



GRIPPS
GROUPE INTERNATIONAL
DE PARTENAIRES
POPULATION - SANTÉ

UERD (BURKINA FASO), IFORD (CAMEROUN),
ENSEA, INS (CÔTE D'IVOIRE), CEPED, IRD (FRANCE),
CME (LAOS), DPS (SÉNÉGAL), URD (TOGO)

LES FACTEURS DE LA CONTRACEPTION AU CAMEROUN

Analyse des données de l'enquête démographique et de santé de 1998

Evina AKAM

LA PLANIFICATION FAMILIALE EN AFRIQUE. DOCUMENTS D'ANALYSE N° 6

Septembre 2005

Evina AKAM

Démographe

Enseignant à l'Institut de Formation et de Recherche Démographiques (IFORD)

Université de Yaoundé II

BP 1556 Yaoundé (Cameroun)

Tél. : (237) 223 29 47 – Fax : (237) 223 67 93

Courriel : evina_akam@hotmail.com ou evina@iccnet.cm ou evinaakam@yahoo.fr.

© GRIPPS 2005

Ce document a été réalisé dans le cadre d'un programme d'analyse bénéficiant de subventions de la part du CEPED et de l'IRD.

Éléments de catalogage : 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.

Introduction

Le contexte politique en matière de santé de la reproduction regroupe les actes politiques en rapport avec la santé de la reproduction (politique de population, programmes sectoriels, facilités accordées aux ONG oeuvrant dans ce secteur, etc.), et en particulier avec la planification familiale. De l'indépendance jusqu'à la fin des années 1970, la politique démographique du Cameroun était pro nataliste même si elle n'était clairement définie.

En 1980, le Cameroun, par la voix de son Président, reconnaît à Bafoussam l'importance du problème démographique du pays et la nécessité de contrôler la croissance de sa population. Des actions timides sont entreprises dès le début des années 1980. En 1982 est publié le rapport de la première enquête nationale sur la fécondité. Une Commission Nationale de la Population, assistée d'un comité technique interministériel est créée en mars 1985 (République du Cameroun, 1993).

Le tournant décisif est pris en 1986. En effet, au cours de la présentation du VI^e plan quinquennal devant l'Assemblée nationale, le Chef de l'État du Cameroun relevait les défis qui attendent le pays dans les années à venir à savoir : « *la démographie galopante, la désertion des campagnes, l'hypertrophie des villes, la demande croissante d'emplois, la dégradation progressive de l'environnement...* ». Par la même occasion il a attiré « *l'attention des Camerounais et des Camerounaises sur les conséquences économiques et sociales d'une progression incontrôlée de la natalité. La procréation, fût-elle un droit fondamental de tout homme, peut et doit être maîtrisée* ».

En 1989, est légalisée la première association en matière de planification familiale du pays, l'Association camerounaise pour le bien-être familial (CAMNAFAW). En juin 1990, le Président de la République a préconisé une fois de plus que les services de planification familiale soient étendus à l'ensemble du pays. Depuis cette date, ces services ne cessent de se développer sur l'ensemble du pays, dans le secteur public comme dans le secteur privé, avec une amélioration croissante de leur accès et de leur qualité.

À la fin de l'année 1999, s'est tenu à Yaoundé un symposium national sur la santé de la reproduction dont l'un des objectifs était la discussion de la première mouture du document de politique nationale de la santé de la reproduction. Ce document de politique nationale en matière de santé de la reproduction a été élaboré et attend son adoption par le Gouvernement et sa vulgarisation. Il constitue actuellement le document de référence en matière de santé de la reproduction au Cameroun.

La situation de la santé de la reproduction révèle un taux de mortalité maternelle encore très élevé, de l'ordre de 430 décès pour 10 000 naissances vivantes. Les avortements représentent 20 à 40 % des causes de cette mortalité maternelle dans plusieurs formations sanitaires. La mortalité infantile quant à elle s'élève à 77 décès d'enfants de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes. On compte enfin, sur 1 000 naissances vivantes, 37,2 décès au cours du premier mois de vie. Cet état de la santé de la mère et de l'enfant reste affecté par des complications liées aux nombreuses grossesses, aux conditions précaires de certains accouchements et à la sous-utilisation des services de santé de la reproduction dont en particulier la faible utilisation de méthodes contraceptives modernes : seulement 7,7 % des femmes en âge de procréer utilisaient une méthode contraceptive moderne en 1998 alors que plus de 80 % ont déclaré en connaître au moins une selon les résultats de la deuxième enquête

démographique et de santé (EDSC II) en 1998. Par ailleurs, les soins de santé primaires n'intègrent encore que faiblement les services de santé de la reproduction ; les méthodes de planification familiale ne sont pas suffisamment vulgarisées et les produits contraceptifs ne sont pas toujours disponibles.

Malgré cette faiblesse de la pratique contraceptive, on assiste depuis 1991 à une baisse sensible du niveau général de la fécondité. L'indice synthétique de fécondité (ISF) est passé ainsi de 5,8 enfants en moyenne par femme en 1991 (EDSC I) à 5,2 en 1998 (EDSC II). Il reste toutefois encore très élevé et quasi stable au niveau des femmes en union (autour de sept enfants en moyenne par femme). Cette amorce de la transition observée au cours des années 1990 découlerait de la conjoncture de plusieurs phénomènes : la crise économique qui perdure¹, l'adoption de comportements favorables à la réduction de la fécondité tels que le maintien plus longtemps des jeunes dans le système scolaire, le recul de l'âge au premier mariage ainsi que l'utilisation des méthodes traditionnelles de contrôle de la fécondité (l'abstinence *post-partum* et l'allaitement maternel).

Les analyses qui vont suivre procèdent d'une démarche méthodologique définie dans un protocole rédigé dans le cadre des travaux du Groupe international de partenaires population-santé (Gripps). Ce protocole porte sur l'analyse des données de la pratique contraceptive à partir des résultats des enquêtes démographiques et de Santé (EDS). Le présent document porte sur le cas du Cameroun et analyse les données issues des enquêtes démographiques et de santé de 1991 (EDSC I) et de 1998 (EDSC II). Il porte essentiellement sur trois points. Le premier concerne les approches théoriques et méthodologiques pour l'analyse de la pratique contraceptive à partir des EDS en général ; le deuxième analyse les niveaux et variations des pratiques contraceptives au Cameroun en 1991 et 1998 ainsi que l'effet inhibiteur de la fécondité par la contraception (*cf.* modèle de Bongaarts, 1982) ; enfin, le dernier point concerne les déterminants de la pratique contraceptive au Cameroun en 1998, c'est-à-dire les variables qui l'expliquent le mieux à cette date.

1. Approches théorique et méthodologique

Les études sur les niveaux et tendances de la fécondité ont permis de mieux connaître à ce jour les processus et les facteurs de ce phénomène en général et en Afrique en particulier. Ces facteurs ont été définis à partir des cadres d'analyses et des modèles dont la robustesse a été bien établie (Davis et Blake, 1956 ; Bongaarts, 1978).

Partant des objectifs fixés dans le protocole, un cadre conceptuel de la recherche des déterminants de la pratique contraceptive en Afrique en général et au Cameroun en particulier peut s'articuler autour de quatre éléments :

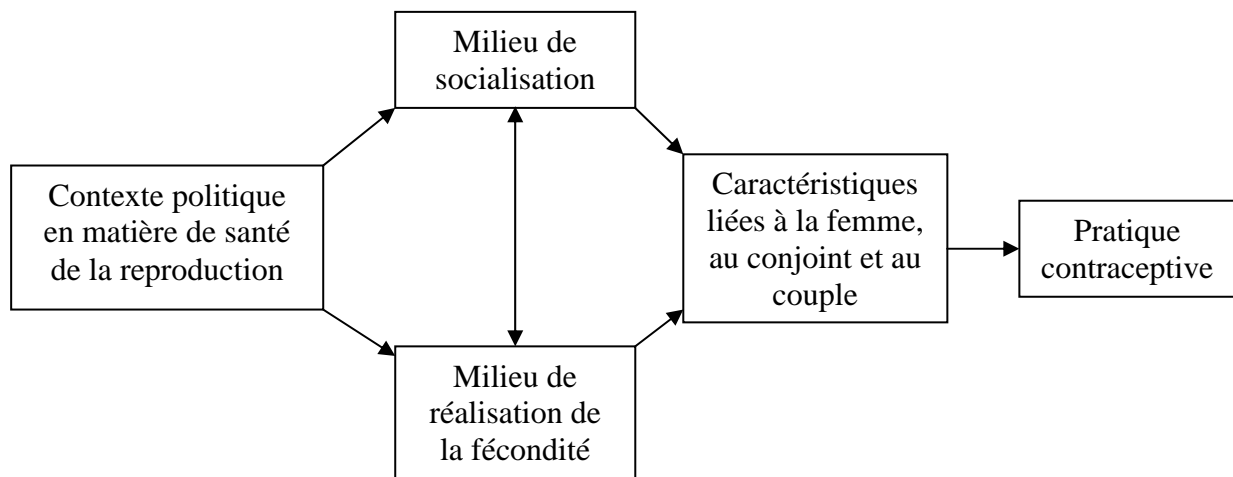
- le milieu de socialisation,
- le milieu de réalisation de la fécondité ou milieu de vie génésique,
- les caractéristiques de la femme,
- la pratique contraceptive.

¹ Certains auteurs parlent ainsi de transition de crise (Evina Akam et Ngoy., 2001) par analogie à la transition de pauvreté et le malthusianisme de pauvreté observée en Amérique Latine (Cosio-Zavala, 2001).

Les deux premiers éléments relèvent du niveau agrégé de l'environnement économique et social dans lequel vit la femme, et les deux derniers se rapportent au niveau individuel.

L'hypothèse de base est que les milieux de socialisation et de réalisation de la fécondité de la femme influent sur ses caractéristiques démographiques, économiques et sociales et déterminent à travers ces dernières sa probabilité d'utiliser une méthode contraceptive, tout ceci dépendant, au niveau de l'ensemble d'un pays, du contexte politique et institutionnel qui prévaut en matière de santé de la reproduction et de la planification familiale en particulier. Cette hypothèse est schématisée par la figure 1. Les variables permettant d'approcher chaque concept sont développées par la suite, en ne retenant seulement que les aspects en rapport avec la fécondité ou la pratique contraceptive.

Figure 1 – Un cadre conceptuel d'analyse des déterminants de la pratique contraceptive en Afrique



1.1. Milieu de socialisation

Le milieu de socialisation est déterminé ici par le lieu physique et culturel dans lequel la femme a passé son enfance, c'est-à-dire de la naissance à l'âge nubile (12 à 14 ans). Dans la plupart des études sur la fécondité, le milieu de socialisation est souvent étudié en opposant le milieu rural au milieu urbain. Mais cette opposition sous-entend une autre entre les cultures dites traditionnelles et celles dites modernes. Ce sont ces deux derniers aspects qui déterminent en fait la prédominance du contexte de réalisation de la fécondité sur celui de la socialisation² (Evina Akam, 1990). Mais ce faible impact du milieu de socialisation ne signifie pas qu'il ne doit pas être pris en compte dans le schéma de causalité de la pratique de la contraception.

Une bonne approche du milieu de socialisation ne peut donc se faire qu'en associant les éléments physique et culturel. Dans ces conditions, on considère dans cette étude que le milieu de socialisation est approché par trois variables, prises individuellement ou en combinaison les unes avec les autres. Il s'agit de l'ethnie, du lieu de résidence pendant

² Il faut noter ici que les comparaisons se faisaient en se basant généralement sur les deux modalités de la résidence, que sont le milieu rural et le milieu urbain.

l'enfance et de la religion. Le milieu de résidence pendant l'enfance décrit le lieu physique de socialisation tandis que l'ethnie et la religion vont définir les influences culturelles en matière de reproduction et de genre en particulier.

1.2. Milieu de réalisation de la fécondité ou milieu de vie génésique

Le milieu de vie génésique, ou milieu de réalisation de la fécondité, sera défini par le lieu de résidence de la femme depuis qu'elle a atteint l'âge d'entrée en vie génésique et particulièrement l'entrée en exposition au risque de grossesse. La plupart des études sur la fécondité ont montré l'importance de cette variable sur les comportements des couples et des individus et leurs choix et aspirations en matière de fécondité et de planification de la population (Evina Akam, 1990). Ces influences seront à la fois culturelles (à travers ce que véhiculent ou non les médias), économiques et sociales (au niveau macro avec ce que l'État met à la disposition de la population pour satisfaire leurs besoins en matière de santé de la reproduction et de planification familiale).

Cette variable sera donc définie par le milieu de résidence de la femme au moment de l'enquête complétée par deux autres variables liées à la pratique contraceptive : l'offre de planification familiale et le système d'information et de communication mis en place. L'offre de planification familiale concerne la disponibilité de services (en personnel et en produits) et l'accessibilité à ses services (distance au lieu de résidence, moyens financiers et qualité de service), tandis que le système d'information et de communication se rapporte à l'existence et à l'accessibilité aux médias (couverture médiatique, programmes, etc.).

1.3. Caractéristiques liées à la femme et à son conjoint

La propension de la femme à utiliser la planification familiale dépendra, au niveau individuel, de ses caractéristiques propres (caractéristiques individuelles d'identification sociale, économique et démographique, descendance actuelle...) d'une part, et des influences du milieu dans lequel elle réside d'autre part. Dans le cas d'une femme vivant en union (mariage ou union libre) l'attitude de son conjoint détermine aussi en grande partie cette propension. On peut retenir à ce troisième niveau du cadre conceptuel huit grands groupes de variables³ qui favorisent ou non la pratique contraceptive de la femme au moment de l'enquête. Il s'agit en particulier :

- des caractéristiques liées à la femme,
- des caractéristiques liées au conjoint,
- des caractéristiques liées au couple,
- des capacités et les possibilités d'accès aux services et aux méthodes,
- de l'accès et de l'exposition aux médias et à l'information,
- de la fécondité réalisée,
- du projet de fécondité,
- et de la qualité des services.

³ Les variables permettant d'approcher les éléments de chaque groupe sont reprises en annexe 1.

Les caractéristiques individuelles d'identification sociale de la femme déterminent sa capacité d'adhésion, d'adaptation ou de résistance aux influences de son milieu de résidence en matière de planification familiale. Elles vont influencer en particulier sur les attitudes et les opinions de son conjoint en matière de planification familiale et de pratique contraceptive à travers des discussions au sein du couple. Ces discussions vont conduire au choix d'une attitude face à la fécondité (planifiée ou non planifiée)⁴ dans un premier temps et à la recherche puis à la pratique de méthodes pouvant aider à atteindre les objectifs fixés dans un second temps.

Trois éléments au moins vont déterminer l'option de fécondité : la fécondité réalisée (en terme de nombre d'enfants survivants et de sexe des enfants), le projet de fécondité et l'impact des médias en matière de santé de la reproduction et de planification familiale.

L'adoption de la pratique contraceptive dépendra en grande partie de l'option des couples et de leurs capacité et possibilité d'accéder aux services de planification familiale et aux moyens contraceptifs (modernes ou traditionnels), à leur disponibilité et à la qualité des services.

1.4. Pratiques contraceptives

Les pratiques contraceptives constituent la variable dépendante de cette étude. Elles portent généralement sur l'utilisation actuelle et passée de la contraception. Elles seront alors mesurées par la fréquence d'utilisation de méthodes contraceptives dans les cas suivants :

- l'utilisation passée de méthodes contraceptives traditionnelles,
- l'utilisation passée de méthodes contraceptives modernes,
- l'utilisation actuelle de la contraception traditionnelle,
- l'utilisation actuelle de la contraception moderne.

Le choix d'un type de contraception (moderne ou traditionnelle) à un moment donné dépend en grande partie du choix de stratégie de fécondité de la femme ou du couple. On remarque ainsi que les pratiques traditionnelles sont souvent liées à une volonté d'espacement des naissances alors que les pratiques modernes tendent de plus en plus à la recherche d'une limitation des naissances (Evina Akam et Ngoy, 2001, 2002). Les mêmes études ont montré aussi que le début de la transition de la fécondité actuellement observé dans certains pays africains, s'accompagne d'une transition contraceptive, avec le passage d'une pratique contraceptive traditionnelle dominante à une fréquence de plus en plus élevée de l'utilisation de méthodes contraceptives modernes.

⁴ Il est à noter ici que le choix d'une attitude planifiée de fécondité passe par la définition d'un projet de fécondité fixant un nombre idéal d'enfants à atteindre. Dès que ce nombre est arrêté, la pratique contraceptive visera soit à espacer les naissances (tant qu'on n'a pas atteint le nombre souhaité), soit à les limiter dès que le nombre projeté est atteint. Une autre forme de projet sera de fixer la longueur des intervalles inter gésésiques à respecter par le couple.

1.5. Hypothèses et schéma analytique de la pratique contraceptive au Cameroun

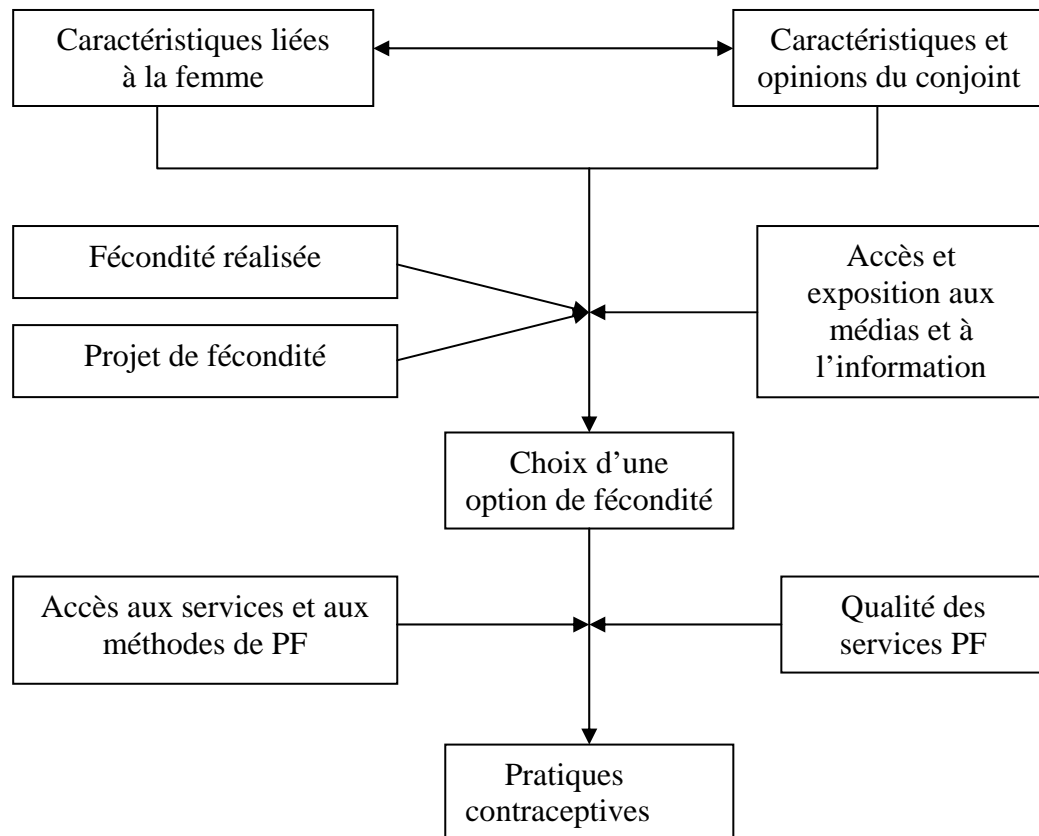
La recherche des facteurs d'utilisation de la contraception moderne au Cameroun se fonde sur les hypothèses retenues dans le protocole du projet Grippe, résumées et schématisées dans la figure 2.

- H1. Quoique des vellétés de pratique contraceptive existent dans la plupart des sociétés africaines, cette pratique n'en reste pas moins limitée à une frange très spécifique de la population féminine.
- H2. Dans les sociétés africaines, la contraception est plus utilisée à des fins d'espace des naissances qu'à des fins d'arrêt de la descendance.
- H3. Des divers facteurs qui influent significativement sur la pratique contraceptive, ceux qui servent à caractériser individuellement la femme (âge, niveau d'instruction, statut matrimonial, milieu de résidence, etc.) sont les plus déterminants.
- H4. Parmi les facteurs qui servent à caractériser la femme, le niveau d'instruction, l'âge et le milieu de résidence sont les plus influents dans l'adhésion de la femme à la pratique contraceptive. Aussi :
 - H4a. le risque⁵ pour une femme instruite (instruction supérieure au niveau primaire) de pratiquer la contraception est significativement supérieur à celui d'une femme peu ou pas instruite (instruction inférieure ou égale au niveau primaire) ;
 - H4b. le risque pour une femme des générations jeunes (moins de 25 ans) de pratiquer la contraception est significativement supérieur à celui d'une femme des générations plus vieilles (25 ans et plus) ;
 - H4c. le risque pour une femme qui vit en milieu urbain (dans une ville moyenne ou la capitale) de pratiquer la contraception est significativement supérieur à celui d'une femme qui vit en milieu rural (dans un village).
- H5. Les femmes dont la descendance est inférieure ou égale à quatre enfants ont plus de chance de pratiquer la contraception que les femmes dont la descendance est supérieure à quatre enfants.
- H6. Les femmes qui ont au moins un enfant de chaque sexe dans leur descendance ont plus de chance de pratiquer la contraception que les femmes qui n'ont que des enfants d'un même sexe.
- H7. Les femmes qui ne sont pas en union ont plus de chance de pratiquer la contraception que les femmes qui sont en union.
- H8. Pour les femmes en union, les caractéristiques et les opinions du conjoint sont des facteurs importants de pratique contraceptive, notamment le niveau d'instruction, le travail actuel et l'opinion envers la planification familiale, ainsi que les discussions avec le conjoint relatives à la planification des naissances. Aussi :
 - H8a. le risque pour une femme, dont le conjoint est instruit (instruction supérieure au niveau primaire), de pratiquer la contraception est significativement supérieur à

⁵ Le terme de « risque » est ici utilisé dans son acception statistique, correspondant à la propension.

- celui d'une femme dont le conjoint est peu ou pas instruit (instruction inférieure ou égale au niveau primaire) ;
- H8b. le risque pour une femme, dont le conjoint exerce une activité dans le secteur moderne, de pratiquer la contraception est significativement supérieur à celui d'une femme dont le conjoint exerce son activité dans un autre secteur ;
- H8c. le risque pour une femme, dont le conjoint est favorable à la planification familiale, de pratiquer la contraception est significativement supérieur à celui d'une femme dont le conjoint est défavorable à la planification familiale (PF) ;
- H8d. le risque pour une femme, qui a des discussions relatives à la planification familiale avec son conjoint, de pratiquer la contraception est significativement supérieur à celui d'une femme qui n'a pas de discussions avec son conjoint à ce sujet.

Figure 2 – Schéma analytique de la pratique contraceptive au niveau individuel



2. Variations de la pratique contraceptive moderne et traditionnelle

Les indicateurs de mesure de l'intensité des pratiques de la contraception 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.

En effet, l'ensemble des femmes en âge de procréer est constitué de deux groupes : les femmes exposées au risque de grossesse (femmes sexuellement actives vivant avec un conjoint ou un partenaire régulier) et les femmes non exposées au risque de grossesse (femmes non sexuellement actives, femmes enceintes ou ménopausées, stériles ou infécondes)⁶. Les indicateurs traditionnels de planification familiale sous-estiment donc l'intensité de la pratique contraceptive, les femmes du premier groupe ayant effectivement intérêt à pratiquer la contraception si elles ne veulent pas avoir de grossesse⁷.

Tenant compte de ce qui précède, la présente étude porte uniquement sur les femmes en âge de procréer effectivement exposées au risque de concevoir. Elle étudie leur propension à l'utilisation d'une méthode contraceptive suivant certaines caractéristiques qui leur sont propres ou liées à leur environnement ainsi que l'apport de la contraception dans la réduction de la fécondité dans chaque cas précis.

2.1. Milieux de résidence et de vie de la femme et pratique contraceptive

Les milieux de résidence de la femme avant son entrée en vie féconde et au moment de la réalisation de sa fécondité influent grandement sur ses comportements en matière de procréation et surtout dans le domaine du choix de la dimension de la famille et les moyens utilisés pour y parvenir. Ces comportements découlent le plus souvent des habitudes culturelles du milieu étudié et la place qu'il accorde à la femme et aux enfants. La pratique contraceptive et sa réussite sont aussi dépendantes de la capacité de la femme ou du couple à faire face aux dépenses liées à l'acquisition des contraceptifs.

2.1.1. Milieux de résidence

Le milieu rural a souvent été considéré comme traditionnel par opposition au milieu urbain supposé moderne. En matière de procréation, les deux termes « traditionnel » et « moderne » renvoient à la place et au rôle de la femme dans la gestion de sa fécondité d'une part et de ses comportements d'autre part. Ainsi, en milieu rural et traditionnel la jeune fille est initiée

⁶ L'exposition au risque de grossesse suppose que la femme est apte à concevoir et est effectivement exposée aux relations sexuelles avec un partenaire de sexe opposé (Evina Akam et Ngoy, 2001).

⁷ À titre d'exemple, la prévalence contraceptive, toutes méthodes confondues, au sein de l'ensemble des femmes en âge de procréer, de 15 à 49 ans, était, en 1991, de 16,1 % contre 19,9 % pour les femmes du même groupe d'âges effectivement exposées au risque de grossesse (Cameroun, 1992). À l'EDSC de 1998 ces proportions sont respectivement de 24,0 % et 27,1 % (Cameroun, 1999).

prioritairement au rôle de mère tandis qu'en ville elle est amenée de plus en plus à assumer les mêmes responsabilités que l'homme. Le milieu de socialisation pourrait ainsi avoir des répercussions sur la propension de la femme à contrôler sa fécondité. Mais cette influence reste modulée par les conditions du milieu de vie de la femme au lieu de la réalisation de sa fécondité et en particulier si ces deux milieux sont identiques.

Au Cameroun, comme dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, de grandes inégalités en matière d'infrastructures et d'équipements existent entre les milieux rural et urbain. Ces inégalités se ressentent en particulier en matière d'éducation, de santé et d'offre de planification familiale.

En ce qui concerne la planification familiale, malgré les efforts faits pour rapprocher les centres de prestation de service des populations, le milieu rural demeure largement défavorisé par rapport au milieu urbain. Les centres de planification familiale et ceux de prestations de services intégrés, dans le secteur public comme dans le secteur privé ou dans celui des organisations non gouvernementales (ONG), restent concentrés dans les zones urbaines et principalement à Yaoundé et Douala. L'accès des femmes rurales à ces services et à l'information sur les méthodes contraceptives est encore très limité ; il pourrait expliquer leur faible pratique contraceptive. À titre d'exemple, entre 1991 et 1998, malgré le taux d'accroissement relativement élevé des fréquences d'utilisation de la contraception moderne, l'écart entre les deux milieux de résidence rural et urbain a été multiplié presque par deux, passant de 4,6 % à 8,6 %.

La pratique contraceptive reste influencée par le milieu de réalisation de la fécondité (résidence actuelle de la femme). Ainsi, la résidence actuelle en milieu urbain augmente la propension de la femme à la pratique contraceptive. Celle-ci est encore plus importante si la femme résidait dans l'une des deux grandes agglomérations du pays, Yaoundé ou Douala et ce, quelle que soit la méthode contraceptive considérée (tableau A1). En 1991 la pratique contraceptive moderne était 6,6 fois plus élevée à Yaoundé et Douala qu'en milieu rural. Cet écart entre les deux agglomérations et le milieu rural s'est considérablement réduit et se situe à 2,5 en 1998. Ces chiffres montrent à la fois les progrès réalisés par le milieu rural et l'effort qui reste encore à faire pour amener les populations rurales camerounaises à un contrôle plus efficace de leur fécondité, la pratique contraceptive moderne demeurant dans l'ensemble très faible (6 %).

L'influence du milieu de résidence actuelle s'observe encore mieux quand on compare l'utilisation contraceptive suivant le milieu de socialisation. Il se confirme que la résidence permanente (depuis l'enfance) dans une grande ville augmente considérablement les chances d'utilisation contraceptive. On observe ainsi que les femmes qui ont passé leur enfance à Yaoundé ou Douala mais qui procréent en milieu rural ou dans une autre ville ont dans l'ensemble une plus faible pratique contraceptive (toutes méthodes confondues), 16 % de moins dans le premier cas et 40 % dans le second cas respectivement. De même les femmes qui ont été socialisées hors de ces deux grandes agglomérations pratiquent moins la contraception que celles qui y vivent depuis leur naissance (tableau 1).

Par contre, le changement de résidence du milieu de socialisation rural (village) en ville améliore énormément la pratique contraceptive de la femme, et encore plus si celui-ci se fait en direction de Yaoundé ou de Douala. On peut ainsi penser que l'amélioration des conditions de prestations de service de planification familiale en milieu rural et leur rapprochement avec celles observées en milieu urbain, et surtout dans les grandes agglomérations, augmenteraient sensiblement la pratique contraceptive au Cameroun. La baisse de la pratique contraceptive des femmes socialisées en milieu urbain et résidant actuellement en milieu rural semble corroborer cette hypothèse. Le milieu rural, où réside encore la majorité de la population

africaine en général et camerounaise en particulier, détient donc la clé de la réussite des programmes de planification familiale. Pour ce faire, il faudrait rapprocher les conditions d'accès aux services de planification familiale dans les villages de celles disponibles en ville. La poursuite de l'amorce de la transition de la fécondité observée sur le continent depuis près d'une décennie (Locoh, 1994 ; Vimard et Fassassi, 2001) dépendra aussi de la réduction de ces inégalités entre le milieu urbain et le milieu rural.

Tableau 1 – Variation de la pratique contraceptive moderne et toutes méthodes confondues selon le milieu de socialisation et le milieu de résidence actuel.
Base 100 = femmes n'ayant jamais changé de milieu de résidence

Change de résidence		Base 100 = Yaoundé/Douala		Change de résidence	Base 100 = Autres villes		Change de résidence	Base 100 = Village	
de	à	Moderne	Toutes		Moderne	Toutes		Moderne	Toutes
Yaoundé/Douala	Village	97,4	84,2	de Ydé/Douala au village	100,0	114,9	de Ydé/Douala au village	257,1	200,0
Yaoundé/Douala	Autres villes	107,1	60,8	de Ydé/Douala aux autres villes	101,4	118,5	de Ydé/Douala aux autres villes	281,6	170,6
Village	Ydé/Douala	80,8	80,8	du village à Ydé/Douala	200,0	120,4	du village à Ydé/Douala	310,2	208,2
Autres villes	Ydé/Douala	44,9	67,9	des autres villes à Ydé/Douala	242,0	106,2	des autres villes à Ydé/Douala	140,8	162,9

2.1.2. Niveau de vie

Le niveau de vie de la femme ou du couple peut se mesurer à travers le revenu, la possession de certains biens économiques, le standing ou le confort de l'habitat, etc., ou une combinaison de certains de ces indicateurs. Au cours des EDS du Cameroun de 1991 et 1998, la possession de certains biens économiques et le confort de l'habitat ont été retenus comme indicateurs de mesure du niveau de vie des femmes et des couples⁸. À partir des combinaisons de ces deux indicateurs a été construit un indice de niveau de vie, le standing de l'habitat avec trois composantes⁹ : haut standing, moyen standing et bas standing. Sont classées dans la catégorie « haut standing » les femmes ou les couples dont le logement est pourvu d'un robinet pour l'alimentation en eau potable, d'un plancher en matériau fini et de l'électricité pour l'éclairage. Le « moyen standing » est constitué des femmes ou des couples dont le logement a les caractéristiques suivantes : l'alimentation en eau potable se fait au moyen d'une source autre que le robinet, le plancher est en matériau non fini ou rudimentaire (terre ou bois) et l'éclairage à l'électricité. Les femmes ou les couples de « bas standing » ont des logements possédant les deux premières caractéristiques de la précédente catégorie mais l'éclairage n'est pas assuré par l'électricité.

La pratique contraceptive semble, quel que soit le milieu de résidence, dépendre aussi du niveau de vie des populations. Celui-ci expliquerait aussi en partie les inégalités de

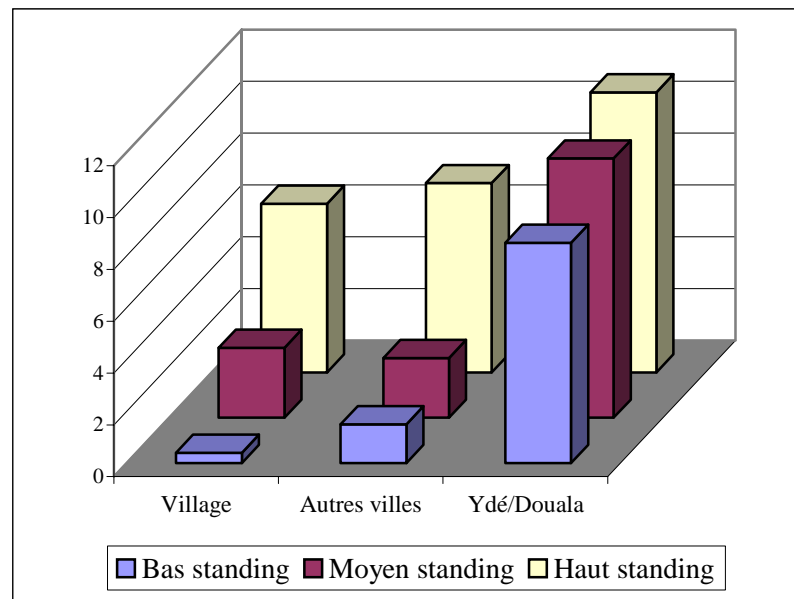
⁸ Les biens économiques retenus au cours de ces deux enquêtes sont la bicyclette, le vélo, la moto, la mobylette et la voiture. Le confort de l'habitat est mesuré par le principal matériau du plancher : plancher naturel (terre), plancher sommaire (bois), plancher fini (ciment, carrelage, autre fini) et une modalité destinée au plancher difficilement classable.

⁹ Ces composantes sont tirées des méthodologies des EDS de 1991 et 1998 et sont reprises ici telles que présentées dans les rapports de ces deux enquêtes.

pratique contraceptive observée entre les milieux urbain et rural. Partant de l'exemple de l'utilisation de la contraception moderne (figure 3¹⁰), deux tendances semblent se dessiner :

- a) Dans les deux grandes agglomérations de Yaoundé et de Douala, l'effet du niveau de vie sur la pratique contraceptive reste limité. L'accès à l'information et à de meilleurs services offerts pour toutes les couches de la population concernée pourrait expliquer cette faible différenciation de la variable niveau de vie sur la pratique contraceptive.

Figure 3 – Pratique contraceptive moderne selon le niveau de vie (en %), Cameroun 1991 (cf. note 11 en bas de page)



- b) Par contre, dans les villes moyennes et le milieu rural, la pratique contraceptive demeure encore l'affaire des femmes ou des couples ayant un niveau de vie élevé. Ces deux milieux de résidence, et en particulier le milieu rural, sont confrontés à divers problèmes majeurs dont les principaux pourraient se résumer :
- aux difficultés d'accès aux points de prestation de service (distance à parcourir et coût des contraceptifs),
 - aux ruptures fréquentes de stock,
 - à la gamme limitée des produits disponibles,
 - et à la pratique contraceptive d'espacement des naissances dans la majorité des cas (Evina Akam et Ngoy, 2001 ; Akoto et Kamdem, 2001).

¹⁰ Les données disponibles portent seulement sur l'année 1991. Nous posons l'hypothèse que les tendances observées cette année restent aussi valables en 1998.

2.2. Influence du contexte culturel

Le contexte culturel est généralement approché par deux variables clés : l'ethnie et la religion. L'ethnie est en effet le lieu de production et de reproduction des modèles culturels¹¹ qui modulent les comportements des individus. Les modèles culturels sont en perpétuel renouvellement, les modèles dominants pouvant à tout instant être remplacés par des modèles déviants. On assiste ainsi, petit à petit, au remplacement des modèles culturels dits traditionnels par ceux qualifiés de modernes. Les milieux urbains africains sont actuellement les lieux où ces transformations sont les plus visibles et les plus perceptibles. Ils sont plus exposés aux influences extérieures et en particuliers à la planification familiale moderne. Les différences de pratique contraceptive selon le milieu de résidence seraient donc aussi le reflet des écarts entre les modèles culturels « traditionnels » et les modèles culturels « modernes ».

Quant aux religions, elles forment leurs adeptes dans un même moule doctrinal de référence. 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 au Cameroun.

En effet, on a observé, lors des EDSC de 1991 et de 1998, que les femmes d'obédience chrétienne ont une pratique contraceptive, quelle que soit la méthode utilisée, près de cinq fois plus élevée que celle des femmes de religions musulmane ou traditionnelle (tableau A3).

La notion d'ethnie est très difficile à cerner au Cameroun où l'on en compte à peu près deux cents. Au cours de l'EDSC de 1998, les ethnies enquêtées ont été regroupées en trois grandes entités plus ou moins homogènes suivant leur région de résidence : Centre-Côte, Ouest, Grand-Nord et un groupe résiduel « autres ». La pratique reste presque identique entre les ethnies du Centre-Côte et de l'Ouest. Par contre, dans le Grand-Nord, elle semble encore dérisoire et ce quelle que soit la méthode considérée (tableau A4). En tenant compte du fait qu'au Cameroun les limites géographiques épousent généralement les contours ethniques et religieux des populations, le regroupement précédant des ethnies oppose les ethnies du Grand-Sud, à majorité chrétienne, aux ethnies du Grand-Nord où l'influence de l'Islam est prépondérante, avec des rapports de 5 à 1 en ce qui concerne la contraception moderne et 10 à 1 pour les pratiques contraceptives traditionnelles. La religion semble ainsi se dégager comme le trait culturel le plus discriminant en matière de pratique contraceptive au Cameroun.

2.3. Influence de l'éducation et de la profession

L'éducation et, plus précisément, sa composante l'instruction apportent à l'individu des connaissances nouvelles qui se réfèrent le plus souvent aux modèles culturels dits modernes. La pratique contraceptive s'inscrit ainsi dans ce courant de modernité. On devrait donc s'attendre à ce que les femmes instruites ou ayant un certain niveau d'instruction (secondaire ou plus par exemple) aient une propension à l'utilisation contraceptive plus élevée. Ce qui se vérifie aussi bien en 1991 qu'en 1998, pour l'ensemble des méthodes utilisées comme pour les méthodes dites modernes. À titre d'exemple, les femmes ayant atteint le plus haut niveau

¹¹ Gérard et Loriaux (1983) définissent les modèles culturels comme étant un ensemble de normes, d'images, d'habitudes, d'idées, de nécessités, de pratiques quotidiennes, etc., relatives au risque et procurant à l'individu des cadres de pensée et de pratique qui sont reconnus et valorisés socialement, ou qui sont au moins en adéquation avec la vie sociale et le système socioculturel.

d'étude ont un taux d'utilisation contraceptive de 22,2 % pour les méthodes modernes (tableau A5) soit 1,9 fois plus élevé que celles de niveau secondaire 1 et près de quatre fois plus élevé que celui des femmes de niveau primaire. Par ailleurs, la très forte augmentation de la prévalence contraceptive au Cameroun au cours des années 1990 (le taux de pratique contraceptive moderne est passé du simple au double de 1991 à 1998) est due principalement aux femmes instruites. En effet, 50 % des femmes utilisatrices de méthodes contraceptives modernes ont un niveau d'instruction secondaire et plus, 41 % le niveau primaire et 9 % seulement n'ont aucun niveau d'instruction.

L'instruction est l'un des facteurs qui conditionnent l'accès au secteur moderne d'activité. L'agriculture reste encore presque partout traditionnelle au Cameroun. Les femmes travaillant dans l'agriculture ont encore une très faible utilisation des méthodes modernes de contraception (4,3 % seulement contre 38,3 % dans le secteur moderne en 1998). Les taux de contraception moderne dans l'artisanat et le commerce s'élèvent respectivement à 14,8 % et 11,0 % (tableau A7). Cette différence dénote encore une fois l'écart qui sépare le milieu rural (traditionnel) et le milieu urbain (« moderne ») en matière de planification familiale.

2.4. Influence des variables liées aux comportements matrimoniaux

En Afrique en général et au Cameroun en particulier, l'intensité du mariage reste encore très élevée, bien que le mariage universel tende à disparaître. À l'enquête EDSC de 1998, les femmes non célibataires représentaient 74,1 % de l'ensemble de l'échantillon dont 53,3 % de femmes mariées.

2.4.1. Situation matrimoniale et pratique contraceptive

L'objectif premier du mariage en Afrique subsaharienne est la procréation. Les couples stériles vivent très difficilement leur situation d'infécondité au sein de la société (Evina Akam, 1990). Dans la plupart des cas, la procréation est gage de pérennisation de la lignée et de stabilité du mariage¹². L'observation de la fécondité montre 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. La situation de crise économique que traversent le Cameroun et les autres pays africains, qui augmente les coûts d'élevage des enfants, devrait entraîner une augmentation de la pratique contraceptive moderne, surtout chez les femmes non mariées qui ne bénéficient pas du soutien d'un conjoint.

Il est à noter que ce taux de l'ensemble des femmes mariées est très corrélé à la cohabitation des conjoints. On observe ainsi que les femmes mariées qui n'habitent pas avec leur conjoint ont une probabilité d'utilisation contraceptive plus de deux fois supérieure à celles qui habitent avec leur époux, aussi bien en 1991 qu'en 1998 (tableau A9). Le comportement des femmes qui ne cohabitent pas pourrait s'expliquer par leur désir d'éviter une grossesse non-désirée conçue hors mariage, mais aussi par une différence de projet de fécondité selon que la femme cohabite ou non avec son conjoint. En effet, le nombre moyen

¹² On peut signaler ici que dans un passé récent une progéniture nombreuse était considérée comme un signe extérieur de richesse, surtout si le nombre de filles était important.

d'enfants par femme qu'elles ont eus reste inférieur à celui des femmes qui cohabitent avec leur conjoint (3,7 contre 4,1 respectivement).

2.4.2. Instruction du couple

L'instruction est un puissant moyen d'acculturation. Pour analyser son influence sur la propension des couples à l'utilisation contraceptive, ceux-ci ont été regroupés en trois catégories :

- les couples hypogames où la femme est plus instruite que son époux ;
- les couples homogames où les deux conjoints ont le même niveau d'instruction ;
- et les couples hypergames où le conjoint est plus instruit que sa femme.

L'instruction joue un rôle important dans la propension des femmes à utiliser une méthode contraceptive. On remarque ainsi qu'en 1998 la pratique contraceptive croît avec l'instruction de la femme ou de son conjoint (tableaux A5 et A10).

Tableau 2 – Utilisation de la contraception au sein des couples selon le type d'union et le niveau d'instruction du couple, Cameroun 1998

Niveau d'instruction du couple	Méthodes contraceptives utilisées				
	Stérilisation	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune
Hypogamie					
Sans instruction					
Primaire	3,5	2,9	5,2	1,7	86,6
Secondaire et +	1,7	12,6	23,5	1,7	51,9
Ensemble	2,3	9,1	16,9	1,7	70,0
Homogamie					
Sans instruction	0,2	0,9	0,7	-	98,2
Primaire	1,7	7,1	12,5	1,5	77,2
Secondaire et +	2,5	16,2	27,4	2,1	51,9
Ensemble	1,3	6,6	10,9	1,0	80,2
Hypergamie					
Sans instruction					
Primaire	3,7	0,9	3,7	0,9	90,7
Secondaire et +	1,5	9,8	18,9	1,5	68,3
Ensemble	1,8	8,3	16,3	1,4	72,2

La même tendance s'observe au sein des couples où l'on note toutefois que l'instruction de la femme reste déterminante dans le choix de l'utilisation d'une méthode contraceptive au non. On remarque ainsi que (tableau 2) :

- dans l'ensemble et quelle que soit la méthode contraceptive utilisée, les couples homogames ont une prévalence contraceptive plus faible (19,8 %) que les autres catégories (30 % pour les hypogames et 27,8 % pour les hypergames) ;
- par contre, la pratique contraceptive moderne est plus élevée chez les couples hypogames que chez les autres couples et ceci quel que soit le niveau d'instruction des conjoints. Cette discrimination en fonction de l'instruction ne s'observe réellement que si l'un des conjoints a atteint au moins le second cycle du secondaire

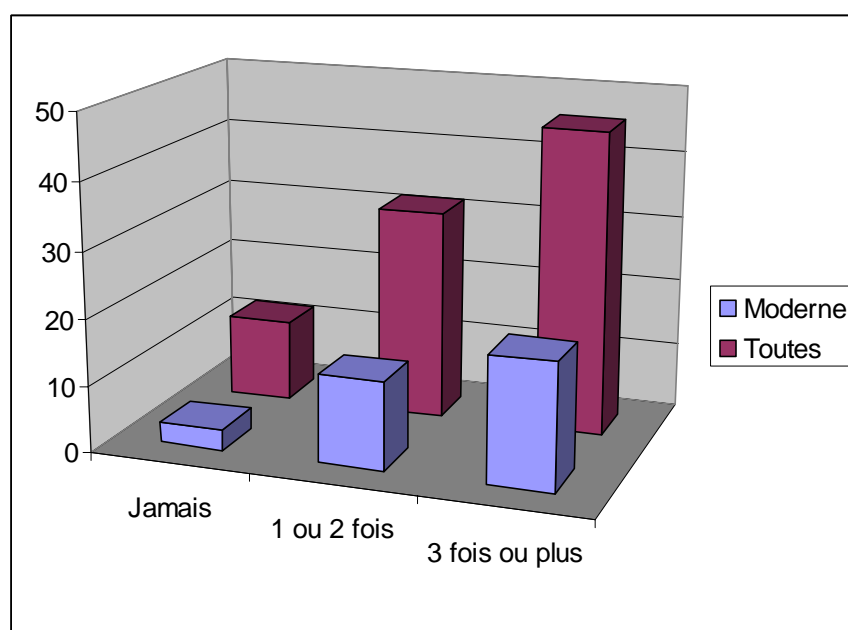
(secondaire 2 et plus) ; dans ce dernier cas, le taux d'utilisation contraceptive moderne est de 27,7 % pour les couples homogames contre 18,8 % pour les couples hypogames et seulement 11,7 % pour les couples hypergames ;

- quel que soit le type de couple considéré, une faible instruction des conjoints reste encore un frein à l'utilisation contraceptive.

2.4.3. Discussion de la PF entre conjoint

La discussion entre conjoints des problèmes liés à la planification familiale est un facteur important et déterminant dans la propension du couple à utiliser une méthode contraceptive (figure 4). Cette discussion de la PF au sein des couples est fortement corrélée à l'instruction des conjoints. En effet, près de la moitié des couples homogames ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (47,1 %) discute le plus souvent de la PF contre seulement 4,1 % des couples sans instruction et 22,7 % des couples de niveau d'instruction primaire. D'une manière générale, plus le niveau d'instruction d'un des conjoints est élevé, plus la femme a des chances d'utiliser la contraception. Ainsi, dans les couples hypogames où la femme est de niveau secondaire ou plus, 36,4 % de ces dernières ont adopté la contraception contre 12 % lorsque celles-ci sont de niveau primaire. En ce qui concerne les couples hypergames, la pratique contraceptive de la femme atteint 35,1 % lorsque le conjoint est de niveau secondaire ou plus ; elle n'est que de 11,3 % lorsque ce dernier est de niveau primaire.

Figure 4 – Utilisation de la contraception selon la discussion en matière de PF entre les conjoints



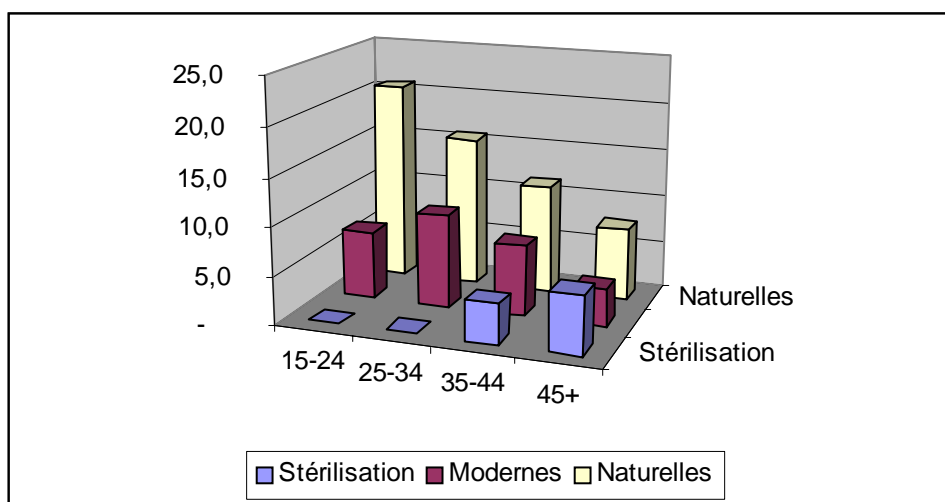
La forte corrélation entre la discussion de la planification familiale au sein des couples et l'instruction influence très positivement la pratique contraceptive. Ainsi, en 1998, les couples qui discutent plus souvent de la PF ont trois fois plus de chance d'utiliser une méthode contraceptive que ceux qui n'en discutent jamais. Pour ce qui est de la contraception moderne en particulier, le taux d'utilisation est huit fois plus élevé en cas de discussion de la planification familiale qu'en son absence (tableau A13). Le même constat avait déjà été observé en 1991.

2.5. Influence de la génération sur la pratique contraceptive

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, on constate une tendance aux respects des traditions chez les vieilles générations alors que les jeunes générations, généralement mieux instruites que celles plus âgées, sont en principe plus tournées vers des comportements dits « modernes ». On devrait par conséquent s'attendre à une plus grande utilisation de la contraception moderne dans les jeunes générations que dans les vieilles. Cette hypothèse semble se vérifier avec la pratique contraceptive, toutes méthodes confondues. Celle-ci décroît en effet des générations plus jeunes aux générations plus vieilles (figure 5). Elle se confirme en partie pour ce qui est de la contraception moderne. À titre d'exemple, les femmes âgées de 25-34 ans ont une pratique contraceptive moderne légèrement plus élevée que celle des femmes plus âgées, et cette différence est nette avec les femmes de 45 ans ou plus. Ce comportement différentiel en matière de contraception dénote une volonté grandissante de contrôle de la fécondité dans les jeunes générations de femmes depuis 1991.

En comparant le comportement de régulation de la fécondité par les différentes générations (figure 5) on observe que la contraception d'espacement des naissances (utilisation des méthodes naturelles) est surtout pratiquée par les jeunes générations (15-24 ans et 25-34 ans) alors que la contraception d'arrêt (stérilisation) se rencontre beaucoup plus chez les vieilles générations (35-44 ans et 45 ans et plus). On peut considérer que cette contraception irréversible reste encore en grande partie involontaire. En effet, la fécondité réalisée reste encore élevée au Cameroun (5,2 enfants en moyenne en 1998) ainsi que le désir d'enfants (le nombre moyen d'enfants souhaités par femme est de 7,2 en 1998). En règle générale, la fécondité dure pratiquement toute la durée de la vie génésique de la femme. Dans ces conditions, les grossesses sont nombreuses et la santé de la femme précaire. En cas de complication, l'on a recours la plupart du temps à la stérilisation de la femme pour préserver sa santé.

Figure 5 – Comparaison entre contraception d'espacement et contraception d'arrêt par génération



2.6. Histoire génésique des femmes et pratique contraceptive

L'histoire génésique d'une femme évolue et se modifie avec l'âge. En situation de fécondité naturelle la différence de pratique contraceptive entre les femmes, selon leur parité, serait nulle. Par contre, dans une population 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, 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). Ceci rejoint les analyses précédentes faites sur l'influence de l'âge et de la génération. C'est ce que l'on observe au Cameroun, aussi bien en 1991 qu'en 1998, pour ce qui est de la stérilisation et des méthodes naturelles (tableau A15). Ce constat s'observe encore mieux lorsque l'on considère les femmes selon le nombre d'enfants survivants (tableau A16). La survie des enfants en grand nombre augmente donc la probabilité d'utilisation d'une méthode contraceptive moderne et de la stérilisation.

Par contre, la mortalité des enfants a une influence négative importante sur la propension des femmes à l'utilisation de méthodes contraceptives aussi bien modernes que naturelles (tableau A17). Les femmes qui n'ont perdu aucun enfant ont, en 1998, une pratique contraceptive (moderne ou naturelle) 1,7 fois plus élevée que celles qui en ont perdu un ou deux. L'hypothèse généralement avancée ici est l'effet de remplacement des enfants décédés. Les parents qui perdent un enfant voudraient le remplacer et ce d'autant plus vite que le nombre souhaité d'enfants n'est pas encore atteint. La mortalité des enfants associée au désir d'une descendance nombreuse apparaît donc, dans ce cas, comme un facteur de réduction de la pratique de la contraception moderne au Cameroun.

En effet, les femmes 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 (5,7 % contre 13,1 % respectivement en 1998, tableau A20). L'adhésion à la pratique contraceptive est dans l'ensemble 1,5 fois plus élevée chez les femmes qui ne désirent plus d'enfant supplémentaire que celles qui en désirent encore.

On observe enfin que l'absence des deux sexes parmi les enfants réduit d'un point la propension des femmes à la pratique contraceptive (tableau A18).

2.7. Accès aux médias et aux sources d'approvisionnement des contraceptifs

Les médias audio sont en Afrique en général et au Cameroun en particulier les vecteurs de communication les plus répandus et les plus accessibles à la très grande majorité de la population. La radio reste et demeure ainsi la première source d'information, car la répartition territoriale des stations d'émission permet à tous de disposer de l'information dans les principales langues nationales, en plus des langues officielles que sont le français et l'anglais. L'exposition à ce média devrait donc améliorer sensiblement l'adhésion à la pratique contraceptive. Cette information n'a pas été bien collectée à l'EDSC II de 1998, mais les données de 1991 montrent que les femmes qui ont un accès à un médium audio ont six fois plus de chance d'utiliser une méthode contraceptive moderne que les autres.

L'accès à un médium écrit suit la même tendance. En 1998 le rapport des taux d'utilisation de la contraception moderne entre les femmes qui ont accès à un médium écrit et celles qui n'en ont pas était de 2,4 contre 1. L'accès aux médias écrits restent relativement limité, car seules les personnes pouvant lire dans l'une des deux langues officielles peuvent y avoir accès. Son influence sur l'information sur la PF reste donc aussi limitée.

Cette limite s'observe aussi avec la télévision (tableau A22). Même si elle reste à couverture nationale, son accès est encore très limité à cause des obstacles naturels d'une part, et la faible couverture du pays en électricité, d'autre part. La population qui a accès à la télévision reste donc privilégiée. Il n'est par conséquent pas étonnant d'observer une très faible différence d'utilisation contraceptive moderne, par exemple, entre les femmes qui suivent hebdomadairement un médium télévisuel et celles qui ne le font pas (12,9 % et 10,0 % respectivement).

L'exposition aux médias permet d'acquérir des connaissances et en particulier des connaissances sur les sources d'approvisionnement en contraceptifs. D'après ce qui précède, les femmes qui connaissent une source d'approvisionnement en contraceptifs sont aussi celles qui devraient le plus utiliser la contraception. C'est ce que l'on observe au Cameroun, en 1998, où le rapport d'utilisation de la contraception est de 1 sur 5 entre les femmes qui ne connaissent pas une source d'approvisionnement et celles qui en connaissent (tableau A23). Il est à noter ici que les difficultés d'accès à la source réduisent presque de moitié la prévalence d'utilisation de la contraception moderne.

3. Description des profils des femmes utilisatrices de contraception

Pour compléter les analyses descriptives précédentes et déterminer ainsi les profils des femmes utilisatrices de contraception, on aura recours dans cette partie, d'une part, au regroupement des variables en axes factoriels ou facteurs pour la contraception moderne et, d'autre part, à l'indice Cc de contraception de Bongaarts pour l'ensemble des méthodes contraceptives. Les axes factoriels ont été obtenus à partir d'une analyse en composantes principales sur des variables binaires.

3.1. Facteurs descriptifs du profil des femmes utilisatrices de contraception moderne

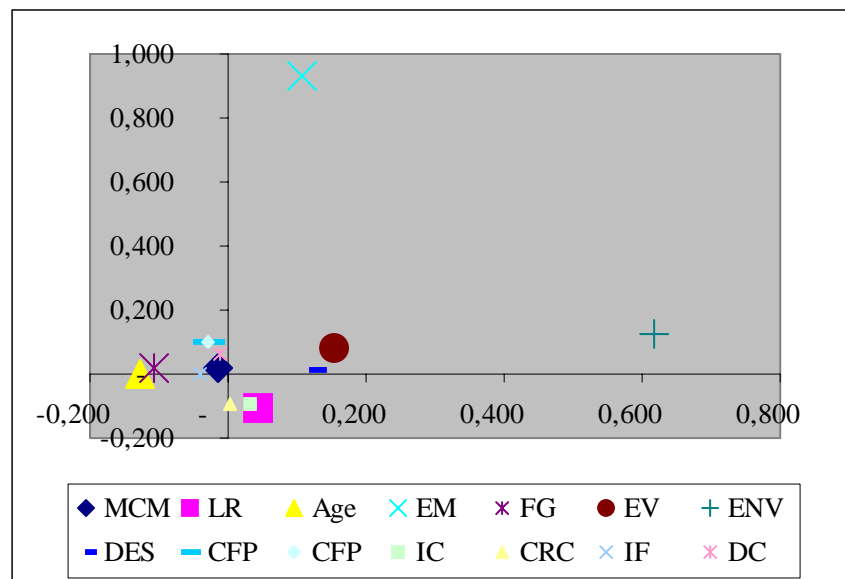
Les axes factoriels descriptifs des principales variables favorables à l'utilisation de la contraception moderne ont été déterminés à partir d'une méthode d'analyse en composantes principales. Vingt-deux variables ont été retenues pour cette analyse en composantes principales (voir tableau A28). La recherche portera sur les six premiers facteurs qui recouvrent 63,1 % de la variance expliquée.

En principe, les méthodes d'analyse descriptive multivariée ne distinguent pas la variable dépendante des autres variables ; les effets observés sont donc déterminés sans tenir compte de la variable dépendance qui est ici la pratique contraceptive. Toutefois, l'examen des différents facteurs montre que le cinquième facteur est essentiellement de pratique contraceptive, avec deux variables déterminantes : la pratique contraceptive avec un

coefficient de score factoriel de 0,73 et la source d’approvisionnement en contraceptifs (0,23). Les analyses des autres facteurs se feront par rapport à ce cinquième facteur qui explique 6,1 % de la variance observée.

Le premier facteur explique à lui seul 20,1 % de la variance de la pratique contraceptive. C’est un axe essentiellement de fécondité. Il oppose le nombre moyen d’enfants par femme encore en vie ou total (0-4) à l’âge des femmes (15-24 ans) et à la présence des deux sexes au sein de la progéniture d’une femme. Les groupes de femmes concernées ont de fortes aspirations à l’utilisation contraceptive moderne (figure 6).

Figure 6 – Représentation des premier et deuxième axes factoriels (cf. tableau A28)



Par ailleurs, le nombre d’enfants nés vivants paraît fortement lié au choix d’une pratique contraceptive moderne. Il a d’ailleurs le coefficient de score factoriel de loin le plus élevé (0,62). En particulier les femmes qui ont une grande progéniture (cinq enfants et plus) ont une pratique contraceptive légèrement supérieure à celle des femmes qui en ont moins.

Le deuxième axe est un facteur de nuptialité qui décrit 14,9 % de la variance expliquée par les variables retenues. Par rapport à la pratique contraceptive moderne il oppose les femmes non mariées (coefficient de score factoriel 0,93) à celles qui co-habitent avec leur conjoint. Il semble se confirmer ici que la cohabitation avec le conjoint réduit la propension à la pratique contraceptive moderne. Ainsi, l’hypothèse émise sur l’augmentation de la pratique contraceptive moderne chez les femmes non mariées, à la suite de la crise économique, semble se vérifier.

Les variables socio-économiques (instruction de la femme et du conjoint) et culturelle (religion) déterminent le troisième facteur. Ce dernier contribue à 10,1 % à la variance expliquée. Parmi ces trois variables, l’instruction de la femme (coefficient de score factoriel 0,48) et de celle de son conjoint (0,37) sont fortement et positivement corrélées à la pratique contraceptive moderne. L’influence de l’instruction de la femme reste encore ici prépondérante.

Le quatrième facteur décrit l’influence du milieu de résidence : résidence actuelle, milieu de socialisation et interaction instruction-résidence. Il explique 7,0 % de la variance des

variables retenues. Comparé au cinquième facteur (pratique contraceptive) il se confirme que, même en prenant en compte les autres variables, le fait pour une femme de résider à Yaoundé ou à Douala ou d'avoir passé son enfance dans l'une de ces deux agglomérations est très favorable à la pratique contraceptive.

Les relations au sein des couples en matière de planification familiale déterminent le sixième facteur qui explique 4,8 % de la variance observée. Il s'agit, en particulier, de l'attitude du conjoint vis-à-vis de la planification familiale (conjoint favorable à la planification familiale avec un coefficient de 0,58) et de la discussion de la PF entre conjoint (0,41). Ces deux variables, fortement liées à la pratique contraceptive moderne, favorisent son utilisation par les femmes.

Les analyses descriptives qui précèdent montrent donc que les femmes ayant une forte probabilité d'utiliser une méthode contraceptive moderne ont des profils répondant aux caractéristiques ci-après :

- être non mariée,
- résider à Yaoundé ou à Douala,
- avoir cinq enfants ou plus,
- avoir un conjoint qui est favorable à la PF,
- être instruite de niveau secondaire ou plus,
- discuter de la PF avec son conjoint,
- avoir un conjoint instruit de niveau secondaire ou plus.

3.2. Profils des femmes utilisatrices de contraception toutes méthodes confondues

Les profils des femmes utilisatrices de la contraception toutes méthodes confondues seront déterminés à partir de l'indice de contraception de Bongaarts $Cc = 1 - 1,08ue$ où u représente le taux d'utilisation actuelle de la contraception chez les femmes en union et e le taux moyen d'efficacité de la contraception. Cet indice évalue l'impact de la pratique contraceptive sur la fécondité en termes d'effet inhibiteur ou de réduction de la fécondité.

Trois groupes de femmes peuvent être constitués à partir des résultats obtenus :

- les femmes dont la pratique contraceptive a un impact élevé (plus de 20 % de réduction de la fécondité) ;
- les femmes dont la pratique contraceptive a un impact moyen (réduction de la fécondité comprise entre 10 % et 20 %) ;
- et les femmes dont la pratique contraceptive a un impact faible (réduction de la fécondité inférieure à 10 %).

Quinze caractéristiques apparaissent comme étant les plus déterminantes. Elles sont reprises dans le tableau 3. On remarque en particulier la très forte association de la fécondité avec le travail du conjoint dans le secteur moderne, avec une réduction de près de deux enfants par femme en moyenne.

Tableau 3 – Principales caractéristiques de la réduction de la fécondité des femmes au Cameroun en 1998

Variables de base	Caractéristiques Principales	Réduction de la fécondité	
		%	Enfants
Secteur du travail du conjoint	Secteur moderne	47,41	2,5
Relation mariage-Activité sexuelle	Non mariée sexuellement active	32,76	1,7
Instruction	Secondaire 2 ou +	29,80	1,5
Milieu de socialisation	Étranger	28,93	1,5
Relation Instruction-Résidence	Secondaire-ville moyenne	27,00	1,4
Secteur du travail	Secteur moderne	26,42	1,4
Désir d'enfants supplémentaires	Non désir	25,47	1,3
Attitude du conjoint face à la PF	Favorable	24,48	1,3
Secteur du travail du conjoint	Artisanat	24,39	1,3
Discussion de la PF entre conjoints	Plus souvent	24,16	1,3
Milieu de socialisation	Yaoundé/Douala	23,30	1,2
Connaissance source approv. PF	Connaît source	22,97	1,2
Instruction du conjoint	Supérieur	22,65	1,2
Cohabitation avec le conjoint	Non-cohabitation	21,53	1,1
Résidence actuelle	Yaoundé/Douala	20,92	1,1

4. Quelques déterminants de la contraception au Cameroun

Cette dernière section est consacrée à la détermination de l'influence de chaque variable en présence des autres sur la pratique contraceptive aussi bien moderne que quelconque (toutes méthodes confondues). Les déterminants de chaque type de pratique sont obtenus à partir d'une méthode de régression logistique pas à pas au seuil de 1 %. L'introduction des variables dans le modèle s'est faite progressivement en commençant par les plus influentes.

4.1. Déterminants de la pratique contraceptive moderne

Le milieu de résidence au moment de l'enquête s'avère être la variable la plus déterminante de la pratique contraceptive moderne au Cameroun, en 1998. Il est suivi successivement, par ordre d'influence décroissante, par la co-résidence avec le conjoint actuel, l'âge de la femme au moment de l'enquête, le niveau d'instruction de la femme, l'attitude du conjoint face à la planification familiale et le niveau d'instruction du mari (tableau 4).

Des résultats de la régression logistique il ressort que, pour une femme exposée au risque de grossesse, le fait de résider en milieu urbain est favorable à la pratique contraceptive moderne en prenant comme référence le village. Il l'est encore plus nettement si elle réside dans l'une des deux grandes métropoles du pays que sont Yaoundé et Douala.

Tableau 4 – Résultat de la régression logistique des déterminants de la pratique contraceptive moderne par ordre d'influence, Cameroun 1998

Variables	Écart-type	Rapport de chance	Seuil de signification (%)
Milieu de résidence			
Yaoundé/Douala	0,1547	18,09	***
Autres villes	0,1342	1,97	***
Villages	Réf.	Réf.	***
Co-résidence avec le conjoint actuel			
Oui	Réf.	Réf.	***
Non	0,1178	5,89	***
Âge de la femme au moment de l'enquête			
15-24 ans	0,1869	0,08	***
25-34 ans	0,1838	0,21	***
35-44 ans	0,2027	0,06	***
45 ans ou plus	Réf.	Réf.	***
Niveau d'instruction de la femme			
Non instruite	Réf.	Réf.	***
Primaire	0,2035	1,79	***
Secondaire 1	0,2309	3,10	***
Secondaire 2 ou plus	0,2611	7,71	***
Niveau d'instruction du conjoint			
Non instruit	Réf.	Réf.	***
Primaire	0,2059	1,06	-
Secondaire	0,2229	1,54	-
Secondaire 2 ou plus	0,2406	0,77	-
Conjoint favorable à la planification familiale			
Oui	0,1426	1,79	***
Non	Réf.	Réf.	***

Note : Réf. = modalité de référence ; - = non significatif à 1 % ; *** = significatif à 1 %

En effet, alors que les femmes résidant dans les autres villes ont environ deux fois plus de chance d'utiliser la contraception moderne que celles du milieu rural, celles résidant à Yaoundé ou à Douala en ont 18 fois plus de chance. Ce résultat montre ainsi le fossé qui existe en matière de planification familiale entre le milieu urbain en général, et les grandes métropoles en particulier, et le milieu rural. Ce fossé s'expliquerait en partie par la disponibilité des services de santé de la reproduction, de planification familiale et d'IEC, qui sont en majorité concentrés dans les grandes agglomérations. La pauvreté des infrastructures de santé, qui concerne davantage le milieu rural que le milieu urbain, constitue une limitation d'accès à la PF pour les femmes rurales.

La co-résidence avec le conjoint actuel constitue un frein à l'utilisation de la contraception moderne. La probabilité d'utiliser cette méthode est six fois plus élevée chez les femmes qui ne cohabitent pas avec leur conjoint que chez celles qui vivent avec. L'objectif premier du mariage est la procréation. Le fait pour une femme de co-habiter avec son conjoint réduirait donc, en principe, son envie d'utilisation de la contraception. Le cas des femmes qui ne vivent pas avec leur conjoint pourrait s'expliquer par le souci d'éviter une conception hors union.

La variation de la pratique contraceptive selon l'âge au moment de l'enquête reste très faible. On note toutefois que, par rapport aux générations de femmes de plus de 45 ans, en fin de vie génésique et ayant déjà atteint généralement le niveau de fécondité souhaité, les jeunes générations, en pleine constitution de leur descendance, ont moins de chance d'utiliser la contraception moderne. En particulier à 25-34 ans, âge de pleine fécondité, les femmes concernées ont 0,21 fois moins de chance d'utiliser une contraception moderne que celles âgées de plus de 45 ans.

L'instruction, qu'il s'agisse de celle de la femme ou de celle de son conjoint, est un facteur qui favorise l'utilisation des méthodes contraceptives modernes. Il se confirme encore ici que l'instruction de la femme reste plus déterminante que celle de son conjoint (la relation de la pratique contraceptive avec l'instruction du conjoint n'est en effet pas significative). Concernant les femmes, le passage d'un niveau d'instruction à un autre multiplie par deux les chances d'utilisation d'une méthode contraceptive moderne. Ainsi la femme qui atteint ou dépasse le niveau d'études secondaire 2 a près de huit fois plus de chance d'utiliser une méthode contraceptive moderne que celle qui n'est jamais allée à l'école. Par contre, au seuil de 1 %, l'impact du cursus scolaire du conjoint de la femme reste non significatif, présentant même un résultat qui va dans un sens inattendu (risque relatif inférieur à 1). Mais ce résultat reste encore à préciser du fait de la faible prévalence contraceptive moderne au Cameroun, en 1998.

L'attitude du conjoint en matière de planification familiale enfin est un élément essentiel qui stimule la pratique contraceptive moderne de la femme. On note ainsi qu'une attitude favorable du conjoint à la planification familiale augmente de près de 80 % les chances d'utilisation de la contraception moderne par rapport à une attitude défavorable. Ceci montre l'importance d'associer de plus en plus les hommes à tout programme de santé de la reproduction et de planification de la fécondité.

4.2. Déterminants de la pratique contraceptive toutes méthodes confondues

Les six variables retenues pour la recherche des déterminants de la pratique contraceptive moderne ont été reconduites pour la pratique contraceptive quelconque. L'instruction de la femme se dégage comme la variable la plus influente. Elle est suivie du milieu de résidence au moment de l'enquête, puis de la co-résidence avec le conjoint actuel. L'attitude du conjoint vis-à-vis de la planification familiale vient en quatrième position, l'âge de la femme en cinquième. Enfin, le niveau d'instruction du conjoint est encore ici la variable la moins influente.

Comme pour la contraception moderne, l'instruction de la femme exerce une influence positive sur l'utilisation de la contraception quel que soit le type de méthode utilisé. Il faut toutefois noter que cette influence est encore plus forte que celle qu'elle exerce sur la pratique moderne. En effet, par rapport aux femmes non instruites, les femmes du niveau d'instruction primaire ont trois fois plus de chance d'utiliser une méthode contraceptive. Ce rapport de chance est encore plus élevé lorsque la femme a le niveau secondaire 1 (près de six fois plus) et davantage lorsqu'elle a fait des études universitaires (près de dix fois plus). Plus la femme est instruite plus elle a de chance d'utiliser une méthode contraceptive quelconque.

Tableau 5 – Résultat de la régression logistique des déterminants de la pratique contraceptive quelconque par ordre d'influence, Cameroun 1998

Variables	Écart-type	Rapport de chance	Seuil de signification (%)
Niveau d'instruction de la femme			***
<i>Non instruite</i>	Réf.	Réf.	
Primaire	0,1847	2,96	***
Secondaire 1	0,2043	5,54	***
Secondaire 2 ou plus	0,2361	9,67	***
Milieu de résidence			***
Yaoundé/Douala	0,1542	6,30	***
Autres villes	0,1113	1,46	***
<i>Villages</i>	Réf.	Réf.	
Co-résidence avec le conjoint actuel			***
<i>Oui (R)</i>	Réf.	Réf.	
Non	0,1047	3,43	***
Âge de la femme au moment de l'enquête			***
15-24 ans	0,1800	0,29	***
25-34 ans	0,1845	0,54	***
35-44 ans	0,1882	0,23	***
<i>45 ans ou plus</i>	Réf.	Réf.	
Niveau d'instruction du conjoint			***
<i>Non instruit</i>	Réf.	Réf.	
Primaire	0,1873	1,64	***
Secondaire 1	0,1999	2,21	***
Secondaire 2 ou plus	0,2104	1,62	-
Conjoint favorable à la planification familiale			***
Oui	0,1191	2,91	***
<i>Non</i>	Réf.	Réf.	

Note : Réf. = modalité de référence ; - = non significatif à 1 % ; *** = significatif à 1 %

Contrairement à la pratique contraceptive moderne, l'influence du niveau d'instruction du conjoint sur la pratique quelconque apparaît nettement et entretient une relation positive, sauf encore une fois le niveau secondaire 2 ou plus qui reste non significatif au seuil de 1 %. Lorsque le conjoint a un niveau d'études secondaire, la femme a deux fois plus de chance d'utiliser une méthode contraceptive que lorsqu'il est non scolarisé.

On note également que le fait de résider en milieu urbain est favorable à la pratique contraceptive quelle que soit la méthode utilisée. Mais cette influence semble plus faible que celle qui s'exerce sur la pratique contraceptive moderne. En effet, alors que le rapport de chance d'utiliser une méthode contraceptive moderne est de dix-huit fois plus élevé chez les femmes vivant dans les deux métropoles que chez celles de la campagne, il n'est que de six fois pour la pratique contraceptive quelconque.

La co-résidence avec le conjoint actuel exerce également une influence positive sur la pratique contraceptive quelconque. À l'image des effets exercés par le milieu de résidence de la femme, cette influence est plus faible que celle qu'elle entretient avec la pratique

contraceptive moderne. En effet, lorsque la femme cohabite avec son conjoint, la chance d'utiliser une méthode contraceptive est trois fois plus élevée que lorsque les deux conjoints ne partagent pas le même domicile. Cette chance est de six fois plus élevée pour la contraception moderne.

Quant à l'influence de l'âge de la femme, on note également que les femmes âgées de 45 ans ou plus ont une plus grande propension à utiliser la contraception, quel que soit le type de méthode, que les moins jeunes. Les raisons évoquées sur la pratique contraceptive moderne peuvent aussi s'appliquer sur la pratique contraceptive quelconque.

Enfin, lorsque le conjoint adopte une attitude favorable à la planification familiale, les chances d'utilisation d'une méthode contraceptive sont triplées, et cet impact semble plus fort que celui exercé sur la pratique moderne (rapport de chance égale à 2).

Conclusion

Les différentes enquêtes réalisées au Cameroun permettant de mesurer le niveau de fécondité féminine montrent que celle-ci est en constante baisse depuis 1978. L'indice synthétique de fécondité est ainsi passé de 6,4 enfants en moyenne par femme en 1978 (Enquête nationale sur la fécondité) à 5,2 en 1998 (EDSC-II) en passant par 5,8 enfants par femme en moyenne en 1991 (EDSC-I). Le processus de transition de la fécondité semble ainsi amorcé au Cameroun, malgré le niveau encore élevé, à l'instar d'autres pays comme la Côte d'Ivoire, le Togo, etc. (Locoh, 1994 ; Vimard et Fassassi, 2001). Cette évolution à la baisse de la fécondité est imputable en partie au relèvement de l'âge au premier mariage et d'une pratique relativement importante de la contraceptive à titre d'espacement ou d'arrêt de la fécondité. La présente étude aborde les déterminants de la pratique contraceptive au Cameroun, sur la base du protocole de recherche développé par le Groupe international de partenaires population-santé (Gripps) à cet effet, en se fondant sur les données de la deuxième enquête démographique et de santé du Cameroun (EDSC-II) de 1998.

Le processus de transition de la fécondité intervient ainsi dans un contexte où plusieurs paramètres peu favorables à son renforcement pourraient contribuer au maintien d'une logique de forte fécondité au Cameroun. Il s'agit de la fécondité des adolescentes (en 1998, 54 % des adolescentes avaient déjà entamé leur vie féconde et 47,4 % étaient mères), le désir d'une progéniture nombreuse (6,0 enfants en moyenne pour l'ensemble des femmes et 6,5 pour les femmes en union). Planifier sa fécondité suppose avoir au préalable un projet de fécondité ; ceci n'est pas toujours apparu évident en début de vie féconde. Parler de prise de décision en matière de pratique contraceptive laisse supposer que les femmes ont une parfaite connaissance des services et produits contraceptifs disponibles ; seules les femmes vivant en milieu urbain et particulièrement dans les grandes agglomérations de Yaoundé et de Douala, ont les facilités d'accès à la planification familiale. Les facteurs de l'offre tout comme ceux de la demande de contraception déterminent donc l'accès à la planification familiale et sa pratique. Les faiblesses du programme national de planification familiale, en termes d'accessibilité des services et des messages de sensibilisation, la pauvreté des populations en termes monétaire, l'analphabétisme des femmes, leur faible participation à l'activité économique, les pesanteurs socioculturelles, l'engagement de l'État sans cadre législatif précis, etc., constituent les caractéristiques dominantes de l'environnement dans lequel s'opère la prise de décision en matière de fécondité et de pratique contraceptive au Cameroun.

Les résultats obtenus portant sur les femmes sexuellement actives, confirment l'ensemble des hypothèses émises au point 1 à l'exception des hypothèses H4b et H5. L'hypothèse H4b stipule que les jeunes générations (moins de 25 ans) pratiquent plus la contraception que les vieilles générations (plus de 25 ans). Or c'est le contraire qui a été observé dans l'ensemble. Mais on remarque toutefois que les jeunes générations utilisent plus la contraception d'espacement des naissances (plus grande utilisation des méthodes naturelles) alors que les générations plus âgées tendent davantage à limiter leur vie génésique. Quant à l'hypothèse H5 relative à la descendance, contrairement à ce qui est posé, à savoir que les femmes de descendance inférieure à quatre enfants ont une pratique contraceptive plus élevée, on observe une utilisation contraceptive plus élevée et plus efficace chez les femmes de descendance plus élevée. Et cette différence est encore plus nette si l'on considère le nombre d'enfants en vie. La pratique de la contraception d'arrêt s'observe presque uniquement dans le groupe de femmes ayant une grande descendance. On note également que les femmes qui ont perdu au moins un enfant ont, à cause peut-être de l'effet de récupération, une pratique contraceptive moindre que celles qui ont encore tous leurs enfants en vie.

Les femmes ayant une forte probabilité d'utiliser une méthode contraceptive moderne ont des profils répondant aux caractéristiques ci-après :

- être non mariée,
- résider à Yaoundé ou à Douala,
- avoir cinq enfants ou plus,
- avoir un conjoint qui est favorable à la PF,
- être instruite de niveau secondaire ou plus,
- discuter de la PF avec son conjoint,
- avoir un conjoint instruit de niveau secondaire ou plus.

La recherche des déterminants de la pratique contraceptive au Cameroun a montré que les principales variables de différenciation de la fécondité au Cameroun sont : le milieu de résidence, la co-résidence avec son conjoint, l'âge de la femme, son niveau d'instruction, celui de son conjoint et l'attitude de ce dernier en matière de planification familiale. L'examen des influences de ces différents déterminants sur la pratique contraceptive a conduit aux remarques ci-après :

- Les femmes vivant en milieu rural restent encore très défavorisées en matière de planification familiale par rapport à celles résidant en milieu urbain en général et à Yaoundé et à Douala en particulier. Ces deux agglomérations semblent constituer le lieu idéal où peut se pratiquer au mieux la contraception au Cameroun. Les facilités d'accès peuvent expliquer ici ces grandes différences.
- La crainte d'une grossesse hors mariage semble dicter le comportement des femmes en cas de séparation de résidence avec le conjoint, prouvant ainsi le faible impact qu'a jusqu'à présent la sensibilisation en matière de planification familiale au sein des unions.
- Les résultats sur l'âge confirment l'hypothèse d'une pratique contraceptive encore réservée à l'espacement des naissances. Ce n'est qu'une fois la descendance désirée atteinte, donc à un âge élevé, que le désir de limitation apparaît. Un point positif est quand même à noter ici : la prise de conscience de planifier sa descendance est de plus en plus élevée.
- L'instruction de la femme et son éducation en général sont actuellement le meilleur moyen de renforcer son pouvoir de décision et son statut au sein du couple. Ce renforcement a des effets bénéfiques en matière de contrôle des naissances : plus le niveau d'instruction de la femme est élevé, plus ce contrôle est efficace.

L’instruction en rapport avec la planification familiale prime sur celle de son conjoint.

- Le pouvoir discriminant de l’instruction du conjoint est en effet dilué dans celui de sa femme. Le conjoint instruit, s’il a le niveau secondaire ou plus, devient plus attentif aux besoins en planification familiale de sa femme que les autres.
- Enfin, une attitude favorable à la contraception de la part du conjoint augmente sensiblement la propension de la femme à l’utilisation contraceptive et *vice versa*.

Des remarques qui précèdent, il ressort que les actions en faveur de la pratique contraceptive au Cameroun devraient porter sur les éléments suivants, sans que la liste soit exhaustive :

- La décentralisation des interventions et la facilitation de l’accès aux services de planification familiale au profit du milieu rural et des villes moyennes.
- Le renforcement des capacités des femmes à travers une scolarisation plus longue et soutenue, le relèvement de l’âge au premier mariage et la lutte contre les mariages forcés seraient également des actions bénéfiques à cet effet.
- Le renforcement de la scolarisation des hommes et leur intégration dans les programmes de planification familiale et de santé de la reproduction, et surtout leurs sensibilisation et information dans ces domaines, en renforçant les structures de communication pour un changement de comportement (CCC).
- L’éducation des femmes et des couples pour un comportement conséquent en cas de co-résidence ou non.

Cette étude purement quantitative devrait, pour saisir concrètement les aspects socio-économiques, être complétée par des analyses de type qualitatif, l’Afrique des villes (et on vient de le voir avec cet exemple du Cameroun) n’étant pas nécessairement l’Afrique des villages. Ces approches qualitatives devront se focaliser sur les facteurs des perceptions et de motivations des couples en matière d’offre et demande, de besoins non satisfaits et d’adhésion à la pratique de la planification familiale.

Références bibliographiques

- Akoto E.M. et Kamdem H., 2001 - Étude comparative des déterminants de la pratique contraceptive moderne en Afrique. *in* Gendreau F. et Poupard M. (dir.), *Les transitions démographiques des pays du Sud*. AUPELF-UREF, Actualité Scientifique, Editions ESTEEM : 269-286.
- Bongaarts J., 1978 - A framework for analysing the proximate determinants of fertility. *Population Studies*, 30, n° 2 : 227-241.
- Bongaarts J., 1982 - The fertility-inhibiting effects of the intermediate fertility variables. *Studies in Family Planning*, 13, 6/7 : 179-189.
- Cameroun, 1992 - *Enquête Démographique et de Santé 1991*. Macro International Inc.
- Cameroun, 1999 - *Enquête Démographique et de Santé 1998*. Macro International Inc.
- Cosio-Zavala M.E., 2001 - Les deux transitions démographiques en Amérique latine et les inégalités sociales : le malthusianisme de pauvreté. *in* Gendreau F. et Poupard M. (dir.), *Les transitions démographiques des pays du Sud*. AUPELF-UREF, Actualité Scientifique, Editions ESTEEM : 41-52.
- Davis K. et Blake J., 1956 - Social structure and fertility: An analytic framework. *Economic Development and Cultural Change* 4, n° 4 : 211-235.
- Evina Akam, 1990 - *Infécondité et sous-fécondité : évaluation et recherche des facteurs. Le cas du Cameroun*. Les Cahiers de l'IFORD, n° 1, février.
- Evina Akam et Ngoy K., 2001 - L'utilisation des méthodes contraceptives en Afrique : de l'espacement à la limitation des naissances ? *in* Gendreau F. et Poupard M. (dir.), *Les transitions démographiques des pays du Sud*. AUPELF-UREF, Actualité Scientifique, Editions ESTEEM : 254-268.
- Evina Akam et Ngoy K., 2002 - La transition de régulation des naissances en Afrique subsaharienne : vers un malthusianisme de crise ou de paupérisation ? *in* Guillaume A. *et al.* (éds), *Santé de la reproduction en Afrique*. IRD, FNUAP, ENSEA, Abidjan : 55-188.
- Gérard H. et Loriaux M., 1983 - *Sociologie de la population*. Institut de Démographie de l'Université Catholique de Louvain (UCL), Louvain-La-Neuve, Ciaco, 246 p.
- Locoh T., 1994 - Will the decline in fertility in Sub-Saharan Africa last? A time of uncertainty. *in* Locoh T. et Hertrich V. (éds), *The Onset of fertility in Sub-Saharan Africa*. Derouaux Ordina Editions, Liège, Belgique : 105-133.
- Vimard P. et Fassassi R., 2001 - Vers deux modèles de transition de la fécondité en Afrique subsaharienne. *in* Gendreau F. et Poupard M. (dir.), *Les transitions démographiques des pays du Sud*. AUPELF-UREF, Actualité Scientifique, Editions ESTEEM : 254-268.
- République du Cameroun, Commission Nationale de la Population, 1993 - *Déclaration de la politique nationale de population*.

Annexes

Annexe 1 – Liste des variables intervenant le plus souvent dans l'analyse de la pratique contraceptive à partir des EDS

- 1) caractéristiques liées à la femme
 - a) Âge de la femme
 - b) État matrimonial
 - c) Instruction de la femme
 - d) Activité actuelle
 - e) Profession
 - f) Revenu
 - g) Milieux de résidence et de vie
- 2) Caractéristiques et opinions du conjoint
 - h) Instruction du conjoint
 - i) Activité actuelle
 - j) Discussion de la PF avec le conjoint
 - k) Acceptation de l'utilisation de la PF par le conjoint
 - l) Encouragement à l'utilisation de la PF
- 3) Caractéristiques du couple
 - m) Âge du couple
 - n) Instruction du couple
 - o) Activité du couple
- 4) Capacités et possibilités d'accès aux services et aux méthodes
 - p) Connaissance sources d'approvisionnement des contraceptifs
 - q) Lieu d'approvisionnement en contraceptifs
 - r) Distance du lieu d'approvisionnement
 - s) Coût des contraceptifs
 - t) Difficultés d'accès au lieu d'approvisionnement
- 5) Accès et exposition aux médias
 - u) Possession d'un vecteur d'accès (radio, téléviseur, journaux, etc.)
 - v) Accès médias (écrit, audio ou visuel)
- 6) Fécondité réalisée
 - w) Enfants nés vivants (total, garçons, filles)
 - x) Enfants survivants (total, garçons, filles)
 - y) Enfants décédés (total, garçons, filles)
 - z) Infécondité et stérilité.
- 7) Projet de fécondité future
 - aa) Désir de procréer encore
 - bb) Enfants souhaités (total, garçons, filles)
- 8) Qualité de service
 - cc) Prestations de service
 - dd) Disponibilité des produits

Annexe 2 – Tableaux (source des données de base : EDS Cameroun 1998)

Tableau A1 – Répartition (%) des femmes potentiellement fécondes selon le milieu de résidence, la méthode contraceptive utilisée, l'indice de contraception de Bongaarts et la réduction (%) de la fécondité cumulée imputable à la contraception

Milieu de Résidence	Méthodes contraceptives utilisées					Total	Indice Cc Bongaarts	% de réduction
	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune			
Yaoundé/Douala	1,5	15,1	28,0	1,7	53,7	100,0	0,791	20,9
Autres villes		12,7	20,2	0,7	66,4	100,0	0,843	15,8
Villages	1,3	6,0	14,2	1,5	77,0	100,0	0,907	9,3
Total	1,3	7,7	16,6	1,5	72,9	100,0	0,879	12,1

Tableau A2 – Répartition (%) des femmes potentiellement fécondes selon le milieu de résidence pendant l'enfance, la méthode contraceptive utilisée, l'indice de contraception de Bongaarts et la réduction (%) de la fécondité cumulée imputable à la contraception

Milieu de résidence	Méthodes contraceptives utilisées					Total	Indice Cc Bongaarts	% de réduction
	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune			
Yaoundé/Douala	1,2	16,2	27,1	1,9	53,6	100,0	0,767	23,3
Autres villes	1,4	7,7	24,0	1,4	65,5	100,0	0,890	11,0
Villages	1,3	6,2	14,2	1,5	76,8	100,0	0,898	10,2
Étranger	-	28,6	21,4	-	50,0	100,0	0,711	28,9
Total	1,3	7,7	16,6	1,5	72,9	100,0	0,879	12,1

Tableau A3 – Répartition (%) des femmes potentiellement fécondes selon la religion, la méthode contraceptive utilisée, l'indice de contraception de Bongaarts et la réduction (%) de la fécondité cumulée imputable à la contraception

Religion	Méthodes contraceptives utilisées					Total	Indice Cc Bongaarts	% de réduction
	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune			
Catholique	1,5	9,0	22,0	1,8	65,7	100,0	0,849	15,1
Protestant	1,7	10,0	19,9	2,0	66,4	100,0	0,833	16,7
Musulman	0,5	2,6	3,0	0,5	93,4	100,0	0,963	3,7
Autres	0,3	3,1	7,2	0,5	88,9	100,0	0,963	3,7
Total	1,3	7,7	16,6	1,5	72,9	100,0	0,879	12,1

Tableau A4 – Répartition (%) des femmes potentiellement fécondes selon l'ethnie (région), la méthode contraceptive utilisée, l'indice de contraception de Bongaarts et la réduction (%) de la fécondité cumulée imputable à la contraception

Régions	Méthodes contraceptives utilisées					Ensemble	Indice Cc Bongaarts	% de réduction
	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune			
Centre-Côte	1,6	10,9	21,5	1,9	64,1	100,0	0,826	17,4
Ouest	1,5	10,4	23,6	1,6	62,9	100,0	0,828	17,2
Grand Nord	0,3	2,0	2,6	0,3	94,8	100,0	0,973	2,7
Autres	-	10,4	13,0	-	76,6	100,0	0,872	12,8
Total	1,3	7,7	16,6	1,5	72,9	100,0	0,879	12,1

Tableau A5 – Répartition (%) des femmes potentiellement fécondes selon l'instruction, la méthode contraceptive utilisée, l'indice de contraception de Bongaarts et la réduction (%) de la fécondité cumulée imputable à la contraception

Niveau d'instruction	Méthodes contraceptives utilisées					Ensemble	Indice Cc Bongaarts	% de réduction
	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune			
Sans instruction	1,0	1,1	1,6	0,2	96,1	100,0	0,976	2,4
Primaire	1,5	6,1	13,6	1,8	77,0	100,0	0,879	12,1
Secondaire1	1,2	11,7	29,2	2,4	55,5	100,0	0,804	19,6
Secondaire2 et +	1,1	22,2	34,0	1,3	41,4	100,0	0,702	29,8
Total	1,3	7,7	16,6	1,5	72,9	100,0	0,879	12,1

Tableau A6 – Répartition (%) des femmes potentiellement fécondes selon la situation d'occupation actuelle, la méthode contraceptive utilisée, l'indice de contraception de Bongaarts et la réduction (%) de la fécondité cumulée imputable à la contraception.

Situation actuelle d'occupation	Méthodes contraceptives utilisées					Ensemble	Indice Cc Bongaarts	% de réduction
	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune			
Travaille	1,6	7,7	15,5	1,5	73,7	100,0	0,876	12,4
Ne travaille pas	0,5	7,8	19,0	1,7	71,0	100,0	0,886	11,4
Total	1,3	7,7	16,6	1,5	72,9	100,0	0,879	12,1

Tableau A7 – Répartition (%) des femmes potentiellement fécondes selon la profession principale, la méthode contraceptive utilisée, l'indice de contraception de Bongaarts et la réduction (%) de la fécondité cumulée imputable à la contraception

Profession Principale	Méthodes contraceptives utilisées					Ensemble	Indice Cc Bongaarts	% de réduction
	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune			
Sans travail	0,6	7,3	18,6	1,5	72,0	100,0	0,890	11,0
Agriculture	1,8	4,3	11,3	1,5	81,1	100,0	0,922	7,8
Artisanat	1,4	14,8	34,0	1,9	47,9	100,0	0,756	24,4
Commerce	1,0	11,0	17,3	1,6	69,1	100,0	0,846	15,4
Secteur moderne	8,5	38,3	25,5	-	27,7	100,0	0,526	47,4
Total	1,3	7,7	16,6	1,5	72,9	100,0	0,879	12,1

Tableau A8 – Répartition (%) des femmes potentiellement fécondes selon la situation matrimoniale, la méthode contraceptive utilisée, l'indice de contraception de Bongaarts et la réduction (%) de la fécondité cumulée imputable à la contraception

Situation Matrimoniale	Méthodes contraceptives utilisées					Ensemble	Indice Cc Bongaarts	% de réduction
	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune			
Célibataire	-	9,5	25,9	1,5	63,1	100,0	0,824	17,6
Séparée/Divorcée	2,0	10,0	14,1	3,3	70,6	100,0	0,830	17,0
Union libre	0,6	10,5	27,1	1,8	60,0	100,0	0,816	18,4
Mariée	1,8	5,9	10,6	1,1	80,6	100,0	0,892	10,8
Total	1,3	7,7	16,6	1,5	72,9	100,0	0,879	12,1

Tableau A9 – Répartition (%) des femmes potentiellement fécondes (femmes en union) selon la cohabitation avec son conjoint, la méthode contraceptive utilisée, l'indice de contraception de Bongaarts et la réduction (%) de la fécondité cumulée imputable à la contraception

Situation de Cohabitation	Méthodes contraceptives utilisées					Ensemble	Indice Cc Bongaarts	% de réduction
	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune			
Cohabitation	1,6	5,5	10,9	0,9	81,1	100,0	0,898	10,2
Non-cohabitation	2,0	12,6	25,8	2,6	57,0	100,0	0,785	21,5
Total	1,6	6,7	13,3	1,2	77,2	100,0	0,879	12,1

Tableau A10 – Répartition (%) des femmes potentiellement fécondes selon l'instruction du conjoint, la méthode contraceptive utilisée, l'indice de contraception de Bongaarts et la réduction (%) de la fécondité cumulée imputable à la contraception

Niveau d'instruction	Méthodes contraceptives utilisées					Ensemble	Indice Cc Bongaarts	% de réduction
	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune			
Sans instruction	0,8	1,2	1,7	0,4	95,9	100,0	0,976	2,4
Primaire	2,1	6,7	13,4	1,8	76,0	100,0	0,881	11,9
Secondaire1	1,7	10,0	19,6	1,7	67,0	100,0	0,837	16,3
Secondaire2 et +	1,9	15,1	25,6	1,7	55,7	100,0	0,773	22,7
Total	1,3	7,7	16,6	1,5	72,9	100,0	0,879	12,1

Tableau A11 – Répartition (%) des femmes potentiellement fécondes selon la profession actuelle du conjoint, la méthode contraceptive utilisée, l'indice de contraception de Bongaarts et la réduction (%) de la fécondité cumulée imputable à la contraception

Profession du conjoint	Méthodes contraceptives utilisées					Ensemble	Indice Cc Bongaarts	% de réduction
	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune			
Sans travail	0,7	9,5	29,2	2,9	57,7	100,0	0,810	19,0
Agriculture	1,3	2,8	5,7	1,0	89,2	100,0	0,952	4,8
Artisanat	1,9	10,0	18,5	2,0	67,6	100,0	0,845	15,5
Commerce	1,7	8,9	16,4	1,3	71,7	100,0	0,853	14,7
Secteur moderne	3,9	17,1	26,0	2,1	50,9	100,0	0,736	26,4
Total	1,3	7,7	16,6	1,5	72,9	100,0	0,879	12,1

Tableau A12 – Répartition (%) des femmes potentiellement fécondes selon l'opinion du conjoint sur la PF, la méthode contraceptive utilisée, l'indice de contraception de Bongaarts et la réduction (%) de la fécondité cumulée imputable à la contraception

Opinion du conjoint sur PF	Méthodes contraceptives utilisées					Ensemble	Indice Cc Bongaarts	% de réduction
	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune			
Favorable	3,1	16,5	27,8	1,4	51,2	100,0	0,755	24,5
Non favorable	1,0	3,2	7,2	1,5	87,1	100,0	0,931	6,9
Total	1,3	7,7	16,6	1,5	72,9	100,0	0,879	12,1

Tableau A13 – Répartition (%) des femmes potentiellement fécondes selon la discussion de la PF entre conjoints, la méthode contraceptive utilisée, l'indice de contraception de Bongaarts et la réduction (%) de la fécondité cumulée imputable à la contraception

Discussion PF entre conjoints	Méthodes contraceptives utilisées					Ensemble	Indice Cc Bongaarts	% de réduction
	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune			
Jamais	1,1	2,1	8,1	0,9	87,8	100,0	0,941	5,9
1 ou 2 fois	3,0	10,2	16,7	1,8	68,3	100,0	0,830	17,0
3 fois et plus	2,3	16,8	25,3	1,4	54,2	100,0	0,758	24,2
Total	1,3	7,7	16,6	1,5	72,9	100,0	0,879	12,1

Tableau A14 – Répartition (%) des femmes potentiellement fécondes selon l'âge, la méthode contraceptive utilisée, l'indice de contraception de Bongaarts et la réduction (%) de la fécondité cumulée imputable à la contraception

Groupe d'âges	Méthodes contraceptives utilisées					Ensemble	Indice Cc Bongaarts	% de réduction
	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune			
15-24 ans	-	7,1	20,8	1,2	70,9	100,0	0,914	8,6
25-34 ans	0,1	9,7	15,7	1,3	73,2	100,0	0,881	11,9
35-44 ans	4,2	7,4	11,3	2,6	74,5	100,0	0,833	16,7
45 ans et +	6,1	3,9	7,6	1,5	80,9	100,0	0,882	11,8
Total	1,3	7,7	16,6	1,5	72,9	100,0	0,879	12,1

Tableau A15 – Répartition (%) des femmes potentiellement fécondes selon le nombre total d'enfants nés vivants, la méthode contraceptive utilisée, l'indice de contraception de Bongaarts et la réduction (%) de la fécondité cumulée imputable à la contraception

Nombre total enfants nés viv.	Méthodes contraceptives utilisées					Ensemble	Indice Cc Bongaarts	% de réduction
	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune			
Au plus 4	0,3	7,7	18,0	1,2	72,8	100,0	0,899	10,1
5 et +	3,7	7,8	12,9	2,5	73,1	100,0	0,842	15,8
Total	1,3	7,7	16,6	1,5	72,9	100,0	0,879	12,1

Tableau A16 – Répartition (%) des femmes potentiellement fécondes selon le nombre total d'enfants survivants, la méthode contraceptive utilisée, l'indice de contraception de Bongaarts et la réduction (%) de la fécondité cumulée imputable à la contraception.

Nombre total enfants en vie	Méthodes contraceptives utilisées					Ensemble	Indice Cc Bongaarts	% de réduction
	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune			
Au plus 4	0,4	7,4	17,3	1,1	73,8	100,0	0,903	9,7
5 et +	4,6	9,0	14,1	2,8	69,5	100,0	0,815	18,5
Total	1,3	7,7	16,6	1,5	72,9	100,0	0,879	12,1

Tableau A17 – Répartition (%) des femmes potentiellement fécondes selon le nombre total d'enfants décédés, la méthode contraceptive utilisée, l'indice de contraception de Bongaarts et la réduction (%) de la fécondité cumulée imputable à la contraception

Nombre total enfants décédés	Méthodes contraceptives utilisées					Ensemble	Indice Cc Bongaarts	% de réduction
	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune			
0	0,8	8,8	18,6	1,3	70,5	100,0	0,869	9,7
1 et +	2,4	5,1	11,1	1,9	79,5	100,0	0,842	15,8
Total	1,3	7,7	16,6	1,5	72,9	100,0	0,879	12,1

Tableau A18 – Répartition (%) des femmes potentiellement fécondes selon le sexe des enfants survivants, la méthode contraceptive utilisée, l'indice de contraception de Bongaarts et la réduction (%) de la fécondité cumulée imputable à la contraception

Au moins 1 fille + 1 garçon	Méthodes contraceptives utilisées					Ensemble	Indice Cc Bongaarts	% de réduction
	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune			
Oui	2,7	8,3	13,7	2,0	73,3	100,0	0,847	15,3
Non	0,3	7,3	18,7	1,1	72,6	100,0	0,869	13,1
Total	1,3	7,7	16,6	1,5	72,9	100,0	0,879	12,1

Tableau A19 – Répartition (%) des femmes potentiellement fécondes selon le désir d'enfants supplémentaires, la méthode contraceptive utilisée, l'indice de contraception de Bongaarts et la réduction (%) de la fécondité cumulée imputable à la contraception

Désir enfants supplémentaires	Méthodes contraceptives utilisées					Ensemble	Indice Cc Bongaarts	% de réduction
	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune			
Oui	-	8,2	19,9	1,3	70,6	100,0	0,909	9,1
Non	7,4	11,6	17,1	2,8	61,1	100,0	0,745	25,5
Indécises	-	8,0	10,2	0,6	81,2	100,0	0,916	8,4
Total	1,3	7,7	16,6	1,5	72,9	100,0	0,879	12,1

Tableau A20 – Répartition (%) des femmes potentiellement fécondes selon le nombre total d'enfants souhaités, la méthode contraceptive utilisée, l'indice de contraception de Bongaarts et la réduction (%) de la fécondité cumulée imputable à la contraception

Nombre total enfants souhaités	Méthodes contraceptives utilisées					Ensemble	Indice Cc Bongaarts	% de réduction
	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune			
Au plus 4	1,7	13,1	25,8	2,3	57,1	100,0	0,785	21,5
5 et +	1,1	5,7	12,9	1,2	79,1	100,0	0,906	9,4
Total	1,3	7,7	16,6	1,5	72,9	100,0	0,879	12,1

Tableau A21 – Répartition (%) des femmes potentiellement fécondes selon l'accès hebdomadaire à un médium écrit, la méthode contraceptive utilisée, l'indice de contraception de Bongaarts et la réduction (%) de la fécondité cumulée imputable à la contraception

Accès à un médium écrit	Méthodes contraceptives utilisées					Ensemble	Indice Cc Bongaarts	% de réduction
	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune			
Oui	1,3	15,8	32,2	2,2	48,5	100,0	0,760	24,0
Non	1,2	6,5	14,1	1,3	76,9	100,0	0,899	10,1
Total	1,3	7,7	16,6	1,5	72,9	100,0	0,879	12,1

Tableau A22 – Répartition (%) des femmes potentiellement fécondes selon l'accès hebdomadaire à un médium télévisuel, la méthode contraceptive utilisée, l'indice de contraception de Bongaarts et la réduction (%) de la fécondité cumulée imputable à la contraception

Accès à un médium télé	Méthodes contraceptives utilisées					Ensemble	Indice Cc Bongaarts	% de réduction
	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune			
Oui	1,4	12,9	26,4	1,9	57,4	100,0	0,796	20,4
Non	1,6	10,0	22,4	1,9	64,1	100,0	0,852	14,8
Total	1,3	7,7	16,6	1,5	72,9	100,0	0,879	12,1

Tableau A23 – Répartition (%) des femmes potentiellement fécondes selon la connaissance d'une source de PF, la méthode contraceptive utilisée, l'indice de contraception de Bongaarts et la réduction (%) de la fécondité cumulée imputable à la contraception

Connaît une source de PF	Méthodes contraceptives utilisées					Ensemble	Indice Cc Bongaarts	% de réduction
	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune			
Oui	2,7	16,7	26,3	2,1	52,2	100,0	0,770	23,0
Non	3,2	3,3	-	-	93,5	100,0	0,953	4,7
Total	1,3	7,7	16,6	1,5	72,9	100,0	0,879	12,1

Tableau A24 – Répartition (%) des femmes potentiellement fécondes selon la source d'approvisionnement en contraceptifs, la méthode contraceptive utilisée, l'indice de contraception de Bongaarts et la réduction (%) de la fécondité cumulée imputable à la contraception

Source d'approv. en contraceptifs	Méthodes contraceptives utilisées					Ensemble	Indice Cc Bongaarts	% de réduction
	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune			
S.M. publique	27,9	72,1	-	-	-	100,0	0,048	95,2
S.M. privée	13,1	86,9	-	-	-	100,0	0,096	90,4
Autre S. privée	-	100,0	-	-	-	100,0	0,211	78,9
Total	14,0	86,0	-	-	-	100,0	0,097	90,3

approv. = approvisionnement ; *S.M.* = source médicale ; *S.* = source

Tableau A25 – Répartition (%) des femmes potentiellement fécondes selon la variable composite « instruction - résidence », la méthode contraceptive utilisée, l'indice de contraception de Bongaarts et la réduction (%) de la fécondité cumulée imputable à la contraception

Instruction- Résidence	Méthodes contraceptives utilisées					Ensemble	Indice Cc Bongaarts	% de réduction
	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune			
SI-village	1,1	0,8	1,1	0,3	96,7	100,0	0,977	2,3
SI-autre ville	-	5,5	8,2	-	86,3	100,0	0,936	6,4
SI-Ydé/Dla	-	-	7,7	-	92,3	100,0	0,902	9,8
Pri-village	1,5	5,6	13,0	1,7	78,2	100,0	0,899	10,1
Pri-autre ville	-	10,4	14,3	2,6	72,7	100,0	0,874	12,6
Pri-Ydé/Dla	2,2	9,4	18,2	2,2	68,0	100,0	0,830	17,0
Sec+-village	1,4	11,1	28,7	2,8	56,0	100,0	0,840	16,0
Sec+-autre ville	-	17,6	21,6	-	60,8	100,0	0,730	27,0
Sec+-Ydé/Dla	0,9	12,1	32,2	1,8	53,0	100,0	0,811	18,9
Total	1,3	7,7	16,6	1,5	72,9	100,0	0,879	12,1

SI = sans instruction ; Pri = primaire ; Sec+ = secondaire et + ; Ydé= Yaoundé ; Dla = Douala

Tableau A26 – Répartition (%) des femmes potentiellement fécondes selon la variable composite « niveau de vie du ménage – résidence », la méthode contraceptive utilisée, l'indice de contraception de Bongaarts et la réduction (%) de la fécondité cumulée imputable à la contraception.

Niveau de vie -Résidence	Méthodes contraceptives utilisées					Ensemble	Indice Cc Bongaarts	% de réduction
	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune			
MS-village	1,3	6,0	14,2	1,5	77,0	100,0	0,907	9,3
MS-autre ville	-	12,7	20,2	0,7	66,4	100,0	0,843	15,8
MS-Ydé/Dla	1,5	15,1	28,0	1,7	53,7	100,0	0,791	20,9
Total	1,3	7,7	16,6	1,5	72,9	100,0	0,879	12,1

MS = moyen standing ; Ydé/Dla = Yaoundé/Douala

Tableau A27 – Répartition (%) des femmes potentiellement fécondes selon la variable composite « situation matrimoniale – activité sexuelle », la méthode contraceptive utilisée, l'indice de contraception de Bongaarts et la réduction (%) de la fécondité cumulée imputable à la contraception

Situation mat.- Activité sexuelle	Méthodes contraceptives utilisées					Ensemble	Indice Cc Bongaarts	% de réduction
	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune			
Mariée-sa	2,0	9,0	15,3	0,9	72,8	100,0	0,851	14,9
Mariée-nsa	1,1	3,0	10,3	1,7	83,9	100,0	0,924	7,6
Non mariée-sa	0,9	21,6	39,4	3,5	34,6	100,0	0,672	32,8
Non mariée-nsa	0,4	4,3	15,1	1,4	78,8	100,0	0,897	10,3
Total	1,3	7,7	16,6	1,5	72,9	100,0	0,879	12,1

mat. = matrimoniale ; sa = sexuellement active ; nsa = non sexuellement active

Tableau A28 – Matrice des coefficients des scores factoriels

Variables		Facteurs					
		1	2	3	4	5	6
Méthode contraceptive moderne	MCM	-0,015	0,017	-0,059	-0,046	0,733	-0,05
Religion	Rel	0,009	0,009	0,228	-0,014	-0,024	-0,054
Lieu de résidence	LR	0,044	-0,105	-0,056	0,678	0,008	-0,066
Résidence pendant l'enfance	RE	0,003	0,005	-0,02	0,154	0,012	0,024
Âge	Age	-0,127	0,001	-0,019	-0,001	-0,007	0,054
État matrimonial	EM	0,107	0,934	-0,01	-0,061	-0,106	0,142
Co-résidence avec le conjoint	CRC	0,002	-0,092	-0,051	-0,003	-0,021	-0,056
Instruction de la femme	IF	-0,041	-0,002	0,484	-0,041	-0,052	-0,064
Instruction du conjoint	IC	0,033	-0,095	0,365	-0,075	-0,008	-0,097
Travail de la femme	TF	0,009	-0,012	0,034	0,007	0,023	0,011
Au moins 1 fille et 1 garçon	FG	-0,108	0,019	-0,034	-0,001	-0,015	0,02
Enfants en vie	EV	0,155	0,083	0,059	0,005	-0,012	0,047
Enfants nés vivants	ENV	0,618	0,125	-0,07	0,037	-0,071	0,005
Enfants décédés	ED	0,013	-0,005	-0,019	0,004	0,008	-0,023
Désir d'enfants supplémentaires	DES	0,12	0,014	0,055	0	-0,003	0,002
Travail du conjoint	TC	0,013	0,003	0,014	-0,001	0,032	0,011
Connaissance source d'approv. PF	CAP	0,015	0,029	0,093	0,02	0,032	0,061
Source médicale d'approvisionnement	SMA	-0,015	-0,009	-0,027	-0,018	0,233	-0,036
Conjoint favorable à la PF	CFP	-0,029	0,099	-0,057	-0,006	-0,024	0,58
Discussion de la PF entre conjoints	DC	-0,013	0,065	-0,019	-0,012	-0,022	0,406
Relation Instruction-Résidence	RIR	0,006	-0,018	-0,036	0,229	-0,04	-0,002
Relation Mariage-Activité sexuelle	RMS	-0,001	0,001	0,026	-0,006	0,026	-0,038

Liste des tableaux

Tableau 1 – Variation de la pratique contraceptive moderne et toutes méthodes confondues selon le milieu de socialisation et le milieu de résidence actuel. Base 100 = femmes n’ayant jamais changé de milieu de résidence.....	12
Tableau 2 – Utilisation de la contraception au sein des couples selon le type d’union et le niveau d’instruction du couple, Cameroun 1998.....	16
Tableau 3 – Principales caractéristiques de la réduction de la fécondité des femmes au Cameroun en 1998.....	23
Tableau 4 – Résultat de la régression logistique des déterminants de la pratique contraceptive moderne par ordre d’influence, Cameroun 1998.....	24
Tableau 5 – Résultat de la régression logistique des déterminants de la pratique contraceptive quelconque par ordre d’influence, Cameroun 1998.....	26
Tableau A1 – Répartition (%) des femmes potentiellement fécondes selon le milieu de résidence, la méthode contraceptive utilisée, l’indice de contraception de Bongaarts et la réduction (%) de la fécondité cumulée imputable à la contraception.....	32
Tableau A2 – Répartition (%) des femmes potentiellement fécondes selon le milieu de résidence pendant l’enfance, la méthode contraceptive utilisée, l’indice de contraception de Bongaarts et la réduction (%) de la fécondité cumulée imputable à la contraception....	32
Tableau A3 – Répartition (%) des femmes potentiellement fécondes selon la religion, la méthode contraceptive utilisée, l’indice de contraception de Bongaarts et la réduction (%) de la fécondité cumulée imputable à la contraception.....	32
Tableau A4 – Répartition (%) des femmes potentiellement fécondes selon l’ethnie (région), la méthode contraceptive utilisée, l’indice de contraception de Bongaarts et la réduction (%) de la fécondité cumulée imputable à la contraception.....	33
Tableau A5 – Répartition (%) des femmes potentiellement fécondes selon l’instruction, la méthode contraceptive utilisée, l’indice de contraception de Bongaarts et la réduction (%) de la fécondité cumulée imputable à la contraception.....	33
Tableau A6 – Répartition (%) des femmes potentiellement fécondes selon la situation d’occupation actuelle, la méthode contraceptive utilisée, l’indice de contraception de Bongaarts et la réduction (%) de la fécondité cumulée imputable à la contraception.....	33
Tableau A7 – Répartition (%) des femmes potentiellement fécondes selon la profession principale, la méthode contraceptive utilisée, l’indice de contraception de Bongaarts et la réduction (%) de la fécondité cumulée imputable à la contraception.....	34
Tableau A8 – Répartition (%) des femmes potentiellement fécondes selon la situation matrimoniale, la méthode contraceptive utilisée, l’indice de contraception de Bongaarts et la réduction (%) de la fécondité cumulée imputable à la contraception.....	34
Tableau A9 – Répartition (%) des femmes potentiellement fécondes (femmes en union) selon la cohabitation avec son conjoint, la méthode contraceptive utilisée, l’indice de contraception de Bongaarts et la réduction (%) de la fécondité cumulée imputable à la contraception	34

Tableau A10 – Répartition (%) des femmes potentiellement fécondes selon l'instruction du conjoint, la méthode contraceptive utilisée, l'indice de contraception de Bongaarts et la réduction (%) de la fécondité cumulée imputable à la contraception.....	35
Tableau A11 – Répartition (%) des femmes potentiellement fécondes selon la profession actuelle du conjoint, la méthode contraceptive utilisée, l'indice de contraception de Bongaarts et la réduction (%) de la fécondité cumulée imputable à la contraception.....	35
Tableau A12 – Répartition (%) des femmes potentiellement fécondes selon l'opinion du conjoint sur la PF, la méthode contraceptive utilisée, l'indice de contraception de Bongaarts et la réduction (%) de la fécondité cumulée imputable à la contraception.....	35
Tableau A13 – Répartition (%) des femmes potentiellement fécondes selon la discussion de la PF entre conjoints, la méthode contraceptive utilisée, l'indice de contraception de Bongaarts et la réduction (%) de la fécondité cumulée imputable à la contraception....	36
Tableau A14 – Répartition (%) des femmes potentiellement fécondes selon l'âge, la méthode contraceptive utilisée, l'indice de contraception de Bongaarts et la réduction (%) de la fécondité cumulée imputable à la contraception.....	36
Tableau A15 – Répartition (%) des femmes potentiellement fécondes selon le nombre total d'enfants nés vivants, la méthode contraceptive utilisée, l'indice de contraception de Bongaarts et la réduction (%) de la fécondité cumulée imputable à la contraception.....	36
Tableau A16 – Répartition (%) des femmes potentiellement fécondes selon le nombre total d'enfants survivants, la méthode contraceptive utilisée, l'indice de contraception de Bongaarts et la réduction (%) de la fécondité cumulée imputable à la contraception.....	36
Tableau A17 – Répartition (%) des femmes potentiellement fécondes selon le nombre total d'enfants décédés, la méthode contraceptive utilisée, l'indice de contraception de Bongaarts et la réduction (%) de la fécondité cumulée imputable à la contraception.....	37
Tableau A18 – Répartition (%) des femmes potentiellement fécondes selon le sexe des enfants survivants, la méthode contraceptive utilisée, l'indice de contraception de Bongaarts et la réduction (%) de la fécondité cumulée imputable à la contraception.....	37
Tableau A19 – Répartition (%) des femmes potentiellement fécondes selon le désir d'enfants supplémentaires, la méthode contraceptive utilisée, l'indice de contraception de Bongaarts et la réduction (%) de la fécondité cumulée imputable à la contraception....	37
Tableau A20 – Répartition (%) des femmes potentiellement fécondes selon le nombre total d'enfants souhaités, la méthode contraceptive utilisée, l'indice de contraception de Bongaarts et la réduction (%) de la fécondité cumulée imputable à la contraception.....	37
Tableau A21 – Répartition (%) des femmes potentiellement fécondes selon l'accès hebdomadaire à un médium écrit, la méthode contraceptive utilisée, l'indice de contraception de Bongaarts et la réduction (%) de la fécondité cumulée imputable à la contraception	38
Tableau A22 – Répartition (%) des femmes potentiellement fécondes selon l'accès hebdomadaire à un médium télévisuel, la méthode contraceptive utilisée, l'indice de contraception de Bongaarts et la réduction (%) de la fécondité cumulée imputable à la contraception	38
Tableau A23 – Répartition (%) des femmes potentiellement fécondes selon la connaissance d'une source de PF, la méthode contraceptive utilisée, l'indice de contraception de Bongaarts et la réduction (%) de la fécondité cumulée imputable à la contraception.....	38

Tableau A24 – Répartition (%) des femmes potentiellement fécondes selon la source d’approvisionnement en contraceptifs, la méthode contraceptive utilisée, l’indice de contraception de Bongaarts et la réduction (%) de la fécondité cumulée imputable à la contraception	38
Tableau A25 – Répartition (%) des femmes potentiellement fécondes selon la variable composite « instruction - résidence », la méthode contraceptive utilisée, l’indice de contraception de Bongaarts et la réduction (%) de la fécondité cumulée imputable à la contraception	39
Tableau A26 – Répartition (%) des femmes potentiellement fécondes selon la variable composite « niveau de vie du ménage – résidence », la méthode contraceptive utilisée, l’indice de contraception de Bongaarts et la réduction (%) de la fécondité cumulée imputable à la contraception.....	39
Tableau A27 – Répartition (%) des femmes potentiellement fécondes selon la variable composite « situation matrimoniale – activité sexuelle », la méthode contraceptive utilisée, l’indice de contraception de Bongaarts et la réduction (%) de la fécondité cumulée imputable à la contraception	39
Tableau A28 – Matrice des coefficients des scores factoriels	40

Liste des figures

Figure 1 – Un cadre conceptuel d’analyse des déterminants de la pratique contraceptive en Afrique	5
Figure 2 – Schéma analytique de la pratique contraceptive au niveau individuel	9
Figure 3 – Pratique contraceptive moderne selon le niveau de vie (en %), Cameroun 1991 (<i>cf.</i> note 11 en bas de page).....	13
Figure 4 – Utilisation de la contraception selon la discussion en matière de PF entre les conjoints	17
Figure 5 – Comparaison entre contraception d’espacement et contraception d’arrêt par génération	18
Figure 6 – Représentation des premier et deuxième axes factoriels (<i>cf.</i> tableau A28)	21

Listes des sigles utilisés

CAMVAFAW	Association camerounaise pour le bien-être familial
EDSC	Enquête démographique et de santé au Cameroun
ISF	Indice synthétique de fécondité
EDS	Enquêtes démographiques et de santé
PF	Planification familiale
ONG	Organisation non gouvernementale
IEC	Information, éducation, communication
CEPED	Centre population et développement
CCC	Communication pour un changement de comportement
IRD	Institut de recherche pour le développement
GRIPPS	Groupe international de partenaires population-santé

Table des matières

INTRODUCTION	3
1. APPROCHES THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE	4
1.1. Milieu de socialisation	5
1.2. Milieu de réalisation de la fécondité ou milieu de vie génésique	6
1.3. Caractéristiques liées à la femme et à son conjoint.....	6
1.4. Pratiques contraceptives	7
1.5. Hypothèses et schéma analytique de la pratique contraceptive au Cameroun	8
2. VARIATIONS DE LA PRATIQUE CONTRACEPTIVE MODERNE ET TRADITIONNELLE	10
2.1. Milieux de résidence et de vie de la femme et pratique contraceptive	10
2.1.1. Milieux de résidence	10
2.1.2. Niveau de vie	12
2.2. Influence du contexte culturel.....	14
2.3. Influence de l'éducation et de la profession.....	14
2.4. Influence des variables liées aux comportements matrimoniaux.....	15
2.4.1. Situation matrimoniale et pratique contraceptive	15
2.4.2. Instruction du couple	16
2.4.3. Discussion de la PF entre conjoint.....	17
2.5. Influence de la génération sur la pratique contraceptive.....	18
2.6. Histoire génésique des femmes et pratique contraceptive	19
2.7. Accès aux médias et aux sources d'approvisionnement des contraceptifs	19
3. DESCRIPTION DES PROFILS DES FEMMES UTILISATRICES DE CONTRACEPTION	20
3.1. Facteurs descriptifs du profil des femmes utilisatrices de contraception moderne.....	20
3.2. Profils des femmes utilisatrices de contraception toutes méthodes confondues.....	22
4. QUELQUES DÉTERMINANTS DE LA CONTRACEPTION AU CAMEROUN.....	23
4.1. Déterminants de la pratique contraceptive moderne	23
4.2. Déterminants de la pratique contraceptive toutes méthodes confondues.....	25
CONCLUSION	27
Références bibliographiques	30
Annexes.....	31
Annexe 1 – Liste des variables intervenant le plus souvent dans l'analyse de la pratique contraceptive à partir des EDS	31
Annexe 2 – Tableaux (source des données de base : EDS Cameroun 1998).....	32
Liste des tableaux.....	41
Liste des figures	44
Liste des sigles utilisés	45

