

Evolution récente de la pratique contraceptive en Afrique de l'Ouest: Cas de la Guinée-Conakry et du Cap Vert

Par: *Kadiatou BALDE¹ et Nadège CHOUAPI KOUAM²*

Résumé en Français

La faible prévalence contraceptive constitue un frein pour la promotion de la santé maternelle et infantile en Afrique subsaharienne. D'importantes études sur le sujet ont permis de mettre en exergue les déterminants de la prévalence contraceptive. Cet article examine les sources de changement intervenu dans la pratique contraceptive par les femmes en Guinée et au Cap Vert à l'aide d'une analyse de décomposition. La recherche utilise les données des enquêtes démographiques et de santé du Cap Vert (1998 et 2005) et de la Guinée (1999 et 2005). Les résultats révèlent que les changements résultent de l'impact des politiques en matière de contraception dans les deux pays. L'effet du changement lié à la composition sociale des femmes en âge de procréer est faible.

Résumé en Anglais

Low modern contraceptive use in sub-Saharan Africa remains a challenge to achieve health related Millennium Development Goals (MDGs). Bulk of studies have identified the determinants of modern contraceptive use. Using decomposition analysis, this paper identifies the sources of changes in modern contraceptive use in Guinea and Cape Verde. The study relies on data from the 1998 and 2005 Cape Verde Demographic and Health Surveys (DHS) as well as on the 1999 and 2005 Guinea DHS. Findings reveal that, in the two countries, increase in modern contraceptive use is the result of national population policies. The effect of difference in population composition is negligible.

Mots clés : OMD, Afrique de l'Ouest, Changement social et contraception moderne.

Remerciements : Cet article a été produit grâce aux soutiens technique et matériel de l'Union Internationale pour l'Etude Scientifique de la Population (UIESP), de la fondation Hewlett et de l'Université de Cornell (New York). Nous les remercions des efforts fournis pour la réussite du travail. Nous remercions également l'Institut de Formation et de Recherche Démographiques (IFORD) pour l'assistance technique et tous les formateurs lors des ateliers d'Octobre 2010 et de Janvier 2011 notamment Messieurs Parfait M. ELOUNDOU, Gervais BENNINGUISSE et Jean François KOBIANE. Nos remerciements s'adressent aussi à l'Institut National de la Statistique du Cap Vert pour avoir facilité l'accès aux données.

¹ Démographe, elle fut directrice de Recherche et Suivi- Evaluation à PSI-Guinée. Elle travaille présentement à l'Institut National de la Statistique du Cap-Vert, à la Direction des Statistiques démographique et sociale.

² Démographe, Doctorante à l'Institut de Formation et de Recherche Démographiques (IFORD), Université de Yaoundé II, Cameroun.

Introduction

La contraception moderne est un moyen efficace pour contrôler la fécondité. Malgré la mise en place et la vulgarisation des programmes de planification familiale depuis plus de 40 ans, la fécondité reste élevée et la prévalence contraceptive est faible dans plusieurs pays de l'Afrique occidentale : Guinée, Côte d'Ivoire, etc. Par contre, certains pays comme le Ghana, le Cap-Vert, etc. ont commencé leur transition et leur prévalence contraceptive est élevée.

La littérature aborde amplement les déterminants de l'utilisation de la contraception, mais ne s'intéresse pas aux sources de changement (changement réel des comportements ou changement dans la proportion de femmes appartenant à certaines classes sociales). Une observation comparée des évolutions des comportements des populations en matière de pratique contraceptive peut permettre d'identifier les composantes des changements de comportement intervenus et de mieux cibler les politiques et stratégies.

La plupart des experts en sciences de la population reconnaissent que l'Afrique subsaharienne est en transition et enregistre une réduction du nombre de naissances par femme, bien que le recours à la planification familiale ait enregistré une augmentation lente (Jay Gribble, 2008 ; E. Talnan et al. 2005 ; T. Locoh, 2002). Ils considèrent l'Afrique de l'Ouest comme un tout et adoptent souvent une perspective régionale. Or il existe des fluctuations de la prévalence contraceptive d'un pays à l'autre. Lorsqu'on examine les variations à l'intérieur d'un pays ou au sein des groupes spécifiques (pauvres, jeunes, instruits, etc.), on obtient une idée beaucoup plus claire sur la manière dont les efforts de planification familiale fonctionnent dans différents contextes.

En Guinée, les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé de 2005 montrent une faible prévalence contraceptive. Elle était de 4,9% en 1999 et de 6,8% en 2005 pour toutes les méthodes. Pourtant, le Programme d'Action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (PA/CIPD) avait adopté en 1999 un seuil d'utilisation contraceptive acceptable de 60%. Pour cette raison, le gouvernement a adopté une attitude favorable à la PF et a mis en place depuis 1992, une politique nationale de population. Depuis cette date, plusieurs ONGs nationales et internationales soutiennent les efforts du gouvernement dans le développement de cette politique avec pour but, la diffusion de l'information et des services sur les contraceptifs modernes. Aussi, l'un des défis majeurs auxquels doit faire face la Guinée est d'améliorer l'accès des populations à des services sociaux de qualité (DSRP-II, 2007) notamment aux soins de santé reproductive.

Le Cap-Vert a également élaboré sa politique de population après les années 1990. Conscient des problèmes de sa population, le gouvernement a souscrit aux recommandations de la CIPD (1994) car les questions liées à la santé reproductive y compris la planification familiale cadrent parfaitement avec ses préoccupations. Pour y parvenir, un plan d'action national a été mis en place. Selon les résultats des enquêtes démographiques et de santé, la prévalence contraceptive chez les femmes est passée de 32,9% en 1998 à 41,6% en 2005 (EDS, 1998 et 2005). Ces progrès sont imputables aux efforts du Ministère de la santé à travers son programme national de santé de la reproduction qui, avec le soutien des ONGs telle que Verdefam, diffuse des informations et des services sur les produits contraceptifs. L'un des défis majeurs du pays visent la réduction de la mortalité infantile et l'amélioration de la santé maternelle.

Au regard des deux contextes, il est utile de comprendre la situation très contrastée en matière de pratique contraceptive. La Guinée se caractérisant par un accroissement faible et lent et le Cap Vert se caractérisant par un accroissement élevé et rapide de la pratique contraceptive.

Cet article a pour objectif, d'identifier les sources de changements intervenus dans l'utilisation de la contraception moderne en Guinée et au Cap Vert et, de faire une analyse comparative des changements observés entre les deux pays étudiés.

Plus spécifiquement, il s'agira de :

- montrer les niveaux et les variations de l'utilisation actuelle de la contraception moderne par les femmes selon les variables de classification dans les deux pays;
- déterminer si les changements observés dans l'utilisation de la contraception moderne résultent de la structure ou des comportements des femmes ;
- déterminer si le changement de comportement des femmes résulte d'un mouvement de base ou d'une différenciation parmi les classes sociales.

Après avoir exposé quelques éléments du cadre théorique, nous aborderons les aspects méthodologiques puis nous présenterons les résultats issus des analyses.

I- Quelques facteurs explicatifs de l'utilisation de la contraception moderne en Afrique subsaharienne

Dans le but de mieux comprendre les facteurs qui expliquent le faible recours des femmes à la contraception moderne, plusieurs études ont été réalisées sur le continent (Dodoo FN, 1995 ; Congo, Zachari, 2007). La plupart de ces études elles mettent l'accent sur la transition de la fécondité et l'importance de la pratique contraceptive comme un déterminant proche de cette transition. Ces études peuvent être classées en trois catégories. Les premières adoptent les approches microstructurelles basées sur la rationalité économique des individus soucieux de la rentabilité de leur fécondité dans un contexte de modernisation. Les secondes portent sur les approches macrostructurelles basées sur l'organisation globale du système social. Les troisièmes adoptent les deux premières afin de tenir compte des interactions indéniables des deux niveaux d'analyse (Wakam J, 1992).

La littérature révèle plusieurs facteurs qui influencent la pratique de la contraception moderne par les femmes. Ces facteurs sont généralement d'ordre socioculturel, socio-économique et socio-démographique. En outre, les études mettent en évidence deux résultats importants. D'abord, la pratique contraceptive a augmenté dans presque tous les pays bien qu'avec des rythmes différents. Enfin, la prévalence contraceptive est positivement associée à l'âge et à l'éducation des femmes ainsi qu'avec le niveau de vie des ménages

Du point de vue socio-économique, les résultats de nombreuses études confirment l'association entre la pauvreté et la faible pratique contraceptive. En effet, une étude qualitative réalisée au Kenya auprès des hommes sur la perception de la planification familiale a révélé que pour certains hommes, la planification familiale signifie avoir le nombre d'enfants dont on peut s'occuper (Wambui T. et al., 2009). Une analyse des données de l'EDS de 1998-1999 de la Côte d'Ivoire révèle aussi que l'utilisation de la contraception est plus élevée dans les groupes socioéconomiques les plus favorisés et est plus faible dans les groupes démunis (E. Talnan & P. Vimard, 2005). Les mêmes conclusions ont été tirées au Sénégal et au Bénin où il a été constaté que les femmes de niveau de vie bas étaient moins

susceptibles d'utiliser les méthodes de contraception moderne que leurs consœurs des standings moyen ou élevé (Athanasse O. et al., 2007, Fall S., 2007).

La littérature révèle aussi que le niveau d'instruction à une corrélation positive avec l'utilisation de la contraception moderne. Son influence est perçue de manières directe et indirecte. De manière directe, il s'agit de l'acquisition de la culture moderne établissant les règles d'espacement des naissances pour la santé de la mère et de l'enfant, mais aussi de la réduction du nombre des naissances afin d'avoir une famille restreinte. De manière indirecte, le niveau d'instruction est perçu comme un moyen qui facilite l'accessibilité financière. Les analyses descriptives faites sur les données de la 2^{ème} EDS de la Guinée et du Cap-Vert montrent que le fait pour une femme d'être instruite augmente ses chances d'utiliser de la contraception moderne. En effet, au Cap-Vert, 62% des femmes ayant un niveau d'instruction post-secondaire utilisent la contraception moderne contre 36,7% de celles qui n'ont aucun niveau (EDS-II, 2005). De même en Guinée, la prévalence contraceptive moderne est beaucoup plus élevée chez les femmes les plus instruites (18,4 %) que chez celles qui ont un niveau primaire (9,3 %) et chez les femmes sans niveau d'instruction (4,3 %) (EDSG-III, 2005).

Du point de vue sociodémographique, la littérature montre que la corrélation entre l'âge et l'utilisation de la contraception moderne n'évolue pas toujours dans le même sens. Les travaux réalisés montrent un effet tantôt positif, ou tantôt négatif ou tantôt nul. En effet, une étude portant sur les déterminants de la pratique contraceptive chez les femmes dans six pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre a révélé que les jeunes générations sont plus enclines à utiliser la contraception moderne que celles qui sont d'âge adultes. En Côte d'Ivoire par exemple, ce sont les femmes âgées de 15-34 ans qui sont plus nombreuses à utiliser la contraception moderne ; Au Bénin et au Burkina Faso, les tranches d'âges se situent à 15-24 ans et à 25-44 ans respectivement (Congo Z., 2007).

Par contre, d'autres études ont mis en exergue une relation inverse entre l'âge et la pratique contraceptive. En effet, selon les données de l'EDS de 1998 du Cameroun, les générations les plus âgées ont plus recours aux méthodes contraceptives (Evina A., 2007). On est parvenu à la même conclusion au Ghana où l'élévation de l'âge impliquait un accroissement de l'utilisation des contraceptifs quel que soit le niveau d'instruction des femmes (Dodoo FN, 1995). Cependant en Guinée, l'âge ne semble pas apporter une grande différence de comportement à l'égard de la pratique contraceptive car elle varie très peu chez les femmes adultes. La prévalence contraceptive n'est que de 6% parmi les femmes âgées de 35-39 ans et 40-44 ans (EDS-III, 2005).

Aussi, des études montrent que, plus le nombre d'enfants en vie est élevé, plus la femme est encline à utiliser la contraception moderne (Evina et Ngoy, 2001 ; Fall et Ngom, 2001 in Jocelyn MANTEMPA NZINUNU, 2008). Dans ces conditions, le recours à cette pratique se fait dans le but de limiter les naissances que pour les espacer. Par contre, lorsque les naissances en vie sont inférieures au nombre d'enfants désirés, l'utilisation de la contraception se fait plutôt dans le but d'espacer les naissances. En effet, les résultats de la 2^{ème} EDS du Cap-Vert montrent que 55,8% des femmes qui ont entre 3 et 4 enfants utilisent la contraception moderne, tandis que c'est 21% de celles n'ayant aucun enfant qui en utilisent. Les résultats de l'étude du GRIPPS³ montrent que les femmes ayant un nombre d'enfants en vie supérieur ou égal à cinq sont plus enclines à utiliser la contraception que les femmes ayant

Groupe international de partenaire en population-santé ³

moins de cinq enfants en vie (Fassassi R., 2007, Attanasso O., 2007, Vignikin K., 2007, Fall S., 2007).

Au terme de cette revue de la littérature, nous émettons les hypothèses suivantes :

Hypothèse de base

Les politiques en matière de santé de la reproduction pour l'amélioration de l'utilisation de la contraception moderne ont un effet positif sur toutes les couches de femmes. Autrement dit, les changements observés dans l'utilisation de la contraception moderne proviennent des effets de comportements individuels des femmes.

Hypothèses spécifiques

H₁ : Les femmes vivant dans les ménages de niveau de vie faible (très pauvres et pauvres) contribuent au ralentissement de l'utilisation de la contraception moderne. Il en est de même de celles qui ont un faible niveau d'instruction (sans niveau et primaire).

H₂ : Les jeunes femmes (15-30 ans) contribuent au ralentissement de l'utilisation de la contraception moderne. Il en est de même de celles qui n'ont aucun enfant ou qui ont au plus 2 enfants.

II- Aspects méthodologiques

2.1- Définition des concepts

○ Décomposition

La décomposition est une méthode qui vise à estimer la contribution relative de deux ou de plusieurs composantes dans un changement social donné. Ce dernier renvoie à toute transformation, induite ou spontanée, de la structure, du fonctionnement ou de la performance d'une collectivité sociale.

2.2- Source de données et variables

○ Source de données

Cet article utilise les données des EDS réalisées en Guinée (1999 et 2005) et au Cap Vert (1998 et 2005). Ces enquêtes visaient entre autres à déterminer le niveau de connaissance et d'utilisation des méthodes de contraception chez les femmes et les chez les hommes, et d'évaluer la disponibilité des services de santé et de planification familiale. En Guinée, les effectifs des femmes de 15-49 ans enquêtées étaient de 6753 et de 7954 respectivement en 1999 et en 2005. Au Cap Vert, il y a eu 9679 et 5505 femmes enquêtées respectivement en 1998 et en 2005.

2.3- Variables

○ Variable substantive : *Utilisation de la contraception moderne au moment des enquêtes*

Cette variable rend compte de l'utilisation ou non des méthodes modernes de contraception par les femmes au moment de l'enquête.

o Variables de classification

Elles répartissent la population totale en plusieurs sous-populations distinctes. Cette étude compte 4 variables de classification : âge de la femme, nombre d'enfants encore en vie, niveau d'instruction et niveau de vie du ménage. Précisons qu'au Cap Vert, les données utilisées ne contiennent pas la variable niveau de vie du ménage.

Le niveau de vie classe les femmes en 5 groupes : très pauvres, pauvres, classe intermédiaire, nantis et très nantis. Toutefois, au Cap Vert, la variable n'a pas été créée par Macro car le pays ne fait pas partie du programme mondial des EDS.

Le niveau d'instruction compte 3 catégories : sans instruction, primaire, secondaire ou plus.

L'âge catégorise les femmes en 7 groupes d'âges quinquennaux, allant de 15-19 ans à 45-49 ans.

Le nombre d'enfants vivants est regroupé en 5 classes en Guinée (*aucun enfant, 1 à 2 enfants, 3 à 4 enfants, 5 à 6 enfants et 7 enfants et plus*) et en 4 classes au Cap-Vert, (*aucun enfant, 1 à 2 enfants, 3 à 4 enfants, 5 enfants et plus*), ceci pour éviter de petits nombre au-delà de 6 enfants.

2.4- Méthodes d'analyse

Pour atteindre les objectifs de notre étude, nous utiliserons outre les croisements des variables dépendante et de classification, les méthodes de décomposition simple et avancée. L'analyse de décomposition est une méthode qui permet de répondre aux trois principales questions suivantes:

- Le changement social reflète-t-il d'une transformation réelle des comportements des individus, ou alors d'une modification de la taille relative des groupes ?
- En cas de transformation des comportements des individus, dans quels groupes le changement social a-t-il été le plus important ?
- En cas de modification de la taille des groupes, quels sont les groupes dont la taille relative a le plus changé ?

La méthode trouve son avantage dans sa simplicité, sa flexibilité, sa facilité d'interprétation et sa compatibilité avec d'autres méthodes. Par contre, ses inconvénients résident dans le fait qu'elle étudie les sources du changement et non la cause, rend compte du changement sans l'expliquer, néglige l'hétérogénéité au sein du groupe et se fait avec un nombre limité de contrôle des variables de classification.

Ainsi, la formule de la décomposition de base s'obtient en exprimant la performance nationale comme une moyenne pondérée des performances des groupes.

$$Y_t = \sum w_{jt} * y_{jt}$$

Où :

Y= la moyenne nationale pour la variable substantive (utilisation de la contraception moderne au niveau nationale) ;

y= la valeur de la variable substantive pour le groupe j en année t (exemple : l'utilisation de la contraception moderne par les femmes qui n'ont aucun niveau d'instruction en 1999) et

W_{jt} = la proportion des femmes appartenant au groupe j au moment t (exemple : la proportion des femmes qui n'ont aucun niveau d'instruction en 1999).

Partant de cette formule, le changement national se décompose comme suit :

$$\Delta Y = \sum \gamma_j * \Delta w_j + \sum w_j * \Delta y_j$$

Changement total = effet de composition + effet de comportement

En désagrégeant l'effet de comportement à un niveau plus fin à travers la décomposition avancée, on obtient trois sous-composantes : l'effet de base, l'effet de différenciation et l'effet résiduel des facteurs non pris en compte selon la formule suivante :

$$\Delta Y = \underbrace{[\sum \gamma_j * \Delta w_j]}_A + \underbrace{[\sum w_j * \Delta \alpha]}_{B1} + \underbrace{[\sum w_j * x \Delta \beta]}_{B2} + \underbrace{[\sum w_j * \Delta \mu_j]}_{B3}$$

Effet de composition + Effet de comportement

Où **A** est l'effet de composition, **B1** l'effet de base, **B2** l'effet de différenciation, **B3** les facteurs résiduels non considérés

III- Résultats des analyses

3.1- Analyses descriptives

En Guinée, il ressort que l'utilisation de la contraception moderne est positivement associée avec le niveau de vie des ménages dans lesquels vivent les femmes quelle que soit la période d'observation. En outre, l'on observe une augmentation de la pratique contraceptive dans toutes les couches socioéconomique de la population. Mais, cette augmentation semble plus importante au sein du groupe des très nantis et de la classe intermédiaire. Entre 1999 et 2005, la prévalence contraceptive est passée de 9,3% à 14,3% chez les nantis et de 2,8% à 5% dans la classe intermédiaire (cf. Tableau 3.1).

Confirmant les résultats des études antérieures, l'utilisation de la contraception moderne augmente régulièrement avec le niveau d'instruction de la femme quelle que soit la période. L'analyse de la variation de la prévalence contraceptive par niveau d'instruction révèle une augmentation de la pratique contraceptive d'environ 2 point de pourcentage parmi les femmes qui ont un niveau d'instruction primaire (6,7% en 1999 à 8,7% en 2005) et celles qui ont au moins le niveau secondaire (18% en 1999 à 19,9% en 2005).

Du point de vue démographique, les résultats sont mitigés :

- La prévalence contraceptive a augmenté parmi les femmes âgées de moins de 35 ans, alors que la tendance contraire est observée au-delà.
- Par rapport au nombre d'enfants en vie, l'utilisation de la contraception moderne s'est accrue dans toutes les catégories. Toutefois, cette augmentation est plus élevée chez les femmes n'ayant aucun enfant survivant certes à cause du fait qu'elles soient majoritairement constituées d'adolescentes et de jeunes qui n'étaient pas prêtes pour la procréation.

Au Cap-Vert aussi, l'utilisation de la contraception moderne augmente avec le niveau d'instruction de la femme quelle que soit la période. Cette augmentation bien que générale est

plus marquée chez les femmes de niveau primaire dont la prévalence passe de 33,1% en 1998 à 44,1% en 2005 (Tableau 3.1).

Sur le plan démographique, on note une augmentation de la pratique contraceptive dans tous les groupes d'âges. Cependant, la pratique contraceptive a plus augmenté parmi les femmes âgées de 25-29 ans (40,5% en 1998 à 54,3% en 2005). Enfin, l'utilisation de la contraception moderne est positivement associée avec le nombre d'enfants survivants de la femme quelle que soit la période d'observation. En outre, elle s'est accrue sur la période dans tous les groupes de femmes, les accroissements les plus importants se retrouvant chez les femmes ayant au moins trois enfants.

32- Analyses de décomposition

3.2.1- Résultats de la décomposition simple

o Guinée

L'analyse par variable de classification montre que les changements observés au sein des groupes socio-économiques et des groupes d'âge résultent d'un effet de performance (103,64% et 103,25% respectivement) (Tableau 3.1). Les effets de composition de ces deux variables tendent plutôt à ralentir l'utilisation de la contraception moderne (-3,64% pour le niveau de vie et -3,71% pour le groupe d'âge). En ce qui concerne le nombre d'enfants survivants, l'effet de performance est de 97%. Quant au niveau d'instruction, le changement dû à l'effet de performance est de 84,7% contre 15,3% pour l'effet de composition. L'effet de composition de 15,3% se caractérise par la baisse de la proportion des femmes supposées réticentes l'accroissement de l'utilisation de la contraception moderne, c'est-à-dire les femmes sans instruction (80,4% à 77,5%).

Du point de vue niveau de vie du ménage, les femmes vivant dans les ménages « *Très nantis et de la classe intermédiaire* » ont beaucoup contribué à l'augmentation de la pratique contraceptive (42,8 % et 20,8 % respectivement). Quant au niveau d'instruction, les femmes sans niveau d'instruction ont plus contribué que les autres (58 %). Pour ce qui est de l'âge des femmes, les adolescentes et les jeunes femmes ont beaucoup plus augmenté l'utilisation de la contraception que les autres. En effet, leurs contributions à la hausse de la pratique contraceptive moderne sont de 48,3 % pour les 15-19 ans, 18,1 % pour les 20-24 ans et 19,5 % pour les 25-29 ans. Par contre, les signes négatifs portés par les contributions au changement des femmes âgées de 35-39 ans et celles de 45-49 signifient que ces dernières ralentissent l'utilisation de la contraception moderne en Guinée. Concernant le nombre d'enfants vivants, contre toute attente, ce sont les femmes qui n'ont aucun enfant vivant qui ont le plus contribué à la hausse de la prévalence contraceptive. Leur part est de 62,8 %.

o Cap Vert

Globalement la pratique contraceptive a augmenté de 8,4 point de pourcentage au Cap Vert entre 1998 et 2005. Comme en Guinée, la quasi-totalité du changement est due au comportement des femmes en matière de pratique contraceptive.

La grande partie de l'augmentation de la pratique contraceptive provient de 3 groupes des femmes :

- les femmes qui ont un niveau secondaire et plus dont l'apport dans le changement observé de la prévalence contraceptive est de 99,3 % ;

Tableau 3.1 Répartition (%) des femmes (15 à 49 ans), utilisation actuelle de la contraception moderne (%) selon les variables de classification en Guinée et au Cap Vert et résultats de la décomposition simple de l'évolution de l'utilisation contraceptive dans la population étudiée sur la période d'observation.

	Guinée				Cap-Vert				Guinée- Conakry (1999-2005)				Cap Vert (1998-2005)			
	1999		2005		1998		2005		Effet Composition	Effet Performance	Changement total	% changement total	Effet Composition	Effet Performance	Changement total	% changement total
	Préval	%	Préval	%	Préval	%	Préval	%								
Âges									-3,710	103,250	1,956	100	-16,400	116,400	8,435	100
15-19	3	19,6	7,4	20,7	13,1	25,2	21,9	26,8	0,057	0,887	0,944	48,26	0,298	2,284	2,581	30,60
20-24	6	16,1	9,1	14,5	39,3	18,2	47,2	17,3	-0,121	0,474	0,354	18,07	-0,389	1,402	1,013	12,01
25-29	4,6	18,5	7,8	15,8	40,5	15,2	54,3	13,2	-0,167	0,549	0,381	19,50	-0,948	1,960	1,012	11,99
30-34	4,8	14,3	6,2	14,1	43,8	14,8	55,8	10,6	-0,011	0,199	0,188	9,60	-2,092	1,524	-0,568	-6,73
35-39	6,4	14	6	14,7	43,2	12,1	49,9	12,7	0,043	-0,057	-0,014	-0,72	0,279	0,831	1,110	13,16
40-44	5,2	9,2	6	10,3	37,1	9,6	47	10,9	0,062	0,078	0,140	7,14	0,547	1,015	1,561	18,51
45-49	4,9	8,4	3,7	9,9	20,4	5	32,3	8,5	0,065	-0,110	-0,045	-2,32	0,922	0,803	1,726	20,46
Enfants survivants									2,380	97,620	1,963	100	-8,260	108,260	8,430	100
0	5,2	19,6	10,4	21,7	12,9	30,5	20,8	33,1	0,161	1,072	1,234	62,837	0,435	2,512	2,947	34,95
1-2 enfants	4,2	24,8	5,4	23,5	42,5	31,3	51	31,5	-0,065	0,290	0,225	11,477	0,090	2,668	2,758	32,72
3-4 enfants	4,8	21,6	6,2	21,2	43,2	20,5	55	19,9	-0,023	0,299	0,277	14,086	-0,295	2,379	2,083	24,71
5-6 enfants	5,6	17,6	6,7	16,6	38,6	17,7	48	15,6	-0,059	0,188	0,129	6,561	-0,925	1,567	0,642	7,61
7 et +	4,7	16,5	5,1	17,1					0,032	0,067	0,099	5,038				
Niveau d'instruction									15,260	84,740	1,975	100	0,850	99,150	8,381	100
Sans	3,1	80,4	4,7	77,5	29,4	13,6	36,5	5,6	-0,113	1,263	1,150	58,221	-2,612	0,681	-1,931	-23,03
Primaire	6,7	10,2	8,7	11,4	33,1	61,8	44,1	50,9	0,092	0,216	0,308	15,612	-4,210	6,198	1,988	23,72
Secondaire & +	18	9,4	19,9	11,1	34,5	24,8	38,7	43,5	0,322	0,195	0,517	26,167	6,893	1,431	8,324	99,32
Niveau de vie du ménage									-3,640	103,640	2,234	100				
Très pauvre	1	21,8	2,7	20,6					-0,023	0,339	0,316	14,165				
Pauvre	1,9	18,1	3,4	19					0,024	0,278	0,302	13,525				
Moyen	2,8	17,9	5	19,3					0,055	0,409	0,464	20,765				
Riche	7,4	19,8	8,3	20					0,016	0,179	0,195	8,721				
Plus riche	9,2	22,4	14,3	21,1					-0,153	1,109	0,956	42,783				
Total	4,9	100	6,8	100	32,9	100	41,6	100								

Source : Exploitation des données des EDS de la Guinée (1999 et 2005) et du Cap Vert (1998 et 2005)

- les adolescentes (15-19 ans) et les femmes mures (40-44 ans et 45-49 ans) dont les contributions à l'accroissement de l'utilisation de la contraception sont respectivement de 30,6 %, 18,5 % et 20,5 %.
- les femmes qui n'ont aucun enfant et celles de faible parité (moins de 2 ans). Leur contribution au changement est de 35 % pour les femmes n'ayant aucun enfant survivant et 32,7 % pour celles ayant entre 1 et 2 enfants survivants.

3.2.2- Résultats de la décomposition avancée

o Guinée

La partition des effets de performance dégage deux groupes de variables. Le premier, regroupant les variables *niveau d'instruction, nombre d'enfants survivants et groupe d'âge*, montre que les changements observés dans la pratique contraceptive proviennent surtout d'un mouvement d'ensemble dans toutes les catégories sociales des femmes et non d'une différenciation selon leurs catégories. En outre, on note la contribution d'autres facteurs non pris en compte qui sont aussi à la base des changements observés dans l'utilisation de la contraception moderne en Guinée.

Lorsqu'on considère le niveau de vie, on se rend compte que le changement de comportement observé est dû concomitamment à une amélioration de la pratique contraceptive dans les couches socioéconomiques les plus réfractaires (46,1 % du changement) et à une amélioration de l'utilisation liée à la classe socioéconomique d'appartenance (83,1%). Par ailleurs, il existe des facteurs non pris en compte en considérant le niveau socioéconomique comme principal facteur intervenant dans le changement qui seraient à l'origine de plus de 25 % du changement. Ces facteurs influenceraient cette évolution plutôt à la baisse.

Tableau 3.2 : Résultats de la décomposition avancée selon les variables de classifications en Guinée (1999-2005) et au Cap Vert (1998-2005)

Pays	Variables de classification	Effet de performance	Effet de base		Effet de différenciation		Effet des résidus	
			Valeur	%	Valeur	%	Valeur	%
Guinée	Niveau de vie	2,336	1,03	44,52	1,26	53,73	0,04	1,76
	Niveau d'instruction	8,314	8,889	106,91	-1,807	-21,74	1,233	14,83
	Groupe d'âge	2,019	7,418	367,34	-5,370	-265,96	-0,028	-1,38
	Nombre d'enfants survivants	1,915	3,623	189,16	-1,619	-84,53	-0,089	-4,63
Cap vert	Niveau d'instruction	1,674	8,320	497,03	0,128	7,67	-6,774	-404,69
	Groupe d'âges	9,823	8,704	88,62	1,267	12,90	-0,148	-1,51
	Nombre d'enfants survivants	9,12	8,324	91,17	0,858	9,40	-0,053	-0,58

Source : Résultats des calculs de la décomposition avancée, Guinée (1999-2005) & Cap-Vert (1998-2005)

o Cap Vert

Les progrès observés dans l'utilisation de la contraception proviennent principalement d'un mouvement d'ensemble dans les groupes de femmes que composent les variables *niveau d'instruction, groupe d'âge et nombre d'enfants survivants*. En d'autres termes,

l'accroissement observé dans la pratique contraceptive au Cap Vert est le résultat des politiques mises en place en la matière. Toutefois, il y a des effets de différenciation ou des effets liés à d'autres facteurs non considérés dont la contribution à l'utilisation de la contraception moderne est faible et va dans le sens contraire.

3.3- Comparaison des résultats observés dans les deux pays étudiés (Guinée et Cap Vert)

Les résultats de la décomposition simple montrent que, l'augmentation de la pratique contraceptive est quatre fois plus élevée au Cap Vert qu'en Guinée. En effet, le changement total de la pratique est de 8 % au Cap Vert entre 1998-2005, alors qu'il n'est que de 2 % seulement en Guinée entre 1999-2005. Dans chacun des deux pays, ces changements résultent essentiellement d'un effet de comportement des femmes au lieu d'un effet de composition de leur taille.

L'analyse par variable de classification présente des résultats contrastés. En Guinée, l'essentiel des changements dus à l'instruction provient du comportement des femmes sans instruction, tandis qu'au Cap Vert, cela émane beaucoup plus des femmes de niveau secondaire et plus. Quant au groupe d'âge, les adolescentes (15- 19 ans) et les jeunes (20-29 ans) ont beaucoup plus contribué à l'utilisation de la contraception moderne en Guinée, tandis qu'au Cap vert, ce sont les femmes des âges extrêmes (adolescentes et femmes les plus âgées). En ce qui concerne le nombre d'enfants survivants, en Guinée, les femmes n'ayant aucun enfant survivant ont beaucoup plus contribué à l'utilisation de la contraception moderne. Au Cap Vert, en plus des femmes sans enfant survivant, l'apport des femmes ayant au plus 2 enfants dans l'utilisation de la contraception moderne est suffisamment grand.

Les résultats de la décomposition avancée montrent que parmi les composantes élémentaires des effets de performance, les changements dans l'utilisation de la pratique contraceptive résultent des politiques mises en place pour améliorer la santé maternelle. En plus de ces effets de base, il est également ressorti qu'en Guinée, il y a d'autres facteurs non considérés qui contribuent à l'utilisation de la contraception moderne ou vont dans le sens contraire. De même, les signes négatifs des effets de différenciation des variables groupe d'âge et nombre d'enfants signifieraient que le comportement individuel des femmes évolue dans le sens contraire. Le même constat est fait au Cap Vert (cf. tableau 3. 2).

Conclusion et recommandations

Cet article avait pour objectifs, d'identifier les sources de changement intervenus dans l'accroissement observé de la pratique contraception en Guinée et au Cap Vert et, de faire une analyse comparative des changements entre les deux pays. L'étude se rapporte aux données des EDS du Cap Vert (1998 et 2005) et de la Guinée (1999-2005).

Les analyses révèlent une augmentation de la pratique contraceptive dans les deux pays. Ces progrès observé en matière de pratique contraceptive résultent principalement d'un changement de comportement des femmes.

Dans les deux pays, l'augmentation de l'utilisation de la contraception moderne est plus intense parmi les jeunes femmes (moins de trente ans) et les femmes de faible parité (moins de 2 enfants). En Guinée, l'augmentation de la pratique contraceptive est plus remarquable parmi les femmes analphabètes et celles qui résident dans des ménages *Très nantis et de la classe intermédiaire*. Au Cap Vert, les femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus ont plus contribué à l'augmentation de la pratique contraceptive que les autres.

Les résultats de la décomposition avancée révèlent qu'en Guinée, le changement de comportement observé dans l'utilisation de la contraception moderne provient d'un mouvement d'ensemble dans tous les groupes de femmes sans distinction du niveau d'instruction, du nombre d'enfants survivants et du groupe d'âge. Mais pour ce qui est du niveau de vie, il ressort que l'augmentation du niveau de pratique contraceptive moderne provient aussi d'un effet de différenciation des groupes de femmes, notamment celles des classes « *Nantis et Très nantis* ». Toutefois, l'apport d'autres facteurs sont à prendre en compte car ils contribuent aux changements observés.

Par contre au Cap Vert, l'augmentation du niveau de pratique contraceptive est le résultat d'un mouvement général chez toutes les femmes sans distinction du niveau d'instruction, du groupe d'âge et du nombre d'enfants survivants. Les effets de différenciation et les effets liés à d'autres facteurs non considérés sont faibles et vont dans le sens contraire du changement attendu.

Eu égard à ces résultats, nous constatons que l'hypothèse de base est confirmée. En effet, l'augmentation de l'utilisation de la contraception moderne provient des effets de comportements, tel que observé dans les résultats des analyses de décomposition simple dans les deux pays.

Pour les hypothèses spécifiques, la première est confirmée en partie en Guinée. Les femmes vivant dans les ménages « *très nantis et intermédiaire* » ont beaucoup plus contribué à l'augmentation de la pratique contraceptive. Par contre, les femmes sans niveau d'instruction (Guinée) et celles de niveau secondaire ou plus (Cap Vert) ont beaucoup plus contribué à l'augmentation de la pratique contraceptive dans les deux pays.

Cependant, la deuxième hypothèse est infirmée dans les deux pays car ce sont plutôt les adolescentes (15-19 ans) et les jeunes femmes (20-29 ans) qui ont beaucoup plus contribué à l'augmentation de la pratique contraceptive. De même, les femmes sans enfant survivant (dans les deux pays) et celles ayant entre 1 et 2 enfants survivants (Cap Vert) ont beaucoup plus contribué à l'augmentation de la pratique contraceptive.

Les résultats ci-dessus amènent à formuler quelques recommandations politiques et des pistes d'approfondissements. Sur le plan politique, nous recommandons de:

En Guinée

- Renforcer la politique de santé reproductive en mettant un accent sur la nécessité et l'utilité de la pratique contraceptive dans la maîtrise de la fécondité. Cette politique doit être en faveur de toutes les femmes en âge de procréer sans distinction d'âge, du niveau d'instruction et du nombre d'enfants survivants.
- Rendre les services et les méthodes de planification familiale plus accessibles financièrement aux femmes « *très pauvres et pauvres* ».

Au Cap Vert

- Compte tenu du niveau actuel de la fécondité relativement satisfaisant, nous recommandons de réviser les stratégies d'intervention dans le domaine de la

planification familiale afin de maintenir le niveau actuel d'utilisation de la contraception moderne par les femmes.

Comme piste d'approfondissement, nous recommandons aux chercheurs d'étendre le sujet sur d'autres pays de l'Afrique subsaharienne en privilégiant l'analyse de décomposition.

Références bibliographiques

Attanaso Odile et al, 2007 : « Les facteurs de la contraception au Bénin au tournant du siècle : analyse des données de l'enquête démographique et de santé de 2001 », Les Collections du CEPED, 2007, 68p.

Cap-Vert, 1998 : Institut National de la Statistique et Macro International, rapport Enquête démographique et de Santé., page 47-52.

Cap-Vert, 2005 : Institut National de la Statistique et Macro International, rapport Enquête démographique et de Santé., page 55-61.

Cap-Vert, 2005 : Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté (DSRP).

Congo, Zachari, 2007: « Les facteurs de la contraception au Burkina Faso au tournant du siècle : analyse des données de l'enquête démographique et de santé de 2001 », Les Collections du CEPED, 68p.

Dodoo, F.N., 1992: Female Education, Age, Parity, and Reproduction Cessation in Ghana. *Social Biology* 39(1-2):102-108.

Dodoo, F.N., 1995: Contraceptive Behavior in Ghana: A Two-Sex Model. *International Journal of Sociology of the Family* 25(1):43-61.

Édouard TALNAN & Patrice VIMARD, 2005: Laboratoire Population-Environnement-Développement *Unité de mixte de recherche IRD - Université de Provence* 151.

Édouard TALNAN & Raimi FASSASSI, 2005 : Pauvreté et Fécondité en Côte d'Ivoire. Pourquoi le malthusianisme de la pauvreté ne se vérifie-t-il pas ?

Evina Akam, 2007: « Les facteurs de la contraception au Cameroun au tournant du siècle : analyse des données de l'enquête démographique et de santé de 1998 » Les Collections du CEPED, 62p.

Fall Soukeynatou, 2007 : « Les facteurs de la contraception au Sénégal au tournant du siècle : analyse des données de l'enquête démographique et de santé de 1997 », Les Collections du CEPED, 60p.

Francis Gendreau, 1998 : Crises, pauvreté et changement démographique dans les pays du sud. Actualité scientifique, éditions « Estem ».

Fassassi Raïmi, 2007 : Les facteurs de la contraception en Afrique de l'Ouest et en Afrique Centrale au tournant du siècle : Rapport de synthèse, GRIPPS, CEPED, Paris, 73p.

Guinée, 2007: Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté (DSRP-II).

Guinée, 1999 : Institut National de la Statistique et Macro International, rapport Enquête démographique et de Santé., page 57-65.

Guinée, 2005 : Institut National de la Statistique et Macro International, rapport Enquête démographique et de Santé., page 73-80.

Jocelyn Mantempa Nzinunu, 2008 : Besoins non satisfaits en planification familiale au sein du couple en République Démocratique du Congo : analyse des données de l'eds-rdc 2007.

PRB, 2008: La planification familiale en Afrique de l'Ouest.

PSI-Guinée, 2008: Etude TRaC de base pour l'évaluation des comportements parmi les femmes âgées de 15-49 ans ayant un besoin en planification familiale au niveau national.

Thérèse LOCOH, 2002 : Structures familiales et évolution de la fécondité dans les pays à fécondité intermédiaire de l'Afrique de l'Ouest, INED, Paris.

Vignikin Kokou, 2007 : « Les facteurs de la contraception au Togo au tournant du siècle : analyse des données de l'enquête démographique et de santé de 1998 », Les Collections du CEPED, 55p.

Wakam Jean, 1992 : De la pertinence des théories économicistes de la fécondité dans le contexte socioculturel camerounais et négro-africain, Université Catholique de Louvain, Institut de Démographie.

Wambui T; Ek AC; Alehagen S, 2009: "Perceptions of family planning among low-income men in Western Kenya" in International Nursing Review.; 56(3):340-5.

Définition Contraception, Futura-Sciences, 2010. Lien du site : www.futura-sciences.com