



## **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)

# PROTOCOLE D'ANALYSE DE LA PRATIQUE CONTRACEPTIVE À PARTIR DES DONNÉES DES ENQUÊTES DÉMOGRAPHIQUES ET DE SANTÉ

Kokou VIGNIKIN, Raïmi FASSASSI et Patrice VIMARD

*Avril 2001*

**Kokou VIGNIKIN, Ph.D**

Directeur de l'Unité de recherche démographique (URD)

Université de Lomé (UL)

URD, BP 12971, Lomé, Togo

Tél. : (228) 221 17 21 – Fax : (228) 222 08 89

Courriel : [kvignikin@yahoo.fr](mailto:kvignikin@yahoo.fr)

**Raïmi FASSASSI**

Economiste et démographe

enseignant à l'ENSEA d'Abidjan et membre de l'unité de recherche de l'IRD « Santé de la reproduction, fécondité et développement ».

ENSEA, 08 BP 3, Abidjan 08, Côte d'Ivoire

Tél. : (225) 22 44 08 40 / (225) 22 44 41 15 – Fax : (225) 22 44 39 88

Courriel : [rfassassi@yahoo.fr](mailto:rfassassi@yahoo.fr)

**Patrice VIMARD**

Directeur de recherche à l'Institut de recherche pour le développement (IRD)

membre du Laboratoire Population-Environnement-Développement (LPED)

LPED, Centre St Charles, Case 10, 3 place V. Hugo

13331 Marseille Cedex 3, France

Tél. : 33 (0) 4 42 22 46 31 – Fax : 33 (0) 4 42 22 46 31

Courriel : [Patrice.Vimard@ird.fr](mailto:Patrice.Vimard@ird.fr)

© GRIPPS 2001

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 : Protocole d'analyse de la pratique contraceptive à partir des données des enquêtes démographiques et de santé – Kokou Vignikin, Raïmi Fassassi et Patrice Vimard, Grippe, avril 2001.

Le Groupe international de partenaires population-santé (Gripps) a décidé, en 1995, d'entreprendre un projet d'analyse comparative des facteurs de la contraception « Planification familiale en Afrique : analyses comparatives ». Ce projet devait consister en plusieurs analyses approfondies et comparatives de la pratique contraceptive, analyses conduites sur la base des données des enquêtes démographiques et de santé (EDS)<sup>1</sup>. Afin de permettre un démarrage harmonieux du projet et, ultérieurement, une comparaison des analyses produites, un protocole d'analyse statistique, complété des programmes informatiques y afférant, a été élaboré lors de différentes réunions de travail tenues entre 1997 et 1999 puis finalisé en 2000.

Ce protocole est défini par le présent document. La présentation de celui-ci se structure en deux grandes parties. La première partie décrit les fondements théoriques du projet et passe en revue les objectifs, la problématique, le cadre de recherche et les hypothèses de travail. La seconde partie, plus orientée vers les aspects méthodologiques, présente les variables et les approches statistiques préconisées pour les analyses approfondies et les études comparatives. Une version écrite des programmes SPSS prévus pour les traitements statistiques, incluse dans le CD-Rom, peut être consultée et utilisée en complément de cette présentation.

## 1. Les fondements théoriques du projet

### 1.1. La pratique contraceptive en Afrique : éléments de problématique

Avec un taux d'accroissement de la population qui dépasse actuellement les 3 % par an, l'Afrique passe pour un continent où le ralentissement du rythme démographique, voire sa stabilisation, vont requérir une période relativement longue. Certes, les enquêtes démographiques nationales qui se succèdent s'accordent à montrer qu'une baisse de la fécondité est déjà amorcée à l'échelle du continent, baisse qui résulterait essentiellement d'un écart croissant entre les niveaux de fécondité en milieu rural demeurant élevés et ceux du milieu urbain, qui sont en diminution constante (Komba et Aboud, 1994 ; Locoh et Makdessi, 1996). Mais cette opposition entre ville et campagne, qui tend à signifier que les femmes du milieu rural sont faiblement engagées dans le recours à la planification familiale moderne alors que celles du milieu urbain le sont de plus en plus massivement, ne pêche-t-elle pas par excès de d'uniformisation ? En d'autres termes, la planification familiale touche-t-elle toutes les catégories de femmes en milieu urbain ? L'écart observé entre la ville et la campagne prouve-t-il que le milieu rural est réfractaire à toute baisse de la fécondité alors que la culture urbaine tend à favoriser cette baisse ? La pratique contraceptive ne se limite-t-elle pas finalement à des catégories socio-économiques bien précises de femmes dont il convient de connaître le profil ?

---

<sup>1</sup> Les enquêtes démographique et de santé (EDS) sont des enquêtes à modules standardisés développées par l'Institute for Resource Development/Macro Systems inc., Calverton, USA. Les données et les résultats de ces enquêtes sont disponibles pour de nombreux pays en développement, dont plusieurs pays africains ([www.measuredhs.com](http://www.measuredhs.com)).

Deux facteurs principaux sont généralement invoqués pour expliquer l'amorce de transition de la fécondité en milieu urbain africain : le recul de l'âge au mariage et la pratique contraceptive (Scribner, 1995 ; Foote, 1996). Par ailleurs, plusieurs études tendent à montrer une préférence sociale pour la contraception d'espacement plutôt que pour la contraception d'arrêt<sup>2</sup> (Locoh et Makdessi, 1996 ; Scribner, 1994 ; Muganzi et Takona, 1994). Dans la mesure où une utilisation accrue de produits contraceptifs peut être perçue comme le reflet d'une mutation de la rationalité culturelle de forte fécondité (cas de figure où la fécondité d'un individu ou d'un couple fait l'objet d'une pression extérieure) vers la rationalité de fécondité responsable (cas de figure où la fécondité est décidée par l'individu ou le couple), force est de reconnaître que le processus de changement de mentalité en matière de procréation est encore fragile dans le contexte africain. Quelques questions se posent dès lors : quels sont les véritables facteurs d'affaiblissement de la logique de forte fécondité dans ce contexte ? Peut-on affirmer que les femmes suivent des étapes dans leur recours à la contraception ?

Enfin, la pratique contraceptive en milieu africain s'inscrit non seulement dans une logique de maîtrise de la fécondité mais aussi dans un cadre plus large de changement social. De ce fait, la pratique subit l'effet d'une kyrielle de facteurs. Les uns relèvent de la demande de contraception : facteurs culturels (systèmes de normes qui régissent les comportements reproducteurs), facteurs économiques (contraintes et stratégies économiques), facteurs individuels (niveau d'éducation, religion, milieu de vie, ...), etc. ; les autres relèvent de l'offre de contraception : facteurs institutionnels (programmes et systèmes de promotion de la santé, services de fourniture de produits contraceptifs, ...), la sensibilisation, etc. (Ayad *et al.*, 1994 ; Rutenberg *et al.*, 1991). L'interrogation que soulève cette pluralité de facteurs explicatifs est de savoir lesquels rendent significativement compte de l'adhésion ou de la non adhésion à la pratique. En termes plus concis, quels sont les facteurs qui influent le plus sur la pratique contraceptive en Afrique ?

## 1.2. Les objectifs du projet

En s'appuyant principalement sur des données provenant des EDS, le projet « Planification familiale en Afrique : analyses comparatives » vise à dégager le profil des utilisatrices et des non utilisatrices de contraceptifs modernes et à identifier les facteurs qui favorisent ou entravent la pratique contraceptive dans les pays en développement.

Plus spécifiquement, l'étude se propose d'atteindre les objectifs suivants :

- Identifier les facteurs qui rendent significativement compte de la pratique contraceptive et dégager le profil des femmes utilisatrices.
- Identifier puis hiérarchiser, par ordre d'effet décroissant, les facteurs qui font obstacle à la pratique contraceptive et décrire le profil des femmes non utilisatrices.
- Évaluer l'impact de la planification familiale et notamment l'utilisation de la contraception moderne sur le niveau de la fécondité.
- Procéder à une étude comparative des pays en développement (ceux dont les institutions font partie du Gripps notamment) sur la base des trois objectifs précédents et examiner dans quelle mesure il peut être établi une typologie régionale des utilisatrices et des non utilisatrices de contraceptifs.

<sup>2</sup> Pour une forte proportion de femmes qui recourent à la planification familiale, la contraception sert surtout à espacer leurs naissances plutôt qu'à mettre un terme à leur descendance.

### 1.3. Esquisse d'un cadre d'étude de la pratique contraceptive dans les pays en développement

Sans prétendre s'inscrire dans une démarche de modélisation comparable à celle de Becker ou d'Easterlin (Guilmoto, 1996), l'étude de la pratique contraceptive dans les pays en développement gagne à se conformer à un cadre précis qui expose les hypothèses à tester et fixe les variables à utiliser à cette fin. Cette section du document propose quelques idées-force d'un cadre suffisamment général pour être appliqué à n'importe quel contexte socio-économique du continent africain, mais également, dans une certaine mesure, de tout pays en développement se trouvant au début de sa transition de la fécondité.

Dans la plupart des sociétés africaines au Sud du Sahara, la fécondité est influencée par six contextes majeurs.

#### *Un contexte culturel qui prône une forte demande d'enfants*

Dans la plupart des sociétés africaines, une pression est socialement exercée sur les couples afin qu'ils maximisent leur fécondité. Cette pression se révèle d'autant plus forte que le mode de production dominant dans ces sociétés est agricole, que la mortalité infanto-juvénile y est élevée, que la préférence d'avoir un enfant d'un sexe donné est marquée, que la scolarisation des filles y est faible et que le coût d'entretien des enfants y est négligeable. En régentant les normes de référence et le système des préférences, le contexte culturel conditionne largement le cadre social de la procréation.

#### *Un contexte de pauvreté qui favorise la reproduction de type quantitatif et handicape la reproduction de type qualitatif*

Dans leur grande majorité, les familles africaines doivent assurer leur subsistance à partir de revenus relativement faibles. Qui plus est, cette pauvreté de la population tend à s'exacerber en raison de la baisse des cours de matières premières, de la dégradation de l'environnement foncier, des blocages d'ordre structurel, de la crise économique persistante et des mesures d'ajustement structurel, du désengagement de l'état des secteurs sociaux, etc. Ce contexte de pauvreté généralisée influence l'offre d'enfants en induisant notamment :

- la nécessité pour les ménages d'accroître leurs revenus et de diversifier leurs activités afin d'assurer une subsistance convenable du groupe domestique et la sécurité des membres âgés de ce groupe. Dans cette perspective, les revenus générés par le travail des enfants (placés comme ouvriers agricoles pour le compte de tiers, domestiques, aide commerçants, revendeurs dans le secteur informel, etc.) deviennent vite une contribution appréciable qui incite certains parents à préférer avoir une descendance nombreuse, à placer dans ces circuits de travail peu qualifié, plutôt que de viser une descendance de qualité ;
- l'arrêt, voire le recul, en période de crise des progrès réalisés en matière de scolarisation des filles : la faible scolarisation des filles, voire leur déscolarisation précoce, contribue à réduire considérablement les chances pour que se produise un changement rapide de mentalité quant aux aspirations à avoir une descendance nombreuse (*cf. infra*) ;
- une régression de l'intervention de l'État en matière de promotion de la santé et, plus généralement, d'investissements sociaux. Cette réduction des services publics offerts à la population, lesquels incluent la diffusion et la distribution de moyens contraceptifs, porte atteinte aux objectifs de maîtrise de la fécondité des politiques de population.

*Un contexte sanitaire qui contraint encore les parents à opérer des calculs probabilistes de survie des enfants*

Dans un grand nombre de pays africains, la mortalité infanto-juvénile demeure encore élevée. En raison de ce niveau de mortalité, la logique probabiliste (faire un grand nombre d'enfants pour être sûr qu'il vous en reste quelques-uns pour s'occuper de vous pendant la vieillesse) prédomine encore dans les préférences en matière de fécondité.

*Un contexte d'analphabétisme qui handicape les changements de mentalité et de comportements reproductifs*

Environ une femme sur dix seulement sait lire et écrire en Afrique. Du fait de cet analphabétisme à grande échelle, les femmes se trouvent confinées dans des rôles sociaux et des occupations peu valorisants ou peu rémunérateurs. Cette situation est d'autant plus dommageable à leur statut que l'alternative la plus évidente qui s'impose à elles pour améliorer ce statut est d'avoir une forte descendance.

*Un contexte de rencontre de différentes cultures, les unes ayant tendance à affaiblir les autres*

Les sociétés africaines subissent fortement l'influence de la culturelle occidentale qui, au demeurant, est largement assimilée au modernisme. L'influence de cette culture contribue très puissamment à transformer le cadre social de la procréation dans ces sociétés.

*Un contexte de faiblesse et d'inadéquation de l'offre de produits contraceptifs*

Au début de l'institution de planification familiale en Afrique, l'offre à des prix modiques de produits contraceptifs était principalement assurée par les pouvoirs publics. Avec la crise économique persistante et l'impératif d'ajustement structurel qui en constitue le corollaire, le désengagement progressif des pouvoirs publics de cette prestation de service est devenu patent. Certes, quelques ONG et opérateurs du secteur privé tentent aujourd'hui de combler le vide créé par ce désengagement mais force est de constater que cette intervention a considérablement grevé le prix d'achat des produits contraceptifs<sup>3</sup>. Au total, non seulement l'offre de produits contraceptifs et de service de planification familiale est limitée, mais elle est également souvent inadéquate et de mauvaise qualité.

Sous l'effet conjugué de ces différents contextes, les acteurs de la procréation (individus et couples) sont soumis à deux forces opposées : la première les contraint à se conformer aux normes culturelles de forte fécondité alors que la seconde les pousse à décider par eux-mêmes de leur descendance en tenant compte de leurs propres objectifs et contraintes. L'arbitrage entre ce qu'il est convenu d'appeler la rationalité sociale (ou collective) de procréation et la rationalité de couple (ou individuelle) devient ainsi la clef pour comprendre la transition de la fécondité en milieu africain. S'il est vrai que l'abandon de la rationalité sociale de procréation au profit de la rationalité familiale passe par un recours obligé à la planification familiale, il n'en demeure pas moins vrai que ce recours subit l'influence de nombreux facteurs dont il convient de connaître la nature exacte et les différents ressorts (individuels, socioculturels, économiques, institutionnels, etc.). Aussi, quelques hypothèses à tester dans le cadre de cette recherche se formulent-elles comme suit :

---

<sup>3</sup> Ce constat est d'autant moins surprenant que le secteur privé a pour vocation de réaliser des profits sur tout ce qu'il vend, y compris les produits contraceptifs.

H1. Quoique des velléités 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'espacement 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 « risque » 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 de générations jeunes (moins de 25 ans) de pratiquer la contraception est significativement supérieur à celui d'une femme de 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 4 enfants ont plus de chance de pratiquer la contraception que les femmes dont la descendance est supérieure à 4 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 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.

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 discussion avec son conjoint à ce sujet.

## 2. Le volet méthodologique du projet

Dans cette partie, nous présentons la population d'étude, les variables retenues et leurs modalités, les analyses statistiques préconisées et leur justification ainsi que les traitements statistiques prévus. Une version en format texte des programmes SPSS conçus pour réaliser ces traitements fait l'objet d'un autre document inclus sur le CD-Rom.

### 2.1. La population d'étude

La population étudiée est l'ensemble des femmes de 15 à 49 ans interrogées dans le cadre d'une enquête EDS.

Les femmes enceintes, les femmes ménopausées et les femmes dont la pratique contraceptive au moment de l'enquête n'est pas déclarée sont exclues de l'analyse.

L'ensemble de l'analyse pourra être faite sur le sous-échantillon des femmes sexuellement actives au moment de l'enquête (c'est-à-dire ayant eu au moins un rapport sexuel dans les 28 jours précédant l'enquête).

De même, on pourra faire deux analyses distinctes pour les femmes du milieu urbain d'une part, les femmes du milieu rural d'autre part, dans la mesure où les déterminants peuvent différer d'un milieu à l'autre.

### 2.2. Les variables de l'analyse

#### 2.2.1. La variable à expliquer

LIBELLE : *X1 : méthode contraceptive utilisée par la femme au moment de l'enquête*

TYPE : *catégorielle (qualitative)*<sup>4</sup>

NOMBRE DE MODALITES : *6 actives + 1 sans objet*

---

<sup>4</sup> Quoique la variable à expliquer soit de type nominal, il est possible, pour les besoins de certaines analyses notamment, de la considérer comme une variable de type ordinal puisqu'un ordre décroissant de risque de concevoir un enfant peut être établi entre les modalités 1 à 5.



**MODALITES :**

- 1) *stérilisée*
- 2) *contraceptif moderne (pilule, stérilet, injection, spermicides, condom, ...)*
- 3) *contraceptif naturel (retrait, continence périodique, ...)*
- 4) *contraceptif populaire (infusion, gris-gris, ...)*
- 5) *autres*
- 6) *aucune*

L'abstinence prolongée ne sera pas considérée comme une méthode de contraception ; en ce cas, la modalité considérée sera « aucune ».

**2.2.2. Les variables explicatives empiriques****Variables relevant de l'environnement socioculturel de la femme**

On trouvera ci-dessous la liste des variables explicatives et de leurs modalités. La modalité à prendre comme référence dans l'analyse multivariée est indiquée en gras.

X2 : L'ethnie

*Distinguer ici les grands groupes ethniques de chaque pays, lorsque cela est possible et a une pertinence.*

X3 : La religion

- 1) *Catholique*
- 2) *Protestante*
- 3) *Musulmane*
- 4) ***Animiste***
- 5) *Autres religions chrétiennes*
- 6) *Sans religion*
- 9) *Non précisée (NP)*

**Variables relevant du milieu de vie de la femme**

X4 : Lieu de résidence habituel

- 1) *Capitale et grandes villes*
- 2) *Autres villes*
- 3) ***Villages***
- 9) *NP*

X4 bis : Milieu principal de résidence durant l'enfance

- 1) *Capitale et grandes villes*
- 2) *Autres villes*
- 3) ***Villages***
- 4) *Étranger*
- 9) *NP*

X5 : Standing de l'habitat

- 1) *Haut (électricité + eau courante + plancher fini)*
- 2) *Moyen (électricité ou eau courante ou plancher fini)*
- 3) ***Bas (ni électricité, ni eau courante, ni plancher fini)***
- 9) *Autres cas*

**Variables d'identification démographique et scolaire de la femme**

X6 : Âge

- 1) *15-24 ans*
- 2) *25-34 ans*
- 3) *35-44 ans*
- 4) ***45 ans et plus***

X7 : État matrimonial

- 1) ***Célibataire***
- 2) *Divorcée, veuve, séparée*
- 3) *En union libre*
- 4) *Mariée<sup>5</sup>*
- 9) *NP*

X8 : Co-résidence avec le conjoint actuel

- 1) ***Oui***
- 2) *Non*
- 9) *Sans objet (pas de conjoint actuel)*

X9 : Niveau d'instruction

- 1) ***Non instruite***
- 2) *Primaire (moins de 7 ans de scolarité)*
- 3) *Secondaire 1*
- 4) *Secondaire 2<sup>6</sup>*
- 5) *Supérieur*
- 9) *Autres, NP*

---

<sup>5</sup> Pour certains pays, il ne sera pas possible de distinguer les femmes mariées et celles en union libre, en ce cas les deux modalités seront réunies.

<sup>6</sup> Pour certains pays, il ne sera pas possible de distinguer les deux formes de secondaire, en ce cas les deux modalités seront réunies.

**Variables d'identification du conjoint actuel de la femme**

X10 : Niveau d'instruction du conjoint

- 1) *Non instruit*
- 2) *Primaire (moins de 7 ans de scolarité)*
- 3) *Secondaire 1*
- 4) *Secondaire 2<sup>7</sup>*
- 5) *Supérieur*
- 8) *Sans objet (pas de conjoint)*
- 9) *NP*

X11 : Travail actuel du conjoint

- 1) *Sans travail*
- 2) *Travail lié à l'agriculture, l'élevage ou la pêche*
- 3) *Travail lié à l'artisanat ou à un métier manuel*
- 4) *Travail lié au commerce ou à un métier de service*
- 5) *Travail dans le secteur moderne public ou privé*
- 8) *Sans objet (pas de conjoint)*
- 9) *NP*

**Variables relevant de la vie génésique de la femme**

X12 : Nombre de filles en vie : \_\_\_\_\_

X13 : Nombre de garçons en vie<sup>8</sup> : \_\_\_\_\_

X13 bis : A au moins une fille et un garçon en vie

- 1) *oui*
- 2) *non*
- 9) *Sans objet (SO)*

X14 : Nombre total d'enfants en vie

- 1) *4 enfants et moins*
- 2) *5 enfants et plus*
- 9) *SO*

X15 : Nombre total d'enfants nés vivants

- 1) *4 enfants et moins*
- 2) *5 enfants et plus*
- 9) *SO*

---

<sup>7</sup> Pour certains pays, il ne sera pas possible de distinguer les deux formes de secondaire, en ce cas les deux modalités seront réunies.

<sup>8</sup> Les variables « nombre de filles en vie » et « nombre de garçons en vie » ne sont pas utilisées dans les analyses bivariées et multivariées, et servent uniquement à construire la variable « a au moins une fille et un garçon en vie ».

X16 : Nombre total d'enfants décédés

- 1) *Pas d'enfant décédé*
- 2) *Au moins 1 enfant décédé*

### **Variables relevant du projet de fécondité de la femme**

X17 : Désire avoir d'autres enfants ?

- 1) *Oui*
- 2) *Non*
- 9) *SO*

X18 : Nombre total d'enfants souhaité

- 1) *4 enfants ou moins*
- 2) *5 enfants et plus*
- 9) *NP*

### **Variables relevant de la vie professionnelle de la femme**

X20 : Travaille actuellement ?

- 1) *Oui*
- 2) *Non*

X21 : Profession principale

- 1) *Sans travail*
- 2) *Travail lié à l'agriculture, l'élevage ou la pêche*
- 3) *Travail lié à l'artisanat ou à un métier manuel*
- 4) *Travail lié au commerce ou à un métier de service*
- 5) *Travail dans le secteur moderne public ou privé*
- 9) *NP*

X22 : Revenu en argent ?

- 1) *Oui*
- 2) *Non*
- 9) *NP*

### **Variables relevant de l'accès aux sources modernes d'information sur la planification familiale**

X23 : Accès hebdomadaire à un médium écrit

- 1) *Oui (journal, affiches, brochures, revue, ...)*
- 2) *Non*
- 9) *NP*

X24 : Accès hebdomadaire à un médium audio

- 1) *Oui (radio, meetings PF, ...)*
- 2) **Non**
- 9) *NP*

X25 : Accès hebdomadaire à un médium visuel

- 1) *Oui (télé, vidéo, ...)*
- 2) **Non**
- 9) *NP*

### **Variables relevant de l'environnement sanitaire de la femme**

X26 : Connaissance d'une source d'approvisionnement en contraceptifs<sup>9</sup>

- 1) *Connâit une source*
- 2) **Ne connaît pas de source**
- 9) *NP*

X27 : Source d'approvisionnement en contraceptifs<sup>10</sup>

- 1) *Secteur médical public (hôpital, PMI, ...)*
- 2) *Secteur médical privé (clinique, pharmacie, centre de PF, ...)*
- 3) **Autre secteur privé (marché, boutique, ...)**
- 8) *SO*
- 9) *NP*

X28 : Difficulté d'accès à la source d'approvisionnement

- 1) *Pas de difficulté d'accès*
- 2) **Difficulté d'accès**
- 9) *SO*

### **Variables relevant de l'opinion du conjoint**

X29 : Conjoint favorable à la planification familiale

- 1) *Oui*
- 2) **Non**
- 8) *SO (pas de conjoint)*
- 9) *NP*

---

<sup>9</sup> Cette variable synthétise les deux variables « accès à une source moderne de PF » et « difficulté d'accès à la source de PF ».

<sup>10</sup> Toutes les femmes déclarant une source d'approvisionnement en contraceptifs étant utilisatrices, cela n'a pas de sens de faire entrer cette variable dans l'analyse de régression. Par contre, elle sera considérée dans l'analyse bivariée afin de voir la distribution des méthodes utilisées selon la source.

X30 : Discussion avec le conjoint relative à la planification familiale

- 1) **Jamais**
- 2) *Une ou deux fois*
- 3) *Plus souvent*
- 8) *SO (pas de conjoint)*
- 9) *NP*

### 2.2.3. Les variables explicatives composites

Les variables explicatives composites sont des variables construites, de façon raisonnée, à partir d'une agrégation de deux ou plusieurs variables empiriques. Leur intérêt est de permettre de tester certaines hypothèses spécifiques.

X31 : Instruction-résidence (niveau d'instruction <X9> et lieu de résidence <X4>)

- 1) **Femme non instruite vivant dans un village**
- 2) *Femme non instruite vivant dans une ville moyenne*
- 3) *Femme non instruite vivant dans la capitale*
- 4) *Femme de niveau primaire vivant dans un village*
- 5) *Femme de niveau primaire vivant dans une ville moyenne*
- 6) *Femme de niveau primaire vivant dans la capitale*
- 7) *Femme de niveau secondaire ou plus vivant dans un village*
- 8) *Femme de niveau secondaire ou plus vivant dans une ville moyenne*
- 9) *Femme de niveau secondaire ou plus vivant dans la capitale*

X32 : Milieu de résidence : (lieu de résidence <X4> et standing de l'habitat <X5>)

- 1) **Habite dans une maison de bas standing dans un village**
- 2) *Habite dans une maison de bas standing dans une ville moyenne*
- 3) *Habite dans une maison de bas standing dans la capitale*
- 4) *Habite dans une maison de standing moyen dans un village*
- 5) *Habite dans une maison de standing moyen dans une ville moyenne*
- 6) *Habite dans une maison de standing moyen dans la capitale*
- 7) *Habite dans une maison de haut standing dans un village*
- 8) *Habite dans une maison de haut standing dans une ville moyenne*
- 9) *Habite dans une maison de haut standing dans la capitale*

X33 : Situation matrimoniale et activité sexuelle

- 1) **Mariée, sexuellement active**
- 2) *Mariée, non sexuellement active*
- 3) *Non mariée, sexuellement active*
- 4) *Non mariée, non sexuellement active*

Au total, 33 variables regroupées en dix catégories de variables empiriques et une catégorie de variables composites, sont proposées comme variables explicatives pour l'analyse. Ces variables sont de type nominal, ordinal ou continu<sup>11</sup>.

### 3. L'analyse statistique des données

Le plan d'analyse suggéré comporte trois démarches hiérarchisées de traitement des données : la démarche univariée, la démarche bivariée et la démarche multivariée.

#### 3.1. La démarche univariée

D'utilité exploratoire, cette démarche est destinée à décrire et faciliter l'inspection visuelle du pouvoir d'entropie (pouvoir informationnel) de la variable à expliquer et des variables explicatives. Du point de vue opératoire, elle consistera à confectionner des tableaux de fréquences et des diagrammes (en secteurs ou en barres) pour décrire les variables nominales ou ordinales (qualitatives) et à calculer une variété de statistiques de distribution (toutes les statistiques de fractiles, de dispersion, de tendance centrale et de distribution) pour décrire les variables continues (quantitatives).

##### **Exploitations prévues**

*Étude de fréquences* : soumettre toutes les variables nominales et ordinales (21 variables).

*Étude de distribution* : soumettre uniquement les variables continues (7 variables).

#### 3.2. La démarche bivariée

La démarche bivariée vise ici non seulement à évaluer l'intensité de la relation qui existe entre la variable à expliquer et chacune des variables explicatives mais aussi à dégager le profil des modalités de la variable à expliquer par rapport aux modalités de chacune des variables explicatives de type qualitatif. La mise en œuvre de la démarche comporte deux étapes : la confection des tableaux croisés et la réalisation de l'analyse de contingence.

##### 3.2.1. Les tableaux croisés

Les tableaux croisés à confectionner permettront de ventiler les modalités de la variable à expliquer selon les modalités de la variable explicative et d'analyser les profils lignes de chaque tableau (la variable à expliquer devant être mise en colonne, et la variable explicative en ligne).

---

<sup>11</sup> Pour les besoins d'analyses particulières, le chercheur pourra toujours transformer les variables continues en variables ordinales ou en variables d'échelles en regroupant leurs valeurs dans des classes.

### 3.2.2. L'analyse de contingence

L'intérêt de l'analyse de contingence est de faciliter le diagnostic quant à l'intensité, la signification et le sens de la liaison entre la variable à expliquer et chacune des variables explicatives. Quelques statistiques robustes et d'interprétation facile pourront être utilisées par les différentes équipes selon leur choix. Il s'agit de :

#### **Le V de Cramér**

Basé sur la statistique du khi-deux, le V de Cramer varie entre 0 et 1. Il prend une valeur proche de 0 lorsque l'intensité de la liaison entre la variable à expliquer et la variable explicative est faible. A l'opposé, une valeur de V proche ou égale à 1 traduit une liaison forte entre les deux variables.

#### **Le lambda de Goodman et Kruskal**

Dérivé des mesures dites de réduction proportionnelle de l'erreur (PRE), le lambda de Goodman et Kruskal varie entre 0 et 1. Lorsqu'il prend la valeur 0, cela signifie que la variable explicative n'est d'aucune utilité pour prédire la variable à expliquer (en d'autres termes, il n'y a pas de relation significative entre les deux variables). Un lambda égal à 1 signifie par contre que la variable explicative détermine parfaitement les modalités de la variable à expliquer (la relation entre les deux variables est donc très significative)

*EXEMPLE : À partir des données EDS d'un pays fictif, on croise la variable « pratique de la contraception au moment de l'enquête » (variable à expliquer) avec la variable « niveau d'instruction de la femme » (variable explicative) en demandant comme statistique, le lambda de Goodman et Kruskal. Supposons que le résultat obtenu soit 0,74. Ce résultat voudrait dire qu'on réduit le taux d'erreur de 74 % lorsque le niveau d'instruction de la femme est utilisé pour prédire sa pratique de la contraception. La liaison entre les deux variables est donc relativement forte.*

#### **Le d de Somers**

Lorsque la variable à expliquer (considérée pour la circonstance comme une variable ordinale) est croisée avec une variable explicative ordinale, on peut chercher à mesurer non seulement l'intensité de la liaison entre les deux variables, mais aussi le sens de la relation. Le  $d$  de Somers est une statistique qui permet d'évaluer l'intensité et le sens de la liaison entre deux variables ordinales. Il varie entre  $-1$  et  $+1$ . Une valeur négative de  $d$  traduit une relation de sens négatif alors qu'une valeur positive rend compte d'une liaison de sens positif. La valeur absolue de  $d$  varie quant à elle entre 0 et 1. Elle permet d'apprécier l'intensité de la liaison entre les deux variables. Plus elle est proche de 1, plus forte est la relation entre les deux variables. Elle est nulle lorsque les deux variables sont indépendantes.

#### **Le pari (risque relatif)**

La préoccupation de recherche à la base du calcul du pari est la suivante : à partir d'une variable explicative dichotomique (une modalité de la variable permet de caractériser le groupe étudié et l'autre, le groupe témoin), on cherche à voir en quoi les deux groupes diffèrent vis-à-vis de la variable à expliquer, elle aussi dichotomique. Le pari est une statistique qui indique le nombre de fois de plus que le groupe étudié est susceptible de développer le comportement étudié par rapport au groupe témoin.



*EXEMPLE : À partir des données EDS d'un pays fictif, on cherche à voir en quoi les femmes instruites diffèrent des femmes non instruites en matière de pratique contraceptive moderne. Pour cela on procède à un tri croisé de la variable « méthode contraceptive utilisée au moment de l'enquête » et de la variable « niveau d'instruction de la femme » en demandant la statistique pari. Ces deux variables ont été au préalable recodées de manière à ne présenter que deux modalités. Ainsi pour la variable explicative les deux modalités construites sont : 1) instruites (groupe étudié) et 2) non instruites (groupe témoin). Pour la variable à expliquer, les deux modalités sont : 1) méthode moderne et 2) tous les autres cas. Supposons qu'on obtienne un pari égal à 3 : ce niveau indique que les femmes instruites sont 3 fois plus susceptibles d'utiliser les contraceptifs modernes que les femmes non instruites.*

### 3.2.3. L'utilisation du coefficient Cc de mesure de l'effet inhibiteur de la fécondité par la contraception (cf. modèle de Bongaarts)

Pour mesurer l'effet inhibiteur de la fécondité par la contraception selon les caractéristiques des femmes, on propose de calculer l'indice Cc, tel qu'il est mesuré par le modèle de Bongaarts, pour chacune des modalités de chacune des variables explicatives : pour plus de détails on se reportera à la note méthodologique en annexe.

#### Exploitations prévues

- Tableaux croisés et analyse de contingence sur variables nominales :  
 Variable en colonne : X1 (variable à expliquer considérée ici comme une variable nominale).  
 Variables en ligne : X2, X3, X4, X4bis, X7, X8, X11, X17, X20 à X33.
- Tableaux croisés et analyse de contingence sur variables ordinales :  
 Variable en colonne : X1 (variable à expliquer considérée ici comme une variable ordinale).  
 Variables en ligne : X5, X6, X9, X10, X14, X15, X16, X18.
- Tableaux croisés et analyse de contingence sur variables binaires :  
 Variable en colonne :  
 X1 (à rendre dichotomique par regroupement de codes)  
 1) Utilise un contraceptif moderne (1+2)  
 2) N'utilise pas de contraceptif moderne (3+4+5+9)  
 Variables en ligne<sup>12</sup> : X2 (à rendre dichotomique par regroupement des ethnies en deux groupes en fonction des prévalences contraceptives de chaque ethnie ; le premier groupe concernera les ethnies de plus forte prévalence, le second les ethnies de prévalence plus faible).  
 X3  
 1) religion chrétienne (1+2+5)  
 2) autres religions (3+4+6+9)

<sup>12</sup> Chaque variable a été dichotomisée : en 1 on trouve la modalité (ou les modalités) que l'on a distinguée(s), et en 2 toutes les autres modalités.

X4 (à rendre dichotomique par regroupement de codes)

- 1) Vit dans la capitale ou dans une grande ville (1)
- 2) Ne vit pas dans la capitale ou dans une grande ville (2+3+9)

X4bis

- 1) A vécu principalement dans une capitale ou dans une grande ville (1)
- 2) N'a pas vécu principalement dans une capitale ou une grande ville (2+3+9)

X5 (à rendre dichotomique par regroupement de codes)

- 1) Vit dans un logement de bon standing (1+2)
- 2) Vit dans un logement de bas standing (3)

X6 (à rendre dichotomique)

- 1) Jeunes (1+2)
- 2) Âgées (3+4)

X7 (à rendre dichotomique)

- 1) Non mariée (1+2)
- 2) Autres statuts (3+4+9)

X8 (à rendre dichotomique)<sup>13</sup>

- 1) Co-réside avec le conjoint (1)
- 2) Ne co-réside pas avec le conjoint (2)

X9 (à rendre dichotomique)

- 1) Est instruite (2+3+4)
- 2) Ne sait ni lire ni écrire (1+9)

X10 (à rendre dichotomique)<sup>14</sup>

- 1) Est instruit (2+3+4)
- 2) Ne sait ni lire ni écrire (1+9)

X11 (à rendre dichotomique)<sup>15</sup>

- 1) Conjoint travail dans le secteur moderne (5)
- 2) Conjoint ne travaille pas dans le secteur moderne (1+2+3+4)

X13bis (à rendre dichotomique)

- 1) A au moins une fille et un garçon en vie (X12>0 et X13>0)
- 2) N'a pas d'enfant des deux sexes en vie (X12=0 ou/et X13=0)

X14 (à rendre dichotomique)

- 1) a 4 enfants vivants ou moins (0+1+2+3+4)
- 2) a plus de 4 enfants vivants (> 4)

X16 (à rendre dichotomique)

- 1) N'a pas eu d'enfant décédé (0)
- 2) A eu au moins un enfants décédé (> 0)

<sup>13</sup> Pour cette variable, les femmes qui n'ont pas de conjoint seront exclues de l'analyse.

<sup>14</sup> Pour cette variable, les femmes qui n'ont pas de conjoint seront exclues de l'analyse.

<sup>15</sup> Pour cette variable, les femmes qui n'ont pas de conjoint seront exclues de l'analyse.

X17 (à rendre dichotomique)

- 1) Ne désire plus avoir d'enfants (2)
- 2) Désire avoir d'autres enfants (1+9)

X20 (à rendre dichotomique)

- 1) Travaille actuellement (1)
- 2) Ne travaille pas actuellement (2+9)

X21 (à rendre dichotomique)

- 1) Travail dans le secteur moderne (5)
- 2) Ne travaille pas dans le secteur moderne (1+2+3+4)

X22 (à rendre dichotomique)

- 1) Dispose d'un revenu monétaire (1)
- 2) Ne dispose pas de revenu monétaire (2+9)

X23 (à rendre dichotomique)

- 1) A accès à un médium écrit (1)
- 2) N'a pas accès à un médium écrit (2+9)

X24 (à rendre dichotomique)

- 1) A accès à un médium audio (1)
- 2) N'a pas accès à un médium audio (2+9)

X25 (à rendre dichotomique)

- 1) A accès à un médium télévisuel (1)
- 2) N'a pas accès à un médium télévisuel (2+9)

X26 (à rendre dichotomique)

- 1) A accès à une source d'approvisionnement (1)
- 2) N'a pas accès à une source d'approvisionnement (2+9)

X27 (à rendre dichotomique)

- 1) Utilise une source d'approvisionnement médical privée (2)
- 2) Utilise une autre source (1+3+9)

X28 (à rendre dichotomique)

- 1) N'éprouve aucune difficulté d'accès à la source d'approv. (1)
- 2) Éprouve de la difficulté d'accès à la source d'approv. (2+9)

X29 (à rendre dichotomique)<sup>16</sup>

- 1) Conjoint approuve la planification familiale (1)
- 2) Le conjoint n'approuve pas la planification familiale (2)

X30 (à rendre dichotomique)<sup>17</sup>

- 1) Discussion avec le conjoint relative à la planification familiale (2+3)
- 2) Pas de discussion avec le conjoint relative à la planification familiale (2)

---

<sup>16</sup> Pour cette variable, les femmes qui n'ont pas de conjoint seront exclues de l'analyse.

<sup>17</sup> Pour cette variable, les femmes qui n'ont pas de conjoint seront exclues de l'analyse.

X31 (à rendre dichotomique)

- 1) Femmes de niveau secondaire vivant dans la capitale ou dans une autre ville (8,9)
- 2) Autres (1 à 7)

X32 (à rendre dichotomique)

- 1) Habite dans une maison de standing moyen ou haut, dans une ville moyenne ou la capitale (5, 6, 8, 9)
- 2) Autres (1, 2, 3, 4, 7)

X33 (à rendre dichotomique)

- 1) N'est pas mariée et est sexuellement active (3)
- 2) autres (1, 2, 4)

### 3.3. La démarche multivariée

Les démarches univariées et bivariées que nous venons d'évoquer présentent quelques inconvénients qui limitent, dans certaines circonstances, leur intérêt. En effet : 1) elles ne permettent d'intégrer dans l'analyse qu'un tout petit nombre de variables à la fois (3 tout au plus), ce qui oblige le chercheur à opérer un choix *a priori* de ces variables ; 2) elles ne permettent pas d'extraire de l'information synthétique des variables traitées. Par contre, la démarche multivariée, entre autres avantages, permet de contourner ces lacunes. Dans le cadre de la présente recherche, cette démarche servira à réaliser deux objectifs :

- 1 – Faire une analyse descriptive, sans choix de variables *a priori*, de l'ensemble des femmes interrogées, du corpus des variables retenues ou les deux simultanément.
- 2 – Expliquer la variable-clé (utilisation d'une méthode contraceptive) par l'ensemble des variables explicatives retenues en les introduisant simultanément dans l'analyse.

Pour les analyses multivariées où la variable « utilisation de la contraception » est considérée comme une variable explicative, ses modalités sont mises en éléments supplémentaires comme indiqué.

#### 3.3.1. L'approche descriptive

Étant donné la nature catégorielle de la variable à expliquer et de la plupart des variables explicatives retenues, nous suggérons de recourir à **l'analyse factorielle des correspondances multiples** pour décrire la population d'étude et l'ensemble des variables.

*- L'analyse factorielle des correspondances multiples*

L'analyse factorielle des correspondances multiples (AFCM) est utilisée ici pour décrire l'univers « variables/individus ». Elle permet en particulier d'analyser, de façon visuelle, les proximités entre les modalités d'une même variable (étude du profil des individus) et les proximités entre les modalités de variables différentes (étude du profil des variables).

#### Exploitations prévues

*Analyse factorielle des correspondances multiples* : soumettre les variables explicatives (X2 à X33) à l'analyse, la variable à expliquer devant être mise en élément supplémentaire.

### 3.3.2. L'approche explicative

La variable à expliquer et la plupart des variables explicatives étant qualitatives, il est suggéré de recourir à **la régression logistique** comme méthode explicative. La régression logistique est une forme de régression multiple où la variable à expliquer est dichotomique et les variables explicatives catégorielles ou discrètes. Son principe est de rendre dichotomique chaque variable nominale ou catégorielle figurant parmi les variables explicatives en autant de variables artificielles que la variable a de modalités moins une unité. Ainsi, pour N variables explicatives catégorielles ayant chacune K modalités par exemple, le modèle de régression logistique fournit  $N*(K-1)$  paramètres qui s'interprètent comme la variation de l'effet d'appartenir à la catégorie par rapport à l'effet d'appartenir à la catégorie de référence.

#### Exploitations prévues

*Régression logistique* : la variable dépendante demeure X1 mais il faudra au préalable la rendre dichotomique (cf. analyse de contingence avec groupes-témoins). Les variables indépendantes à prendre en compte dans l'analyse sont : X2 à X33<sup>18</sup>.

Nous proposons ici de recourir en deux temps. Dans le premier temps, on ne considèrera que la contraception moderne avec la dichotomie suivante :

- 1) Utilise un contraceptif moderne (1+2)
- 2) N'utilise pas de contraceptif moderne (3+4+5+9)

Dans le second temps, on considèrera la contraception moderne et naturelle avec la dichotomie suivante :

- 1) Utilise un contraceptif moderne ou naturel (1+2+3)
- 2) N'utilise pas de contraceptif moderne ou naturel (4+5+9)

### 3.3.3. L'approche suivie

Lorsque les pays disposent de plusieurs EDS, l'analyse portera sur les données disponibles les plus récentes. Cette analyse pourra tester les modèles de liaison entre la variable à expliquer et les variables explicatives mis en évidence sur les données les plus récentes et sur les données des enquêtes antérieures afin d'apprécier l'évolution des facteurs de la pratique contraceptive moderne.

---

<sup>18</sup> Nous suggérons de recourir à la méthode de régression par étape qui autorise une entrée séquentielle des variables explicatives. Conformément à nos hypothèses de travail, il aurait été judicieux de débiter le processus de régression par les variables d'identification sociale et culturelle et de faire entrer dans les étapes suivantes, les variables relevant du milieu de vie de la femme, celles relevant du projet de fécondité, etc. Mais une telle démarche nécessite de la part du chercheur une très bonne connaissance de la société concernée. Aussi, suggérons-nous ici d'utiliser la procédure automatique d'entrée des variables dans l'équation en fonction du niveau de signification d'un score statistique prédéfini. On pourrait par exemple utiliser comme score statistique *le ratio de vraisemblance*.

## Références bibliographiques

- Ayad M., Wilkinson M. et McNiff M., 1994 - *Sources of Contraceptives Methods*. DHS, Comparative Studies n° 11, Calverton, 49 p.
- Footo K. *et al.*, 1996 - *Changements démographiques en Afrique subsaharienne*. INED/PUF, Paris, 372 p.
- Guilmoto C.Z., 1996 - *Micro-économie de la fécondité : quelques réflexions à partir du cas indien*. ETS, Documents de Recherche n° 2, ORSTOM, Paris, 22 p.
- Komba A. et Aboud S., 1994 - Fertility Levels, Trends, and Socioeconomic Differentials : Findings from the Tanzania Demographic and Health Survey. in *Fertility Trends and Determinants in Six African Countries*. DHS, Calverton : 42-87.
- Locoh T. et Makdessi Y., 1996 - *Politique de population et baisse de la fécondité en Afrique sub-saharienne*. Les Dossiers du CEPED n° 44, Paris, 47 p.
- Muganzi Z. et Takona T., 1994 - Fertility Decline and Demand for Family Planning in Kenya. in *Fertility Trends and Determinants in Six African Countries*. DHS, Calverton : 1-40.
- Rutenberg N., Ayad M., Hernando L. et Wilkinson M., 1991 - *Knowledge and Use of Contraception*. DHS, Comparative Studies, n° 6, Calverton, 67 p.
- Scribner S., 1995 - *Policies Affecting Fertility and Contraceptive Use : An Assessment of Twelve Sub-Saharan Countries*. The World Bank, Washington, D.C., 82 p.

## ANNEXE

### Note méthodologique : Calcul de l'indice Cc de Bongaarts

Davis et Blake ont identifié pour la première fois en 1956 deux grands groupes de facteurs qui influencent directement ou indirectement le niveau de la fécondité : les déterminants proches ou variables intermédiaires et les déterminants lointains de la fécondité. Depuis cette date, de nombreux travaux ont été effectués afin de mesurer les incidences des différents facteurs influençant la fécondité. C'est dans ce cadre que Bongaarts a défini en 1984 six déterminants proches qu'il considère être les facteurs influant sur la fécondité les plus importants : le modèle de nuptialité, la contraception, l'aménorrhée *post-partum*, la stérilité et l'avortement. Il élabore ensuite un modèle qui lui permettra de mesurer les effets respectifs de ces facteurs dans la réduction de la fécondité cumulée potentielle, située par les estimations autour de 15 enfants par femme. Les indices, qu'il introduit alors pour quantifier ces effets, mesurent le niveau de réduction de la fécondité dû à un facteur donné. Lorsque l'indice est égal à zéro, l'effet du facteur considéré est maximal, c'est-à-dire que la variable inhibe complètement la fécondité. Au contraire, un indice égal à l'unité indique que le facteur considéré n'a aucun effet inhibiteur sur la fécondité. Dans le cadre de la présente étude du Gripps, seul l'indice Cc relatif à la contraception est calculé. Il permet de quantifier, au sein de chaque catégorie de femmes, la baisse de la fécondité imputable à la pratique contraceptive.

En Afrique, la prévalence contraceptive est généralement faible. La structure des pratiques contraceptives est également variable, comme le sont les efficacités théoriques des différentes méthodes utilisées. Dans le cas particulier de l'indice de contraception, un niveau nul de Cc indique que toutes les femmes fécondes exposées au risque de grossesse utilisent des méthodes de contraception efficaces à 100 % ; lorsque l'indice Cc est égal à l'unité, aucune femme soumise au risque de conception n'utilise un moyen contraceptif. Il s'ensuit que l'indice Cc peut être pris comme une base de comparaison de la pratique contraceptive des femmes appartenant à deux catégories différentes.

La valeur de l'indice est donnée par la formule suivante :

$$C_c = 1 - 1,08 \times u \times e$$

où

u = taux d'emploi actuel de contraceptifs chez les femmes en union sexuelle (quelle que soit la forme de l'union).

e = taux moyen d'efficacité de la contraception. Ce taux est égal à la moyenne pondérée des niveaux d'efficacité d'utilisation par méthode (voir ci-dessous), les pondérations correspondant à la proportion de femmes utilisant une méthode donnée.

#### *Niveaux d'efficacité des méthodes de contraception*

Pilule : 0,90

Stérilet, Norplant : 0,95

Stérilisation : 1,00

Autres méthodes modernes : 0,70

Méthodes populaires ou naturelles : 0,30

## Liste des sigles utilisés

AFCM	Analyse factorielle des correspondances multiples
Cc	Coefficient de mesure de l'effet inhibiteur de la contraception
CEPED	Centre Population et Développement
EDS	Enquêtes démographiques et de santé
GRIPPS	Groupe international de partenaires population-santé
NP	Non précisé
ONG	Organisation non gouvernementale
PF	Planification familiale
PMI	Protection maternelle et infantile
SO	Sans objet
SPSS	Statistical Package for Social Sciences – Programme Statistique pour les Sciences Sociales



## Table des matières

1. LES FONDEMENTS THÉORIQUES DU PROJET.....	3
1.1. La pratique contraceptive en Afrique : éléments de problématique.....	3
1.2. Les objectifs du projet.....	4
1.3. Esquisse d'un cadre d'étude de la pratique contraceptive dans les pays en développement .....	5
2. LE VOLET MÉTHODOLOGIQUE DU PROJET .....	8
2.1. La population d'étude.....	8
2.2. Les variables de l'analyse .....	8
2.2.1. La variable à expliquer .....	8
2.2.2. Les variables explicatives empiriques.....	9
2.2.3. Les variables explicatives composites.....	14
3. L'ANALYSE STATISTIQUE DES DONNÉES.....	15
3.1. La démarche univariée .....	15
3.2. La démarche bivariée .....	15
3.2.1. Les tableaux croisés.....	15
3.2.2. L'analyse de contingence .....	16
3.2.3. L'utilisation du coefficient Cc de mesure de l'effet inhibiteur de la fécondité par la contraception (cf. modèle de Bongaarts).....	17
3.3. La démarche multivariée .....	20
3.3.1. L'approche descriptive .....	20
3.3.2. L'approche explicative .....	21
3.3.3. L'approche suivie .....	21
Références bibliographiques .....	22
Annexe – Note méthodologique : Calcul de l'indice Cc de Bongaarts.....	23
Liste des sigles utilisés .....	24