">NO</td></tr> <tr> <td>CHILDREN <10</td><td align="right">1</td><td align="right">2</td></tr> <tr> <td>MALE ADULTS</td><td align="right">1</td><td align="right">2</td></tr> <tr> <td>FEMALE ADULTS</td><td align="right">1</td><td align="right">2</td></tr> </table>		YES	NO	CHILDREN <10	1	2	MALE ADULTS	1	2	FEMALE ADULTS	1	2	
	YES	NO													
CHILDREN <10	1	2													
MALE ADULTS	1	2													
FEMALE ADULTS	1	2													

SECTION 7. FOOTNOTES

- (1) The question should be deleted in countries where polygyny is not practiced.
- (2) In countries with an active female condom program, the wording of the question should be modified to include reference to both the male and female condom.
- (3) Coding categories to be developed locally; however, the broad categories must be maintained. Additions to the codes under the private medical sector heading may include religious affiliated sources and NGO sources.

SECTION 8. FERTILITY PREFERENCES

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
801	CHECK 304: NEITHER ☐ STERILIZED ↓	HE OR SHE ☐ STERILIZED →	813
802	CHECK 226: PREGNANT ☐ ↓	NOT PREGNANT ☐ OR UNSURE →	804
803	Now I have some questions about the future. After the child you are expecting now, would you like to have another child, or would you prefer not to have any more children?	HAVE ANOTHER CHILD 1 NO MORE 2 UNDECIDED/DON'T KNOW 8	→ 805 → 812
804	Now I have some questions about the future. Would you like to have (a/another) child, or would you prefer not to have any (more) children?	HAVE (A/ANOTHER) CHILD 1 NO MORE/NONE 2 SAYS SHE CAN'T GET PREGNANT 3 UNDECIDED/DON'T KNOW 8	→ 807 → 813 → 811
805	CHECK 226: NOT PREGNANT ☐ OR UNSURE ↓ PREGNANT ☐ ↓ a) How long would you like to wait from now before the birth of (a/another) child? b) After the birth of the child you are expecting now, how long would you like to wait before the birth of another child?	MONTHS 1 YEARS 2 SOON/NOW 993 SAYS SHE CAN'T GET PREGNANT 994 AFTER MARRIAGE 995 OTHER 996 (SPECIFY) DON'T KNOW 998	→ 811 → 813 → 811
806	CHECK 226: NOT PREGNANT ☐ OR UNSURE ↓	PREGNANT ☐ →	812
807	CHECK 303: USING A CONTRACEPTIVE METHOD? NOT ☐ CURRENTLY USING ↓	CURRENTLY ☐ USING →	813
808	CHECK 805: '24' OR MORE MONTHS ☐ OR '02' OR MORE YEARS ↓ NOT ☐ ASKED ↓ '00-23' MONTHS ☐ OR '00-01' YEAR →		812
809	CHECK 714: DAYS, WEEKS OR ☐ MONTHS AGO ↓ YEARS ☐ AGO → NOT ☐ ASKED →		811 811

SECTION 8. FERTILITY PREFERENCES

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
810	CHECK 804: WANTS TO HAVE A/ANOTHER CHILD ☐ a) You have said that you do not want (a/another) child soon. Can you tell me why you are not using a method to prevent pregnancy? Any other reason? WANTS NO MORE/ NONE ☐ b) You have said that you do not want any (more) children. Can you tell me why you are not using a method to prevent pregnancy? Any other reason? RECORD ALL REASONS MENTIONED.	NOT MARRIED A FERTILITY-RELATED REASONS NOT HAVING SEX B INFREQUENT SEX C MENOPAUSAL/HYSTERECTOMY D CAN'T GET PREGNANT E NOT MENSTRUATED SINCE LAST BIRTH F BREASTFEEDING G UP TO GOD/FATALISTIC H OPPOSITION TO USE RESPONDENT OPPOSED I HUSBAND/PARTNER OPPOSED J OTHERS OPPOSED K RELIGIOUS PROHIBITION L LACK OF KNOWLEDGE KNOWS NO METHOD M KNOWS NO SOURCE N METHOD-RELATED REASONS SIDE EFFECTS/HEALTH CONCERNS O LACK OF ACCESS/TOO FAR P COSTS TOO MUCH Q PREFERRED METHOD NOT AVAILABLE R NO METHOD AVAILABLE S INCONVENIENT TO USE T INTERFERES WITH BODY'S NORMAL PROCESSES U OTHER X (SPECIFY) DON'T KNOW Z	
811	CHECK 303: USING A CONTRACEPTIVE METHOD? NOT ASKED ☐ NO, NOT CURRENTLY USING ☐ YES, CURRENTLY USING ☐		813
812	Do you think you will use a contraceptive method to delay or avoid pregnancy at any time in the future?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	
813	CHECK 216: HAS LIVING CHILDREN ☐ a) If you could go back to the time you did not have any children and could choose exactly the number of children to have in your whole life, how many would that be? NO LIVING CHILDREN ☐ b) If you could choose exactly the number of children to have in your whole life, how many would that be? PROBE FOR A NUMERIC RESPONSE.	NONE 00 NUMBER OTHER 96 (SPECIFY)	815 815
814	How many of these children would you like to be boys, how many would you like to be girls and for how many would it not matter if it's a boy or a girl?	BOYS GIRLS EITHER NUMBER .. OTHER 96 (SPECIFY)	

SECTION 8. FERTILITY PREFERENCES

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
815	In the last few months have you: a) Heard about family planning on the radio? b) Seen anything about family planning on the television? c) Read about family planning in a newspaper or magazine? d) Received a voice or text message about family planning on a mobile phone?	YES NO a) RADIO 1 2 b) TELEVISION 1 2 c) NEWSPAPER OR MAGAZINE 1 2 d) MOBILE PHONE 1 2	
816	COUNTRY-SPECIFIC QUESTIONS ON MEDIA MESSAGES ABOUT FAMILY PLANNING.		
817	CHECK 701: YES, ☐ CURRENTLY MARRIED YES, ☐ LIVING WITH A MAN NO, ☐ NOT IN A UNION		→ 901
818	CHECK 303: USING A CONTRACEPTIVE METHOD? CURRENTLY ☐ USING NOT ☐ CURRENTLY USING NOT ☐ ASKED		→ 820 → 822
819	Would you say that using contraception is mainly your decision, mainly your (husband's/partner's) decision, or did you both decide together?	MAINLY RESPONDENT 1 MAINLY HUSBAND/PARTNER 2 JOINT DECISION 3 OTHER 6 (SPECIFY)	→ 821
820	Would you say that not using contraception is mainly your decision, mainly your (husband's/partner's) decision, or did you both decide together?	MAINLY RESPONDENT 1 MAINLY HUSBAND/PARTNER 2 JOINT DECISION 3 OTHER 6 (SPECIFY)	
821	CHECK 304: NEITHER ARE ☐ STERILIZED HE OR SHE ARE ☐ STERILIZED		→ 901
822	Does your (husband/partner) want the same number of children that you want, or does he want more or fewer than you want?	SAME NUMBER 1 MORE CHILDREN 2 FEWER CHILDREN 3 DON'T KNOW 8	

SECTION 9. HUSBAND'S BACKGROUND AND WOMAN'S WORK

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
901	CHECK 701: CURRENTLY MARRIED/ LIVING WITH A MAN ☐	NOT IN ☐ UNION	→ 909
902	How old was your (husband/partner) on his last birthday?	AGE IN COMPLETED YEARS	
903	Did your (husband/partner) ever attend school?	YES 1 NO 2	→ 906
904 (1)	What was the highest level of school he attended: primary, secondary, or higher?	PRIMARY 1 SECONDARY 2 HIGHER 3 DON'T KNOW 8	→ 906
905 (1)	What was the highest [GRADE/FORM/YEAR] he completed at that level? IF COMPLETED LESS THAN ONE YEAR AT THAT LEVEL, RECORD '00'.	[GRADE/FORM/YEAR] DON'T KNOW 98	
906	Has your (husband/partner) done any work in the last 7 days?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	→ 908
907	Has your (husband/partner) done any work in the last 12 months?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	→ 909
908	What is your (husband's/partner's) occupation? That is, what kind of work does he mainly do?	_____ _____ _____	
909	Aside from your own housework, have you done any work in the last seven days?	YES 1 NO 2	→ 913
910	As you know, some women take up jobs for which they are paid in cash or kind. Others sell things, have a small business or work on the family farm or in the family business. In the last seven days, have you done any of these things or any other work?	YES 1 NO 2	→ 913
911	Although you did not work in the last seven days, do you have any job or business from which you were absent for leave, illness, vacation, maternity leave, or any other such reason?	YES 1 NO 2	→ 913
912	Have you done any work in the last 12 months?	YES 1 NO 2	→ 917
913	What is your occupation? That is, what kind of work do you mainly do?	_____ _____ _____	

SECTION 9. HUSBAND'S BACKGROUND AND WOMAN'S WORK

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
914	Do you do this work for a member of your family, for someone else, or are you self-employed?	FOR FAMILY MEMBER 1 FOR SOMEONE ELSE 2 SELF-EMPLOYED 3	
915	Do you usually work throughout the year, or do you work seasonally, or only once in a while?	THROUGHOUT THE YEAR 1 SEASONALLY/PART OF THE YEAR 2 ONCE IN A WHILE 3	
916	Are you paid in cash or kind for this work or are you not paid at all?	CASH ONLY 1 CASH AND KIND 2 IN KIND ONLY 3 NOT PAID 4	
917	CHECK 701: CURRENTLY ☐ MARRIED/LIVING WITH A MAN ↓	NOT IN UNION ☐ → 925	
918	CHECK 916: CODE '1' OR '2' ☐ CIRCLED ↓	OTHER ☐ → 921	
919	Who usually decides how the money you earn will be used: you, your (husband/partner), or you and your (husband/partner) jointly?	RESPONDENT 1 HUSBAND/PARTNER 2 RESPONDENT AND HUSBAND/PARTNER JOINTLY 3 OTHER _____ 6 (SPECIFY)	
920	Would you say that the money that you earn is more than what your (husband/partner) earns, less than what he earns, or about the same?	MORE THAN HIM 1 LESS THAN HIM 2 ABOUT THE SAME 3 HUSBAND/PARTNER HAS NO EARNINGS 4 DON'T KNOW 8	→ 922
921	Who usually decides how your (husband's/partner's) earnings will be used: you, your (husband/partner), or you and your (husband/partner) jointly?	RESPONDENT 1 HUSBAND/PARTNER 2 RESPONDENT AND HUSBAND/PARTNER JOINTLY 3 HUSBAND/PARTNER HAS NO EARNINGS 4 OTHER _____ 6 (SPECIFY)	
922	Who usually makes decisions about health care for yourself: you, your (husband/partner), you and your (husband/partner) jointly, or someone else?	RESPONDENT 1 HUSBAND/PARTNER 2 RESPONDENT AND HUSBAND/PARTNER JOINTLY 3 SOMEONE ELSE 4 OTHER 6	
923	Who usually makes decisions about making major household purchases?	RESPONDENT 1 HUSBAND/PARTNER 2 RESPONDENT AND HUSBAND/PARTNER JOINTLY 3 SOMEONE ELSE 4 OTHER 6	

SECTION 9. HUSBAND'S BACKGROUND AND WOMAN'S WORK

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP																								
924	Who usually makes decisions about visits to your family or relatives?	RESPONDENT 1 HUSBAND/PARTNER 2 RESPONDENT AND HUSBAND/PARTNER JOINTLY 3 SOMEONE ELSE 4 OTHER 6																									
925	Do you own this or any other house either alone or jointly with someone else?	ALONE ONLY 1 JOINTLY ONLY 2 BOTH ALONE AND JOINTLY 3 DOES NOT OWN 4	→ 928																								
926	Do you have a title deed for any house you own?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	→ 928																								
927	Is your name on the title deed?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8																									
928	Do you own any agricultural or non-agricultural land either alone or jointly with someone else?	ALONE ONLY 1 JOINTLY ONLY 2 BOTH ALONE AND JOINTLY 3 DOES NOT OWN 4	→ 931																								
929	Do you have a title deed for any land you own?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	→ 931																								
930	Is your name on the title deed?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8																									
931	PRESENCE OF OTHERS AT THIS POINT (PRESENT AND LISTENING, PRESENT BUT NOT LISTENING, OR NOT PRESENT)	<table> <tr> <th></th><th>PRES./ LISTEN.</th><th>PRES./ NOT LISTEN.</th><th>NOT PRES.</th></tr> <tr> <td>CHILDREN < 10</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>HUSBAND</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>OTHER MALES</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>OTHER FEMALES</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> </table>		PRES./ LISTEN.	PRES./ NOT LISTEN.	NOT PRES.	CHILDREN < 10	1	2	3	HUSBAND	1	2	3	OTHER MALES	1	2	3	OTHER FEMALES	1	2	3					
	PRES./ LISTEN.	PRES./ NOT LISTEN.	NOT PRES.																								
CHILDREN < 10	1	2	3																								
HUSBAND	1	2	3																								
OTHER MALES	1	2	3																								
OTHER FEMALES	1	2	3																								
932	In your opinion, is a husband justified in hitting or beating his wife in the following situations: a) If she goes out without telling him? b) If she neglects the children? c) If she argues with him? d) If she refuses to have sex with him? e) If she burns the food?	<table> <tr> <th></th><th>YES</th><th>NO</th><th>DK</th></tr> <tr> <td>a) GOES OUT</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>b) NEGLECTS CHILDREN ..</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>c) ARGUES</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>d) REFUSES SEX</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>e) BURNS FOOD</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </table>		YES	NO	DK	a) GOES OUT	1	2	8	b) NEGLECTS CHILDREN ..	1	2	8	c) ARGUES	1	2	8	d) REFUSES SEX	1	2	8	e) BURNS FOOD	1	2	8	
	YES	NO	DK																								
a) GOES OUT	1	2	8																								
b) NEGLECTS CHILDREN ..	1	2	8																								
c) ARGUES	1	2	8																								
d) REFUSES SEX	1	2	8																								
e) BURNS FOOD	1	2	8																								

(1) Revise according to the local educational system.

SECTION 10. HIV/AIDS

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP																
1001	Now I would like to talk about something else. Have you ever heard of HIV or AIDS?	YES 1 NO 2	→ 1042																
1002	HIV is the virus that can lead to AIDS. Can people reduce their chance of getting HIV by having just one uninfected sex partner who has no other sex partners?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8																	
1003 (1)	Can people get HIV from mosquito bites?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8																	
1004	Can people reduce their chance of getting HIV by using a condom every time they have sex?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8																	
1005 (1)	Can people get HIV by sharing food with a person who has HIV?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8																	
1006 (1)	Can people get HIV because of witchcraft or other supernatural means?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8																	
1007	Is it possible for a healthy-looking person to have HIV?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8																	
1008	Can HIV be transmitted from a mother to her baby: a) During pregnancy? b) During delivery? c) By breastfeeding?	<table border="0"> <tr> <td></td><td>YES</td><td>NO</td><td>DK</td></tr> <tr> <td>a) DURING PREGNANCY ..</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>b) DURING DELIVERY</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>c) BREASTFEEDING</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </table>		YES	NO	DK	a) DURING PREGNANCY ..	1	2	8	b) DURING DELIVERY	1	2	8	c) BREASTFEEDING	1	2	8	
	YES	NO	DK																
a) DURING PREGNANCY ..	1	2	8																
b) DURING DELIVERY	1	2	8																
c) BREASTFEEDING	1	2	8																
1009	CHECK 1008: AT LEAST ONE 'YES' ☐ OTHER ☐ → 1011																		
1010	Are there any special drugs that a doctor or a nurse can give to a woman infected with HIV to reduce the risk of transmission to the baby?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8																	
1011 (2) (3)	CHECK 208 AND 215: LAST BIRTH IN 2013-2015 ☐ NO BIRTHS ☐ → 1027 LAST BIRTH IN 2012 OR EARLIER ☐ → 1027																		
1012 (2)	CHECK 408 FOR LAST BIRTH: HAD ANTENATAL CARE ☐ NO ANTENATAL CARE ☐ → 1020																		
1013 (2)	CHECK FOR PRESENCE OF OTHERS. BEFORE CONTINUING, MAKE EVERY EFFORT TO ENSURE PRIVACY.																		
1014 (2)	During any of the antenatal visits for your last birth were you given any information about: a) Babies getting HIV from their mother? b) Things that you can do to prevent getting HIV? c) Getting tested for HIV?	<table border="0"> <tr> <td></td><td>YES</td><td>NO</td><td>DK</td></tr> <tr> <td>a) HIV FROM MOTHER ..</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>b) THINGS TO DO</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>c) TESTED FOR HIV</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </table>		YES	NO	DK	a) HIV FROM MOTHER ..	1	2	8	b) THINGS TO DO	1	2	8	c) TESTED FOR HIV	1	2	8	
	YES	NO	DK																
a) HIV FROM MOTHER ..	1	2	8																
b) THINGS TO DO	1	2	8																
c) TESTED FOR HIV	1	2	8																

SECTION 10. HIV/AIDS

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
1015 (2)	Were you offered a test for HIV as part of your antenatal care?	YES 1 NO 2	
1016 (2)	I don't want to know the results, but were you tested for HIV as part of your antenatal care?	YES 1 NO 2	→ 1020
1017 (2) (4)	Where was the test done? PROBE TO IDENTIFY THE TYPE OF SOURCE. IF UNABLE TO DETERMINE IF PUBLIC OR PRIVATE SECTOR, WRITE THE NAME OF THE PLACE. _____ (NAME OF PLACE)	PUBLIC SECTOR GOVERNMENT HOSPITAL 11 GOVERNMENT HEALTH CENTER 12 STAND-ALONE HTC CENTER 13 FAMILY PLANNING CLINIC 14 MOBILE HTC SERVICES 15 OTHER PUBLIC SECTOR 16 _____ (SPECIFY) PRIVATE MEDICAL SECTOR PRIVATE HOSPITAL/CLINIC/ PRIVATE DOCTOR 21 STAND-ALONE HTC CENTER 22 PHARMACY 23 MOBILE HTC SERVICES 24 OTHER PRIVATE MEDICAL SECTOR 26 _____ (SPECIFY) OTHER SOURCE HOME 31 WORKPLACE 32 CORRECTIONAL FACILITY 33 OTHER 96 _____ (SPECIFY)	
1018 (2)	I don't want to know the results, but did you get the results of the test?	YES 1 NO 2	→ 1020
1019 (2)	All women are supposed to receive counseling after being tested. After you were tested, did you receive counseling?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	
1020 (2)	CHECK 430 FOR LAST BIRTH: ANY CODE ☐ '21-36' CIRCLED OTHER ☐		→ 1024
1021 (2)	Between the time you went for delivery but before the baby was born, were you offered an HIV test?	YES 1 NO 2	
1022 (2)	I don't want to know the results, but were you tested for HIV at that time?	YES 1 NO 2	→ 1024
1023 (2)	I don't want to know the results, but did you get the results of the test?	YES 1 NO 2	→ 1025
1024 (2)	CHECK 1016: YES ☐ NO OR ☐ NOT ASKED		→ 1027
1025 (2)	Have you been tested for HIV since that time you were tested during your pregnancy?	YES 1 NO 2	→ 1028
1026 (2)	How many months ago was your most recent HIV test?	MONTHS AGO TWO OR MORE YEARS 95	→ 1033

SECTION 10. HIV/AIDS

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
1027	I don't want to know the results, but have you ever been tested for HIV?	YES 1 NO 2	→ 1031
1028	How many months ago was your most recent HIV test?	MONTHS AGO TWO OR MORE YEARS 95	
1029	I don't want to know the results, but did you get the results of the test?	YES 1 NO 2	
1030 (4)	Where was the test done? PROBE TO IDENTIFY THE TYPE OF SOURCE. IF UNABLE TO DETERMINE IF PUBLIC OR PRIVATE SECTOR, WRITE THE NAME OF THE PLACE. _____ (NAME OF PLACE)	PUBLIC SECTOR GOVERNMENT HOSPITAL 11 GOVERNMENT HEALTH CENTER 12 STAND-ALONE HTC CENTER 13 FAMILY PLANNING CLINIC 14 MOBILE HTC SERVICES 15 OTHER PUBLIC SECTOR 16 (SPECIFY) PRIVATE MEDICAL SECTOR PRIVATE HOSPITAL/CLINIC/ PRIVATE DOCTOR 21 STAND-ALONE HTC CENTER 22 PHARMACY 23 MOBILE HTC SERVICES 24 OTHER PRIVATE MEDICAL SECTOR 26 (SPECIFY) OTHER SOURCE HOME 31 WORKPLACE 32 CORRECTIONAL FACILITY 33 OTHER 96 (SPECIFY)	→ 1033
1031	Do you know of a place where people can go to get an HIV test?	YES 1 NO 2	→ 1033
1032 (4)	Where is that? Any other place? PROBE TO IDENTIFY THE TYPE OF SOURCE. IF UNABLE TO DETERMINE IF PUBLIC OR PRIVATE SECTOR, WRITE THE NAME OF THE PLACE. _____ (NAME OF PLACE)	PUBLIC SECTOR GOVERNMENT HOSPITAL A GOVERNMENT HEALTH CENTER B STAND-ALONE HTC CENTER C FAMILY PLANNING CLINIC D MOBILE HTC SERVICES E OTHER PUBLIC SECTOR F (SPECIFY) PRIVATE MEDICAL SECTOR PRIVATE HOSPITAL/CLINIC/ PRIVATE DOCTOR G STAND-ALONE HTC CENTER H PHARMACY I MOBILE HTC SERVICES J OTHER PRIVATE MEDICAL SECTOR K (SPECIFY) OTHER X (SPECIFY)	

SECTION 10. HIV/AIDS

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
1033	Have you heard of test kits people can use to test themselves for HIV?	YES 1 NO 2	→ 1035
1034	Have you ever tested yourself for HIV using a self-test kit?	YES 1 NO 2	
1035	Would you buy fresh vegetables from a shopkeeper or vendor if you knew that this person had HIV?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW/NOT SURE/DEPENDS 8	
1036	Do you think children living with HIV should be allowed to attend school with children who do not have HIV?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW/NOT SURE/DEPENDS 8	
1037	Do you think people hesitate to take an HIV test because they are afraid of how other people will react if the test result is positive for HIV?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW/NOT SURE/DEPENDS 8	
1038	Do people talk badly about people living with HIV, or who are thought to be living with HIV?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW/NOT SURE/DEPENDS 8	
1039	Do people living with HIV, or thought to be living with HIV, lose the respect of other people?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW/NOT SURE/DEPENDS 8	
1040	Do you agree or disagree with the following statement: I would be ashamed if someone in my family had HIV.	AGREE 1 DISAGREE 2 DON'T KNOW/NOT SURE/DEPENDS 8	
1041	Do you fear that you could get HIV if you come into contact with the saliva of a person living with HIV?	YES 1 NO 2 SAYS SHE HAS HIV 3 DON'T KNOW/NOT SURE/DEPENDS 8	
1042	CHECK 1001: HEARD ABOUT ☐ NOT HEARD ABOUT ☐ HIV OR AIDS HIV OR AIDS ↓ ↓ a) Apart from HIV, have you heard about other infections that can be transmitted through sexual contact? b) Have you heard about infections that can be transmitted through sexual contact?	YES 1 NO 2	
1043	CHECK 713: HAS HAD SEXUAL ☐ NEVER HAD SEXUAL ☐ INTERCOURSE INTERCOURSE		→ 1051
1044	CHECK 1042: HEARD ABOUT OTHER SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS? YES ☐ NO ☐		→ 1046

SECTION 10. HIV/AIDS

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
1045	Now I would like to ask you some questions about your health in the last 12 months. During the last 12 months, have you had a disease which you got through sexual contact?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	
1046	Sometimes women experience a bad-smelling abnormal genital discharge. During the last 12 months, have you had a bad-smelling abnormal genital discharge?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	
1047	Sometimes women have a genital sore or ulcer. During the last 12 months, have you had a genital sore or ulcer?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	
1048	CHECK 1045, 1046, AND 1047: HAS HAD AN INFECTION (ANY 'YES') ☐ HAS NOT HAD AN INFECTION OR DOES NOT KNOW ☐		→ 1051
1049	The last time you had (PROBLEM FROM 1045/1046/1047), did you seek any kind of advice or treatment?	YES 1 NO 2	→ 1051
1050 (4)	Where did you go? Any other place? PROBE TO IDENTIFY THE TYPE OF SOURCE. IF UNABLE TO DETERMINE IF PUBLIC OR PRIVATE SECTOR, WRITE THE NAME OF THE PLACE. _____ (NAME OF PLACE)	PUBLIC SECTOR GOVERNMENT HOSPITAL A GOVERNMENT HEALTH CENTER B STAND-ALONE HTC CENTER C FAMILY PLANNING CLINIC D MOBILE HTC SERVICES E OTHER PUBLIC SECTOR F (SPECIFY) PRIVATE MEDICAL SECTOR PRIVATE HOSPITAL/CLINIC/ PRIVATE DOCTOR G STAND-ALONE HTC CENTER H PHARMACY I MOBILE HTC SERVICES J OTHER PRIVATE MEDICAL SECTOR K (SPECIFY) OTHER SOURCE SHOP L OTHER X (SPECIFY)	
1051	If a wife knows her husband has a disease that she can get during sexual intercourse, is she justified in asking that they use a condom when they have sex?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	
1052	Is a wife justified in refusing to have sex with her husband when she knows he has sex with other women?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	

SECTION 10. HIV/AIDS

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
1053	CHECK 701: CURRENTLY MARRIED/ LIVING WITH A MAN ☐ 	NOT IN UNION ☐ 	1101
1054	Can you say no to your (husband/partner) if you do not want to have sexual intercourse?	YES 1 NO 2 DEPENDS/NOT SURE 8	
1055	Could you ask your (husband/partner) to use a condom if you wanted him to?	YES 1 NO 2 DEPENDS/NOT SURE 8	

(1) If Qs. 1003,1005, and/or 1006 do not apply to the local context, replace the question using a specific local misconception. At least two questions related to misconceptions are needed.

(2) The question may be considered for deletion in countries with a very low HIV prevalence.

(3) Year of fieldwork is assumed to be 2015. For fieldwork beginning in 2016, all references to calendar years should be increased by one; for example, 2009 should be changed to 2010, 2010 should be changed to 2011, 2011 should be changed to 2012, and similarly for all years throughout the questionnaire.

(4) Coding categories to be developed locally; however, the broad categories must be maintained. Additions to the codes under the private medical sector heading may include religious affiliated sources and NGO sources.

SECTION 11. OTHER HEALTH ISSUES

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP															
1101	Now I would like to ask you some other questions relating to health matters. Have you had an injection for any reason in the last 12 months? IF YES: How many injections have you had? IF NUMBER OF INJECTIONS IS 90 OR MORE, OR DAILY FOR 3 MONTHS OR MORE, RECORD '90'. IF NON-NUMERIC ANSWER, PROBE TO GET AN ESTIMATE.	NUMBER OF INJECTIONS NONE 00	→ 1104															
1102	Among these injections, how many were administered by a doctor, a nurse, a pharmacist, a dentist, or any other health worker? IF NUMBER OF INJECTIONS IS 90 OR MORE, OR DAILY FOR 3 MONTHS OR MORE, RECORD '90'. IF NON-NUMERIC ANSWER, PROBE TO GET AN ESTIMATE.	NUMBER OF INJECTIONS NONE 00	→ 1104															
1103	The last time you got an injection from a health worker, did he/she take the syringe and needle from a new, unopened package?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8																
1104	Do you currently smoke cigarettes every day, some days, or not at all?	EVERY DAY 1 SOME DAYS 2 NOT AT ALL 3	→ 1106															
1105	On average, how many cigarettes do you currently smoke each day?	NUMBER OF CIGARETTES																
1106	Do you currently smoke or use any other type of tobacco every day, some days, or not at all?	EVERY DAY 1 SOME DAYS 2 NOT AT ALL 3	→ 1108															
1107 (1)	What other type of tobacco do you currently smoke or use? RECORD ALL MENTIONED.	KRETEKS A PIPES FULL OF TOBACCO B CIGARS, CHEROOTS, OR CIGARILLOS C WATER PIPE D SNUFF BY MOUTH E SNUFF BY NOSE F CHEWING TOBACCO G BETEL QUID WITH TOBACCO H OTHER X (SPECIFY)																
1108	Many different factors can prevent women from getting medical advice or treatment for themselves. When you are sick and want to get medical advice or treatment, is each of the following a big problem or not a big problem: a) Getting permission to go to the doctor? b) Getting money needed for advice or treatment? c) The distance to the health facility? d) Not wanting to go alone?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th><th align="center">BIG PROBLEM</th><th align="center">NOT A BIG PROBLEM</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) PERMISSION TO GO</td><td align="center">1</td><td align="center">2</td></tr> <tr> <td>b) GETTING MONEY</td><td align="center">1</td><td align="center">2</td></tr> <tr> <td>c) DISTANCE</td><td align="center">1</td><td align="center">2</td></tr> <tr> <td>d) GO ALONE</td><td align="center">1</td><td align="center">2</td></tr> </tbody> </table>		BIG PROBLEM	NOT A BIG PROBLEM	a) PERMISSION TO GO	1	2	b) GETTING MONEY	1	2	c) DISTANCE	1	2	d) GO ALONE	1	2	
	BIG PROBLEM	NOT A BIG PROBLEM																
a) PERMISSION TO GO	1	2																
b) GETTING MONEY	1	2																
c) DISTANCE	1	2																
d) GO ALONE	1	2																

SECTION 11. OTHER HEALTH ISSUES

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP								
1109 (2)	Are you covered by any health insurance?	YES 1 NO 2	→ 1111								
1110 (2)	What type of health insurance are you covered by? RECORD ALL MENTIONED.	MUTUAL HEALTH ORGANIZATION/ COMMUNITY-BASED HEALTH INSURANCE A HEALTH INSURANCE THROUGH EMPLOYER B SOCIAL SECURITY C OTHER PRIVATELY PURCHASED COMMERCIAL HEALTH INSURANCE D OTHER _____ X (SPECIFY)									
1111	RECORD THE TIME.	HOURS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> MINUTES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>									

(1) Add local terms.

(2) If a health service prepayment plan or other types of plans are available in the country, add those types of plans to the question.

INTERVIEWER'S OBSERVATIONS

TO BE FILLED IN AFTER COMPLETING INTERVIEW

COMMENTS ABOUT INTERVIEW:

COMMENTS ON SPECIFIC QUESTIONS:

ANY OTHER COMMENTS:

SUPERVISOR'S OBSERVATIONS

EDITOR'S OBSERVATIONS

INSTRUCTIONS:

ONLY ONE CODE SHOULD APPEAR IN ANY BOX.
COLUMN 1 REQUIRES A CODE IN EVERY MONTH.

CODES FOR EACH COLUMN:

COLUMN 1: BIRTHS, PREGNANCIES, CONTRACEPTIVE USE (2)

B BIRTHS
P PREGNANCIES
T TERMINATIONS

0 NO METHOD

1 FEMALE STERILIZATION
2 MALE STERILIZATION
3 IUD
4 INJECTABLES
5 IMPLANTS
6 PILL
7 CONDOM
8 FEMALE CONDOM
9 EMERGENCY CONTRACEPTION
J STANDARD DAYS METHOD
K LACTATIONAL AMENORRHEA METHOD
L RHYTHM METHOD

M WITHDRAWAL
X OTHER MODERN METHOD
Y OTHER TRADITIONAL METHOD

COLUMN 2: DISCONTINUATION OF CONTRACEPTIVE USE

0 INFREQUENT SEX/HUSBAND AWAY
1 BECAME PREGNANT WHILE USING
2 WANTED TO BECOME PREGNANT
3 HUSBAND/PARTNER DISAPPROVED
4 WANTED MORE EFFECTIVE METHOD
5 SIDE EFFECTS/HEALTH CONCERNS

6 LACK OF ACCESS/TOO FAR
7 COSTS TOO MUCH
8 INCONVENIENT TO USE
F UP TO GOD/FATALISTIC
A DIFFICULT TO GET PREGNANT/MENOPAUSAL
D MARITAL DISSOLUTION/SEPARATION
X OTHER

(SPECIFY)

Z DON'T KNOW

(1) Year of fieldwork is assumed to be 2015. For fieldwork beginning in 2016, all references to calendar years should be increased by one; for example, 2009 should be changed to 2010, 2010 should be changed to 2011, 2011 should be changed to 2012, and similarly for all years throughout the questionnaire.

(2) Response categories may be added for other methods, including fertility awareness methods.

			COL. 1	COL. 2
	12	DEC	01	
	11	NOV	02	
	10	OCT	03	
2	09	SEP	04	2
0	08	AUG	05	0
1	07	JUL	06	1
5	06	JUN	07	5
(1)	05	MAY	08	
	04	APR	09	
	03	MAR	10	
	02	FEB	11	
	01	JAN	12	
	12	DEC	13	
	11	NOV	14	
	10	OCT	15	
2	09	SEP	16	2
0	08	AUG	17	0
1	07	JUL	18	1
4	06	JUN	19	4
	05	MAY	20	
	04	APR	21	
	03	MAR	22	
	02	FEB	23	
	01	JAN	24	
	12	DEC	25	
	11	NOV	26	
	10	OCT	27	
2	09	SEP	28	2
0	08	AUG	29	0
1	07	JUL	30	1
3	06	JUN	31	3
	05	MAY	32	
	04	APR	33	
	03	MAR	34	
	02	FEB	35	
	01	JAN	36	
	12	DEC	37	
	11	NOV	38	
	10	OCT	39	
2	09	SEP	40	2
0	08	AUG	41	0
1	07	JUL	42	1
2	06	JUN	43	2
	05	MAY	44	
	04	APR	45	
	03	MAR	46	
	02	FEB	47	
	01	JAN	48	
	12	DEC	49	
	11	NOV	50	
	10	OCT	51	
2	09	SEP	52	2
0	08	AUG	53	0
1	07	JUL	54	1
1	06	JUN	55	1
	05	MAY	56	
	04	APR	57	
	03	MAR	58	
	02	FEB	59	
	01	JAN	60	
	12	DEC	61	
	11	NOV	62	
	10	OCT	63	
2	09	SEP	64	2
0	08	AUG	65	0
1	07	JUL	66	1
0	06	JUN	67	0
	05	MAY	68	
	04	APR	69	
	03	MAR	70	
	02	FEB	71	
	01	JAN	72	