

**MINISTERE DU PLAN
ET DU DEVELOPPEMENT
ECONOMIQUE**



REPUBLIQUE DE GUINEE
Travail - Justice- Solidarité

DIRECTION NATIONALE POPULATION ET DEVELOPPEMENT

Les Déterminants de la Planification Familiale et du Dividende Démographique en Guinée

Rapport Final

Réalisé avec l'appui
Du Fonds des Nations Unies pour la Population



TABLE DES MATIERES

SIGLES ET ABREVIATIONS.....	4
RESUME	5
INTRODUCTION	7
1. CADRE GÉNÉRAL DE L'ÉTUDE	10
1.1. Présentation de la Guinée.....	10
1.2. Revue de la littérature	11
1.2.1. <i>Planification familiale.....</i>	<i>11</i>
1.2.2. <i>Planification familiale et dividende démographique</i>	<i>17</i>
2. CADRE CONCEPTUEL ET OBJECTIFS	21
2.1. Contexte	21
2.1.1. <i>Contexte sanitaire</i>	<i>21</i>
2.1.2. <i>Contexte économique</i>	<i>21</i>
2.1.3. <i>Contexte démographique</i>	<i>23</i>
2.1.4. <i>Contexte socioculturel.....</i>	<i>24</i>
2.2. Objectifs de l'étude	25
2.3. Hypothèses de l'étude.....	25
2.3.1. <i>Hypothèse générale.....</i>	<i>25</i>
2.3.2. <i>Hypothèses spécifiques</i>	<i>26</i>
3. ASPECTS METHODOLOGIQUES.....	27
3.1. Source des données	27
3.2. Population étudiée.....	27
3.3. Description des variables utilisées	27
3.4. Méthodes statistiques d'analyse	32
3.4.1. <i>Niveau bivarié.....</i>	<i>32</i>
3.4.2. <i>Niveau multivarié.....</i>	<i>32</i>
3.5. Stratégies d'analyse	32
3.6. Limites de l'étude.....	33
4. ANALYSE DIFFERENTIELLE DE L'UTILISATION D'UNE METHODE CONTRACEPTIVE	34
4.1. Caractéristiques socioculturelles et utilisation d'une MCM	34
4.1.1. <i>Milieu de résidence</i>	<i>34</i>
4.1.2. <i>Appartenance ethnique</i>	<i>34</i>
4.1.3. <i>Religion.....</i>	<i>34</i>
4.2. Caractéristiques socioéconomiques et utilisation d'une MCM.....	35
4.2.1. <i>Niveau de vie du ménage</i>	<i>35</i>
4.2.2. <i>Niveau d'instruction de la femme et alphabétisation.....</i>	<i>35</i>
4.2.3. <i>Secteur d'activité de la femme</i>	<i>35</i>
4.3. Caractéristiques démographiques et utilisation d'une MCM.....	36
4.3.1. <i>Age de la femme</i>	<i>36</i>
4.3.2. <i>Statut matrimonial de la femme</i>	<i>36</i>
4.3.3. <i>Nombre d'enfants vivants.....</i>	<i>36</i>
4.3.4. <i>Nombre d'enfants désirés.....</i>	<i>36</i>
4.4. Paramètres liés à l'offre et utilisation d'une MCM	36
4.4.1. <i>Connaissance des méthodes modernes de contraception</i>	<i>36</i>
4.4.2. <i>Niveau d'exposition aux messages sur la PF.....</i>	<i>36</i>
4.5. Caractéristiques du conjoint et du couple et utilisation d'une MCM	37
4.5.1. <i>Age du conjoint</i>	<i>37</i>

4.5.2.	<i>Niveau d'instruction du conjoint</i>	37
4.5.3.	<i>Secteur d'activité du conjoint</i>	37
4.5.4.	<i>Participation à la prise des décisions importantes dans le ménage</i>	37
4.5.5.	<i>Vue d'ensemble</i>	37
5.	DETERMINANTS DE L'UTILISATION DES METHODES DE CONTRACEPTION MODERNES...	38
5.1.	Ensemble des femmes.....	38
5.2.	Femmes en union	39
6.	CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	41
	BIBLIOGRAPHIE	44
	ANNEXES	46
	Annexe 1. Graphiques des proportions de femmes utilisant les MCM	46
	Annexe 2. Graphiques des proportions de femmes en union utilisant les MCM	48
	Annexe 3. Résultats des analyses multivariées pour l'ensemble des femmes	51
	Annexe 4. Résultats des analyses multivariées pour les femmes en union	53

SIGLES ET ABREVIATIONS

AGBEF	: Agence guinéenne pour bien être familial
CIPD	: Conférence Internationale sur la Population et le Développement
DNPD	: Direction nationale population et développement
EDS	: Enquête démographique et de Santé
ELEP	: Enquête Légère pour l'Évaluation de la Pauvreté
ISF	: Indice synthétique de fécondité
KFW	: Kreditanstalt für Wiederaufbau (Banque détenue par l'Etat allemand)
MSH	: Ministère de la Santé et de l'Hygiène
OMS	: Organisation mondiale de la Santé
ONG	: Organisation non gouvernementale
PF	: Planification familiale
PIB	: Produit Interieur Brut
NTA	: National Transfert Account
PNDS	: Plan National du Développement Sanitaire
PSI/OSFAM	: Population Services International
RGPH	: Recensement général de la population et de l'Habitat
SR	: Santé de la reproduction
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
USAID	: Agence des États-Unis pour le développement international

RESUME

L'expérience de nombreux pays d'Amérique latine et d'Asie (Corée du Sud, Taiwan, Hong Kong, Singapour, Indonésie, ...) montre que la première étape vers un dividende démographique est la baisse progressive et rapide de la fécondité grâce à des investissements dans le planning familial, la santé des enfants et l'éducation des filles. De nos jours, toute politique de planification familiale vise à amener les femmes nécessiteuses à l'utilisation des méthodes modernes de contraception.

La Guinée demeure encore l'un des pays où le taux d'utilisation de la contraception moderne est le plus faible en Afrique subsaharienne (11 %¹, EDS 2018). Pourtant, le pays a adopté une politique nationale de population en 1992, révisée en 1996 et en 2018. Il met en œuvre plusieurs programmes dans le domaine de la planification familiale, depuis des années. Pour améliorer le taux d'utilisation de la contraception moderne, il est nécessaire d'identifier les leviers sur lesquels s'appuyer. C'est dans cette perspective que la présente étude a été réalisée afin de permettre à la Guinée d'amorcer le processus d'atteinte du Dividende démographique.

Pour atteindre cet objectif, il s'est agi dans cette étude d'identifier d'abord les facteurs déterminants de l'utilisation de la contraception moderne en Guinée. L'hypothèse principale vérifiée est que diverses caractéristiques des femmes et de leur entourage influencent leur utilisation ou pas de la contraception moderne.

Les données de la cinquième enquête démographique et de santé réalisée en Guinée en 2018 ont été utilisées à cet effet. L'étude a porté uniquement sur les 4159 femmes effectivement exposées au risque de grossesse, qui sont généralement ciblées par les programmes de planification familiale, sur les 10874 femmes de la base EDS 2018.

Pour les besoins des analyses, deux groupes de femmes ont été constitués : l'ensemble des femmes et les femmes vivant en union.

Les analyses ont été menées à deux niveaux. Dans un premier temps, l'utilisation de la contraception moderne a été croisée avec chacune des caractéristiques identifiées comme susceptibles d'influencer la pratique de la contraception moderne chez les femmes étudiées. Les résultats montrent qu'à ce niveau d'analyse quasiment toutes les variables sont significativement associées à l'utilisation de la contraception moderne, aussi bien chez l'ensemble des femmes que chez les femmes vivant en union.

Ensuite, les caractéristiques ayant une influence significative au niveau bivarié ont été introduites ensemble dans un modèle de régression logistique. Après contrôle des effets des variables les uns par les autres, les déterminants de la pratique contraceptive moderne ont été identifiés.

Les résultats de l'analyse explicative montrent que les principaux déterminants de l'utilisation de la contraception moderne sont : l'appartenance ethnique, la confession religieuse, le niveau de vie du ménage, l'âge de la femme, l'occupation de la femme, la situation matrimoniale de la femme, le niveau d'exposition de la femme aux messages sur la planification familiale (PF). Chez les femmes en union, ce sont l'appartenance ethnique, la religion, l'âge, le niveau d'exposition aux messages sur la PF et la participation à la prise des décisions importantes dans le ménage qui ont un effet significatif sur la pratique contraceptive moderne.

¹ Pour l'ensemble des femmes en union

Il ressort des résultats que, bien que les niveaux d'utilisation de la contraception moderne soient largement en deçà de ce qu'ils devraient être (car seulement deux femmes nécessairement sur cinq en utilisent), la pratique contraceptive est nettement plus importante par rapport à ce que laissent paraître les résultats des enquêtes habituellement présentés. Cette étude montre aussi que très peu de femmes utilisent la contraception traditionnelle en Guinée. L'essentiel des utilisatrices se tournent exclusivement vers les méthodes modernes, plus efficaces.

En fin, selon les résultats de cette étude, l'amélioration substantielle de la pratique contraceptive moderne en Guinée passe nécessairement par un programme ambitieux et bien coordonné. Ce programme devrait axer ses interventions sur une sensibilisation ciblée et multi-canal, couplée à une offre d'une large gamme de produits contraceptifs à des coûts abordables.

INTRODUCTION

De nos jours, le continent africain est face à un défi de la réalisation du dividende démographique. En effet, au cours des dix dernières années, la plupart des pays d'Afrique ont connu une croissance économique soutenue. Cependant, en dépit de cette croissance, environ deux africains sur trois vivent encore avec moins de 2 dollars par jour. L'accélération de la croissance économique est donc nécessaire pour réduire les inégalités et la pauvreté, et pour améliorer les conditions de vie de la population. Par ailleurs, l'expérience de nombreux pays d'Amérique latine et d'Asie révèle un moyen permettant d'atteindre cette croissance économique accélérée. Ces pays ont connu une augmentation de la proportion de personnes en âge de travailler par rapport à celle à charge, notamment des enfants, grâce à une baisse de la fécondité. Ils ont saisi cette opportunité économique en améliorant la santé et l'éducation, en attirant les investissements étrangers et en adoptant des politiques économiques qui ont permis de créer des emplois, ce qui a amené une accélération de la croissance économique appelée dividende démographique. Or, la première étape vers un dividende démographique consiste en une diminution progressive et rapide de la fécondité grâce à des investissements dans l'éducation, la santé, l'économie, la gouvernance et le planning familial. En outre, toutes les politiques de planification familiale visent à amener les femmes nécessiteuses à utiliser les méthodes contraceptives modernes.

La transition démographique en Afrique Subsaharienne a débuté dans les années 1980, à travers les pays pionniers, en Afrique Australe et en Afrique de l'Est, et s'est depuis diffusée un peu partout sur le continent (Cleland et al., 1994 ; Cohen, 1993 ; Kirk and Pillet, 1998 ; Locoh, 1994, 2002 ; Tabutin, 1997 ; Tabutin and Schoumaker, 2001 ; Vimard et al., 2001, cités par Andro et Hertrich, 2002). Mais cette baisse de la fécondité se poursuit à des rythmes très variables selon les pays (Tabutin et Schoumaker, 2004) alors que les niveaux de mortalité (notamment infantile) ont sensiblement baissé un peu partout.

La lenteur de la transition démographique a entraîné un accroissement continu et rapide de la population et un rajeunissement notable de celle-ci. L'Afrique Subsaharienne se trouve ainsi confrontée à de nombreux défis démographiques, liés notamment à la jeunesse de sa population, au rythme de sa croissance démographique et à une transition démographique tardive et limitée (Ferry et Hugon, 2007). L'augmentation rapide de la population qui en résulte rend difficile la réalisation de progrès, mêmes modestes, en matière de santé, d'éducation et d'emploi. Cette démographie galopante exerce également une pression sur les terres, l'eau, les forêts et les autres ressources naturelles. Dans un tel contexte, l'investissement dans la planification familiale (PF) est un moyen important de faire face à la croissance démographique et de stimuler le développement économique. À l'identique de l'éducation des filles, la PF est donc le meilleur atout pour le développement².

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 planifiées 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 année (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 »).

² *Atteindre les OMD : La contribution du planning familial – L'Afrique Francophone de L'Ouest*, Health Policy Project, Futures Group International, Washington, D.C., Janvier 2011.

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. 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 et en 2018 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 y parvenir, il est nécessaire d'identifier les leviers sur lesquels s'appuyer. Dans cette perspective, la présente étude se propose d'identifier les déterminants de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes par les femmes. L'étude se limite aux femmes fécondes effectivement exposées au risque de concevoir. 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.

Le rapport de cette étude fait l'objet du présent document. Il comporte, outre l'introduction qui présente la problématique étudiée, six points complétés par une bibliographie et des annexes. Le premier point est consacré à la présentation de la Guinée et une brève revue de littérature sur les facteurs de l'utilisation de la contraception moderne. Dans le deuxième point, le contexte (sanitaire, économique, démographique, socioculturel) du pays, les objectifs et les hypothèses de l'étude sont présentés. Le troisième point aborde les aspects méthodologiques de l'étude : source des données utilisées, population étudiée, description des variables et méthodes statistiques d'analyse utilisées, stratégie d'analyse ainsi que limites de l'étude. Le quatrième point analyse l'association statistique entre le fait d'utiliser une méthode de contraception moderne au moment de l'enquête et chacune des variables utilisées. Quant au cinquième point, il présente les facteurs explicatifs de l'utilisation d'une méthode contraceptive moderne chez les femmes en âge de procréer exposées au risque de grossesse au moment de l'enquête en 2018. Enfin, le dernier point met en évidence les conclusions émanant des résultats de l'étude ainsi que les recommandations suggérées par les conclusions tirées.

1. CADRE GÉNÉRAL DE L'ÉTUDE

1.1. Présentation de la Guinée

La Guinée est située en Afrique de l'Ouest avec une superficie de 245.857 km² dont 25% sont propices à l'Agriculture. Elle est limitée au nord-ouest par le Sénégal, au nord-ouest par la Guinée-Bissau, à l'ouest par l'océan Atlantique, au sud-ouest par la Sierra Leone, au sud-sud-est par le Liberia, au sud-est par la Côte d'Ivoire et à l'est-nord-est par le Mali. La Guinée comprend quatre régions naturelles (Base Guinée, Moyenne Guinée, Haute Guinée, Guinée Forestière) différentes les unes des autres du point de vue relief, du climat, de la végétation et des types de sols, ce qui lui offre une grande diversité agro – écologique, huit (8) régions administratives, 33 préfécures, 5 communes à Conakry et 307 sous-préfécures.

Selon les résultats du RGPH-3 en 2014, la population guinéenne était estimée à 10 523 261 habitants dont 34,8% vivent en milieu urbain et 65,2% en milieu rural. Les femmes constituent 51,7% de cette population, 35,8% des hommes et 33,8% des femmes résident en milieu urbain. La Guinée est caractérisée par une population majoritairement jeune (64,1 % ont moins de 25 ans), une part importante de cette population est sans niveau d'instruction (65,7 % ne savent ni lire, ni écrire dans une langue) et sans emploi (5,2 % : taux de chômage 15 ans et plus). Elle présente une grande diversité ethnique dont les principaux groupes ethniques sont les Malinkés, les Peulhs, les Soussous et les forestiers (Kissis, Guerzés, Tomas, etc.).

L'islam est la religion dominante dans le pays (89,1 %). Le reste de la population pratique le christianisme (6,8 %), les croyances traditionnelles (1,6 %) et autre religion (0,1 %) alors 2,4 % de la population sont sans religion, RGPH 2014.

Carte administrative de la Guinée



1.2. Revue de la littérature

Plusieurs recherches ont tenté d'identifier les facteurs qui peuvent influencer les décisions des femmes par rapport à l'utilisation des méthodes de contraception moderne à travers différentes approches explicatives. Ces approches font référence aux caractéristiques socioéconomiques, socioculturelles et sociodémographiques de la femme. Elles s'appuient sur les motivations individuelles, sur les valeurs et les normes, les coutumes des sociétés africaines, favorables à une fécondité élevée, pour expliquer la faible prévalence contraceptive.

1.2.1. Planification familiale

1.2.1.1. Pratiques traditionnelles et transition de la pratique contraceptive

Dans les sociétés africaines, le choix de la taille de la famille a toujours été considéré comme dépendant de Dieu et l'espacement des naissances pour sauvegarder la santé maternelle et infantile, une norme. Les femmes arrivaient à un espacement normal entre les naissances grâce aux méthodes traditionnelles de contraception (l'allaitement maternel, l'abstinence post-partum). Dans plusieurs sociétés, la séparation des époux après l'accouchement était exigée. La femme retournait dans sa famille et ne revenait que lorsqu'elle était prête à avoir un autre enfant. Ce n'était ni le mari ni la femme qui pouvaient décider de se séparer, mais c'était la norme imposée par la culture. La femme qui n'arrivait pas à espacer ses naissances était mal vue par la société. C'est ainsi que dans plusieurs sociétés africaines, il existait des appellations tendant à ridiculiser le couple, mais surtout la femme incapable d'espacer ses naissances afin de pouvoir concilier ses rôles de productrice et de reproductrice (VAN DE WALLE et VAN DE WALLE, 1988). De nos jours, grâce au modernisme, et à leur scolarisation progressive, les femmes utilisent des méthodes modernes de régulation des naissances au détriment des méthodes traditionnelles.

1.2.1.2. Planification familiale

La planification familiale (PF) est un ensemble de mesures techniques et éducatives qui permet aux couples de choisir le nombre de leurs enfants et le moment de leur naissance, tout en favorisant la poursuite d'une activité sexuelle harmonieuse (MEYER, L., 1991). C'est un ensemble de produits et services permettant aux individus et aux couples d'anticiper et d'atteindre le nombre d'enfants désirés, d'espacer et d'avoir en temps voulu ces enfants. La PF a été intégrée dans les soins de santé primaires à la conférence d'Alma Ata (1978) puis entérinée comme stratégie à la Conférence internationale pour la Population et le Développement (CIPD, 1994) dans le cadre de la santé de la reproduction (SR) et plus tard des droits en matière de santé sexuelle et reproductive. Ceci visait à améliorer la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, par la réduction de la morbidité et de la mortalité dans ces catégories, ainsi que la transmission du VIH/SIDA.

1.2.1.3. Utilisation de la planification familiale

L'OMS (2018) estime à 214 millions le nombre de femmes dans les pays en développement qui souhaiteraient retarder le moment d'avoir un enfant ou ne plus avoir d'enfants mais qui n'utilisent aucun moyen de contraception. La planification familiale et la contraception réduisent le besoin de recourir à l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité. En plus, certaines méthodes de planification familiale, comme les préservatifs, permettent d'éviter les infections sexuellement transmissibles. La PF renforce les droits des populations à choisir le nombre d'enfants qu'elles souhaitent avoir et à déterminer l'espacement des naissances. En permettant d'éviter des grossesses non désirées, la PF et la contraception préviennent et réduisent les mortalités maternelles et infantiles.

De nos jours, il est convenu que la promotion de la planification familiale est essentielle pour assurer le bien-être et l'autonomie des femmes tout en soutenant la santé et le développement des communautés.

En Guinée, la Loi L/010/AN 2000 du 10 juillet 2000 portant santé de la reproduction donne aux femmes le droit d'accès à la planification familiale (droit à l'information et à l'éducation sur la et droit d'accès aux soins et services en santé, entre autres).

Dans la littérature, les caractéristiques démographiques de la femme, les facteurs socioculturels, institutionnels, comportementaux, et économiques constituent des paramètres qui influencent les décisions de la femme à prévenir les grossesses et les naissances trop rapprochées et survenant à un moment inopportun.

1.2.1.4. **Caractéristiques socioéconomiques**

Dans la pratique contraceptive moderne, ce sont souvent les variables niveau d'instruction, l'occupation, le secteur d'activité et les conditions de vie de la femme qui sont évoquées.

- **Niveau d'instruction**

Selon Evina AKAM (2005), l'instruction apporte à l'individu une ouverture d'esprit et une aptitude à accepter des cultures dites modernes. Par ailleurs, l'instruction de la femme lui permet d'être en contact avec des modes de raisonnement et de pensée nouveaux, ce qui peut l'amener à changer de comportement et à adopter par exemple les méthodes de contraception modernes.

En Côte d'Ivoire, les chances d'utilisation de la pratique contraceptive moderne augmentent avec le niveau d'instruction de la femme en union. Les femmes en union ayant un niveau d'instruction élevé, équivalent au niveau primaire ou au niveau secondaire ou supérieur, ont plus de chance d'utiliser une méthode contraceptive moderne que celles sans instruction (TALNAN et VIMARD, 2005). En Guinée, le renforcement de l'accessibilité à l'éducation au plus grand nombre notamment les filles est parmi les recommandations et stratégies pour la promotion de la PF³. Selon les EDS, les femmes en union ayant le niveau secondaire ou plus (9% EDS 2012, 19% EDS 2018) utilisent plus les méthodes modernes de contraception que celles qui n'ont aucun niveau d'instruction (4% EDS 2012, 9% EDS 2018).

- **Secteur d'activité**

CONGO (2005) a montré que les artisanes et les commerçantes ont plus de chance d'utiliser les méthodes modernes de contraception par rapport aux femmes du secteur agricole. Ainsi, l'exercice d'une activité économique procure à la femme des moyens financiers lui permettant d'acheter des contraceptifs modernes. DIALLO (2009) remarque une prédominance des commerçantes (27,6%), suivies des ouvrières (21,1%) et des élèves/étudiantes (20,7%) parmi les femmes demandeuses de services de PF auprès de l'AGBEF. Selon lui, cela s'expliquerait par l'impact des activités de sensibilisation sur certaines cibles telles que les marchés, les salons de couture et de coiffure, les établissements scolaires et universitaires.

³Rapport d'Analyse de la situation de la planification familiale en Guinée, 2012

- **Conditions de vie de la femme**

En général, les femmes en union issues des ménages ayant des conditions de vie meilleures ont une certaine maîtrise de leur procréation et une propension plus élevée à recourir à la contraception moderne par rapport aux femmes en union issues des ménages ayant des conditions de vie médiocres.

VIMARD et TALNAN (2005) ont ainsi montré 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 aux femmes en union pauvres. Cependant, PSI- Haïti (2007) a montré que les femmes de 15-49 ans de statut socioéconomique moyen ont deux fois plus de chance d'utiliser une méthode contraceptive moderne que celles de statut socioéconomique élevé. En Guinée, les femmes en union vivant dans les ménages appartenant au quintile du bien être le plus élevé (4%, EDS 2012 et 17%, EDS 2018) utilisent plus les méthodes modernes contraceptives que celles vivant dans les ménages appartenant au quintile le plus bas (2%, EDS 2012 et 9%, EDS 2018).

1.2.1.5. **Caractéristiques socioculturelles**

L'environnement socioculturel auquel appartient la femme influence sa procréation et par ricochet l'utilisation des méthodes contraceptives modernes. Les facteurs socioculturels les plus souvent cités sont : le milieu de résidence, l'ethnie et la religion.

- **Milieu de résidence**

La pratique contraceptive de la femme peut être déterminée par son milieu de résidence. Les femmes du milieu urbain peuvent fréquenter facilement des centres spécialisés de contrôle de naissance du fait qu'ils y sont plus disponibles qu'en milieu rural. Par ailleurs, en milieu urbain, l'environnement urbain et les mentalités sont aussi fondamentaux dans l'adhésion à la contraception moderne (FASSASSI, 2006).

D'après CONGO (op.cit.), lors d'une étude sur la contraception moderne au Burkina Faso, le fait de résider en milieu urbain induit une propension plus grande d'adopter les méthodes de contraception modernes par les femmes.

- **Ethnie**

L'appartenance de la femme à une ethnie conditionne son comportement, puisqu'elle est influencée par les cultures et habitudes de l'ethnie. En effet EVINA (2005) pense que « l'ethnie est un lieu de production et de reproduction des modèles culturels qui modulent les comportements des individus ». Ainsi l'ethnie est un facteur qui forge le comportement de la femme en matière de procréation et d'utilisation des méthodes contraceptives modernes.

Par ailleurs TALNAN et VIMARD (op.cit.) ont montré en Côte d'Ivoire que le groupe ethnique auquel appartient la femme en union vivant en ville influence sa décision de recourir à la contraception moderne.

- **Religion**

La religion est fondamentale dans la vie des croyants et par conséquent les croyances religieuses influencent leur comportement en général et le comportement contraceptif en particulier. En effet, pour la plupart des religions (Catholicisme, Protestantisme, Islam, etc.), l'enfant est un don de Dieu et par conséquent toute pratique contraceptive est interdite. Ceci est notamment le cas de l'église catholique qui est formellement opposée à l'utilisation des méthodes de contraception modernes, la religion musulmane n'étant pas en reste. Ainsi, ISSA (2008), à partir des données de l'EDS III, a montré que dans la partie septentrionale du Cameroun, les femmes en union, musulmanes, présentent plus de risque de ne pas utiliser la contraception moderne que les femmes en union des autres religions.

1.2.1.6. **Caractéristiques sociodémographiques**

Plusieurs études ont révélé que la pratique contraceptive moderne de la femme est influée par les facteurs sociodémographiques. On cite souvent l'âge, le nombre d'enfants vivants, le nombre d'enfants souhaités et la pratique de l'avortement.

- **Age de la femme**

L'âge de la femme est aussi un facteur important de la pratique contraceptive moderne. Son effet traduit souvent un effet de génération. Cet effet influence fortement l'utilisation des méthodes contraceptives modernes, car généralement, les générations jeunes y adhèrent plus vite, tandis que les générations des femmes âgées ont plutôt tendance à utiliser les méthodes traditionnelles préconisées par la société traditionnelle pro nataliste (FASSASSI, 2006). Selon une étude réalisée en République démocratique du Congo, l'âge est un facteur influent dans l'utilisation des méthodes contraceptives. La génération jeune adhère plus vite que la génération âgée (N. M BITOTO, 2010).

En Guinée, DIALLO (op.cit.) souligne que la majorité des clientes (78,7 %) avait un âge compris entre 15 et 34 ans, soit l'âge de la pleine activité sexuelle. Les clientes de moins de 15 ans et celles de plus de 49 ans ont été les moins représentées avec des proportions respectives de 0,6 % et 0,3 %.

- **Nombre d'enfants vivants et nombre d'enfants souhaités**

Les études montrent que les femmes qui ont un nombre d'enfants vivants élevé ont tendance à utiliser les méthodes de contraception modernes alors que chez les femmes pour lesquelles ce nombre est faible du fait qu'elles ont perdu un ou plusieurs enfants utilisent moins les méthodes de contraception modernes car elles ont tendance à vouloir les remplacer. Selon EVINA AKAM (2005), les femmes qui n'ont perdu aucun enfant ont 1,7 fois plus de chance d'utiliser une méthode contraceptive que les femmes qui en ont perdu un ou deux.

Par ailleurs, les femmes qui désirent un nombre faible d'enfants sont plus enclines à utiliser une méthode contraceptive moderne que les femmes qui veulent un nombre élevé d'enfants. En effet, les camerounaises qui désirent une grande progéniture (cinq enfants et plus) ont deux fois moins de chance d'utiliser une méthode contraceptive moderne que celles qui veulent limiter leur descendance à quatre enfants au maximum (EVINA, 2005).

- **L'état matrimonial**

La procréation est l'objectif premier du mariage en Afrique subsaharienne. Dans la plupart des cas, la procréation est gage de pérennisation de la lignée et de stabilité du mariage. Les couples stériles vivent très difficilement leur situation d'infécondité au sein de la société (EVINA, 1990). Les observations de la fécondité indiquent que l'essentiel de la procréation se fait dans le mariage et ce, quelle que soit la population considérée. On devrait donc s'attendre à ce que, face à un choix de contrôle de leur fécondité, les femmes mariées aient une pratique contraceptive plus faible que les autres catégories de femmes. Dans son étude, DIALLO (op. cit.) révèle que 57% des clientes sont des mariées. Selon lui, ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que les campagnes de sensibilisation s'adressent principalement aux personnes mariées, présentant la PF comme une affaire de couple.

- **Pratique de l'avortement et la perception du risque y relatif**

L'avortement est une pratique interdite par la tradition et par la loi dans de nombreux pays dont la Guinée. Il constitue également un grand danger pour la santé de la femme et une source de mortalité pour la femme. Souvent, ces avortements surviennent lorsque la femme est en face d'une grossesse non prévue ou d'une grossesse trop rapprochée de la dernière. Or ces grossesses non désirées auraient pu être évitées grâce à l'utilisation de la contraception moderne.

En Côte d'Ivoire, 29 % des femmes ayant pratiqué l'avortement ont eu recours à la contraception moderne par la suite (AGNES, 1998). Ainsi, la perception du risque lié à l'avortement peut influencer la pratique contraceptive moderne. De plus, au Gabon, la pratique de l'avortement influence l'utilisation de la contraception par certaines femmes ; puisque la pratique de l'avortement est un déclic qui entraîne une prise de conscience par les femmes d'où le recours à la contraception moderne (CHIESA et WANTOU, 2001).

1.2.1.7. Facteurs d'opportunité, de capacité et de motivation

Les facteurs d'opportunité, de capacité et de motivation permettent de mieux apprécier les déterminants de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes.

- **Les facteurs d'opportunité**

Les facteurs d'opportunité se réfèrent aux facteurs institutionnels ou structurels qui influencent les chances de la femme de recourir à l'utilisation des méthodes de contraception modernes. Dans la littérature, on en identifie plusieurs. Il s'agit notamment :

- de la disponibilité ;
- de la qualité des soins ;
- de l'attrait de la marque ; et
- des normes sociales.

- **Facteurs de capacité**

L'opportunité seule ne suffit pas, il faut des facteurs de capacité qui sont des aptitudes et compétences nécessaires à la femme pour pouvoir utiliser les méthodes contraceptives modernes. Les études ont montré que les facteurs de capacité influençant ce comportement sont :

- la connaissance des méthodes contraceptives ;
- l'efficacité communicationnelle et personnelle et ;
- le soutien social ;
- la discussion de la planification familiale avec le conjoint.

- **Facteurs de motivation**

Les facteurs de motivations sont ceux qui créent de la stimulation ou du désir à la pratique de la contraception moderne chez les femmes. Leur influence est donc incontestable. Il s'agit notamment des normes subjectives, des croyances, des résultats attendus, du point de contrôle, de la sévérité, de l'attitude et de la volonté de payer.

- Les normes subjectives, c'est-à-dire les normes imposées à la femme par son entourage (amis parents, partenaires, etc.) par rapport à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes.
- Les résultats attendus de l'utilisation des contraceptifs modernes. Les femmes qui ont une opinion positive de l'efficacité des méthodes contraceptives ont plus tendance à en utiliser que les femmes qui en ont une mauvaise opinion.
- Les croyances : les croyances erronées (effets secondaires, complications de santé, etc.) par rapport aux méthodes contraceptives modernes exerceraient une influence sur leur utilisation par les femmes.
- Le point de contrôle (contrôle de la santé reproductive).
- L'attitude de la femme face à la planification familiale.
- L'attitude du conjoint face à la planification familiale.
- La volonté de payer.

En Marketing, la volonté de payer est un facteur important influençant l'utilisation des méthodes contraceptives modernes par les femmes. En effet PSI-Haïti (2007) a démontré que plus les femmes sont prêtes à payer plus cher pour une boîte de « Confiance » (marque de contraceptif), plus elles ont de la chance d'utiliser une méthode moderne quelconque de PF. De plus, les femmes qui utilisent une méthode moderne de PF sont prêtes à payer plus cher pour Confiance que celles qui ne l'utilisent pas.

Le condom « Prudence plus », la pilule « Planyl » ont intégré le programme de marketing social en Guinée. Selon l'EDS-MICS 2012, parmi les utilisatrices de la pilule contraceptive, plus des deux tiers utilisent la marque Planyl (68 %) et 94 % des utilisatrices du condom masculin utilisent la marque « Prudence plus » contre respectivement sept sur dix (70 %) et près de trois quart (73 %) pour EDS 2018. Par ailleurs, selon EDS 2018, parmi les utilisatrices de méthodes modernes de contraception, six sur dix (59 %) ont été informées des effets secondaires ou des problèmes liés à la méthode utilisée, la moitié (49 %) a été informée sur ce qu'il fallait faire si ces problèmes se manifestaient et enfin près de deux tiers (64 %) ont été informées par un agent de santé ou de planification familiale de l'existence d'autres méthodes modernes qu'elles pourraient utiliser. En outre, 56 % des utilisatrices de la pilule ont été informées par un agent de santé de l'existence d'autres méthodes et 55 % ont été informées sur ce qu'il convenait de faire en cas d'effets secondaires. Près de six utilisatrices sur dix d'injectables (58 %) ont été informées des effets secondaires ou des problèmes inhérents à la méthode utilisée, 71 % ont été informées sur l'existence d'autres méthodes, mais seulement 48 % ont été informées de ce qu'il fallait faire en cas d'effets secondaires. Dans l'ensemble, 38 % des utilisatrices de contraceptifs modernes ont reçu les 3 informations. C'est dans le secteur public que les femmes ont été les mieux informées par rapport au privé (43 % contre 26 %).

Il ressort du diagnostic⁴ de la PF en Guinée que sur un total de 2 875 000 femmes en âge de procréer en 2012, plus de 2 000 000 (soit plus 69,6%) n'expriment pas de désir d'espacer ou de limiter leurs naissances et ne se sentent donc pas concernées par l'utilisation de la PF. En revanche, 864 000 (soit 30,1%) femmes expriment ce désir mais n'y ont pas toutes accès pour diverses raisons (manque d'intérêt, opposition, faute de connaissance, peur des effets secondaires, etc.). On relève 691 000 femmes en âge de procréer (soit 24%) disposées à l'utilisation de la planification familiale mais n'y recourent pas. Seulement 173 000 (6%) ont effectivement recouru aux méthodes modernes de contraception en 2012. Les défis en matière d'offre des services de PF sont réels en Guinée. En effet, théoriquement les services de PF sont intégrés dans toutes les formations sanitaires (FS) mais en 2013 seulement 29,4% des FS offrent la PF de base (pilules/injectable). Seulement 16% du personnel de santé (médecins, sages-femmes d'État, infirmières d'État et Accoucheuses/infirmiers Auxiliaires d'État) exercent en milieu rural pour servir les 62% de la population qui y habite. La population rurale a manifestement des problèmes d'accès géographique à la PF.

1.2.2. Planification familiale et dividende démographique

L'adoption, lors du sommet de l'Union Africaine de janvier 2014 à Addis Abeba en Ethiopie, de la position commune basée sur les cinq piliers que sont la structure de la population, la gouvernance, l'éducation, la santé et l'économie suivi de la réunion du comité de haut niveau des chefs d'Etat tenue à N'Djamena le 28 février 2014 prouve que les interrelations population et développement sont d'une importance cruciale pour l'Afrique.

En effet, la résolution de l'Union Africaine et l'agenda « Afrique 2063 » qui s'en est suivi révèle que le Dividende Démographique est un élément fondamental vers l'émergence des pays africains. Il constitue pour les pays une occasion d'atteindre une croissance économique accélérée basée sur les changements de la structure par âges de la population et la mise en œuvre des politiques économiques efficaces. La croissance et les périodes d'industrialisation accrues qu'ont connues certains pays de l'Asie de l'Est et du Sud –Est (les tigres et petits tigres asiatiques) représentent des exemples des retombées positives des changements démographiques dans des circonstances propices. Cette croissance économique résultant du Dividende Démographique repose sur le changement de la structure par âges de la population, des besoins et des comportements économiques tout au long du cycle de vie.

Les expériences de certains pays d'Asie et d'Amérique latine prouvent que pour réaliser un dividende démographique, les pays doivent principalement faire des investissements stratégiques dans le changement démographique, l'amélioration de la santé de la population, l'éducation, l'économie et la gouvernance.

1.2.2.1. Transition démographique

Pour que les pays puissent bénéficier d'un dividende démographique, ils ont besoin de faire des investissements qui conduisent à avoir une plus petite population à charge (enfants et personnes âgées) et une plus grande population en âge actif. C'est la première étape, du processus, vers un dividende démographique. Il consiste en un déclin rapide de la fécondité grâce à des investissements dans l'éducation, la santé, l'économie, la planification familiale et la bonne gouvernance.

1.2.2.2. Amélioration de la santé

Les investissements pour la survie des enfants jouent un rôle central dans le déclenchement et le

⁴ Plan d'action national de repositionnement de la planification familiale en Guinée 2014-2018

maintien des niveaux de fertilité. Lorsque les décès infantiles et juvéniles diminuent, le désir d'une famille plus petite et la demande de planning familial augmente. Les enfants en bonne santé réussissent mieux à l'école, et ce succès contribue à une main d'œuvre plus qualifiée. Cependant, les besoins en matière de santé des jeunes sont une chose, pendant que préserver la santé des travailleurs adultes est essentiel à la productivité économique. Ainsi, le renforcement des systèmes de santé répondant à l'ensemble des besoins sanitaires de la population (enfants et des adultes) permet aux enfants de devenir des adultes en bonne santé qui peuvent contribuer significativement à la croissance économique.

1.2.2.3. Education

Pour bénéficier d'un dividende démographique, les systèmes éducatifs doivent viser à garantir que les jeunes terminent leur scolarité et que les compétences nécessaires leur soient données pour s'adapter au marché du travail en évolution.

L'éducation permet de réduire la fécondité et de modifier les normes sociales liées à la procréation. En particulier l'éducation des filles, surtout au niveau secondaire, contribue à accroître le déclin de la fécondité. L'enseignement secondaire contribue à retarder le mariage des filles et la première grossesse et ouvre de nouvelles possibilités pour les femmes au-delà de leur rôle traditionnel dans la maison. Les femmes qui se marient plus tard ont tendance à avoir moins d'enfants que les femmes qui se marient à un jeune âge. Ceci est également vrai pour la taille désirée de la famille. Ainsi, l'éducation contribue à initier un dividende démographique. En plus, l'éducation permet aux jeunes d'acquérir les compétences nécessaires afin obtenir des emplois qui promeuvent le développement économique et contribuer ainsi à un dividende démographique.

1.2.2.4. Politique Economique et Gouvernance

Un des facteurs clés pour bénéficier du dividende démographique est la mise en œuvre de bonnes politiques économiques et de gouvernance adéquates. Les politiques économiques et de gouvernance mises en place doivent favoriser la création d'emplois et l'investissement dans les secteurs à forte intensité de main-d'œuvre, favoriser l'expansion des infrastructures, la promotion du commerce pour assurer l'accès aux marchés internationaux, créer un environnement sûr et inciter à l'investissement direct étranger.

1.2.2.5. Notion de Dividende Démographique

Une baisse rapide de la fécondité, conduisant à une augmentation de la proportion de personnes en âge de travailler par rapport à celle à charge, accompagnée par une amélioration de la santé et de l'éducation plus une politique d'attrait des investissements étrangers et l'adoption des politiques économiques qui créent des emplois entraînent une accélération de la croissance économique appelée **dividende démographique**. Cette accélération de la croissance économique est nécessaire pour réduire les inégalités et la pauvreté, et pour améliorer les conditions de vie en Afrique en général et en Guinée en particulier.

1.2.2.6. Dividende Démographique en Guinée

En dépit de ses potentialités en ressources naturelles et humaines, la Guinée est un pays pauvre avec un PIB de 8,5 millions GNF par habitant en 2017 et un taux de croissance moyen de 9,7% sur la période 2016-2019 soutenu essentiellement par les investissements massifs dans le secteur minier. Avec la jeunesse de sa population (plus de deux guinéens sur trois ont moins de 35 ans) et ses ressources naturelles, le pays possédant plusieurs atouts pour une croissance économique s'accélérer,

A l'image certains pays, la Guinée pourrait bénéficier du dividende démographique pour une croissance économique forte, durable et inclusive. Toutefois, cela nécessite à réduire le taux de

dépendance (plus de jeunes travailleurs et moins de jeunes dépendants) à travers un investissement adéquat et efficient sur le capital humain et un bon climat de gouvernance économique ainsi que la mise en place de politiques visant à assurer à chaque guinéen une éducation et une santé de qualité.

En 2017, un rapport national de la mesure du dividende démographique en Guinée a été publié. Les projections réalisées à travers des modèles NTA (comptes nationaux de transfert) et DemDiv (Demographic Dividend) pour l'élaboration de ce rapport démontrent l'importance de la maîtrise de la fécondité, à travers l'utilisation des méthodes modernes de contraception par exemple, dans la capture du dividende.

De fait, selon les modèles NTA (comptes nationaux de transfert) à l'horizon 2040 le Dividende Démographique serait de 0,92 pour la fécondité faible, 0,68 pour la fécondité moyenne et 0,45 pour la fécondité élevée, ces valeurs représentent la croissance du PIB par tête qui proviendrait du changement de la structure par âge de la population. Par conséquent, on constate que le Dividende Démographique est corrélé à la fécondité. Il ressort également que la croissance du ratio de soutien est plus importante avec une fécondité faible et est plus faible avec une fécondité élevée.

La projection avec DemDiv a montré comment la combinaison des investissements stratégiques dans la planification familiale, la santé de la reproduction, l'éducation et l'économie peut générer un dividende démographique pour le pays à travers plusieurs scénarii.

En termes de population, selon les projections à partir de la situation de 2016 (maintien de la tendance de la fécondité à 5 enfants par femme), en l'absence d'une politique vigoureuse, la population totale serait de 21 millions d'habitants à l'horizon 2040 et de 32 millions en 2056 et l'indice synthétique de fécondité varie peu en considérant seulement les variables économiques, ce qui n'entraîne pas une modification significative de la structure par âge de la population. Cela conduirait au même effectif que celui dans le scénario de base. Cependant, une intervention à la fois sur les secteurs de l'économie et de l'éducation aboutira à une légère diminution de la population en 2040 de 21 millions à 20 millions et de 32 millions habitants à 30 millions d'habitants à l'horizon 2056. Cette diminution est imputable à une baisse modérée de l'ISF qui se stabilisera à près de 3 enfants par femme à l'horizon 2056. Alors que le scénario optimiste, qui exige des interventions significatives à la fois sur les secteurs de la santé de la reproduction (SR), de la planification familiale (PF), de l'économie et de l'éducation, induira une croissance démographique modérée grâce à la baisse de la fécondité. Ainsi, la population totale sera de 19 millions habitants à l'horizon 2040 et 24 millions en 2056. L'ISF passera de 4,8 en 2016 à 3,3 en 2040 et à 2,4 en 2056. On assistera alors une baisse du ratio de dépendance démographique et une augmentation de la population active grâce à la modification de la structure par âge de la population. De même, la base de la pyramide des âges se rétrécit de façon régulière à partir de 2040 et atteint sa largeur minimale en 2056.

Concernant la croissance économique et l'emploi, si la tendance actuelle est maintenue (scénario de base) en économie, éducation et planification familiale et que les indicateurs du modèle n'évoluent pas, il est prévu une baisse du PIB par tête passant de 582 dollars US par habitant en 2016 à 447 dollars US à l'horizon 2040 et à 409 dollars US en 2056. Cette situation causera une diminution de la richesse créée au niveau local, combinée à une forte fécondité et ne fera qu'accentuer la dépendance et la pauvreté. Alors qu'avec une amélioration des indicateurs dans l'économie, l'éducation et la planification familiale, dans le cas du scénario optimiste, la Guinée connaîtra une amélioration des conditions de vie de sa population avec un PIB par habitant prévisionnel de 1 767 dollars US en 2040, soit environ quatre (4) fois plus élevée que celui du scénario de base. Les interventions en économie, en éducation et en planification familiale permettront ainsi de prévoir une accélération croissance économique forte appelé dividende

démographique. Le PIB par habitant passera de 582 USD en 2016 à 1 767 USD en 2040 et 3 290 USD en 2056.

Pour le bien-être de la population, il ressort que si rien n'est fait, l'indice de développement humain (IDH) de la Guinée passerait de 0,32 en 2016 à 0,29 en 2040 et à 0,28 en 2056. Toutefois, avec l'hypothèse optimiste, on assistera à une augmentation de l'IDH jusqu'à atteindre 0,57 en 2040 et 0,67 en 2056, soit un gain de 0,34 points entre 2016 et 2056. L'amélioration de l'IDH est la résultante de la baisse de la fécondité et l'augmentation de la population active.

2. CADRE CONCEPTUEL ET OBJECTIFS

2.1. Contexte

Pour cerner l'environnement de l'utilisation de la planification familiale (PF) en Guinée, nous abordons dans ce chapitre quelques aspects du contexte sanitaire, économique, démographique, socioculturel. En effet, la décision de recourir à la PF pour espacer ou limiter les naissances, les conditions de réalisation de la PF ainsi que le choix de la méthode dépendent de beaucoup de facteurs parfois difficiles à cerner.

2.1.1. Contexte sanitaire

La Constitution guinéenne reconnaît la santé comme un droit fondamental, préalable à la jouissance des autres droits fondamentaux. La Guinée a souscrit à plusieurs instruments juridiques internationaux en matière de santé, notamment la Déclaration d'Almaty sur les soins de santé primaire. Depuis 2010, et avec la survenue de la crise sanitaire de l'épidémie à virus Ebola en 2014, d'importantes réformes du système sanitaire sont projetées à l'issue des états généraux de la santé.

Après le réexamen de la pertinence et de l'efficacité de ses programmes et politiques sanitaires en cours suite à cette épidémie, la Guinée a mis en place en 2014 un Plan National de Développement Sanitaire, un Plan de relance du système de Santé 2015-2017 et une stratégie de relance socioéconomique post-Ebola 2015-2017. La politique nationale de santé élaborée en 2014 et qui couvre la période 2015-2024 a comme vision, « **la création d'une Guinée, où toutes les populations sont en bonne santé, économiquement et socialement productives, bénéficiant d'un accès universel à des services et soins de santé de qualité** ».

Pour les années à venir, le défi majeur du système de santé est d'élargir la couverture sanitaire à l'ensemble de la population par le renforcement des prestations des services de santé et le développement de la santé communautaire. Pour relever ce défi, le pays doit faire face à d'autres défis dont entre autres l'allègement des dépenses directes de santé sur les ménages et la disponibilité des produits de santé et technologies médicales.

Le système national de santé guinéen est organisé en trois (3) niveaux : central, intermédiaire et périphérique, et est calqué sur le découpage administratif. Le système de soins, quant à lui, est bien hiérarchisé et respecte le principe d'orientation et de recours avec des paquets minimum d'activités et de paquets complémentaires définis pour chaque niveau de soins (poste de santé, centre de santé, hôpital préfectoral, hôpital régional et hôpital national). Le secteur privé émerge et entraîne une concurrence dans le secteur de la Santé. En outre, il existe une masse critique de ressources humaines en santé et la participation communautaire est une réalité.

Par ailleurs, les besoins dans le secteur de la santé sont nombreux et vont de la construction d'infrastructures, l'équipement, la formation, à la réalisation d'études, etc.

2.1.2. Contexte économique

- **Pauvreté et précarisation de la situation des femmes**

En Guinée, les réformes engagées au lendemain des élections présidentielles de 2010 ont permis l'amélioration des performances macroéconomiques. Cependant, cette croissance ne s'est pas accompagnée d'une amélioration comparable des conditions de vie des ménages, sous l'effet conjugué de plusieurs facteurs dont la crise sanitaire liée à l'épidémie de la maladie à virus Ébola. Bien que les salaires des fonctionnaires aient connu une certaine augmentation, ils restent encore

dérisoires comparativement à ceux de leurs homologues de la sous-région. À cela s'ajoute le taux d'inflation élevé.

En plus, même si le gouvernement subventionne les principaux services indispensables à la satisfaction des besoins fondamentaux de la population, notamment dans le domaine de la santé, les ménages supportent une grande part des charges de santé.

Dans le pays, la pauvreté sévit à deux niveaux, d'une part la pauvreté inégalement répartie selon les régions et le milieu de résidence et d'autre part la précarisation des couches vulnérables à l'instar des femmes.

Les femmes représentent plus de la moitié de la population guinéenne (52 % environ, RGPH 2014). Le taux de pauvreté en Guinée est de 55,2 % (ELEP, 2012). Sur le plan économique, on relève une forte concentration des femmes dans le secteur informel, notamment le petit commerce.

Le RGPH 2014 montre que trois (3) groupes de professions occupent la majorité de la population féminine active occupée de 15 ans ou plus du pays. Il s'agit notamment des « Agriculteurs et ouvriers qualifiés de l'agriculture, de la sylviculture et de la pêche » (53,8 %), du « Personnel des services directs aux particuliers commerçants et vendeurs » (31,6 %) et des « Métiers qualifiés de l'industrie et de l'artisanat » (10,5%). Seulement 0,9 % des femmes âgées de 15 ans ou plus évoluent dans le groupe « Employés de type administratif ».

En dépit de leur rôle majeur dans le développement socioéconomique, les femmes restent confrontées à un certain nombre de problèmes :

- De nombreuses barrières sociales et culturelles, des obstacles psychosociologiques ainsi que des vides juridiques (accès difficile à la terre et au crédit par exemple) entravent le plein épanouissement de la femme ;
- Plus de la moitié (68,9 %, EDS 2018) des femmes en âge de procréer est sans niveau d'instruction ;
- Une sous représentativité des filles dans les filières scientifiques et techniques d'enseignement ;
- Une faible représentativité des femmes dans les postes d'encadrement et de direction ;
- Une faible représentativité des femmes en politique (très peu de femmes leaders politiques, très peu de femmes dans les instances de décision des partis politiques, ...) ;
- La participation de la femme guinéenne à la vie publique reste encore faible (21,9 % des Députés à l'Assemblée Nationale⁵).

Dans le domaine de la santé, cette forte concentration des femmes dans le secteur informel ne leur offre ni sécurité sociale, ni certains avantages indirects -comme l'assurance-maladie, la gratuité des soins et voyages médicaux- du fait de l'exercice d'une certaine fonction- pouvant faciliter leur accès aux soins de santé en général et de la santé maternelle en particulier.

- **Accès financier aux services de santé**

Les ménages guinéens consacrent une part importante de leurs dépenses totales à la santé. Toutefois, quelques disparités sont à noter entre les régions et entre zones urbaines et rurales. En plus, l'offre sanitaire est plus importante en zones urbaines qu'en zones rurales. Les populations urbaines ont un accès physique plus facile aux services de santé que celles du milieu rural.

⁵ <http://archive.ipu.org/parline-f/reports/1131.htm>, 25 femmes sur les 114 députés.

D'après les résultats de l'EDS 2018, un ménage dépense en moyenne 1 677 328 FG par an pour couvrir les frais médicaux de ses membres. Les dépenses annuelles moyennes de santé par ménage sont nettement plus élevées en milieu urbain qu'en milieu rural (2 596 000 FG contre 1 203 587 FG). Ces dépenses sont aussi plus élevées dans les autres villes (3 051 597 FG) qu'à Conakry (2 070 226 FG). Les soins ambulatoires occasionnent également plus de frais dans les autres villes (2 386 521 FG) qu'à Conakry (1 477 568 FG). L'écart entre le milieu urbain (1 964 544 FG) et le milieu rural (846 729 FG) est particulièrement important pour les dépenses occasionnées pour les soins ambulatoires. Selon la région, le montant des dépenses annuelles moyennes d'un ménage passe d'un minimum de 564 647 FG à Labé à un maximum de 2 953 405 à Kindia.

Globalement, toujours d'après l'EDS 2018, le montant de la dépense annuelle moyenne de santé par habitant est estimé à 28,7 \$ ou 258 167 Francs Guinéens. Les dépenses de santé sont de 25,6 \$ pour les femmes contre 32,3 \$ pour les hommes. La dépense annuelle pour couvrir les frais de santé (ambulatoires ou hospitaliers) est plus élevée en milieu urbain (397 494 FG) qu'en milieu rural (184 898 FG) et l'est en particulier dans les autres villes (453 563 FG) qu'à Conakry (327 802 FG). Toutefois, on note des disparités importantes entre les régions, ce montant étant nettement plus élevé à Kindia (484 203 FG) qu'à Labé (100 752 FG).

2.1.3. Contexte démographique

Selon le RGPH 2014, la population résidente de la Guinée en 2014 est de 10 523 261 habitants dont 34,8 % vivent en milieu urbain et 65,2 % en milieu rural. Les femmes constituent 51,7 % de cette population. En Guinée, 35,8% des hommes et 33,8% des femmes résident en milieu urbain.

En 1983, la population totale de la Guinée s'élevait à 4 660 582 d'habitants. La population a été multipliée par 2,3 en trente ans passant de 4 660 582 en 1983 à 10 523 261 habitants en 2014 avec un taux de croissance intercensitaire de 2,2 % entre 1996 et 2014 contre 3,1% entre 1983 et 1996. Cette baisse de la croissance résulterait du départ des réfugiés après le recensement de 1996 et d'un sous dénombrement de la population en 2014.

De 2019 à 2040, la population urbaine guinéenne notamment féminine va presque doubler. Cette forte évolution de la population urbaine se fera au détriment des zones rurales. La population urbaine en Guinée passera de 4 414 266 habitants (dont 2 274 921 femmes) en 2019 à 8 658 920 habitants (dont 4 406 571 femmes) en 2040.

L'analyse des données démographiques de la Guinée démontre que le pays fait face à une forte pression démographique. Les besoins de la population sont en forte croissance, notamment en termes de mise en place d'infrastructures sociocommunautaires. Une plus grande maîtrise des paramètres populationnels devrait donc permettre à la Guinée de garantir un environnement socioéconomique plus prospère pour les générations futures.

- **Fécondité**

La fécondité, tout comme la mortalité et les mouvements migratoires, est l'une des principales composantes de la dynamique de la population.

En Guinée, la fécondité des femmes en âge de procréer demeure encore élevée puisqu'en arrivant en fin de vie féconde, une femme a en moyenne (ISF) 4,8 enfants. L'ISF est de 3,2 à Conakry et 4,4 dans les autres villes. Alors que cet indice est de 3,8 en milieu urbain contre 5,5 en milieu rural. Cela signifie qu'en fin de sa vie féconde, une femme du milieu rural a en moyenne, presque 2,3 enfants de plus qu'une femme de Conakry, 1,1 enfant de plus qu'une femme des autres villes et 1,7 enfant de plus qu'une femme des zones rurales (EDS, 2018).

Cela peut s'expliquer par la précocité de la fécondité en milieu rural. Le RGPH 2014 indique que le taux global de fécondité générale (TGFG) des femmes en âge de procréer (15-49 ans) est de

159,2 ‰ sur le plan national avec une forte disparité entre le milieu rural (177,2 ‰) et le milieu urbain (128,9 ‰). Selon l'enquête MICS de 2016, ce taux atteint 156,8 ‰. Entre 1983 et 2016, le TGFG a connu des variations en dents de scie notamment en milieu rural. Il est passé de 160,1 ‰ en 1983 à 188 ‰ en 1996, puis à 202 ‰ en 2012, 177,2 ‰ en 2014 et 180,5 ‰ en 2016. Ce qui indique une fécondité non encore maîtrisée en zone rurale en Guinée. Quelle que soit la classe d'âge, les taux de fécondité des femmes urbaines restent cependant inférieurs à ceux des femmes rurales.

- **Nuptialité**

En Guinée, idéalement, le mariage constitue le cadre privilégié de la procréation. Selon l'EDS 2018, sept femmes sur dix (71 %) sont actuellement en union (mariées ou vivant avec quelqu'un comme s'ils étaient mariés). Les femmes entrent en union plus tôt que les hommes. L'âge médian à la première union est estimé à 18,5 ans pour les femmes de 25-49 ans. La proportion de femmes mariées augmente avec l'âge. Elle passe de 25,3 % à 15-19 ans à 63,3 % à 20-24 ans, pour atteindre son maximum à 40-44 ans (90,5%). En outre, les femmes vivant ensemble avec quelqu'un comme s'ils étaient mariés (c'est-à-dire en union consensuelle) sont plus nombreuses dans les classes d'âges 15-19 ans (2,8 %), 20-24 ans (2,9 %), 25-29 ans (2,5 %) et 30-34 ans (2,3 %). La nuptialité est un phénomène quasi-général chez les femmes guinéennes. Par ailleurs, à 45-49 ans environ, environ une femme sur dix (9,7%) est en rupture d'union (divorcée, séparée ou veuve).

2.1.4. Contexte socioculturel

La Guinée est un pays subdivisé en quatre régions naturelles homogènes et assez distinctes. Chacune de ces régions se distingue par son climat, son sol, sa végétation et des pratiques culturelles bien propres.

Du point de vue religion, la Guinée est un pays laïc bien que la religion musulmane soit nettement prédominante. Dans toutes les régions naturelles du pays, à l'exception de la Guinée Forestière, l'Islam est la religion de plus de 95 % de la population. En partie, la diversité religieuse détermine des différences d'attitude ou de comportement vis-à-vis du recours à la planification familiale.

L'importance de l'éducation pour le développement socio-économique des pays n'est plus à démontrer. Les résultats du RGPH 2014 révèlent que les filles de 6-24 ans espèrent passer 6,6 ans dans le système scolaire (contre 8,9 ans chez les garçons). Ce qui représente seulement un peu moins de la moitié du temps qu'elle devrait passer dans le système scolaire. Ce résultat est le même en milieu rural comme en milieu urbain.

Le niveau d'alphabétisation des adultes (15 ans et plus) reste relativement bas (32 %). Ce faible niveau d'alphabétisation s'accompagne de fortes disparités. Seulement 22 % des femmes sont alphabétisées (contre 44 % des hommes). En milieu urbain 44 % des femmes sont alphabétisées contre seulement 10 % des femmes en milieu rural. En outre, les adultes de la région de Conakry (62 %) sont, de loin, les plus alphabétisés. La région de Boké (32,3 %) vient immédiatement après et la région de Kankan (18,2 %) est la moins alphabétisée.

Par ailleurs, la répartition des femmes adultes (25 ans et plus) selon le niveau d'instruction est essentiellement marquée par la prépondérance des « sans niveau d'instruction » (84,2 %). Par cycle d'études, les femmes sont aussi moins instruites que les hommes. Les disparités sexuelles (filles/garçons), en matière d'instruction par cycle d'études persistent quel que soit le milieu de résidence considéré. Conakry demeure la région la plus instruite alors que les régions de Faranah et Kankan sont les moins instruites.

En dépit de ce qui précède, les progrès enregistrés dans le domaine de la scolarisation, l'urbanisation et l'ouverture au monde extérieur contribuent à remettre en cause certaines

pratiques coutumières notamment celles relatives au recours ou non à une méthode moderne de contraception chez les femmes.

Quant à l'environnement médiatique, on recense aujourd'hui une trentaine d'hebdomadaires et deux quotidiens. Depuis 2006, 41 licences pour les radios privées ont été délivrées à Conakry et 19 à l'intérieur du pays. Le développement de ces radios vient s'ajouter à celui du réseau de la Radio Rurale de Guinée (RRG), aujourd'hui constitué de 23 stations qui diffusent dans 20 langues. La radio constitue le média informatif le plus suivi, malgré une baisse des audiences des médias traditionnels et une hausse de l'Internet et des réseaux sociaux comme sources d'informations. En effet, 69 % disent qu'ils écoutent la radio « quelques fois par semaine » ou « tous les jours » lorsqu'ils veulent se tenir au courant de l'actualité. La radio est suivie par la télévision (26 %), les réseaux sociaux (13 %), l'Internet (12 %), et la presse écrite (4 %) (Afro baromètre, dépêche N° 298 du 15 mai 2019). Donc la radio est, de loin, la source la plus populaire de nouvelles des Guinéens.

Ainsi, le poste de radio et le téléviseur sont les moyens d'information et de communication pouvant servir à la promotion de la planification familiale. En effet, selon l'EDS 2018, 30 % des femmes et 42 % des hommes ont déclaré écouter la radio, au moins, une fois par semaine. Cependant, près de six femmes sur dix (57 %) ne sont régulièrement exposées à aucun média. L'exposition aux médias varie fortement entre les régions. En effet, à Mamou, la proportion de femmes qui n'ont été exposées à aucun média au moins une fois par semaine est de 80 % contre 23 % à Conakry. L'exposition aux médias augmente avec le niveau d'instruction.

Bien qu'en zones rurales, la présence d'un média audio ou visuel dans un ménage n'explique pas forcément son utilisation par la femme car il appartient quelquefois exclusivement à son acquéreur. Mais le choix d'une méthode de planning familial étant une décision du couple, la présence de la radio ou de la télévision peut impacter positivement le recours à la PF par le couple.

2.2. Objectifs de l'étude

L'objectif de la présente étude est d'identifier les déterminants de l'utilisation de la contraception moderne en Guinée, afin de fournir aux acteurs dans le domaine de la promotion de la planification familiale et aux décideurs des informations leur permettant de mieux cibler les actions à entreprendre en matière de promotion et de vulgarisation des produits contraceptifs modernes permettant ainsi l'ouverture vers le dividende démographique.

2.3. Hypothèses de l'étude

2.3.1. Hypothèse générale

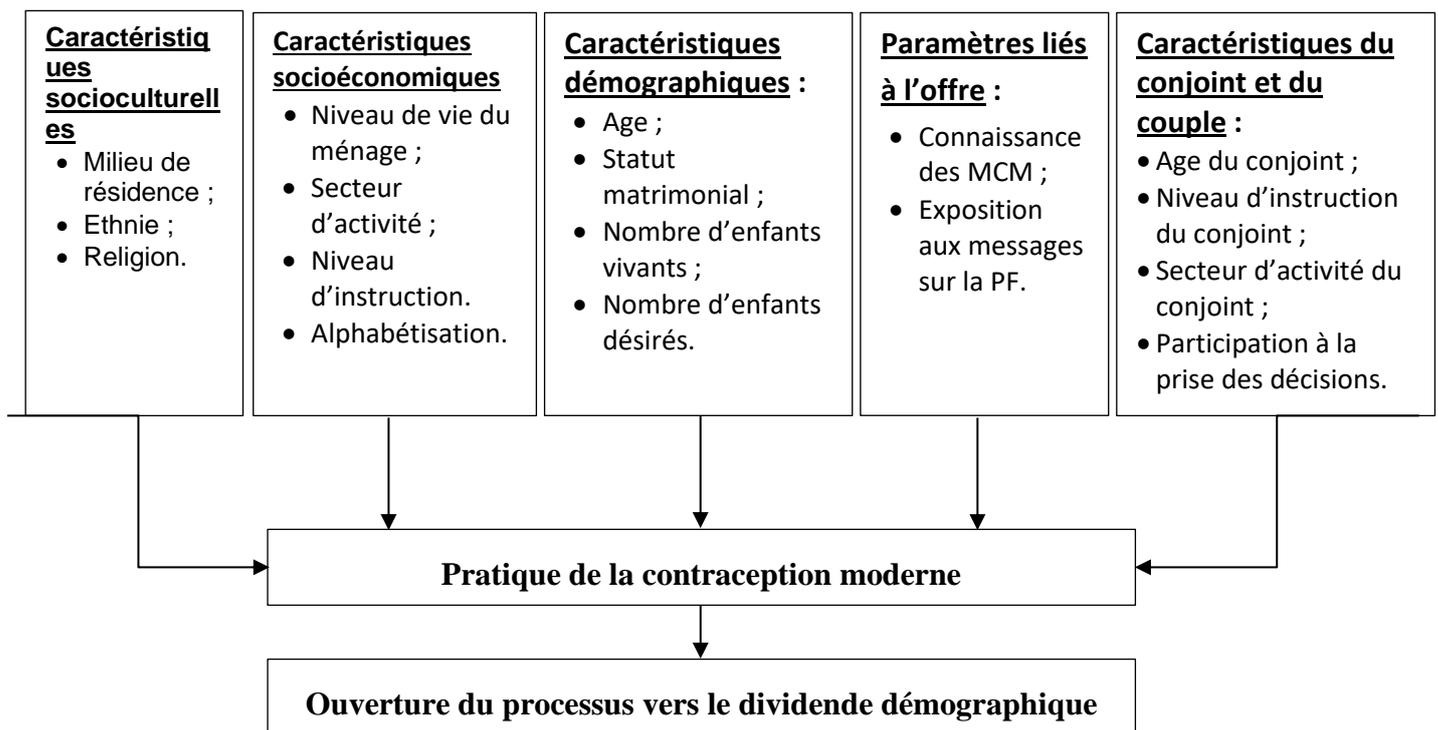
L'hypothèse principale qui sous-tend cette étude est que la propension à utiliser une méthode contraceptive moderne (MCM) d'une femme est influencée à la fois par des caractéristiques socioculturelles, des caractéristiques socioéconomiques, des caractéristiques démographiques, des caractéristiques du conjoint ou du couple (pour les femmes en union) et des paramètres relevant de l'offre contraceptive dans le pays. L'utilisation des MCM influence l'atteinte du dividende démographique.

À partir de cette hypothèse principale, cinq hypothèses spécifiques sont formulées.

2.3.2. Hypothèses spécifiques

- **H1** : Les caractéristiques socioculturelles de la femme (milieu de résidence, groupe ethnique, religion) influencent son utilisation d'une méthode contraceptive moderne.
- **H2** : Les caractéristiques socioéconomiques de la femme (niveau d'instruction, alphabétisation, secteur d'activité) déterminent son adhésion à la pratique de la contraception moderne.
- **H3** : Les caractéristiques démographiques de la femme (âge, statut matrimonial, nombre d'enfants vivants, nombre d'enfants désirés).
- **H4** : Les paramètres relevant de l'offre de la contraception moderne (connaissance des MCM, exposition aux messages sur la PF) influencent la propension de la femme à utiliser ou non la contraception moderne.
- **H5** : Les caractéristiques du conjoint ou du couple (pour les femmes en union uniquement) (âge du conjoint, niveau d'instruction du conjoint, secteur d'activité du conjoint, participation de la femme à la prise de décisions importantes dans le ménage) influencent la propension de la femme à utiliser ou non la contraception moderne.

Schématiquement, la relation entre la pratique contraceptive moderne et l'ensemble de ces variables explicatives et en fin sur le dividende démographique peut s'illustrer par le diagramme suivant :



3. ASPECTS METHODOLOGIQUES

3.1. Source des données

Les données utilisées dans cette étude proviennent de l'Enquête Démographique et de Santé réalisée en Guinée en 2018 (EDS-2018). L'EDS-2018 a été réalisée par l'Institut National de la Statistique (INS) avec l'appui financier du Gouvernement guinéen, de l'USAID, de l'UNICEF, de l'UNFPA et du Fonds mondial à travers CRS. Elle a bénéficié de l'assistance technique du programme mondial des EDS (Demographic and Health Surveys-DHS) et de ICF International.

3.2. Population étudiée

Selon certains auteurs, comme FASSASSI (2007), LASBEUR (2007) et PSI (2009), en matière de pratique de la contraception moderne, l'on doit s'intéresser prioritairement aux femmes exposées à un risque de grossesse. Evina (2005), pour sa part, 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.

Pour ces deux raisons, la présente étude porte sur les femmes en âge de procréer effectivement exposées au risque de grossesse au moment de l'enquête (sont exclues les femmes qui, au moment des enquêtes, sont ménopausées, infécondes, enceintes ou non sexuellement actives) et donc qui ont une raison valable d'utiliser une méthode contraceptive moderne. L'exposition effective au risque de grossesse suppose que la femme est capable de concevoir et qu'elle est sexuellement active.

Pour les besoins d'analyse, deux groupes de femmes ont été constitués : l'ensemble des femmes et les femmes en union.

3.3. Description des variables utilisées

Dans cette section, les différentes variables utilisées dans les analyses sont présentées. Chacune de ces variables est définie en précisant les modalités et leur signification.

- **Milieu de résidence**

Le milieu de résidence désigne le degré d'urbanisation du lieu de résidence habituel de la femme au moment de l'enquête et fait référence au processus d'acquisition des normes, valeurs et pratiques par cette dernière. Celui-ci est réputé jouer un rôle important dans la variation des comportements (démographiques notamment) des individus. Les influences du milieu de résidence sont à la fois culturelles (à travers les valeurs modernes véhiculées ou non par les médias), économiques et sociales (à travers les infrastructures sociales 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). Il représente le type de milieu dans lequel vit la femme et fait référence au processus d'acquisition des normes, valeurs et pratiques par cette dernière. Cette variable a deux modalités : Urbain et Rural.

- **Ethnie**

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 (EVINA, 2007). Dans cette étude, quatre groupes ethniques ont été définis : Peulh, Malinké, Soussou et Forestier.

- **Religion**

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

Dans cette étude, la religion compte deux modalités : musulmanes et autres. Ce regroupement se justifie par deux raisons principales. Tout d'abord, 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 dominés par le christianisme) autres que l'islam ont été regroupés ensemble.

- **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'habitat et les différentes commodités qui s'y rattachent (la source d'eau et d'éclairage).

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. Cette variable a été construite par les procédés des EDS et utilisée comme telle dans cette étude.

- **Le pouvoir de négociation de la femme**

Le pouvoir de négociation de la femme a été construit à partir d'une série de variables issues des réponses à des questions posées lors de l'enquête. Ces questions sont relatives à la personne qui, dans chaque ménage, habituellement décide :

- comment dépenser les revenus de la femme
- des soins de santé de la femme
- des gros achats 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. Les valeurs de cet indicateur varient de 0 (lorsque la femme ne participe à aucune des décisions) à 5 (lorsque la femme participe à toutes les décisions). Par la suite, la femme est considérée participer aux décisions importantes dans le ménage lorsqu'elle totalise un score supérieur ou égal à 3. Dans le cas contraire (score inférieur ou égal à deux), la femme est considérée ne pas participer aux décisions importantes dans le ménage.

- **Le nombre d'enfants vivants**

Dans les populations où la pratique contraceptive vise non pas la limitation des naissances mais leur espacement pour garantir la santé de la mère et de l'enfant (comme c'est le cas dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne), on devrait observer une tendance à l'utilisation des

méthodes contraceptives d'espacement chez les femmes de faible parité (moins de quatre enfants) et d'une contraception d'arrêt chez celles qui ont déjà une parité élevée (plus de cinq enfants). D'autre part, la survie des enfants en grand nombre augmente la probabilité d'utilisation d'une méthode contraceptive moderne (Evina, 2005).

Le nombre d'enfants nés vivants, il s'agit du nombre d'enfants déclaré par la femme qu'elle a mis elle-même au monde et qui ont manifesté un signe de vie même s'ils sont décédés quelques instants seulement après l'accouchement.

- **Le nombre idéal d'enfants**

Ngozi (2007) justifie ce recodage par le fait que la plupart des politiques de population en Afrique subsaharienne, comme au Nigeria, fixent comme objectif en matière de fécondité un nombre d'enfants de 4 par femme.

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, 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.

- **L'occupation (secteur d'activité) de la femme**

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 ».

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, toutes 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)

- **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 Evina (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 tendance à plus respecter les traditions tandis que les jeunes générations, généralement mieux 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.

Du point de vue de l'âge, dans cette étude, les femmes ont été regroupées en trois grands groupes : 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.

- **Le niveau d'instruction et l'alphabétisation**

Le niveau d'instruction se réfère au plus haut niveau atteint par les individus (femmes ou leur conjoint/partenaire).

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 ici comme alphabétisées.

- **L'exposition aux messages sur la planification familiale**

Les femmes ont été regroupées en deux catégories selon qu'elles sont considérées comme exposées aux messages sur la PF ou non. Une femme est considérée comme étant exposée aux messages sur la PF si elle est dans l'une au moins des situations suivantes :

- Elle a entendu des messages sur la PF à la radio, à la télévision, dans les journaux/magazines au cours des six derniers mois précédant l'enquête
- 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

Les femmes qui ne se retrouvent dans aucune des situations précédentes sont classées comme étant non exposées aux messages sur la PF. À noter que, pour des questions d'effectifs, toutes les situations d'expositions ont été mises ensemble.

- **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 ce nombre de coépouses est 0 ont été classées comme vivant en union monogamique et les autres classées comme vivant en union polygamique.

- **Connaissance de la contraception moderne**

L'approche utilisée dans cette étude permet de classer les femmes en deux groupes : celles qui connaissent bien la contraception moderne et celles qui ne connaissent pas la contraception moderne. Cette approche corrige une faiblesse mise en évidence par des chercheurs dans l'évaluation du niveau de connaissance de la contraception moderne dans les enquêtes de type EDS. En effet, dans les EDS, on considère qu'une femme connaît la contraception moderne lorsqu'elle est en mesure de citer spontanément au moins une méthode moderne ou si, après description d'une méthode, elle déclare connaître celle-ci.

Dans l'approche corrigée, une femme est considérée comme connaissant la contraception moderne lorsqu'elle est en mesure de citer spontanément ou de reconnaître, après description, au moins deux méthodes modernes (selon le protocole des enquêtes EDS) et qu'elle connaît au moins une source d'approvisionnement d'une méthode.

- **Utilisation de la contraception moderne**

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 ; c'est également le cas 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.

Au cours des différentes enquêtes, il a été demandé aux femmes non enceintes au moment de l'enquête si elles utilisaient une méthode contraceptive. Les méthodes retenues dans le questionnaire de cette 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 (ou rythme) et le retrait) et les méthodes dites « populaires »

comme les herbes, les tisanes et autres méthodes pouvant être classées dans cette catégorie.

L'utilisation d'une méthode contraceptive moderne comporte deux modalités : la modalité **Oui** si la femme déclare utiliser une quelconque parmi les méthodes contraceptives modernes au moment de l'enquête, et **Non** si elle n'utilise aucune méthode contraceptive moderne au moment de l'enquête.

3.4. Méthodes statistiques d'analyse

La vérification des hypothèses de l'étude requiert un certain nombre d'analyses statistiques. Ces analyses sont réalisées par l'utilisation de techniques spécifiques dont le choix est effectué sur la base de deux critères principaux : les objectifs poursuivis et la nature des variables en jeu.

Les analyses sont réalisées à deux niveaux :

- Un niveau bivarié, pour évaluer le degré d'association de la variable étudiée (ici le fait d'utiliser ou non une MCM au moment de l'enquête) avec chacun des facteurs susceptibles d'influencer la pratique contraceptive ;
- Un niveau multivarié, qui vise à identifier parmi les facteurs susceptibles d'influencer la pratique contraceptive moderne ceux qui sont déterminants dans cette pratique.

Les techniques utilisées à chacun de ces niveaux sont décrites dans cette section.

3.4.1. Niveau bivarié

Au niveau bivarié, il s'agit de vérifier la liaison statistique entre le fait d'utiliser ou non une MCM et chacune des caractéristiques des femmes. Compte tenu du fait que toutes les variables sont qualitatives, l'analyse de contingence avec le test de khideux a été utilisée. Un seuil de significativité de 5 % a été retenu. Une fois établie la significativité du test de khideux, le V de Cramer fournit une indication de l'intensité de la liaison et les résidus standards ajustés sont utilisés pour identifier les affinités sélectives entre les modalités des deux variables croisées.

3.4.2. Niveau multivarié

La régression logistique est un modèle multivarié qui s'utilise lorsque la variable à expliquer (variable dépendante Y) est qualitative, le plus souvent binaire. Les variables explicatives (variables indépendantes Xi) 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 MCM au moment de l'enquête) 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 variable représentant un facteur 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 ("mesure ajustée").

3.5. Stratégies d'analyse

Pour identifier les facteurs exerçant un effet significatif sur l'utilisation de la contraception moderne, plusieurs modèles de régression logistique ont été utilisés. Les modèles pas-à-pas, quant à eux, ont été utilisés pour mettre en exergue les mécanismes par lesquels certaines variables influencent l'utilisation de la contraception moderne.

À l'issue des analyses bivariées, toutes les variables indépendantes qui se sont révélées significativement associées à l'utilisation de la contraception moderne à un seuil d'au plus 10 % ont été retenues pour les analyses multivariées.

Les variables ont été introduites selon un ordre logique : caractéristiques socioculturelles, caractéristiques démographiques et socioéconomiques de la femme et celles de son conjoint et variables intermédiaires et de contrôle.

Les modèles M0 fournissent l'effet brut de chaque variable indépendante sur l'utilisation de la contraception moderne. Ils sont équivalents aux analyses bivariées. À partir du modèle M1, les variables sont introduites successivement et cumulativement, une par une, jusqu'au modèle saturé comprenant toutes les variables. Ce dernier modèle fournit l'effet net (effet de chaque variable, ajusté de ceux des autres variables) de chaque variable indépendante sur l'utilisation de la contraception moderne.

3.6. Limites de l'étude

Malgré les résultats intéressants obtenus, cette étude comporte quelques limites qu'il convient de mentionner.

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. Il est important alors que soit envisagée une étude qualitative complémentaire.

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 face à la PF pour l'ensemble des femmes et 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.

La **troisième limite** est liée à la faiblesse relative des effectifs des femmes analysées. En effet, le choix restreint des femmes pertinentes à analyser a un prix : la réduction substantielle des effectifs disponibles, qui peut entraîner une perte de puissance statistique, dont la conséquence est l'incapacité de faire ressortir certaines associations statistiques, pourtant plausibles, dans les analyses multivariées. La faiblesse des effectifs a également obligé à regrouper des modalités de certaines variables pour rendre possibles les analyses. Il n'est pas exclu que ces regroupements aient entraîné des pertes d'information.

4. ANALYSE DIFFERENTIELLE DE L'UTILISATION D'UNE METHODE CONTRACEPTIVE

Au niveau de cette partie, il s'agira globalement d'analyser le degré d'association statistique entre le fait d'utiliser une MCM au moment de l'enquête et les différents groupes de variables utilisées.

4.1. Caractéristiques socioculturelles et utilisation d'une MCM

Toutes les caractéristiques socioculturelles des femmes ont une influence significative sur l'utilisation de la contraception moderne par les femmes. Toutefois, l'intensité des relations est globalement modérée, à part chez l'appartenance ethnique pour laquelle l'intensité de la relation semble assez forte.

4.1.1. Milieu de résidence

Le niveau d'utilisation d'une méthode contraceptive moderne (MCM) est significativement différent selon le milieu de résidence, pour l'ensemble des femmes. En effet, en milieu urbain, globalement une femme sur deux (47 %) utilise une MCM contre une femme sur trois (32 %) en milieu rural (Graphique 1). La relation entre milieu de résidence et utilisation d'une MCM est néanmoins modérée.

Chez les femmes en union, milieu de résidence et utilisation d'une MCM ne sont pas significativement associés au seuil de 5 %. Cependant, une femme sur trois (33 %) en milieu urbain contre environ trois femmes sur dix (27 %) en union utilisent une MCM (Graphique 14).

Au niveau national, seulement environ 2 femmes sur 5 (39 %) et environ 3 femmes sur 10 (29 %) qui utilisent une MCM respectivement chez l'ensemble des femmes et chez les femmes en union (Graphiques 1 et 14).

4.1.2. Appartenance ethnique

L'appartenance ethnique influence significativement l'utilisation de la contraception moderne tant chez l'ensemble des femmes que chez les femmes en union. Toutefois, l'intensité de cette relation est plus forte chez les femmes en union que chez l'ensemble des femmes. La force de la relation, mesurée par la valeur de V de Cramer, se traduit par le fait que la proportion des utilisatrices d'une MCM chez l'ensemble des femmes (respectivement les femmes en union) du groupe ethnique forestier/autre (53 %) est plus que le double (respectivement le triple) de celle des femmes peules (23 %) (Graphiques 2 et 15).

L'analyse des résidus montre que, quel que soit le groupe de femmes considérées, ce sont les femmes peules qui sont significativement moins nombreuses à utiliser la contraception moderne et que les femmes du groupe ethnique forestier/autre sont celles qui utilisent nettement plus que la moyenne la contraception moderne.

4.1.3. Religion

En Guinée, le contexte religieux est marqué par la prédominance de l'islam. En général, l'islam prône des idées plutôt pro-natalistes et condamnent toute forme non naturelle de pratique contraceptive.

L'effet de la religion sur l'utilisation de la contraception moderne est significatif pour les deux groupes de femmes étudiées. Dans les deux cas, ce sont les femmes musulmanes qui recourent le moins à la contraception moderne que les femmes non musulmanes. En effet, plus de la moitié (54%) des femmes non musulmanes contre 35 % des musulmanes utilisent au moins une MCM. Alors que chez les femmes en union, ces proportions sont respectivement de 53 % et de 24% (Graphiques 3 et 16).

Ainsi comme pour l'appartenance ethnique, l'influence de la religion sur la pratique contraceptive moderne est plus forte chez les femmes en union que chez l'ensemble des femmes.

4.2. Caractéristiques socioéconomiques et utilisation d'une MCM

4.2.1. Niveau de vie du ménage

Le niveau de vie est un élément essentiel dans l'accès aux services de santé. D'après les résultats (Graphiques 4 et 17), le niveau de vie est positivement et significativement associé à l'utilisation d'une MCM chez l'ensemble des femmes uniquement. En effet, les femmes vivant dans les ménages de niveau vie élevé (46 %) utilisent plus les MCM que les femmes des ménages de niveau de vie faible (29 %) et moyen (35 %).

4.2.2. Niveau d'instruction de la femme et alphabétisation

L'éducation est cruciale dans la prise de décision du recours aux soins de santé notamment maternelle. Plusieurs études réalisées en Afrique ont par ailleurs mis en évidence un lien positif significatif entre niveau d'instruction et utilisation de la contraception moderne (Cochrane, 1979 ; Rutenberg et al., 1991). Les résultats (Graphiques 6 et 19) semblent corroborer ce constat chez les deux groupes de femmes, même si l'intensité du lien est moins forte chez les femmes en union. En particulier, on observe une nette opposition entre femmes non instruites (33 %) et femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus (57 %). Cette remarque est la même entre les femmes en union non instruites (27 %) et celles instruites (42 %).

L'effet de l'alphabétisation (Graphiques 7 et 20) sur la pratique contraceptive est significatif seulement chez l'ensemble des femmes, avec une intensité de liaison modérée. Chez l'ensemble des femmes, 51 % des alphabétisées contre 35 % des non alphabétisées utilisent une MCM. Alors que chez les femmes en union, 36 % de celles qui sont alphabétisées contre 28 % de celles qui ne le sont pas utilisent une MCM.

4.2.3. Secteur d'activité de la femme

L'influence du secteur d'activité de la femme est significative uniquement chez l'ensemble des femmes. En effet, l'utilisation des MCM est plus élevée chez les femmes travaillant dans le secteur moderne (45 %) que chez leurs homologues évoluant dans le secteur non moderne (36 %) (Graphiques 8 et 21). La relation entre le secteur d'activité et la pratique contraceptive reste néanmoins assez faible.

4.3. Caractéristiques démographiques et utilisation d'une MCM

4.3.1. Age de la femme

Les résultats (Graphiques 5 et 18) semblent confirmer, du moins en partie, le constat selon lequel les jeunes générations de femmes utilisent plus la contraception moderne que les femmes de vieilles générations mais la relation est plus nette chez l'ensemble des femmes. En effet, près de la moitié (47 %) des femmes de 15-29 ans utilisent une MCM contre seulement une femme de 40-49 ans sur quatre (23 %).

4.3.2. Statut matrimonial de la femme

La pratique contraceptive intervient dans le cadre de la gestion du risque de grossesse. Elle demeure soumise à l'influence de variables telles que le statut matrimonial, l'activité sexuelle et la cohabitation avec le conjoint qui déterminent ce risque en amont. Ainsi, le fait pour la femme d'être ou non en union est également crucial dans l'utilisation des MCM et la relation est assez forte. En effet, la proportion de femmes non en union (61 %) utilisant une MCM est le double de celle des femmes en union (29 %) (Graphique 10). Les pesanteurs socioculturelles font que les femmes non en union et sexuellement actives ne souhaitant pas avoir d'enfants ont souvent recours aux MCM car dans la plupart des sociétés africaines, le mariage est le cadre exclusif de la procréation.

4.3.3. Nombre d'enfants vivants

Un des buts de la planification familiale est d'espacer les naissances. Le nombre d'enfants vivants influence bien la pratique contraceptive mais cette influence n'est significative que chez l'ensemble des femmes. En effet, les résultats (Graphiques 9 et 22) indiquent que les femmes ayant moins de 5 enfants (43 %) utilisent plus les MCM que celles qui ont 5 enfants ou plus (28 %). Ainsi, l'histoire génésique d'une femme est entre autres facteurs pouvant influencer sur la décision de la femme de recourir ou non à la contraception moderne.

4.3.4. Nombre d'enfants désirés

Le nombre d'enfants désirés agit de la même façon que le nombre d'enfants vivants. En effet, et comme on pouvait s'y attendre, l'utilisation des MCM est plus importante lorsque la femme désire moins de 5 enfants (46 %) que lorsqu'elle désire 5 enfants ou plus (36 %) (Graphiques 11 et 23). Le projet de fécondité d'une femme est également un des facteurs pouvant influencer la décision de la femme à recourir ou non à la planification familiale.

4.4. Paramètres liés à l'offre et utilisation d'une MCM

4.4.1. Connaissance des méthodes modernes de contraception

À ce niveau d'analyse, la connaissance des méthodes modernes de contraception est la variable la plus statistiquement liée à la pratique contraceptive aussi bien chez l'ensemble des femmes que chez les femmes en union. En effet, les femmes classées comme ayant une bonne connaissance de la contraception moderne utilisent toutes une MCM au moment de l'enquête contre 4 % seulement chez celles non classées comme ayant une bonne connaissance de MCM (Graphiques 12 et 24).

4.4.2. Niveau d'exposition aux messages sur la PF

La connaissance des MCM passe généralement en grande partie par la communication. L'exposition aux messages sur la PF permet d'acquérir des connaissances et en particulier des connaissances sur les sources d'approvisionnement en contraceptifs.

Le niveau d'exposition aux messages sur la PF est positivement associé à l'utilisation d'une méthode contraceptive moderne (Graphiques 13 et 26) et cette association est significative chez tous les groupes de femmes étudiées. Dans l'ensemble, les femmes exposées à 2 ou 3 (56%) medium véhiculant des messages sur la PF utilisent plus les MCM que celles qui ne sont exposées à aucun medium (32%) de ce genre. De même, les femmes en union exposées à 2 ou 3 mediums véhiculant des messages sur la PF (45%) utilisent plus les MCM que celles qui ne sont exposées à aucun (medium de ce genre 24%). L'accès aux médias, notamment audiovisuels, apparaît ainsi comme un élément influent sur la décision de pratiquer la planification familiale.

4.5. Caractéristiques du conjoint et du couple et utilisation d'une MCM

Dans la pratique contraceptive, les caractéristiques et les opinions du conjoint sont des facteurs importants car les hommes ont une position dominante dans la plupart des sociétés africaines. Dans le cas de la Guinée, les caractéristiques du conjoint influencent-elles significativement la pratique contraceptive des femmes en union ?

4.5.1. Age du conjoint

Lorsque l'on considère l'âge du conjoint, il ressort que les femmes avec des conjoints âgés de moins de 50 ans (32 %) utilisent plus les MMC que les femmes avec des conjoints de plus de 50 ans (24 %) (Graphique 27). Ainsi, tout comme l'âge de la femme, celui du conjoint semble déterminer, à ce niveau d'analyse, l'adhésion du couple à la pratique contraceptive. L'intensité de la relation reste néanmoins faible.

4.5.2. Niveau d'instruction du conjoint

Le niveau d'instruction du conjoint est positivement associé à la pratique contraceptive des femmes. En effet, les femmes dont le conjoint a un niveau d'étude secondaire ou plus (41 %) utilisent plus les MCM que celles dont le conjoint a au plus un niveau primaire (26 %) (Graphique 28).

4.5.3. Secteur d'activité du conjoint

Le secteur d'activité, tout comme le niveau d'instruction du conjoint, influence fortement la pratique contraceptive moderne. En effet, les femmes dont le conjoint travaille dans le secteur moderne manifestent une plus grande réceptivité à la contraception moderne. Une femme sur trois (34 %) d'entre elles ont recours aux MCM contre 24 % chez dont le conjoint travaille dans le secteur non moderne (Graphique 29).

4.5.4. Participation à la prise des décisions importantes dans le ménage

La participation de la femme à la prise des décisions importantes dans le ménage sont essentielles dans la décision d'utiliser la planification familiale chez les femmes en union. Il ressort que 42 % des femmes en union qui participent à la prise des décisions importantes dans le ménage utilisent les MCM contre seulement 18 % pour celles qui n'y participent pas (Graphique 25).

4.5.5. Vue d'ensemble

L'analyse du lien statistique entre l'utilisation d'une MCM et chacune des caractéristiques des femmes a permis d'identifier, à ce niveau d'analyse, les facteurs ayant une influence significative sur la pratique contraceptive. Cette analyse est néanmoins insuffisante car elle ne prend en compte que deux variables à la fois et ne permet donc pas de contrôler l'effet d'autres variables de confusion potentielles.

L'analyse multivariée, réalisée à travers la régression logistique simple, permet de combler cette lacune et d'identifier les facteurs déterminants de la pratique contraceptive des femmes. C'est l'objet du prochain chapitre.

5. DETERMINANTS DE L'UTILISATION DES METHODES DE CONTRACEPTION MODERNES

Dans cette partie, nous cherchons à identifier les facteurs explicatifs de l'utilisation d'une méthode contraceptive moderne chez les femmes en âge de procréer exposées au risque de grossesse au moment de l'enquête en 2018. Les analyses sont réalisées séparément pour l'ensemble des femmes (sans distinction de situation matrimoniale) et pour les femmes vivant en union.

5.1. Ensemble des femmes

Au total, 11 variables ont été retenues comme facteurs explicatifs potentiels de l'utilisation d'une méthode contraceptive moderne chez l'ensemble des femmes. Parmi ces variables, 7 se sont avérées significatives au seuil de 5 % (tableau) :

- L'appartenance ethnique ;
- La confession religieuse ;
- Le niveau de vie du ménage ;
- L'âge de la femme ;
- L'occupation de la femme ;
- La situation matrimoniale de la femme ;
- Le niveau d'exposition de la femme aux messages sur la PF.

Le milieu de résidence, contrairement à nos attentes, n'a pas d'influence significative sur le fait d'utiliser ou non une méthode contraceptive, toutes choses égales par ailleurs. C'est l'introduction de la variable niveau de vie du ménage qui annule l'effet du milieu de résidence. Ce qui signifie que la différence de chance d'utiliser une MCM entre femmes vivant en milieu rural et celles vivant en milieu urbain est due à une différence de niveau vie de ménage entre ces deux groupes de femmes. Ce résultat suggère que les femmes rurales sont probablement plus pauvres au point de ne pouvoir s'offrir des produits contraceptifs modernes ou des appareils (télévisions, radios...) par lesquels passent souvent les messages sur la PF par rapport à leur pouvoir d'achat.

Toutes choses égales par ailleurs, l'appartenance ethnique influence significativement la pratique de la contraception moderne. En effet, par rapport aux femmes peules, les femmes de tous les autres groupes ethniques ont plus de chance d'utiliser une MCM. Toutefois, la différence n'est significative qu'avec les femmes malinkés qui ont deux fois plus de chance d'utiliser une MCM. Ce résultat est le même que celui obtenu au niveau de l'analyse bivariée. Ce constat semble paradoxal, par rapport à ce qui est attendu, et son interprétation nécessite des investigations plus poussées.

L'effet de l'appartenance ethnique sur l'utilisation de la contraception moderne passe aussi en partie par le niveau d'instruction de la femme. En effet, la prise en compte du niveau d'instruction de la femme annule la différence entre femmes forestières et femmes peules. Ce résultat suggère que si les femmes sont toutes instruites, l'appartenance ethnique n'aurait pas d'influence significative sur leur chance d'utiliser une MCM.

La religion est également déterminante dans la pratique contraceptive des femmes. Toutes choses égales par ailleurs, par rapport aux femmes musulmanes, les femmes non musulmanes ont 2,6 fois plus de chance d'utiliser une MCM.

Pour le niveau de vie du ménage, seules les femmes de niveau de vie élevé ont significativement plus de chance d'utiliser une MCM que celles dont le niveau de vie est faible. Ce résultat traduirait probablement une capacité financière plus élevée des femmes de niveau de vie élevé.

L'âge influence significativement l'utilisation d'une MCM. Cette influence est en partie médiatisée par le statut de la femme dont l'introduction annule la différence entre femmes jeunes et femmes en fin de vie féconde. En définitive, seules les femmes de 30-39 ans ont significativement plus de chance d'utiliser une MCM que les femmes en fin de vie féconde.

Pour le secteur d'occupation, les femmes exerçant dans le secteur moderne ont significativement plus de chance d'utiliser une MCM que celles exerçant dans les autres secteurs.

L'effet de la situation matrimoniale se traduit par une chance trois fois plus grande pour les femmes ne vivant pas en union d'utiliser une MCM, par rapport aux femmes vivant en union. L'introduction de la situation matrimoniale de la femme réduit l'effet de l'âge (en annulant la différence entre femmes jeunes et femmes plus âgées). Elle atténue également l'effet du niveau d'instruction de la femme.

Le niveau d'exposition des femmes aux messages sur la PF est positivement associé à leur utilisation d'une MCM. En effet, plus le nombre de médiums à travers lesquels la femme est exposée aux messages sur la PF est élevé, plus sa chance d'utiliser une MCM est élevée. Ce résultat montre l'importance de la communication en matière de méthodes contraceptives modernes. En particulier, les résultats obtenus suggèrent que l'efficacité maximale est obtenue par l'utilisation simultanée de plusieurs canaux pour informer les femmes sur les possibilités offertes en matière de contraception.

L'introduction du niveau d'exposition aux messages sur la PF annule l'effet du niveau d'instruction. Ce résultat fournit un résultat fort utile en matière de promotion de produits contraceptifs modernes. En effet, le facteur déterminant dans le recours aux MCM est surtout les informations de qualité sur les produits.

Le niveau d'instruction de la femme agit indirectement sur l'utilisation de la contraception moderne à travers le niveau d'exposition de la femme aux messages sur la PF. En effet, avant l'introduction du niveau d'exposition de la femme aux messages sur la PF, les femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus avaient, par rapport aux femmes non instruites, significativement plus de chance d'utiliser la contraception moderne. L'introduction du niveau d'exposition de la femme aux messages sur la PF annule l'effet du niveau d'instruction : aucun groupe ne présente plus une différence significative avec les femmes sans instruction. Ce résultat suggère que, chez les femmes, l'instruction permet d'améliorer la réceptivité des messages sur la PF, est déterminante pour l'adhésion des femmes aux programmes de PF. Et comme le niveau d'exposition aux messages sur la PF détermine l'utilisation de la contraception moderne, il faut non seulement œuvrer pour l'amélioration de l'instruction des femmes mais aussi définir des programmes adaptés de sensibilisation sur la PF et la contraception moderne.

5.2. Femmes en union

Chez les femmes en union, neuf caractéristiques ont été retenues comme susceptibles d'influencer l'utilisation d'une MCM. Toutes choses égales par ailleurs, parmi ces caractéristiques, cinq ont un effet significatif sur la pratique contraceptive moderne des femmes en union : l'appartenance ethnique, la religion, l'âge, le niveau d'exposition aux messages sur la PF et la participation à la prise des décisions importantes dans le ménage.

Les effets respectifs de l'appartenance ethnique, de la religion, de l'âge, du niveau d'exposition aux messages sur la PF sur l'utilisation d'une MCM chez les femmes en union vont dans le même sens que ceux des femmes sans distinction de situation matrimoniale.

Toutefois, les résultats indiquent que l'effet de la religion sur l'utilisation de la contraception moderne est nettement plus important chez les femmes en union que chez l'ensemble des femmes. En effet, toutes choses égales par ailleurs, par rapport aux femmes musulmanes, les femmes non musulmanes en union ont 4,5 fois plus de chance d'utiliser une MCM, contre 2,6 fois chez l'ensemble des femmes. Ce trait traduirait un plus grand attachement des femmes en union aux normes religieuses que celles ne vivant pas en union.

Chez les femmes en union, le niveau de vie n'a pas d'influence significative directe sur l'utilisation d'une MCM, contrairement à ce qui est observé chez l'ensemble des femmes. Il agit néanmoins indirectement à travers le secteur d'activité du conjoint dont l'introduction annule la différence observée entre femmes en union de niveau de vie faible et celles de niveau de vie élevé.

La participation à la prise des décisions importantes favorise l'utilisation d'une MCM chez les femmes en union. En effet, les femmes en union qui participent à la prise des décisions importantes dans le ménage ont 3,25 fois plus de chance d'utiliser une MCM que celles qui n'y participent pas. Ce résultat va exactement dans le sens attendu. Ainsi, le fait pour une femme de participer à la prise de décisions importantes dans le ménage améliore son statut et lui donne les moyens nécessaires à la satisfaction de certains de ses besoins, dont ceux relatifs à la planification familiale.

Le nombre d'enfants vivants et le nombre d'enfants désirés n'ont pas d'influence significative sur la pratique de la contraception moderne, tant chez l'ensemble des femmes que chez les femmes en union.

6. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Dans cette étude, il était question d'identifier les facteurs déterminants de la planification familiale (utilisation de la contraception moderne) et du dividende démographique en Guinée. Les données de la cinquième enquête démographique et de santé réalisée en 2018 ont été utilisées à cet effet. L'étude a ciblé spécifiquement les femmes surtout visées par les programmes de planification familiale, à savoir les femmes fécondes et à risque de grossesse.

L'hypothèse principale vérifiée est que diverses caractéristiques des femmes et de leur entourage favorables ou défavorables à leur utilisation de la contraception moderne, qui par ricochet influence le dividende démographique.

Cinq groupes de caractéristiques ont été identifiés dans la littérature comme facteurs susceptibles d'influencer potentiellement la pratique de la contraception moderne : les caractéristiques socioculturelles, les caractéristiques socioéconomiques, les caractéristiques démographiques, les caractéristiques traduisant les interactions de genre (pour les femmes en union uniquement) et les paramètres liés à l'offre de la contraception dans le pays.

Les analyses ont été menées à deux niveaux. Dans un premier temps, l'utilisation de la contraception moderne a été croisée avec chacune des caractéristiques identifiées comme susceptibles d'influencer la pratique de la contraception moderne chez les femmes étudiées. Ensuite, les caractéristiques ayant une influence significative à ce niveau d'analyse ont été introduites ensemble dans un modèle de régression logistique. Après contrôle des effets des variables les uns par les autres, les déterminants de la pratique contraceptive moderne ont été identifiés.

Les résultats des analyses effectuées conduisent aux conclusions suivantes :

1. La pratique contraceptive serait nettement plus importante que ce que laissent paraître les résultats des enquêtes, tels que traditionnellement présentés. En effet, environ 39 % de l'ensemble des femmes nécessiteuses et 29 % de celles en union utilisent une MCM alors que EDS 2018 mentionne seulement 10,6 % pour l'ensemble des femmes. Toutefois, les niveaux d'utilisation sont largement en deçà de ce qu'ils devraient être car seulement deux femmes guinéennes nécessiteuses sur cinq utilisent une MCM en 2018.
2. L'étude montre que la contraception traditionnelle est utilisée de façon marginale en Guinée. L'essentiel des utilisatrices se tournent quasi exclusivement vers les méthodes modernes, plus efficaces.
3. La connaissance de la contraception moderne (produits contraceptifs disponibles et leurs sources d'approvisionnement) est la variable la plus déterminante dans l'utilisation de la contraception moderne.
4. Les normes culturelles et religieuses sont aussi déterminantes dans l'adhésion des femmes à la pratique de la contraception moderne. Une étude qualitative plus poussée pourrait permettre d'identifier les normes culturelles et religieuses spécifiques qui sont favorables ou défavorables à l'utilisation des MCM.

Les résultats ont aussi mis en évidence le fait que les femmes du groupe ethnique malinké sont les seules à avoir significativement plus de chance d'utiliser la contraception moderne que les femmes peules, aussi bien chez l'ensemble des femmes que chez les femmes en union. Ce résultat semble paradoxal et son interprétation nécessite des investigations plus poussées.

5. Le coût des produits contraceptifs semble également influencer sur l'utilisation de la contraception moderne. En effet, les femmes des ménages de niveau de vie élevé ont significativement plus de chance d'utiliser les femmes des ménages de niveau vie faible. Au moment où la variable niveau de vie pourrait être considéré comme un proxy du pouvoir d'achat du ménage, il pourrait donc expliquer l'accessibilité financière des produits contraceptifs.

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. Ces recommandations s'adressent à deux principaux groupes : les organismes de recherche et les intervenants en matière de PF.

- **À l'institut National de la Statistique et centres de recherche**

1. À l'occasion de chaque grande enquête (EDS, MICS, etc.) où sont abordées des questions sur la PF, veiller à calculer les taux d'utilisation de la contraception pour les groupes de femmes pertinents afin de fournir des indications précises sur l'intensité de la pratique contraceptive dans le pays ;
2. Organiser des études notamment qualitatives pour comprendre les raisons pour lesquelles des femmes nécessiteuses seraient réticentes à utiliser la contraception moderne et le mécanisme par lequel la religion et l'appartenance influencent l'utilisation de la contraception moderne.

- **Au Ministère de la Santé et aux acteurs évoluant dans le domaine de la PF**

3. Mettre en place un programme de sensibilisation ciblée et multi-canal sur les produits contraceptifs ;
4. Offrir une large gamme de produits contraceptifs à des coûts abordables et faire de l'intégration de la PF dans toutes les formations sanitaires du pays une réalité ;
5. Améliorer la qualité des prestations en matière de produits contraceptifs, par l'amélioration du niveau de formation des prestataires, de la qualité de l'accueil et de la qualité du suivi des femmes utilisatrices de la contraception moderne (information sur les effets secondaires potentiels, prise en charge adéquate de ces effets secondaires, etc.).

Étant donné la multiplicité des intervenants dans la promotion de la contraception moderne, il serait souhaitable que le Ministère de la Santé plaide en faveur de la mise en place d'un programme coordonné d'intervention dans ce sens, afin de rendre les interventions plus efficaces et plus efficientes.

En fin, pour déclencher le processus vers le dividende démographique, les déterminants de l'utilisation de la contraception moderne étant identifiés, les acteurs évoluant dans le domaine de la promotion de la planification familiale et les décideurs doivent mieux cibler les actions à entreprendre, en matière de promotion et de vulgarisation des produits contraceptifs modernes et faire des investissements adéquats dans ce domaine. En outre, comme dans certains pays, l'Etat guinéen doit principalement faire des investissements stratégiques dans l'amélioration de la santé de la population, l'éducation, l'économie, la planification familiale et la gouvernance afin de réaliser un dividende démographique.

En effet, selon la mesure du dividende démographique effectuée en 2017, avec des interventions significatives à la fois sur les secteurs de l'éducation, de la santé de la reproduction (SR), de l'économie, de la planification familiale (PF), avec la gouvernance, la population totale de la Guinée sera de 19 millions habitants à l'horizon 2040 et 24 millions en 2056. L'ISF passera de 4,8 en 2016 à 3,3 en 2040 et à 2,4 en 2056. Cela induira une accélération croissance économique forte appelé dividende démographique. Le PIB par habitant passera de 582 USD en 2016 à 1 767 USD en 2040 et 3 290 USD en 2056. Le bien-être de la population va s'améliorer avec l'IDH qui va augmenter de 0,57 en 2040 à 0,67 en 2056 alors qu'il était de 0,32 en 2016. Cette amélioration de l'IDH est la résultante de la baisse de la fécondité et l'augmentation de la population active.

BIBLIOGRAPHIE

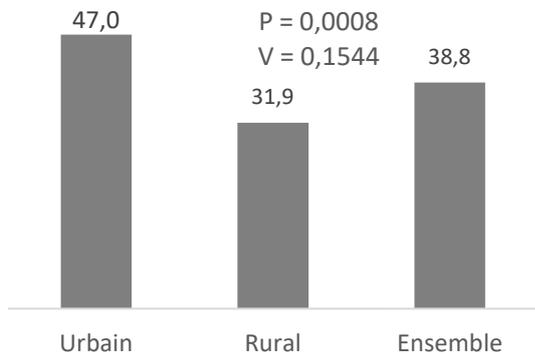
1. The Impact of Women's Employment and Education on Contraceptive Use and Abortion in Kinshasa
2. FALL S. et N'GOM P., 2001 - *Baisse de la fécondité en Afrique francophone : tendances récentes et futures*. New York : Population division Departement of Economic and Social Affairs United Nation Secretariat, 17 p.
3. EVINA, A. et KISHIMBA, N. (2001), « *L'utilisation des méthodes contraceptives en Afrique : de l'espacement à la limitation des naissances ?* » in Gendreau F. et Poupard M. (dir.), *Transitions démographiques des pays du sud*, AU ELF-UREF, Actualité Scientifique, ESTEM, p 253-268.
4. EVINA, A. (2007), *Les facteurs de la contraception au Cameroun au tournant du siècle*, Paris, CEPED, Regards sur les collections du CEPED, 62 p.
5. FASSASSI, R. (2007), *Les facteurs de la contraception en Afrique de l'Ouest et en Afrique Centrale au tournant du siècle*, Rapport de synthèse, Paris, CEPED, Regards sur les collections du CEPED, 67 p.
6. *Les facteurs de la contraception au Cameroun. Analyse des données de l'enquête démographique et de santé de 1998 – Evina Akam, Grippe. La planification familiale en Afrique. Documents d'analyse n° 6, 2005.*
7. *Protocole d'analyse de la pratique contraceptive à partir des données des enquêtes démographiques et de santé – Kokou Vignikin, Raïmi Fassassi et Patrice Vimard, Grippe, avril 2001.*
8. VIMARD Patrice, FASSASSI Raimi, TALNAN Edouard, 2001, *Le début de la transition de la fécondité en Afrique sub-saharienne. Un bilan autour des exemples du Kenya, du Ghana et de la Côte d'Ivoire*, paper read at the International Population Conference, Salvador de Bahia (Brazil), August, IUSSP, 31 p.
9. Saikou Yaya Kollet DIALLO (2009) : « *La planification familiale en Guinée : expérience de l'association guinéenne pour le bien-être familial (AGBEF) à Conakry, de 2003 à 2007* », Université de Conakry - Docteur en Médecine 2009
10. CONGO. Z. (2005), *Les facteurs de la contraception au Burkina Faso au tournant du siècle*, CEPED.
11. CHIESA S. et WANTOU (2001) G., *le comportement contraceptif des gabonaises les méthodes modernes : faible taux d'utilisation et déficit d'information*, Médecine d'Afrique Noire.
12. ANNY CHRISTIANE. M T. (2010). « *Facteurs explicatifs des besoins non satisfaits en matière de planification familiale chez les femmes en union au Cameroun* », mémoire de MPD, IFORD Yaoundé, Octobre 2010
13. EVINA A (2005), *Les facteurs de la contraception au Cameroun*, CEPED.
14. RAIMI F (2006), *Les facteurs de la contraception en Côte d'Ivoire au tournant du siècle*, CEPED.
15. TALNAN E. et VIMARD P. (2005), *Développement local, pauvreté et pratique contraceptive en Côte d'Ivoire*, Série Santé de la reproduction, fécondité et développement, Document de recherche N°9.
16. *Plan d'action national de repositionnement de la planification familiale en Guinée 2014-2018*

- 17.** ISSA Z. (2008), Les facteurs associés ou non à l'utilisation de la contraception moderne chez les femmes en union dans la partie septentrionale du Cameroun, CDI IFORD.
- 18.** AGNES G. (1998), Contraception et avortement : deux modes de régulation de la fécondité à Abidjan, CEPED.
- 19.** PSI-Haïti (2007), Planification Familiale Enquête TRaC Examinant l'Utilisation des Méthodes Contraceptives Modernes parmi les Femmes en âge de Procréer de 15-49 ans, Research & Metrics, PSI
- 20.** L'Afrique et le défi de la réalisation du Dividende démographique. CoM 2013 "Industrialization for an Emerging Africa" 21-26 March 2013 - Sofitel Abidjan Hotel Ivoire - Abidjan Cote d'Ivoire
- 21.** DNPDP (2017), rapport national sur la mesure du dividende démographique en Guinée.

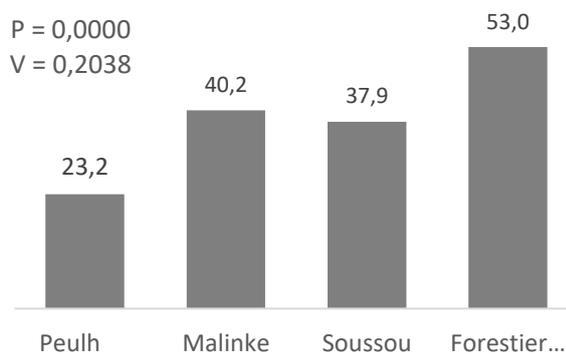
ANNEXES

Annexe 1. Graphiques des proportions de femmes utilisant les MCM

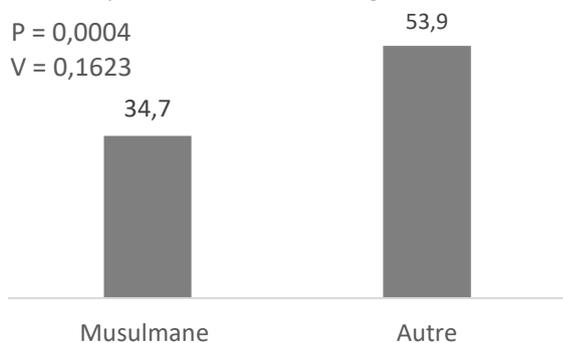
Graphique 1: Proportion des femmes utilisant une méthode de contraception moderne selon le milieu de résidence



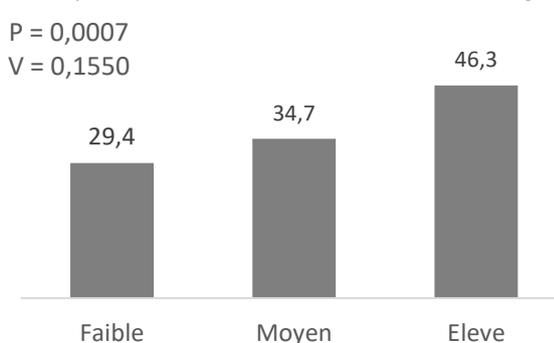
Graphique 2: Proportion des femmes utilisant une méthode de contraception moderne selon le groupe ethnique



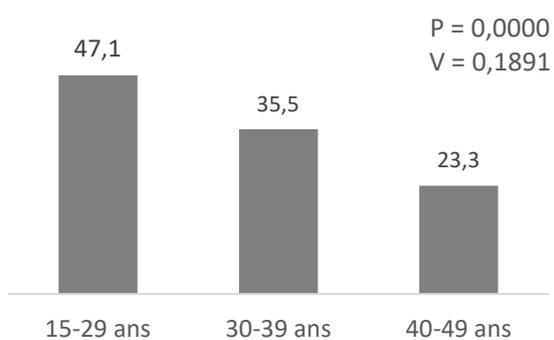
Graphique 3: Proportion des femmes utilisant une méthode de contraception moderne selon la religion



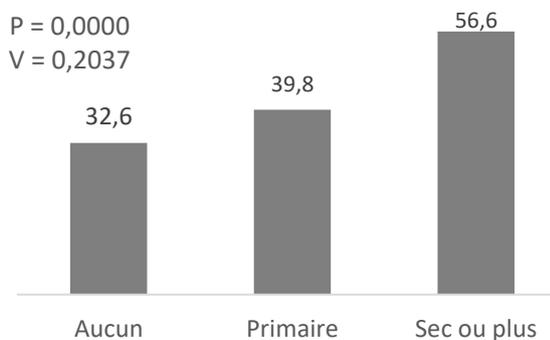
Graphique 4: Proportion des femmes utilisant une méthode de contraception moderne selon le niveau de vie du ménage



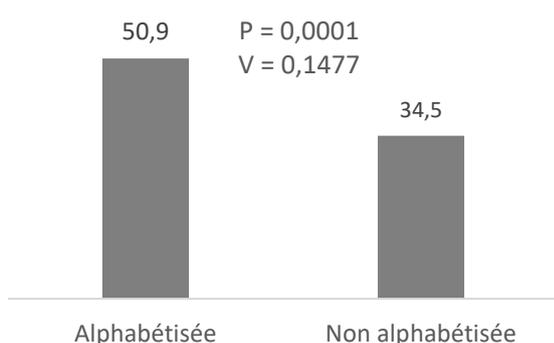
Graphique 5: Proportion des femmes utilisant une méthode de contraception moderne selon l'âge



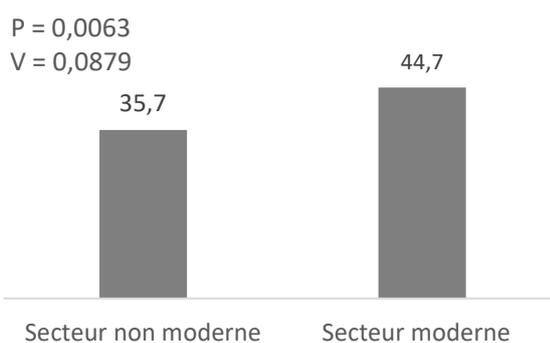
Graphique 6: Proportion des femmes utilisant une méthode de contraception moderne selon le niveau d'instruction



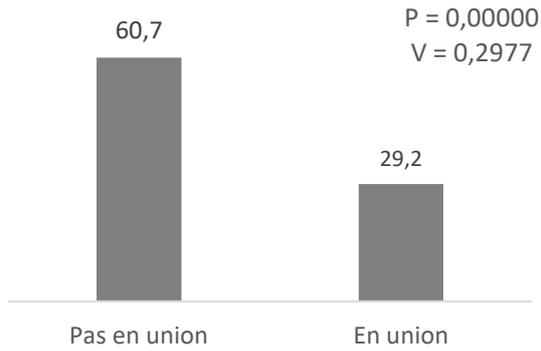
Graphique 7: Proportion des femmes utilisant une méthode de contraception moderne selon l'alphabétisation



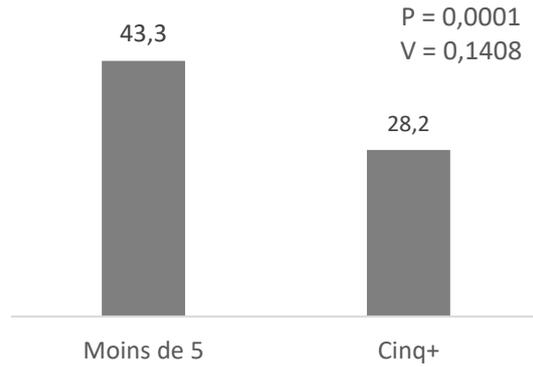
Graphique 8: Proportion des femmes utilisant une méthode de contraception moderne selon le secteur d'activité



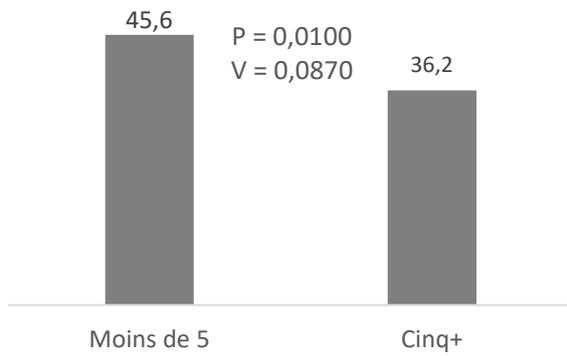
Graphique 9: Proportion des femmes utilisant une méthode de contraception moderne selon le statut matrimonial



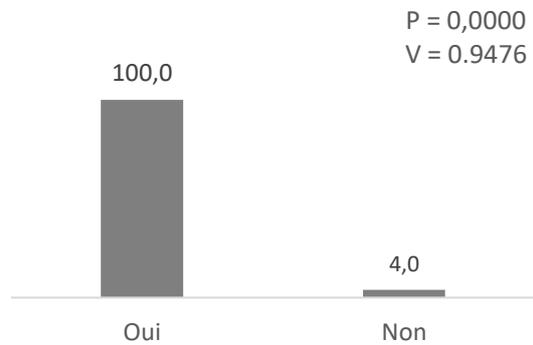
Graphique 10: Proportion des femmes utilisant une méthode de contraception moderne selon le nombre d'enfants vivants



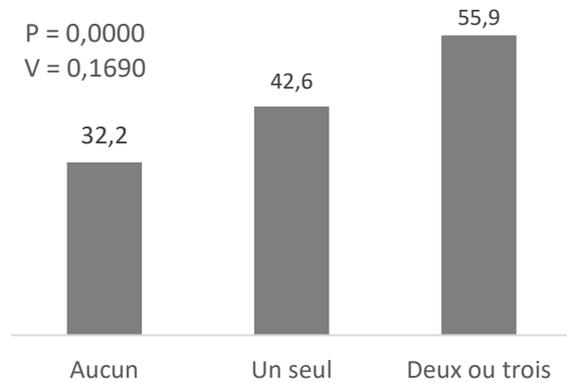
Graphique 11: Proportion des femmes utilisant une méthode de contraception moderne selon le nombre d'enfants désirés



Graphique 12: Proportion des femmes utilisant une méthode de contraception moderne selon la femme connaît bien ou non la contraception moderne

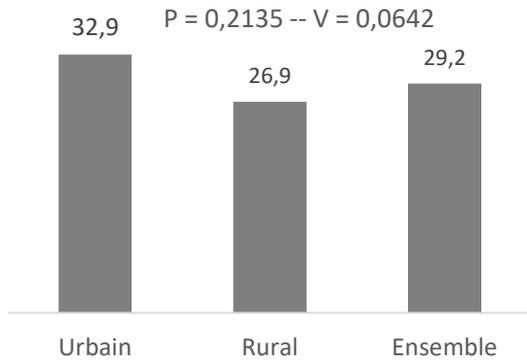


Graphique 13: Proportion des femmes utilisant une méthode de contraception moderne selon nombre de médium

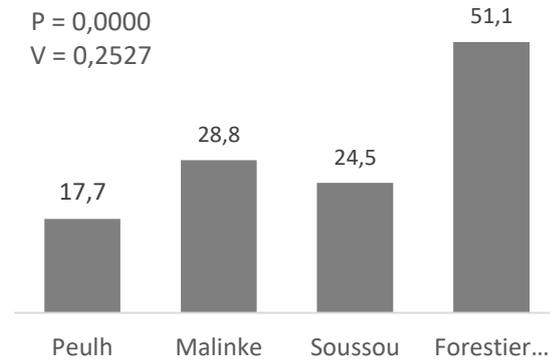


Annexe 2. Graphiques des proportions de femmes en union utilisant les MCM

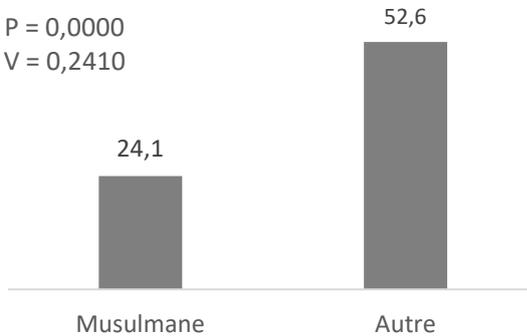
Graphique 14: Proportion des femmes utilisant une méthode de contraception moderne selon le milieu de résidence



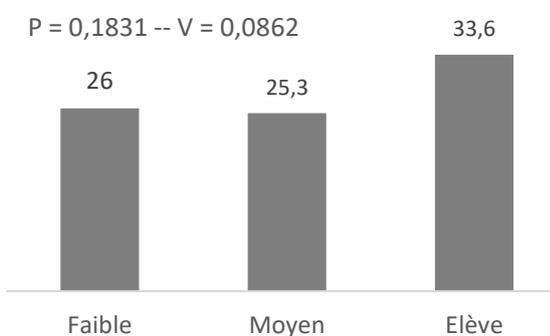
Graphique 15: Proportion des femmes utilisant une méthode de contraception moderne selon le groupe ethnique



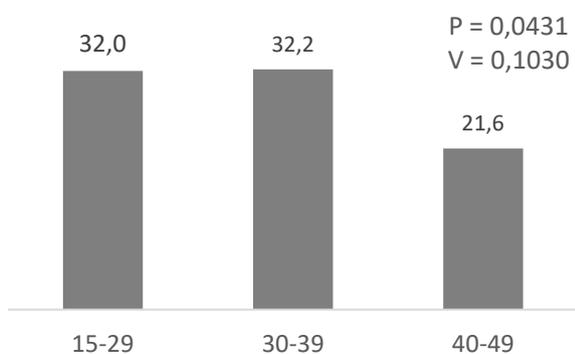
Graphique 16: Proportion des femmes utilisant une méthode de contraception moderne selon la religion



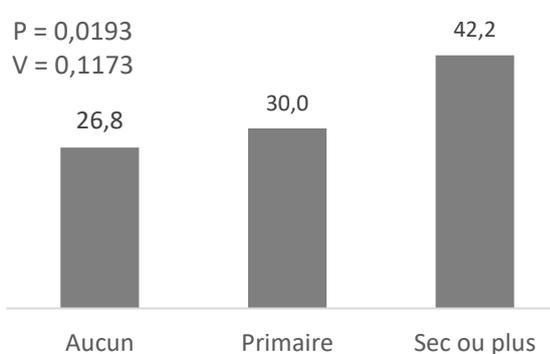
Graphique 17: Proportion des femmes utilisant une méthode de contraception moderne selon le niveau de vie du ménage



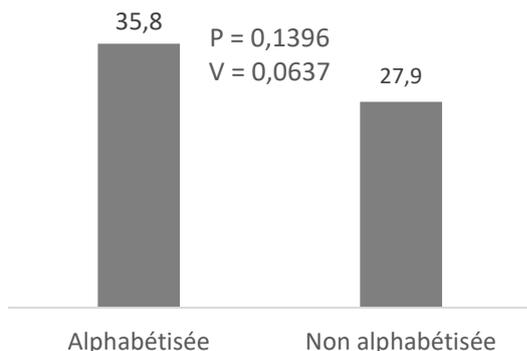
Graphique 18: Proportion des femmes utilisant une méthode de contraception moderne selon l'âge



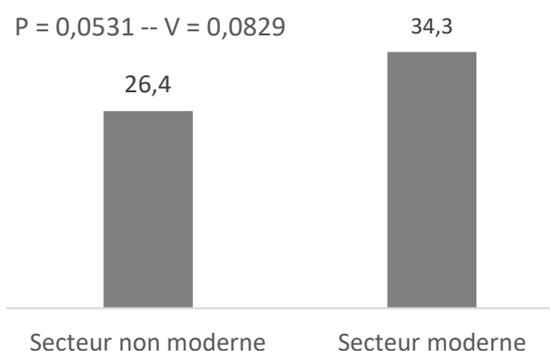
Graphique 19: Proportion des femmes utilisant une méthode de contraception moderne selon le niveau d'instruction



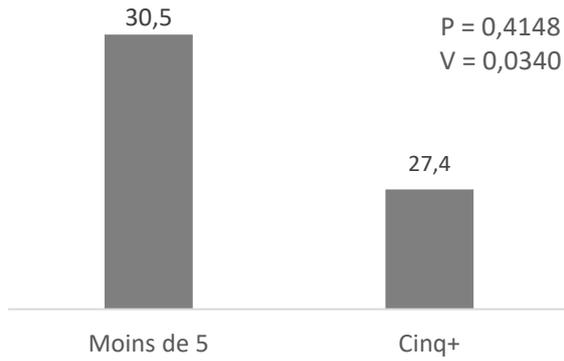
Graphique 20: Proportion des femmes utilisant une méthode de contraception moderne selon l'alphabétisation



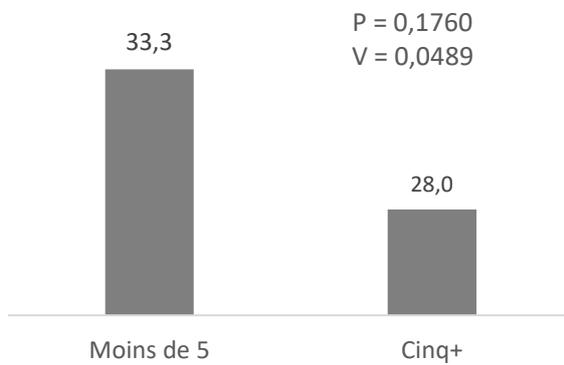
Graphique 21: Proportion des femmes utilisant une méthode de contraception moderne selon le secteur d'activité



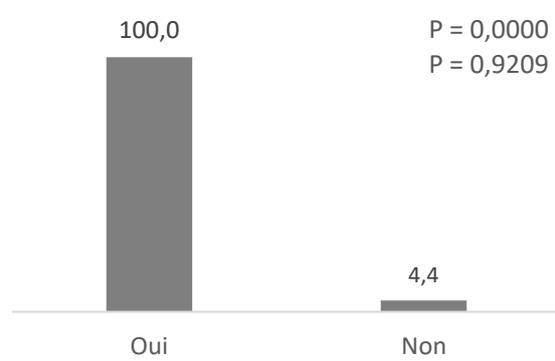
Graphique 22: Proportion des femmes utilisant une méthode de contraception moderne selon le nombre d'enfants vivants



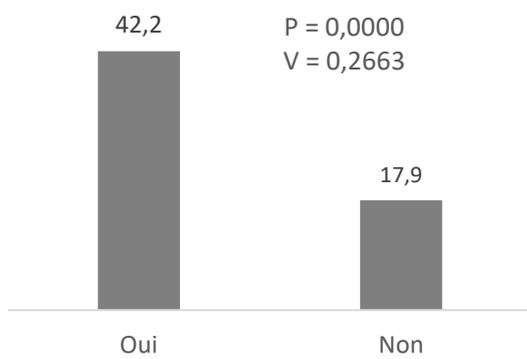
Graphique 23: Proportion des femmes utilisant une méthode de contraception moderne selon le nombre d'enfants désirés par la femme



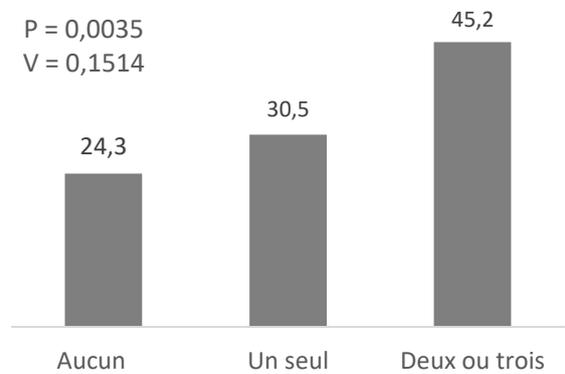
Graphique 24: Proportion des femmes utilisant une méthode de contraception moderne selon la femme connaît bien ou non la contraception moderne



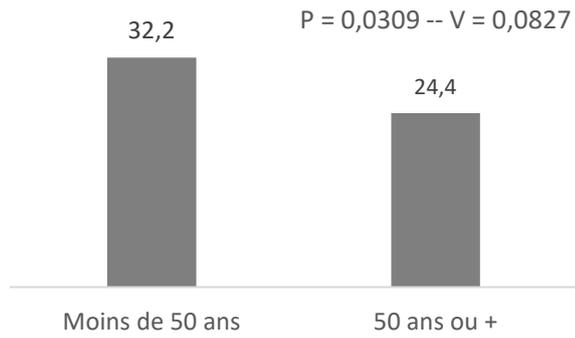
Graphique 25: Proportion des femmes utilisant une méthode de contraception moderne selon que la femme participe ou non aux décisions dans le ménage



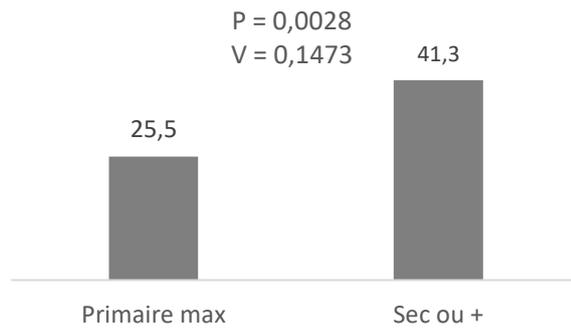
Graphique 26: Proportion des femmes utilisant une méthode de contraception moderne selon l'exposition au nombre de médium



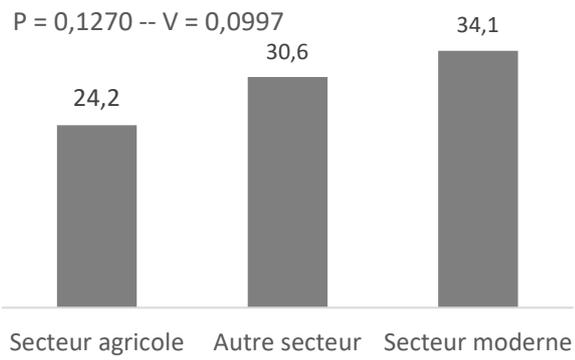
Graphique 27: Proportion des femmes utilisant une méthode de contraception moderne selon l'âge du conjoint



Graphique 28: Proportion des femmes utilisant une méthode de contraception moderne selon niveau d'instruction du conjoint



Graphique 29: Proportion des femmes utilisant une méthode de contraception moderne selon le secteur d'activité du conjoint



Annexe 3. Résultats des analyses multivariées pour l'ensemble des femmes

Tableau 1 : Résultat de la régression logistique des déterminants de la pratique contraceptive moderne chez l'ensemble des femmes, Guinée 2018

Variables	M0	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11
Milieu de résidence												
Urbain	1.89***	1.89***	2.24***	2.30***	1.33	1.24	1.17	1.14	0.93	0.93	0.93	0.95
Rural	MR											
Ethnie												
Peul	MR		MR									
Malinké	2.23***		2.36***	2.36***	2.30***	2.24***	2.23***	2.22***	2.03***	2.00***	2.01***	1.91**
Soussou	2.02***		1.77***	1.75***	1.67**	1.65**	1.60**	1.52*	1.31	1.30	1.30	1.37
Forestier/Autre	3.74***		4.37***	2.03*	2.13*	2.13*	1.90	1.88	1.74	1.80	1.79	1.69
Religion												
Musulman	MR			MR								
Autres	2.20***			2.31**	2.54**	2.33**	2.53**	2.56**	2.33*	2.27*	2.27*	2.59**
Niveau de vie du ménage												
Faible	MR				MR							
Moyen	1.27				1.15	1.14	1.14	1.08	1.06	1.06	1.06	1.02
Élevé	2.06***				2.24***	2.17***	1.92**	1.76**	1.95**	1.98**	1.97**	1.80**
Age (classe d'âge)												
15-29 ans	2.93***					2.33***	2.07***	2.14***	1.36	1.53	1.53	1.44
30-39 ans	1.81***					1.64**	1.59**	1.57**	1.50*	1.56**	1.56**	1.50*
40-49 ans	MR					MR						
Niveau d'instruction de la femme												
Aucun	MR						MR	MR	MR	MR	MR	MR
Primaire	1.37						0.93	0.93	0.90	0.91	0.90	0.92
Secondaire ou plus	2.69***						1.66**	1.70**	1.45*	1.47*	1.45*	1.29
Secteur d'activité de la femme												
Secteur moderne	1.46***							1.38**	1.46**	1.47**	1.47**	1.46**
Secteur non moderne	MR							MR	MR	MR	MR	MR
Statut de la femme												
En union	MR								MR	MR	MR	MR
Non en union	3.74***								2.84***	2.91***	2.91***	3.09***
Nombre d'enfants vivants												
Moi de 5	1.94***									0.82	0.81	0.84

Annexe 4. Résultats des analyses multivariées pour les femmes en union

Tableau 2 : Résultat de la régression logistique des déterminants de la pratique contraceptive moderne chez les femmes en union, Guinée 2018

Variables	M0	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8
Ethnie									
Peul	MR	MR	MR	MR	MR	MR	MR	MR	MR
Malinké	1.88**	1.88**	1.89**	1.90**	1.93**	1.93**	1.77*	1.90**	1.82*
Soussou	1.51	1.51	1.51	1.34	1.35	1.33	1.28	1.36	1.29
Forestier/Autre	4.86***	4.86***	2.16	2.04	2.01	1.81	1.78	1.77	1.43
Religion									
Musulman	MR		MR	MR	MR	MR	MR	MR	MR
Autres	3.49***		2.43	3.31**	3.28**	3.52**	3.85**	4.02**	4.47***
Niveau de vie du ménage									
Faible	MR			MR	MR	MR	MR	MR	MR
Moyen	0.96			0.91	0.90	0.90	0.89	0.81	0.92
Élevé	1.44*			2.07***	2.02***	1.85***	1.74**	1.39	1.67
Age									
15-29 ans	1.71**				1.49	1.42	1.39	1.37	1.36
30-39 ans	1.72**				1.61**	1.58**	1.52*	1.50*	1.52*
40-49 ans	MR				MR	MR	MR	MR	MR
Niveau d'instruction de la femme									
Aucun	MR					MR	MR	MR	MR
Primaire	1.17					0.97	0.97	0.92	1.05
Secondaire ou plus	1.99***					1.37	1.18	1.15	1.01
Exposition selon le nombre de medium									
Aucun	MR						MR	MR	MR
Un seul	1.36						1.49*	1.47*	1.49*
Deux ou trois	2.56***						2.64***	2.66***	2.67***
Secteur d'activité du conjoint									

Direction Nationale Population et Développement

DIRECTION NATIONALE

Directeur National

Mohamed **SANO**

sanomohamed60@gmail.com

Directeur National Adjoint

Mamadou Dian Dilé **DIALLO**

dilediallo@gmail.com

Auteur

Ibrahima **KABA**

ibrahimakaba0307@gmail.com