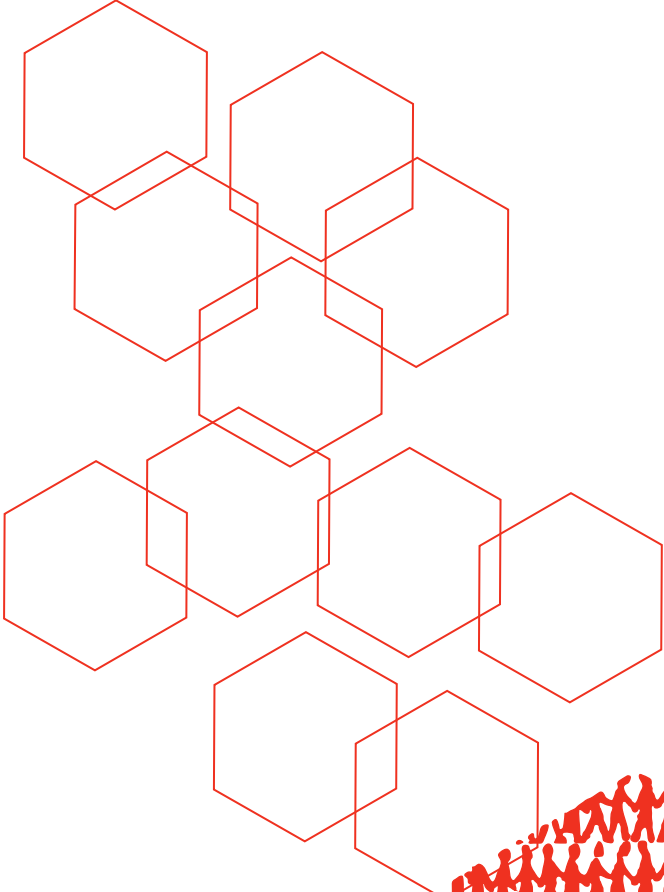
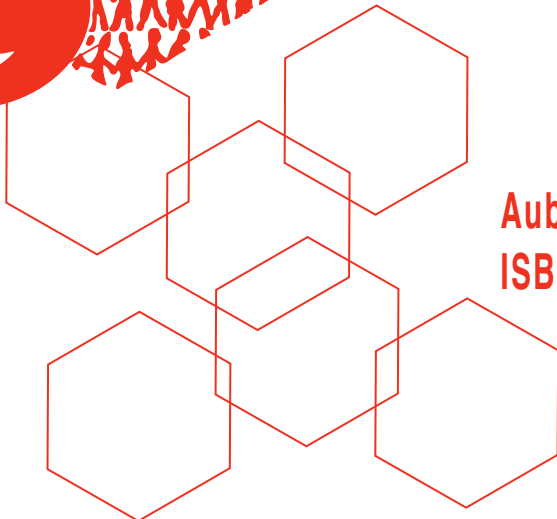


Famille et crises



*Bilampoa Gnoumou Thiombiano
Catherine Bonvalet
Assa Doumbia-Gakou (éditeurs)*



Aubervilliers, 2024
ISBN 978-2-901107-08-8

ASSOCIATION INTERNATIONALE DES DÉMOGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE
AIDELF · 9, cours des Humanités - CS 50004 – 93322 Aubervilliers Cedex (France) – <http://www.aidelf.org>

Famille et crises

Édité par Bilampoa Gnoumou Thiombiano, Catherine Bonvalet, Assa Doumbia-Gakou
2024

Bilampoa Gnoumou Thiombiano, Catherine Bonvalet, Assa Doumbia-Gakou	1
Famille et crises	
Marie-Noëlle Duquenne, Stamatina Kaklamani	7
Incidences de la crise sur la composition des ménages en Grèce	
Leïla Fardeau, Éva Lelièvre, Loïc Trabut	29
Un quart de ménages complexes en Polynésie française. Des modes de corésidence adaptés aux crises	
Arnaud Régnier-Loilier, Amandine Baude	51
Résidence des enfants au Québec deux ans après la separation des parents	
Anne Salles	81
L'impact de la perception des crises sur les intentions de fécondité en France et en Allemagne	
Byron Kotzamanis	105
L'impact des crises de la décennie 2010 sur la fécondité en Grèce	
Justin Dansou	121
Pratique contraceptive parmi les femmes en âge de procréer dans les contextes d'instabilité socio-politique en Afrique Sub-Saharienne : Une analyse des données d'Enquête Démographique et de Santé	

Association internationale des démographes de langue française

Pratique contraceptive parmi les femmes en âge de procréer dans les contextes d'instabilité socio-politique en Afrique Sub-Saharienne : Une analyse des données d'Enquête Démographique et de Santé

DANSOU Justin*

Introduction

Les questions de santé de la reproduction demeurent une préoccupation politique majeure surtout en Afrique subsaharienne où les défis demeurent encore importants malgré les récents progrès enregistrés. Elles constituent une composante clé des objectifs de développement durables (ODD) établis pour la période 2016-2030 à la suite des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) échus en 2015. Les récentes estimations montrent qu'en 2019, plus de 214 millions de femmes des pays en développement ont des besoins non satisfaits en planification familiale et plus de 88 millions des grossesses (soit 43 %) enregistrées en 2017 sont non planifiées (Guttmacher Institute, 2017). Globalement, les estimations montrent que la prévalence contraceptive a augmenté de moins de 10 points de pourcentage en deux décennies en passant de 54,8 % en 1990 à 63,3 % en 2010. Au cours de la même période, les besoins non satisfaits en planification familiale ont connu une légère baisse passant de 15,4 % à 12,3 % (Alkema et al., 2013). En Afrique sub-Saharienne, la prévalence contraceptive est faible comparée aux autres parties du monde. En effet, la prévalence contraceptive en Afrique Sub-Saharienne a augmenté de 19,6 % en 2000 à 27,8 % en 2020 et estimée atteindre le niveau de 32,9 % en 2030 à l'horizon des ODD. En Europe et en Amérique du Nord, elle est passée de 58,6 % à 60,4 % entre 2000 et 2020 et prévue atteindre 61 % en 2030. En Asie du Sud et de l'Est, par contre, elle est restée pratiquement inchangée sur toute la période (59,2 % en 2000 contre 60,1 % en 2020) et estimée à 59,5 % en 2030 (UNDESA, 2020).

L'évaluation des interventions menées dans le domaine de la santé de la reproduction pendant la période des OMD révèle que les succès enregistrés globalement en Afrique sont en deçà des prévisions. Par ailleurs, l'Afrique connaît depuis quelques années, des crises socio-politiques et des conflits dans certains pays. Ces situations rendent difficile la mise en œuvre des interventions déjà planifiées dans ces contextes avec de graves menaces sur la situation de la santé de la reproduction (SR) dans les pays touchés. En effet, certains pays d'Afrique connaissent depuis des décennies des situations de conflits armés. Ces dernières prennent plusieurs formes. Elles se manifestent soit par des guerres civiles et / ou des rébellions prenant des dimensions internes (affrontements entre communautés) et/ou externes. Dans la plupart des pays touchés, les conflits armés ont engendré d'autres formes d'instabilités comme

* École Nationale de Statistique, de Planification et de Démographie (ENSPD), Université de Parakou, Bénin (djustino87@gmail.com)

le grand banditisme (multiplication des « coupeurs de route ») et des conflits intercommunautaires nourris en général par la circulation des armes de guerre.

L'un des groupes armés les plus présents dans la région est Boko Haram. Il sévit en Afrique et au Nigeria (à Maiduguri dans la région excentrée du Borno, à la frontière du Niger, du Tchad et du Cameroun) en particulier depuis le début des années 2000 par l'explosion des bombes (de Montclos, 2012) et les enlèvements et kidnappings. En Avril 2014, 276 filles ont été kidnappées dans un pensionnat dans le Nord-Est du Nigeria. Face aux attaques et aux enlèvements, certaines écoles sont fermées et d'autres sont menacées de fermeture.

A l'instar des autres pays de la région en conflit, la République Démocratique du Congo (RDC) a aussi une longue histoire en la matière. La RDC qui a connu la rébellion menée par Kabila en mai 1997 qui a mis fin au régime de Mobutu marqué par 32 ans de guerre civile (UNECA, 2015) connaît encore jusque à ce jour des conflits armés. Au Tchad, les guerres et les rébellions prennent soit la forme de coups d'État militaires par lesquels des groupes rebelles armés attaquent et, dans certains cas, réussissent à renverser les régimes en place. Les insurrections et les rébellions armées tchadiennes impliquaient souvent des groupes armés briguant le pouvoir politique.

Dans les pays touchés par les crises, l'accès aux zones en conflit est déconseillé aux travailleurs de certaines organisations internationales y compris les ressortissants de certains pays occidentaux. Les catégorisations de ces zones selon le niveau de sécurité sont faites généralement par les services de sécurité internationale notamment français assorti d'une cartographie mettant en évidence les zones déconseillées. Dans le cadre de cette étude, seuls les conflits armés occasionnant des attaques au sein des communautés et pour lesquels l'accès aux zones en conflit est considéré de dangereux sont examinés.

L'impact sociodémographique notamment sur le plan de la recherche des différents conflits armés n'est pas bien connu faute de la documentation. La présente étude analyse la situation de la SR dans quelques pays en situation de crise socio-politique sur le continent africain. Elle porte sur les pays les plus affectés par les différentes crises pour refléter au mieux leur impact dans les pays sous revus. Au plan géographique, l'étude porte sur les pays actuellement en crise violente (faisant plus de 1 000 morts par an par pays selon l'un des plus récents classements) dont certains répertoriés parmi les plus dangereux en Afrique. Il s'agit de la République Démocratique du Congo (classé parmi les plus dangereux) et ceux touchés par Boko Haram (Nigeria, Tchad, Cameroun et le Niger). L'étude vise à analyser les variations dans les comportements en matière de planification familiale parmi les femmes en âge de procréer dans ces pays en conflits en Afrique. En effet, la planification familiale constitue l'une des composantes clé des interventions dans le domaine de la santé de la reproduction. En plus de ses avantages pour la santé de la mère et la survie de l'enfant (Alkema *et al.*, 2013), la planification familiale présente également des bénéfices pour les couples, les communautés, les sociétés et les pays en général (Aliyu, 2018 ; Dansou, 2017 ; World Health Organization, 2019). La planification familiale est, par ailleurs, reconnue comme faisant partie des principaux leviers de facilitation et d'accélération des progrès vers l'atteinte des objectifs de développement durable (Chae, Vanessa, and Haley, 2015, Aliyu, 2018) établis en faveur de la poursuite des interventions inachevées de la période des OMD. Les investissements dans le domaine de la PF sont aussi bien documentés comme moteurs des dynamiques d'autonomisation des femmes et des filles d'une part, et d'autre part, comme moyens de facilitation de l'égalité des

relations de genre (Global Health Council, 2019). Les situations de conflits et d'urgence compromettent dangereusement les comportements reproductifs parmi les populations des régions touchées, notamment parmi les femmes, et le niveau des indicateurs sous-jacents n'est pas du tout meilleur. Dans ces contextes, les problèmes en matière de santé sexuelle et reproductive sont en général négligés, les services de santé sont perturbés, et les femmes et les filles ont difficilement accès aux services de santé y compris les services de planification familiale, ce qui les expose à des grossesses non désirées dans des conditions périlleuses (UNFPA, 2022).

Facteurs associés aux comportements en matière de planification familiale

Les facteurs associés aux différences dans les comportements en matière de la PF en Afrique sont largement documentés et mis en évidence dans la revue de la littérature. Dans cette section, nous faisons la synthèse des principaux facteurs identifiés dans les travaux de recherche antérieurs dans la région. Il s'agit des facteurs sociodémographiques, socioéconomiques et culturels y compris les facteurs de l'offre (acceptabilité, accessibilité – physique et financière, etc.) de services de planification familiale. Les plus déterminants sont : le niveau de fécondité notamment le nombre d'enfants nés vivants (Saleem and Martin, 2005 ; Nonvignon and Novignon, 2014 ; Dansou, Adekunle, and Arowojolu, 2017), le milieu de résidence (Nonvignon and Novignon, 2014), le niveau de vie du ménage (Yaya *et al.*, 2018 ; Dansou, Adekunle, and Arowojolu, 2017 ; Nonvignon and Novignon, 2014 ; Mutombo and Bakibinga, 2014), l'activité économique de la femme (Yaya *et al.*, 2018), le niveau d'exposition aux médias (Yaya *et al.*, 2018 ; Larsson and Maria, 2014 ; Feyisso *et al.* 2015), le niveau d'instruction de la femme (Saleem and Martin, 2005 ; Larsson and Maria, 2014 ; Nonvignon and Novignon, 2014 ; Dansou, Adekunle, and Arowojolu, 2017), l'autonomie de décision de la femme (Yaya *et al.* 2018) et l'âge des femmes (Yaya *et al.*, 2018 ; Dansou, Adekunle, and Arowojolu, 2017 ; Nonvignon and Novignon, 2014). En effet, la plupart des travaux en Afrique sub-Sahérienne montrent que les chances de la pratique contraceptive augmentent avec la hausse du pouvoir décisionnel (mesuré soit à travers le niveau de participation à la prise de décision au sein des ménages, etc.) de la femme (Yaya *et al.*, 2018). L'utilisation de la contraception varie aussi selon l'âge des femmes. Yaya *et al.* (2018), rapportent que les femmes âgées de 25 à 34 ans ont plus de chances d'adopter une méthode contraceptive comparées à leurs jeunes sœurs âgées de 15-24 ans (Yaya *et al.*, 2018). La discussion autour de la PF a aussi été rapportée parmi les principaux facteurs déterminants de son utilisation dans plusieurs contextes (Mutombo and Bakibinga, 2014 ; Feyisso *et al.*, 2015 ; Dansou, Adekunle, and Arowojolu, 2017). La pratique contraceptive augmente avec le niveau de vie des ménages des femmes en Afrique sub-sahérienne (Yaya *et al.*, 2018 ; Dansou, Adekunle, and Arowojolu, 2017). La parité atteinte (Saleem and Martin, 2005) et surtout le nombre d'enfants nés vivant (Dansou, Adekunle, and Arowojolu, 2017) ressortent dans la plupart des travaux de recherche parmi les facteurs les plus déterminants de l'utilisation de la contraception par les femmes en âge de procréer. Il est aussi bien établi que les femmes instruites retardent l'entrée en union et leur première maternité. Elles ont ainsi plus de chance de recourir aux méthodes modernes de contraception comparées à leurs homologues moins instruites (Mason, 1987 ; Cleland, Kamal, and Sloggett, 1996). Au Madagascar et dans une certaine mesure au Kenya, l'exposition aux médias notamment l'écoute de la radio serait positivement associée à la pratique contraceptive parmi les femmes en union tandis qu'au Zambie, l'effet contraire a été observé (Larsson and Maria, 2014).

Méthodologie

Source de données et population cible

Les données proviennent des plus récentes enquêtes démographiques et de santé (EDS) réalisées dans cinq pays d'Afrique sub-saharienne par Measures DHS. Les pays concernés par l'étude sont : République Démocratique du Congo, Congo, Cameroun, Nigéria, Niger et Tchad. Les données des EDS sont représentatives et portent sur plusieurs thématiques dont la santé de la reproduction et la planification familiale en particulier parmi les femmes en âge de procréer (15-49 ans). Les données utilisées dans le cadre de la présente étude sont celles publiées sur le site de Macro International (<http://dhsprogram.com/data/available-datasets.cfm>) avant le 7 février 2021. Ainsi, les données sont collectées entre 2012 et 2018. La population cible de l'étude est constituée des femmes sexuellement actives et non enceintes âgées de 15-49 ans au moment des interviews.

Caractéristiques de l'échantillon par pays

Le tableau ci-dessous présente les caractéristiques de l'échantillon par pays. Au total, 104 204 femmes de 15-49 ans ont été interrogées au moment des opérations de collecte dans les cinq pays dont 87.107 femmes sont sexuellement actives et non enceintes. Après le ciblage de l'échantillon, les taux de non-réponse et les données manquantes par variable d'analyse ont été évalués. Globalement, la proportion de valeurs manquantes par variable est faible (moins de 5 %). Toutes les données manquantes ont été supprimées. Ainsi, les analyses ont porté sur un échantillon total 86 674 femmes de 15-49 ans sexuellement actives. Près de 42 % des femmes de l'échantillon proviennent du Nigéria et 18 % sont de la RDC.

Tableau 1. Caractéristiques de l'échantillon par pays

Pays	Année d'enquête	Nombre de femmes enquêtées (N = 104 204)	Nombre de femmes éligible (n = 86 673)	Proportion (%)	Sous-région	Langue officielle
Niger	2 012	11 160	9 154	10,6	Afrique de l'Ouest	Français
RDC	2 014	18 827	15 689	18,1	Afrique Centrale	Français
Tchad	2 015	17 719	13 755	15,9	Afrique Centrale	Français
Cameroun	2 018	14 677	11 649	13,4	Afrique Centrale	Français
Nigeria	2 018	41 821	36 427	42,0	Afrique de l'Ouest	Anglais
Total	—	104 204	86 673	100	-	-

Situation de crises au sein des pays d'étude

L'un des objectifs de la présente étude est de mettre en évidence l'impact des conflits et situations d'urgence sur les comportements en matière de planification familiale. Ainsi, chaque d'analyse a été

soigneusement examinée et subdivisée en deux zones – les zones en conflit / crises et les zones non en conflit/crise. Cette classification est basée sur les analyses faites par les principaux acteurs spécialistes de la sécurité notamment sur celles présentant les cartes mettant en évidence le niveau de sécurité et d’accessibilité des territoires et régions des pays en conflits pour orienter les populations et les communautés dans les déplacements.

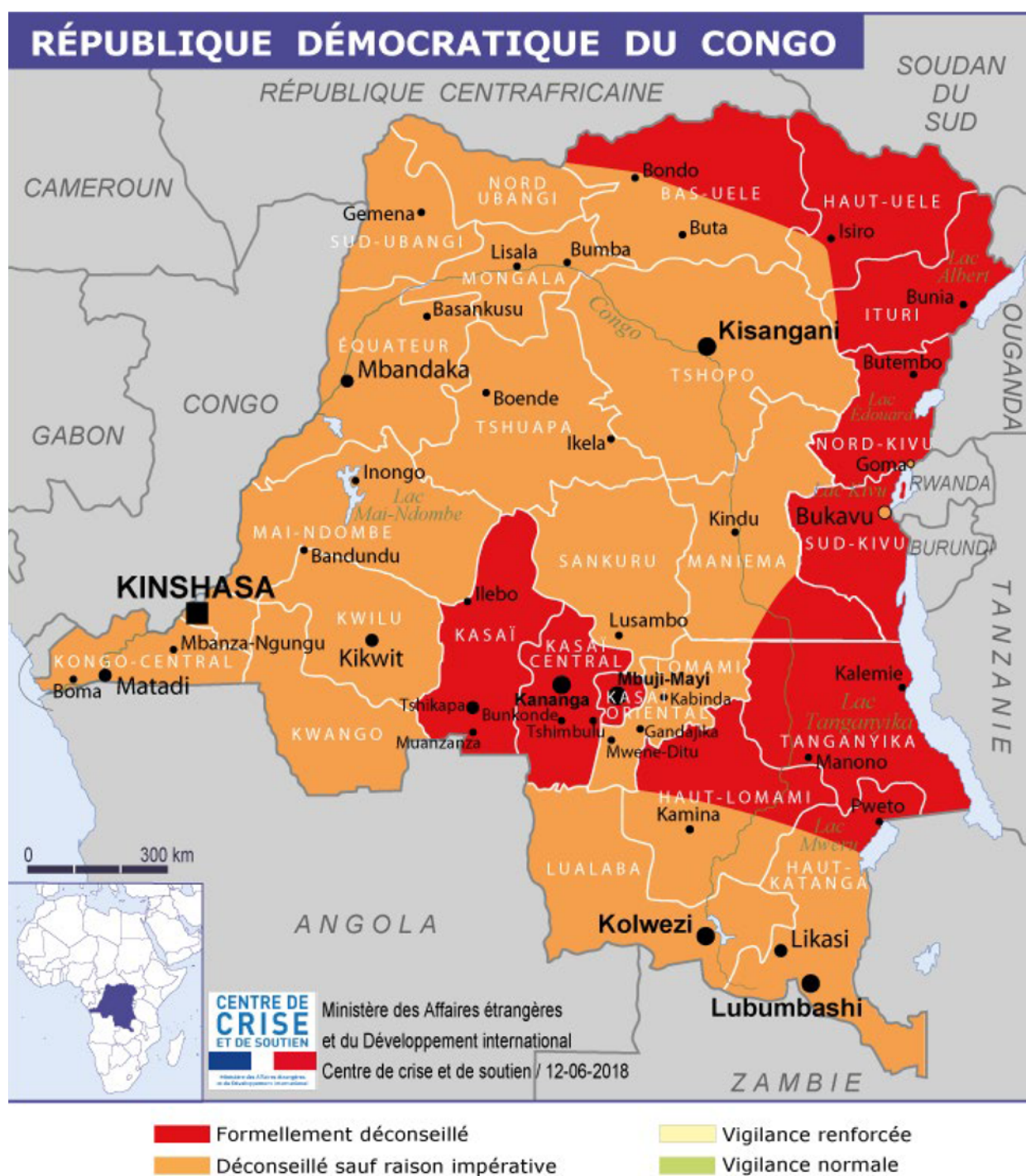
Au Cameroun, d’après la cartographie des régions selon l’importance de la crise, l’Extrême Nord, le Nord, l’Ouest et le Sud-Ouest sont considérés dans le cadre de cette étude comme régions en conflit et les autres régions sont considérées non en conflit comme l’illustre la carte ci-dessous.

Carte 1. Cartographie du Cameroun selon la situation de la crise / conflit



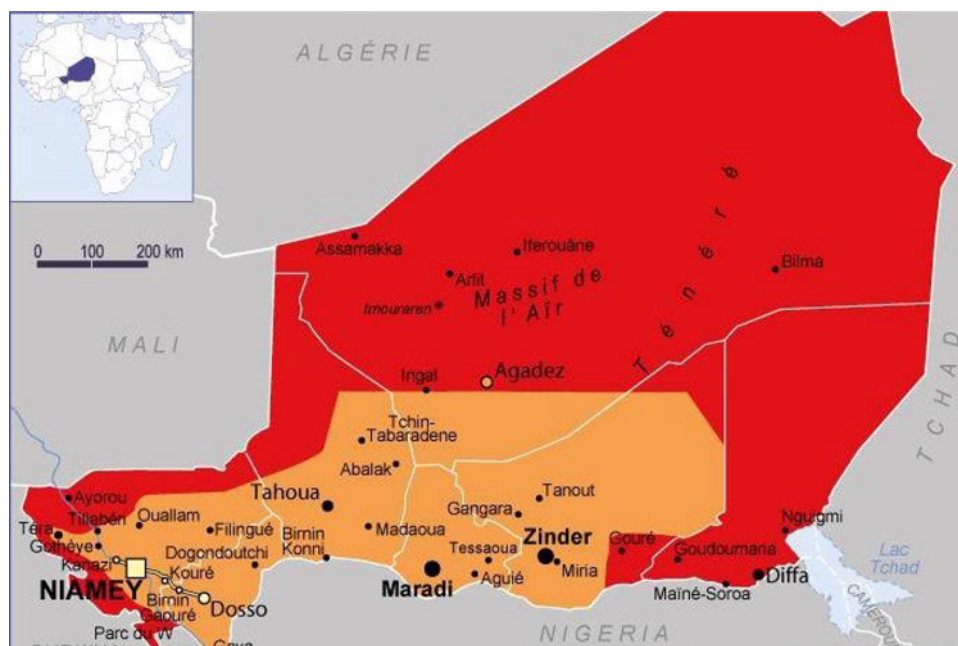
En République Démocratique du Congo, les provinces classées de dangereuses et interdites d'accès considérées comme en crise dans le cadre de ce travail sont : Kasai, Kasai-Central, Kasai-Oriental, Haut-Lomami, Tanganyika, Nord-Kivu, Bas-Uele, Haut-Uele, Ituri et Sud-Kivu.

Carte 2. Cartographie de la République Démocratique du Congo selon la situation de la crise



Au Niger, les régions de Agadez, de Diffa et de Tillabéri sont considérées en crise comme l'illustre la cartographie suivante :

Carte 3. Cartographie du Niger selon la situation de la crise



Au Nigéria, les états considérés en situation de crise et dangereux d'accès sont les suivants : Soko, Zamfara, Katsina, Jigawa, Yobe, Borno, Adamawa, Gombe, Bauchi, Kano, Kaduna, Akwa Ibom, Rivers, Bayelsa et Delta comme l'illustre la carte ci-dessous.

Carte 4. Cartographie du Nigéria selon la situation de la crise



Les régions dangereuses du Tchad selon la communauté internationale considérées comme telle dans le cadre de cette étude sont les suivantes : Kanem, Borkou, Lac et Ennedi (voir cartographie ci-dessous).

Carte 5. Cartographie du Tchad selon la situation de la crise



Variable d'intérêt

La variable dépendante est l'utilisation actuelle de la contraception quelle que soit la méthode contraceptive. Elle est dichotomique, codée 1 si la femme utilise une méthode contraceptive et 0 sinon.

Variables indépendantes

La variable indépendante principale est la situation de crise dans les différents pays. Elle prend deux modalités (en crise et non en crise) conformément à la catégorisation présentée plus haut pour chaque pays. En plus de cette variable indépendante principale, les variables de contrôle utilisées dans le cadre de cette étude sont essentiellement celles mise en évidence dans la littérature sur l'analyse des déterminants de l'adoption de la pratique contraceptive en Afrique et disponibles dans les bases de données. Les regroupements des catégories des différentes variables sont faits en général à l'image de ceux des travaux antérieurs afin de faciliter la comparaison des résultats. Les variables sont les suivantes : l'âge de la femme (15-19 ans, 20-24 ans, 25-29 ans, 30-34 ans, 35-39 ans ; 40-44 ans, 45-49 ans), le niveau d'instruction de la femme (aucun, primaire, secondaire ou plus), le niveau de vie du ménage (plus pauvre, pauvre, moyen, riche, très riche), le nombre d'enfants nés vivants (aucun, 1 enfant, 2 enfants, 3 enfants, 4-5 enfants, 6 ou plus), le milieu de résidence (urbain, rural), sexe du chef de ménage (masculin, féminin). La fréquence d'utilisation des médias est un indicateur combiné construit à l'aide de l'analyse en composante principale (ACP) à partir des variables suivantes radio (aucun, moins d'une fois par semaine, plus d'une fois par semaine), télévision (aucun, moins d'une fois par semaine, plus d'une fois par semaine), journaux/magazines (aucun, moins d'une fois par semaine, plus d'une fois par semaine). L'indicateur composite « médias » comporte trois catégories : Faible, Moyen, Élevé.

Caractéristiques de la population de l'étude

Le tableau ci-dessous présente la description de l'échantillon de l'étude selon les variables d'analyse. Sur un total de 87102 femmes de 15-49 ans sexuellement actives et non enceintes, les analyses ont porté sur un échantillon de 86 673 après évaluation de la qualité des données et élimination des données manquantes. Parmi ces dernières, 22,4 % a moins de 20 ans, 37 % n'avait aucun niveau d'instruction, 28 % n'avait aucune naissance vivante, 60 % était en union (mariage), 33,33 % vivait dans des régions en conflits/ crise classées dangereuses d'accès. Parmi ces dernières, 60 % vivaient au Nigéria, 14,2 % en RDC et 14,6 % au Cameroun. Plus de la moitié (59,3 %) vivait en milieu rural et la majorité n'a pas accès au média.

Tableau 2. Description de l'échantillon de l'étude selon les variables d'analyse (EDS à la date du 7 février 2021)

Variable	Régions en crise		Régions non en crise		Ensemble	
	Effectif (n = 29 001)	(%)	Effectif (n = 57 672)	(%)	Effectif (n = 86 673)	(%)
Âge en années						
15-19 ans	7 118	23,5	12 284	21,8	19 406	22,4
20-24 ans	5 267	17,4	9 673	17,2	14 940	17,2
25-29 ans	5 217	17,2	10 025	17,8	15 240	17,6
30-34 ans	4 296	14,2	8 425	14,9	12 720	14,7
35-39 ans	3 640	12,0	7 237	12,8	10 876	12,5
40-44 ans	2 701	8,9	4 956	8,8	7 657	8,8
45-49 ans	2 034	6,7	3 800	6,7	5 834	6,7
Niveau d'instruction						
Aucune	14 068	46,5	17 998	31,9	32 096	37,0
Primaire	5 939	19,6	12 365	21,9	18 299	21,1
Secondaire ou plus	10 266	33,9	26 038	46,2	36 278	41,9
Nombre d'enfants nés vivants						
Aucun	8 555	28,3	15 626	27,7	24 182	27,9
1 enfant	3 584	11,8	7 515	13,3	11 096	12,8
2 enfants	3 595	11,9	7 411	13,1	11 004	12,7
3 enfants	3 315	11,0	6 652	11,8	9 965	11,5
4-5 enfants	5 746	19,0	11 021	19,5	16 766	19,3
6 ou plus	5 477	18,1	8 176	14,5	13 661	15,8
Statut matrimonial						
Mariée	19 515	64,5	32 473	57,6	52 002	60,0
Union libre	1 181	3,9	4 561	8,1	5 734	6,6
Célibataire	7 631	25,2	15 244	27,0	22 871	26,4
Veuve	624	2,1	1 380	2,4	2 003	2,3
Divorcée	655	2,2	963	1,7	1 618	1,9
Séparée	667	2,2	1 780	3,2	2 444	2,8
Niveau de vie du ménage						
Plus pauvre	7 175	23,7	7 665	13,6	14 861	17,1
Pauvre	6 516	21,5	9 600	17,0	16 126	18,6
Moyen	5 939	19,6	10 750	19,1	16 690	19,3
Riche	6 153	20,3	12 143	21,5	18 294	21,1
Très riche	4 489	14,8	16 243	28,8	20 702	23,9

Variable	Régions en crise		Régions non en crise		Ensemble	
	Effectif (n = 29 001)	(%)	Effectif (n = 57 672)	(%)	Effectif (n = 86 673)	(%)
Milieu de résidence						
Urbain	9 758	32,2	25 517	45,2	35 247	40,7
Rural	20 514	67,8	30 884	54,8	51 426	59,3
Fréquence d'écoute de la radio						
Jamais	17 280	57,1	28 175	50,0	45 469	52,5
Moins d'une fois par semaine	5 873	19,4	13 146	23,3	19 011	21,9
Au moins une fois par semaine	7 120	23,5	15 080	26,7	22 193	25,6
Fréquence de lecture de journaux/magazine						
Jamais	26 556	87,7	46 931	83,2	73 496	84,8
Moins d'une fois par semaine	2 374	7,8	6 001	10,6	8 370	9,7
Au moins une fois par semaine	1 342	4,4	3 469	6,1	4 807	5,5
Fréquence d'exposition à la télévision						
Jamais	20 814	68,8	30 687	54,4	51 531	59,5
Moins d'une fois par semaine	3 777	12,5	7 913	14,0	11 687	13,5
Au moins une fois par semaine	5 681	18,8	17 800	31,6	23 455	27,1
Niveau d'exposition aux médias						
Faible	14 616	48,3	20 767	36,8	35 408	40,9
Moyen	10 719	35,4	22 270	39,5	32 981	38,1
Élevé	4 936	16,3	13 364	23,7	18 284	21,1
Sexe du chef de ménage						
Masculin	25 292	83,5	43 927	77,9	69 230	79,9
Féminin	4 980	16,5	12 474	22,1	17 443	20,1
Situation de crise						
En crise	30 272	100,0	0	0,0	30 484	35,2
Non en crise	0	0,0	56 401	100,0	56 189	64,8

Variable	Régions en crise		Régions non en crise		Ensemble	
	Effectif (n = 29 001)	(%)	Effectif (n = 57 672)	(%)	Effectif (n = 86 673)	(%)
Pays						
Chad	1 422	4,7	12 369	21,9	13 755	15,9
Niger	1 545	5,1	7 627	13,5	9 154	10,6
Cameroun	4 183	13,8	7 464	13,2	11 649	13,4
RDC	5 680	18,8	10 007	17,7	15 689	18,1
Nigeria	17 442	57,6	18 934	33,6	36 427	42,0
Pratique contraceptive						
Oui	3 534	11,7	10 729	19,0	14 248	16,4
Non	26 738	88,3	45 672	81,0	72 425	83,6
Total	30 272	100,0	56 401	100,0	86 673	100,0

Méthodes d'analyse des données

L'analyse des données est conduite au niveaux bi-varié et multivarié. Les tableaux croisés suivi des tests d'indépendance de Chi2 sont utilisés au niveau bivarié. Au niveau multivarié, les modèles de régression logistique binaire sont utilisés pour analyser l'effet net de chaque variable indépendante sur la variable dépendante. Le seuil de significativité des résultats des analyses statistiques est fixé à 5 %. Les analyses statistiques sont réalisées avec le logiciel R (R Core Team, 2019) à l'aide de plusieurs packages/librairies¹

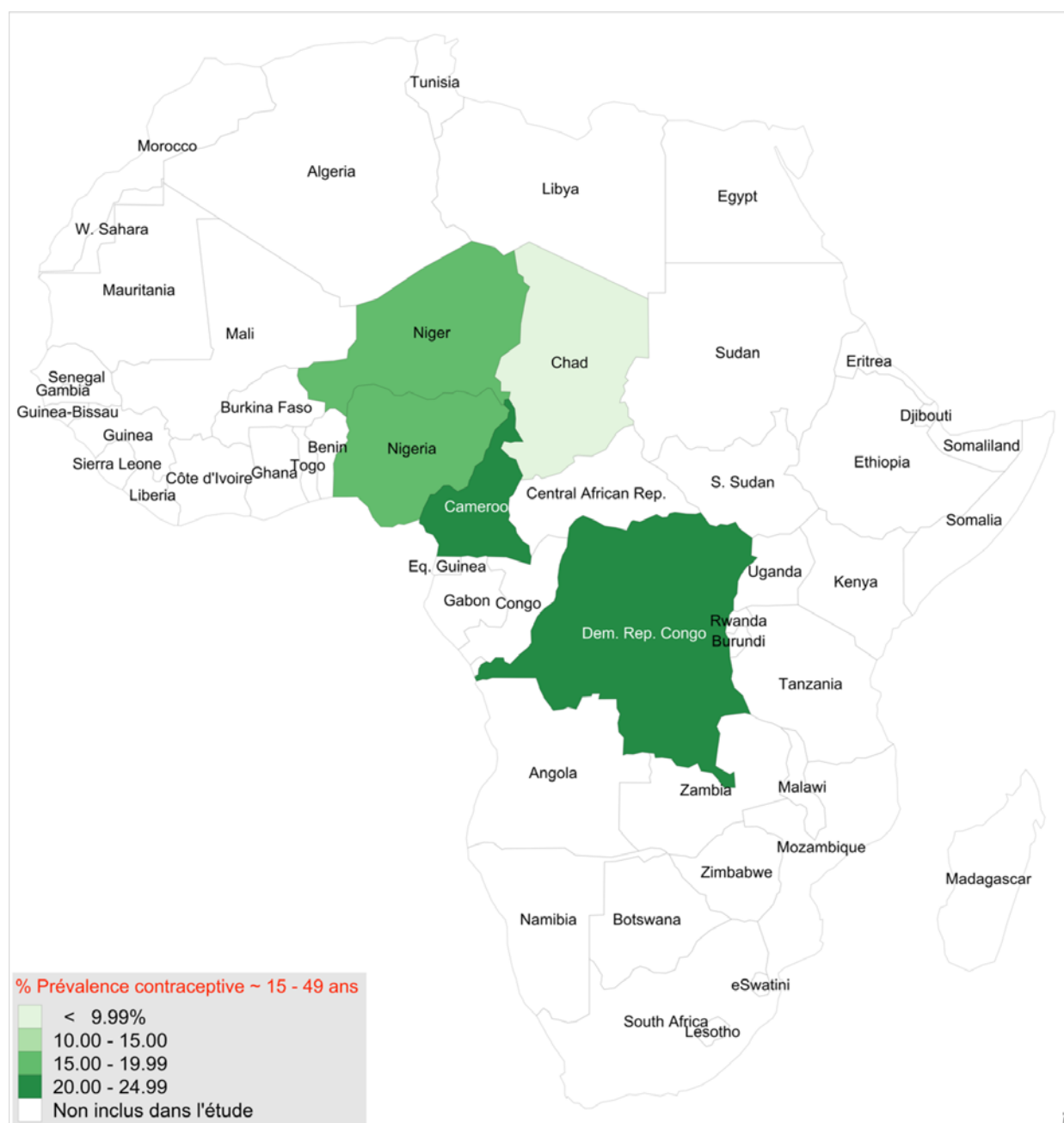
Principaux résultats et discussions

Variations de la prévalence contraceptive par pays

La carte ci-dessous montre la prévalence contraceptive par pays. Les plus fortes prévalences contraceptives (22 %) sont enregistrées parmi les femmes camerounaises et les femmes congolaises. Au Nigéria, elle est de 16 % et 15 % au Niger. Le taux de prévalence le plus faible (6 %) est enregistré au Tchad.

¹ dplyr (Wickham *et al.*, 2019), knitr (Xie, 2019), haven (Wickham and Miller, 2019), survey (Lumley, 2019), gtools (Warnes, Bolker, and Lumley, 2018), numDervi (Paul and Ravi, 2019), car (Fox and Weisberg, 2019), summarytools (Comtois, 2019), flextable (Gohel, 2019a), officer (Gohel, 2019b), jtools (Long, 2019), finalfit (Harrison, Drake, and Ots, 2019).

Carte 6. Prévalence contraceptive par pays



Présentation et discussion des principaux résultats

Pratique contraceptive en situation de conflit et d'instabilité socio-politique

Le tableau 3 ci-dessous présente la prévalence contraceptive selon les variables d'analyse et par type de milieu/région (régions en crise et régions non en crise). La prévalence contraceptive totale parmi les femmes de l'échantillon est estimée à 16,4 %. Selon la région de résidence, elle est de 18,8 % parmi les femmes vivant dans les zones non en conflit contre 11,7 % parmi leurs homologues vivant dans les

zones en conflit qualifiées de dangereuses d'accès. Ces résultats peuvent s'expliquer entre autres par les conséquences des crises sur les populations. Les crises peuvent ralentir la fourniture des services de santé de la reproduction dont ceux de planification familiale. En effet, les zones en crise pourraient être confrontées à des problèmes d'approvisionnement des produits de planification familiale. Certaines formations sanitaires pourraient même être fermées dans ces contextes rendant ainsi l'accès aux services difficile aux populations. L'analyse des variations dans la prévalence contraceptive selon le type de milieu et le pays montre d'importantes disparités. L'influence de la situation de crise dans l'accès et l'utilisation des méthodes de planification familiale semble être plus importante au Tchad où dans les zones en situation de conflit à peine une femme sur mille (0,1 %) utilise les méthodes de planification familiale contre environ 7 femmes sur cent (6,8 %) parmi leurs homologues vivant en dans les zones plus ou moins stables (non en conflit). Les différences dans l'importance des crises entre pays pourraient expliquer ces différences dans les niveaux de prévalence contraceptive entre les pays.

Les analyses statistiques basées sur le test d'indépendance de chi-deux montrent l'existence d'évidence statistique de l'association entre la pratique contraceptive et la situation d'instabilité, d'une part, et la plupart des variables d'analyse retenues et la pratique contraceptive d'autre part. Les associations s'observent aussi au niveau de chaque type de zone (en crise et non en crise). En effet, en dehors de la variable se rapportant au sexe du chef de ménage, toutes les variables d'analyse sont significativement associées à la pratique contraceptive au niveau bi-varié. Quelle que soit la variable d'analyse, on constate que la prévalence contraceptive est meilleure dans les zones non en crise comparée à celle observée dans les zones en crise. Par exemple, à niveau de vie égal, les pauvres vivant dans les régions en crise utilisent moins les méthodes de planification familiale comparés à leurs homologues vivant dans les régions non en crise.

Tableau 3. Prévalence contraceptive par situation de crise selon les variables d'analyse

Variable	Régions en crise				Régions non en crise				Ensemble			
	Prévalence contraceptive (%)	Khi-deux	P.value	Effectif (n = 29001)	Prévalence contraceptive (%)	Khi-deux	P.value	Effectif (n = 57672)	Prévalence contraceptive (%)	Khi-deux	P.value	Effectif (n = 86673)
Âge en années												
15-19 ans	3,9	601,4	0,000	7 118	7,8	1 441,4	0,000	12 284	6,3	2 038,3	0,000	19 406
20-24 ans	13,3			5 267	20,1			9 673	17,7			14 940
25-29 ans	16,0			5 217	22,6			10 025	20,3			15 240
30-34 ans	16,0			4 296	25,4			8 425	22,2			12 720
35-39 ans	15,3			3 640	25,1			7 237	21,8			10 876
40-44 ans	11,9			2 701	21,5			4 956	18,1			7 657
45-49 ans	7,8			2 034	14,2			3 800	11,9			5 834
Niveau d'instruction												
Aucune	5,2	1 040,5	0,000	14 068	9,2	1 915,1	0,000	17 998	7,4	3 306,3	0,000	32 096
Primaire	13,1			5 939	18,5			12 365	16,7			18 299
Secondaire ou plus	19,8			10 266	26,1			26 038	24,3			36 278
Nombre d'enfants nés vivants												
Aucun	6,7	330,3	0,000	8 555	10,2	1 127,1	0,000	15 626	9,0	1 442,8	0,000	24 182
1 enfant	13,0			3 584	20,2			7 515	17,8			11 096
2 enfants	14,7			3 595	23,9			7 411	20,9			11 004
3 enfants	14,9			3 315	23,6			6 652	20,6			9 965
4-5 enfants	14,6			5 746	24,8			11 021	21,3			16 766
6 ou plus	11,6			5 477	18,9			8 176	16,0			13 661

Variable	Régions en crise				Régions non en crise				Ensemble			
	Prévalence contraceptive (%)	Khi-deux	P.value	Effectif (n = 29001)	Prévalence contraceptive (%)	Khi-deux	P.value	Effectif (n = 57672)	Prévalence contraceptive (%)	Khi-deux	P.value	Effectif (n = 86673)
Statut matrimonial												
Mariée	12,4	132,9	0,000	19 515	20,7	784,8	0,000	32 473	17,6	951,9	0,000	52 002
Union libre	17,6			1 181	29,3			4 561	26,8			5 734
Célibataire	8,8			7 631	13,4			15 244	11,8			22 871
Veuve	8,8			624	8,1			1 380	8,3			2 003
Divorcée	8,1			655	13,3			963	11,2			1 618
Séparée	18,7			667	21,8			1 780	21,0			2 444
Niveau de vie du ménage												
Plus pauvre	4,6	723,6	0,000	7 175	10,5	1 162,2	0,000	7 665	7,7	2 174,5	0,000	14 861
Pauvre	8,5			6 516	12,8			9 600	11,0			16 126
Moyen	11,8			5 939	16,5			10 750	14,8			16 690
Riche	16,2			6 153	21,4			12 143	19,6			18 294
Très riche	21,4			4 489	26,6			16 243	25,4			20 702
Milieu de résidence												
Urbain	17,0	396,0	0,000	9 758	25,9	1 202,7	0,000	25 517	23,4	1 832,0	0,000	35 247
Rural	9,1			20 514	13,3			30 884	11,6			51 426
Fréquence d'écoute de la radio												
Jamais	8,2	476,4	0,000	17 280	14,7	757,3	0,000	28 175	12,2	1 310,5	0,000	45 469
Moins d'une fois par semaine	16,5			5 873	21,9			13 146	20,2			19 011
Au moins une fois par semaine	16,1			7 120	24,5			15 080	21,8			22 193

Variable	Régions en crise				Régions non en crise				Ensemble			
	Prévalence contraceptive (%)	Khi-deux	P.value	Effectif (n = 29001)	Prévalence contraceptive (%)	Khi-deux	P.value	Effectif (n = 57672)	Prévalence contraceptive (%)	Khi-deux	P.value	Effectif (n = 86673)
Fréquence de lecture de journaux/magazine												
Jamais	10,1	438,0	0,000	26 556	17,3	600,2	0,000	46 931	14,6	1 101,2	0,000	73 496
Moins d'une fois par semaine	24,4			2 374	28,4			6 001	27,3			8 370
Au moins une fois par semaine	20,6			1 342	26,6			3 469	24,9			4 807
Fréquence d'exposition à la télévision												
Jamais	8,3	741,9	0,000	20 814	13,2	1 493,1	0,000	30 687	11,2	2 537,5	0,000	51 531
Moins d'une fois par semaine	17,6			3 777	22,6			7 913	21,0			11 687
Au moins une fois par semaine	20,1			5 681	27,5			17 800	25,7			23 455
Niveau d'exposition aux médias												
Faible	7,1	817,1	0,000	14 616	10,8	1 608,1	0,000	20 767	9,3	2 630,8	0,000	35 408
Moyen	13,1			10 719	21,5			22 270	18,7			32 981
Elevé	22,1			4 936	27,8			13 364	26,2			18 284
Sexe du chef de ménage												
Masculin	11,3	4,4	0,037	25 292	19,5	9,6	0,002	43 927	16,4	0,0	0,994	69 230
Féminin	13,7			4 980	17,5			12 474	16,4			17 443

Variable	Régions en crise				Régions non en crise				Ensemble			
	Prévalence contraceptive (%)	Khi-deux	P.value	Effectif (n = 29001)	Prévalence contraceptive (%)	Khi-deux	P.value	Effectif (n = 57672)	Prévalence contraceptive (%)	Khi-deux	P.value	Effectif (n = 86673)
Situation de crise												
En crise	11,7	-	-	30 272	0,0	-	-	0	11,7	694,2	0,000	30 484
Non en crise	0,0			0	19,0			56 401	19,0			56 189
Pays												
Tchad	0,1	390,2	0,000	1 422	6,8	1 902,0	0,000	12 369	6,1	2 029,4	0,000	13 755
Niger	14,0			1 545	15,2			7 627	15,0			9 154
Cameroun	12,4			4 183	27,9			7 464	22,3			11 649
RDC	15,2			5 680	26,6			10 007	22,5			15 689
Nigeria	11,1			17 442	21,0			18 934	16,2			36 427

Taux de prévalence contraceptive totale

Source : Exploitation des données des EDS

Pratique contraceptive et principaux facteurs en situation de crise / conflit

Le tableau 4 ci-dessous présente les résultats des analyses multivariées mettant en évidence le rôle de chaque facteur sur la pratique contraceptive. Toute chose étant égale par ailleurs, la situation de crise joue un rôle important dans les chances d'accès et d'utilisation des méthodes de planification familiale. Comparées aux femmes vivant dans les régions en crises, celles vivant dans les zones non en crise ont 40 % plus de chance d'utiliser les méthodes de planification familiale. Selon le pays, les résultats montrent que, comparées aux Camerounaises, les Nigériennes, Congolaises et Tchadiennes ont moins de chances (31 %, 5 % et 75 %) d'utiliser les méthodes de planification familiale. Au même titre que le pays de résidence et la situation de crise, toutes les variables de contrôle retenues sont significativement associées à la pratique contraceptive, sauf le sexe du chef de ménage. Les résultats révèlent une association positive et linéaire avec certaines variables comme *le niveau de vie du ménage, le niveau d'instruction de la femme et le nombre d'enfants nés vivant* où on constate une augmentation continue dans les chances d'utilisation des méthodes de PF avec l'augmentation dans les niveaux de ces indicateurs. Les femmes ayant plus de 5 enfants vivants ont plus de 5 fois plus de chance d'utiliser les méthodes de planification familiale comparées à leurs homologues qui n'ont aucun enfant. Les résultats montrent aussi que les femmes ayant le niveau d'instruction du secondaire ou plus ont 3 fois plus de chance d'utiliser les méthodes de PF comparées à leurs homologues n'ayant aucun niveau d'instruction. On constate en outre une relation inverse entre la pratique contraceptive et l'âge des femmes. Les chances d'utilisation des méthodes de PF diminuent continuellement avec l'augmentation de l'âge des femmes. Ceci pourrait s'expliquer, entre autres, par un effet de génération. Les jeunes générations de femmes seraient plus instruites que leurs aînées et donc avec plus de chance d'adopter les méthodes de contraception. L'utilisation des médias s'est aussi révélée déterminante dans les chances de recourir aux méthodes de PF même si les relations ne sont pas linéaires comme observées avec d'autres variables. L'écoute de la radio, la lecture des journaux/magazines et le fait de suivre la télévision sont bénéfiques à la pratique contraceptive. Les chances d'utilisation des méthodes de PF sont aussi faibles en milieu rural comparé au milieu urbain.

Tableau 4. Résultats de la régression logistique sur la pratique contraceptive parmi les femmes dans les pays en situation de crise

Variable	Régions en crise		Régions non en crise		Ensemble	
	OR ~ Effet Brut, IC 95 %	OR ~ Effet Net, IC 95 %	OR ~ Effet Brut, IC 95 %	OR ~ Effet Net, IC 95 %	OR ~ Effet Brut, IC 95 %	OR ~ Effet Net, IC 95 %
Situation de crise [En crise]						
Non en crise					1,74 [1,67-1,82]***	1,45 [1,38-1,52]***
Âge en années [15-19 ans]						
20-24 ans	3,51 [3,04-4,07]***	2,68 [2,27-3,16]***	2,99 [2,75-3,25]***	2,08 [1,90-2,29]***	3,10 [2,89-3,33]***	2,21 [2,04-2,40]***
25-29 ans	4,25 [3,69-4,91]***	2,90 [2,42-3,47]***	3,45 [3,18-3,74]***	1,83 [1,65-2,02]***	3,63 [3,38-3,89]***	2,05 [1,88-2,24]***
30-34 ans	4,40 [3,80-5,10]***	2,91 [2,40-3,52]***	3,72 [3,42-4,05]***	1,64 [1,47-1,84]***	3,88 [3,60-4,17]***	1,90 [1,73-2,09]***
35-39 ans	4,36 [3,75-5,08]***	2,79 [2,28-3,42]***	3,85 [3,53-4,19]***	1,56 [1,39-1,76]***	3,98 [3,69-4,28]***	1,81 [1,64-2,01]***
40-44 ans	3,19 [2,70-3,77]***	2,13 [1,71-2,65]***	3,17 [2,88-3,49]***	1,27 [1,11-1,44]***	3,15 [2,90-3,42]***	1,44 [1,29-1,61]***
45-49 ans	1,96 [1,60-2,40]***	1,29 [1,00-1,66]**	1,87 [1,67-2,10]***	0,75 [0,65-0,87]***	1,91 [1,73-2,11]***	0,86 [0,76-0,98]**
Niveau d'instruction [Aucune]						
Primaire	2,53 [2,28-2,80]***	2,15 [1,91-2,42]***	2,45 [2,28-2,63]***	2,06 [1,90-2,24]***	2,59 [2,44-2,74]***	2,15 [2,01-2,29]***
Secondaire ou plus	3,96 [3,63-4,32]***	3,50 [3,10-3,95]***	3,62 [3,41-3,84]***	2,95 [2,71-3,21]***	3,95 [3,77-4,15]***	3,20 [2,99-3,43]***
Nombre d'enfants nés vivants [Aucun]						
1 enfant	2,35 [2,06-2,68]***	2,54 [2,12-3,04]***	2,18 [2,02-2,36]***	2,44 [2,20-2,71]***	2,23 [2,08-2,38]***	2,48 [2,26-2,71]***
2 enfants	2,39 [2,10-2,73]***	2,61 [2,14-3,18]***	2,67 [2,48-2,89]***	3,23 [2,87-3,63]***	2,58 [2,42-2,76]***	3,07 [2,77-3,39]***
3 enfants	2,56 [2,24-2,93]***	2,99 [2,43-3,69]***	2,73 [2,53-2,95]***	3,89 [3,44-4,40]***	2,68 [2,50-2,86]***	3,64 [3,28-4,05]***
4-5 enfants	2,57 [2,29-2,89]***	3,72 [3,03-4,58]***	2,78 [2,59-2,98]***	5,20 [4,60-5,88]***	2,70 [2,54-2,86]***	4,77 [4,30-5,31]***
6 ou plus	2,01 [1,78-2,27]***	3,90 [3,12-4,87]***	2,09 [1,94-2,26]***	5,88 [5,13-6,74]***	2,00 [1,88-2,14]***	5,27 [4,70-5,92]***
Statut matrimonial [Mariée]						
Union libre	1,28 [1,08-1,51]***	0,95 [0,79-1,13]	1,63 [1,52-1,75]***	1,22 [1,13-1,33]***	1,72 [1,62-1,84]***	1,19 [1,11-1,29]***
Célibataire	0,64 [0,58-0,71]***	1,35 [1,14-1,61]***	0,61 [0,58-0,64]***	1,19 [1,07-1,32]***	0,64 [0,61-0,67]***	1,24 [1,13-1,35]***
Veuve	0,65 [0,48-0,85]***	0,59 [0,43-0,79]***	0,37 [0,30-0,44]***	0,39 [0,31-0,47]***	0,45 [0,38-0,52]***	0,44 [0,37-0,52]***
Divorcée	0,57 [0,42-0,76]***	0,54 [0,39-0,74]***	0,58 [0,48-0,70]***	0,66 [0,53-0,80]***	0,58 [0,49-0,68]***	0,62 [0,53-0,74]***
Séparée	1,35 [1,08-1,66]***	1,08 [0,85-1,37]	1,17 [1,04-1,31]***	0,97 [0,85-1,11]	1,27 [1,15-1,41]***	1,00 [0,90-1,12]

Variable	Régions en crise		Régions non en crise		Ensemble	
	OR ~ Effet Brut, IC 95 %	OR ~ Effet Net, IC 95 %	OR ~ Effet Brut, IC 95 %	OR ~ Effet Net, IC 95 %	OR ~ Effet Brut, IC 95 %	OR ~ Effet Net, IC 95 %
Niveau d'exposition aux médias [Faible]						
Moyen	2,02 [1,86-2,21]***	1,32 [1,19-1,45]***	2,27 [2,15-2,39]***	1,41 [1,32-1,51]***	2,28 [2,18-2,39]***	1,38 [1,31-1,46]***
Elevé	3,69 [3,36-4,05]***	1,56 [1,38-1,76]***	3,14 [2,96-3,33]***	1,62 [1,50-1,75]***	3,43 [3,27-3,61]***	1,60 [1,50-1,71]***
Sexe du chef de ménage [Masculin]						
Féminin	1,11 [1,01-1,21]**	0,95 [0,85-1,06]	0,92 [0,87-0,97]***	0,97 [0,91-1,03]	1,00 [0,96-1,05]	0,96 [0,91-1,01]
Nombre de femmes en âge de procréer dans le ménage [Une]						
Deux	0,71 [0,65-0,77]***	0,89 [0,81-0,98]**	0,78 [0,75-0,82]***	0,94 [0,89-1,00]**	0,76 [0,73-0,80]***	0,93 [0,88-0,97]***
Trois	0,71 [0,64-0,80]***	0,89 [0,78-1,01]*	0,78 [0,72-0,84]***	0,92 [0,85-1,00]**	0,75 [0,70-0,79]***	0,91 [0,85-0,98]***
Quatre ou plus	0,77 [0,67-0,88]***	0,84 [0,72-0,98]**	0,81 [0,75-0,88]***	0,89 [0,82-0,98]**	0,80 [0,75-0,86]***	0,88 [0,81-0,95]***
Niveau de vie du ménage [Plus pauvre]						
Pauvre	1,75 [1,53-2,00]***	1,48 [1,29-1,70]***	1,25 [1,13-1,37]***	1,08 [0,97-1,19]	1,47 [1,36-1,59]***	1,20 [1,11-1,30]***
Moyen	2,24 [1,97-2,55]***	1,55 [1,35-1,79]***	1,69 [1,55-1,85]***	1,22 [1,11-1,34]***	1,99 [1,85-2,14]***	1,32 [1,22-1,43]***
Riche	2,85 [2,52-3,23]***	1,79 [1,54-2,07]***	2,19 [2,01-2,38]***	1,34 [1,21-1,48]***	2,57 [2,39-2,76]***	1,45 [1,34-1,58]***
Très riche	4,58 [4,05-5,19]***	2,13 [1,80-2,53]***	3,01 [2,78-3,27]***	1,67 [1,50-1,85]***	3,80 [3,55-4,06]***	1,80 [1,65-1,97]***
Milieu de résidence [Urbain]						
Rural	0,48 [0,45-0,52]***	0,90 [0,82-0,99]**	0,47 [0,45-0,49]***	0,80 [0,75-0,85]***	0,45 [0,43-0,47]***	0,83 [0,79-0,87]***
Pays [Tchad]						
Niger	83,01 [38,23-232,84]***	60,30 [27,68-169,44]***	3,53 [3,18-3,92]***	3,36 [3,01-3,76]***	4,12 [3,73-4,54]***	3,99 [3,60-4,43]***
Cameroun	80,63 [37,21-225,89]***	54,03 [24,75-151,99]***	6,44 [5,86-7,08]***	3,85 [3,46-4,29]***	6,44 [5,88-7,06]***	4,14 [3,75-4,59]***
RDC	75,50 [34,94-211,21]***	42,79 [19,69-120,13]***	5,50 [5,01-6,05]***	3,83 [3,45-4,24]***	5,34 [4,89-5,85]***	3,87 [3,51-4,27]***
Nigeria	58,76 [27,26-164,17]***	36,83 [16,99-103,22]***	4,10 [3,76-4,49]***	2,60 [2,36-2,88]***	3,87 [3,56-4,22]***	2,82 [2,57-3,11]***

Nombre d'observation = 86 673, Valeur Manquante = 0, AIC = 64335,8, C-statistic = 0,767, H&L = Chi-sq (8) 32,74 ($p < 0,001$)

Seuil de significativité : *** = significatif au seuil de 1 %, ** = significatif au seuil de 5 %, * = significatif au seuil de 10 %

Source : Exploitation des données des EDS

Discussion

Les résultats de la présente étude ont mis en évidence, les différences dans les comportements en matière de la PF selon la situation de crise. Les résultats montrent un effet propre de la crise. La prévalence contraceptive totale parmi les femmes de l'échantillon est estimée à 16,4 %. Selon la région de résidence, elle est de 18,8 % parmi les femmes vivant dans les zones non en crise contre 11,7 % parmi leurs homologues vivant dans les zones d'instabilité socio-politique qualifiées de dangereuses d'accès. Cette prévalence contraceptive de 16,4 % estimée parmi les femmes des cinq pays de cette étude est de loin inférieure à la prévalence contraceptive moyenne de l'Afrique sub-saharienne qui a augmenté de 19,6 % en 2000 à 27,8 % en 2020 et estimé atteindre le niveau de 32,9 % à l'horizon des ODD (UNDESA, 2020). Les femmes vivant dans les zones en conflits ont moins de chance d'utiliser les méthodes de planification familiale. Les écarts semblent être plus prononcés au Tchad. Ces résultats vont globalement dans le même sens que ceux des travaux antérieurs notamment ceux de McGinn (2011)² qui montrent que les femmes vivant dans des pays en conflit (Soudan, Congo et Ouganda) veulent limiter les naissances, mais elles ont rarement accès à des contraceptifs (McGinn, 2011). Les différences dans les niveaux de pratique contraceptive selon la région (en conflit et non en conflit) corroborent les différences selon la région dans la demande et l'offre de service de planification familiale. À l'instar de la plupart des pays d'Afrique, tous les pays inclus dans le cadre de cette recherche adhèrent aux objectifs globaux en matière de planification familiale notamment à l'engagement FP2030. En effet, à travers FP2030, les décideurs se sont engagés à prendre des mesures spécifiques pour élargir l'accès à la contraception volontaire et basée sur les droits dans leur communauté. En dépit des engagements pris, les évidences montrent que la persistance des conflits constitue de graves difficultés au respect des engagements pris. Par exemple, la RDC, se heurte à des difficultés extrêmes pour respecter son engagement FP2030 visant à l'horizon 2030 que « toute personne en âge de procréer, vivant en RDC, accède à l'information et aux services de planification familiale de qualité à un coût abordable, quelles que soient sa classe sociale, sa situation géographique et son appartenance politique ou religieuse » (MSP/RDC, 2022). Il est documenté que Kinshasa offre une vaste palette de services de PF au sein des cliniques publiques comme privées, affiche un taux de prévalence des contraceptifs modernes plus élevé que dans le reste du pays, tandis que certaines provinces restent engluées dans des conflits, engendrant un accès limité, voire inexistant, aux produits et/ou services de planification familiale, ainsi que des problèmes au niveau de la chaîne d'approvisionnement (PSN-PF/RDC, 2021). Les situations similaires s'observent dans la plupart des pays avec quelques spécificités. Au Nigeria, la menace terroriste a transformé tout le paysage national y compris le paysage urbain en poussant les autorités à multiplier les checkpoints de l'armée et à interdire les motos taxis Okada, qui sont parfois utilisées par les militants de Boko Haram pour commettre des assassinats ciblés. Les dispositifs sécuritaires mettent garde contre les embouteillages et les restrictions de circulation dans les zones affectées par les conflits (de Montclos, 2012). Dans ces contextes, les chaînes d'approvisionnement en contraceptifs sont généralement perturbées et dans le cas où elles fonctionnent, les difficultés sécuritaires empêchent les bénéficiaires de s'y rendre pour se les procurer.

En plus de la principale variable d'intérêt, les résultats de cette étude vont globalement dans le même sens que ceux des travaux antérieurs (Yaya *et al.*, 2018 ; Dansou, Adekunle, and Arowojolu, 2017 ;

² <https://www.figo.org/fr/news/planification-familiale-dans-les-zones-de-conflit>.

Nonvignon and Novignon, 2014 ; Mutombo and Bakibinga, 2014 ; Larsson and Maria, 2014 ; Saleem and Martin, 2005) surtout en ce qui concerne l'effet propre de chaque variable de contrôle sur les comportements en matière de PF. Selon l'âge, on note une baisse continue de la pratique contraceptive. Toute chose étant égale par ailleurs, on note une baisse continue dans les chances d'utilisation de la contraception par les femmes en âge de procréer dans les cinq pays en situation de crise en ASS. Cette relation linéaire et inverse mise en évidence par la présente étude n'est pas observée avant l'âge de 45 ans. Yaya *et al.* (2018), rapportent que les femmes âgées de 25 à 34 ans ont plus de chances d'utiliser la contraception comparées à leurs homologues âgées de 15-24 ans. Les résultats de la présente étude corroborent ceux des travaux antérieurs mettant en évidence le rôle positif de l'éducation sur la pratique contraceptive (Saleem and Martin, 2005 ; Larsson and Maria, 2014 ; Nonvignon and Novignon, 2014 ; Dansou, Adekunle, and Arowojolu, 2017) parmi les femmes en âge de procréer. Au Ghana, au Kenya, au Madagascar et au Zambie les résultats montrent que l'éducation est un facteur déterminant dans les chances d'accès et d'utilisation de la contraception par les femmes de 15-49 ans. Ces résultats mettent en évidence le rôle clé que joue l'éducation dans l'utilisation de la contraception. En effet, il est couramment établi que les personnes instruites retardent l'entrée en union et leur projet de fécondité et sont plus à mesure de recourir aux méthodes contraceptives comparées à leurs homologues moins instruites (Becker 1991 ; Mason 1987 ; Cleland, Kamal, and Sloggett 1996). Les résultats de la présente étude confirment aussi le rôle du niveau de vie du ménage mis en évidence par les travaux antérieurs (Yaya *et al.*, 2018 ; Dansou, Adekunle, and Arowojolu, 2017 ; Nonvignon and Novignon, 2014 ; Mutombo and Bakibinga, 2014). L'amélioration du niveau de vie du ménage s'accompagne de l'augmentation dans l'accès et l'utilisation des méthodes de planification familiale chez les femmes. Elle augmente le niveau d'accès des femmes au marché des biens et services comme celui des méthodes de planification familiale.

Un autre important facteur déterminant de l'adoption des méthodes de planification mis en évidence par les résultats des présentes analyses se rapporte à la fécondité. On note une relation linéaire positive entre les chances d'adoption de la PF et le niveau de fécondité des femmes. Les chances d'utilisation de la PF augmentent avec l'augmentation du nombre de naissances vivantes de la femme. Ceci corrobore la réalité de cette société africaine où les méthodes de contraception ne sont utilisées qu'après la réalisation des projets de fécondité. D'ailleurs, il est aussi documenté que la peur des effets secondaires des méthodes modernes surtout ceux se rapportant à la stérilité constitue l'un des principaux obstacles à l'adoption des méthodes modernes de contraception. C'est ainsi que le recours à ces méthodes est généralement faible surtout par les femmes en couple en début de maternité (Jain, Ismail, Tobey, & Erulkar, 2018 ; Coulibaly, 2014). Quand le projet de fécondité est quasiment atteint, la peur de la stérilité dû à l'adoption des méthodes modernes de contraception diminue et les chances d'utilisation s'augmentent.

Conclusion

La prévalence contraceptive parmi l'ensemble des femmes est estimée à 16,4 % dont 11,7 % parmi leurs homologues vivant dans les régions en crise contre 18 % parmi celles vivant dans les régions non en crise. Selon le pays, elle est estimée à 6,1 % au Tchad (0,1 % parmi les femmes des régions en conflit contre 8,8 % parmi leurs homologues des régions non en conflit), 15,0 % au Niger (14,0 %

parmi les femmes des régions en conflit contre 15,2 % parmi leurs homologues des régions non en conflit), 22,3 % au Cameroun (12,4 % parmi les femmes des régions en conflit contre 27,9 % parmi leurs homologues des régions non en conflit) ; 22,5% en RDC (15,2 % parmi les femmes des régions en conflit contre 6,6 % parmi leurs homologues des régions non en conflit) ; 16,2% au Nigeria (11,1 % parmi les femmes des régions en conflit contre 21,0 % parmi leurs homologues des régions non en conflit) Les résultats ont mis évidence l'effet propre des situations de crise dans les différences de comportements en matière de planification familiale chez les femmes. Ils traduisent entre autres, des difficultés dans la provision de l'offre de service de PF fortement corrélés avec la disponibilité des gammes de produits de contraception et dans une certaine mesure l'accessibilité aux services que les crises occasionnent. En effet, les situations de conflits et d'urgence accentuent les problèmes de santé de la reproduction. Dans ces contextes, les problèmes sous-jacents de santé sexuelle et reproductive sont en général négligés, les services de santé sont perturbés, et les femmes et les filles ont difficilement accès aux services de santé y compris de planification familiale, ce qui les expose à des grossesses non désirées dans des conditions périlleuses. Les interventions en matière de santé de la reproduction dans ces contextes d'urgence sont à renforcer en privilégiant les stratégies avancées de l'offre de services de santé de la reproduction en général. En dehors du rôle clé des conflits mis évidence, les résultats obtenus par la présente étude vont globalement dans le même sens que ceux des travaux antérieurs dans le domaine. Les interventions en faveur de l'accès et l'utilisation des méthodes de PF sont à renforcer dans les régions classées de dangereuses notamment au Tchad ou l'influence de la crise sur les chances d'accès et d'utilisation semble être la plus importante. Les futurs travaux de recherche pourraient éclairer sur les préférences contraceptives parmi ces répondantes. Les études comparatives, dans les préférences contraceptives seront importantes pour l'orientation des interventions dans ces contextes d'urgence humanitaire.

Références bibliographiques

- Aliyu, Alhaji A. 2018. "Chapter 5: Family Planning Services in Africa: The Successes and Challenges." In *Family Planning*, 69–93. Intech Open. <https://doi.org/10.5772/intechopen.72224>.
- Alkema Leontine, Vladimira Kantorova, Clare Menozzi, and Ann Biddlecom. 2013. "National, Regional, and Global Rates and Trends in Contraceptive Prevalence and Unmet Need for Family Planning Between 1990 and 2015: A Systematic and Comprehensive Analysis." *United Nations, eISBN: 978-92-1-004369-4* 381: 1642–52. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62204-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62204-1).
- Becker, S., Gary. 1991. "1991. A Treatise on the Family." *Cambridge, MA: Harvard University Press*.
- Chae, Sophia, Woog Vanessa, and Ball Haley. 2015. « Obstacles à La Pratique Contraceptive Des Femmes Au Bénin. » *En Bref*, 8p. <http://www.guttmacher.org/pubs/IB-Benin-contraception-fr.html>.
- Cleland, John, Nashid Kamal, and Andy Sloggett. 1996. "Links Between Fertility Regulation and the Schooling and Autonomy of Women in Bangladesh." In.
- Comtois, Dominic. 2019. *Summarytools: Tools to Quickly and Neatly Summarize Data*. <https://CRAN.R-project.org/package=summarytools>.
- Coulibaly A (2014). Ah bon! C'est ça donc ton secret! »: Pratique contraceptive, émergence de nouveaux rapports au corps et à la sexualité au Mali. *Cahiers d'Études Africaines*, 54 (215), pp. 665-684.

- Dansou, Justin, Adeyemi Adekunle O, and Ayodele Arowojolu O. 2017. "Factors Behind the Preference in Contraceptives Use Among Non-Pregnant and Sexually Active Women in Benin Republic." *Central African Journal of Public Health* 3 (5): 80–89. <https://doi.org/10.11648/j.cajph.20170305.15>.
- Dansou, Justin. 2017. "The Benefits of Family Planning (Fp) Use in Benin: An Application of the Demographic Dividend Model (Demdiv)." *Gates Open Research* 3 (1110): 9p. <https://doi.org/10.12688/gatesopenres.12906.1>.
- de Montclos Marc-Antoine Pérouse (2012). Boko Haram et le terrorisme islamiste au Nigéria : insurrection religieuse, contestation politique ou protestation sociale ? Questions de Recherche / Research Questions N° 40 – Juin 2012. <http://www.ceri-sciences-po.org/publica/qdr.htm>.
- Feyisso, Mohammed, Belachew Tefera, Tesfay Amanuel, and Addisu Yohannes. 2015. "Differentials of Modern Contraceptive Methods Use by Food Security Status Among Married Women of Reproductive Age in Wolaita Zone, South Ethiopia." *Archives of Public Health* 73 (38): 10p. <https://doi.org/10.1186/s13690-015-0089-5>.
- Fox, John, and Sanford Weisberg. 2019. *An R Companion to Applied Regression*. Third. Thousand Oaks CA: Sage. <https://socialsciences.mcmaster.ca/jfox/Books/Companion/>.
- Global Health Council. 2019. "Let's End Preventable Child and Maternal Deaths Once and for All." Available at <https://globalhealth.org/lets-end-preventable-child-and-maternal-deaths-once-and-for-all/> (2020/07/10). <https://www.globalhealth.org/lets-end-preventable-child-and-maternal-deaths-once-and-for-all/>.
- Gohel, David. 2019a. *Flextable: Functions for Tabular Reporting*. <https://CRAN.R-project.org/package=flextable>.
- Gohel, David. 2019b. *Officer: Manipulation of Microsoft Word and Powerpoint Documents*. <https://CRAN.R-project.org/package=officer>.
- Guttmacher Institute. 2017. "Adding It up: Investing in Contraception and Maternal and Newborn Health, 2017." Available at <https://globalhealth.org/lets-end-preventable-child-and-maternal-deaths-once-and-for-all/> (2020/07/10). <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/adding-it-up-contraception-mnh-2017>.
- Harrison, Ewen, Tom Drake, and Riinu Ots. 2019. *Finalfit: Quickly Create Elegant Regression Results Tables and Plots When Modelling*. <https://CRAN.R-project.org/package=finalfit>.
- Jain A, Ismail H, Tobey E, & Erulkar A (2018). Stigma as a barrier to family planning use among married youth in Ethiopia. *Journal of Biosocial Science*, 15p. doi :doi :10.1017/S0021932018000305.
- Larsson, Cecilia, and Stanfors Maria. 2014. "Women's Education, Empowerment, and Contraceptive Use in subSaharan Africa: Findings from Recent Demographic and Health Surveys." *African Population Studies* 28 (2): p1022–1034. <http://aps.journals.ac.za>.
- Long, Jacob A. 2019. *Jtools: Analysis and Presentation of Social Scientific Data*. <https://cran.r-project.org/package=jtools>.
- Lumley, Thomas. 2019. "Survey: Analysis of Complex Survey Samples."
- Mason, Oppenheim, Karen. 1987. "The Impact of Women's Social Position on Fertility in Developing Countries." *Sociological Forum* 2 (4): 718–45. <https://www.jstor.org/stable/684300>.
- McGinn Therese (2011). Planification familiale dans les zones de conflit, dans Internationaal Federation of Gybecology (FIGO): the global voice for women's health. Accessible à : <https://www.figo.org/fr/news/planification-familiale-dans-les-zones-de-conflit> (visité le 14 février 2024 à 17h GMT).
- Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention, République Démocratique du Congo (MSP/RDC), (2022). Plan stratégique national à vision multisectorielle de la planification familiale 2021-2025 avec regard sur 2030. 84p.

- Mutombo, Namuunda, and Pauline Bakibinga. 2014. "The Effect of Joint Contraceptive Decisions on the Use of Injectables, Long-Acting and Permanent Methods (Ilapms) Among Married Female (15–49) Contraceptive Users in Zambia: A Cross-Sectional Study." *Reproductive Health* 11 (51): 8p. <http://www.reproductive-health-journal.com/content/11/1/51>.
- Nonvignon, Justice, and Jacob Novignon. 2014. "Trend and Determinants of Contraceptive Use Among Women of Reproductive Age in Ghana." *African Population Studies* 28 (2): 956–67. <http://aps.journals.ac.za>.
- Paul, Gilbert, and Varadhan Ravi. 2019. *NumDeriv: Accurate Numerical Derivatives*. <https://CRAN.R-project.org/package=numDeriv>.
- PSN-PF/RDC (2022). Plan stratégique national a vision multisectorielle de la planification familiale 2021-2025 avec regard sur 2030.
- R Core Team. 2019. *R : A Language and Environment for Statistical Computing*. Vienna, Austria : R Foundation for Statistical Computing. <https://www.R-project.org/>.
- Saleem, Shabana, and Bobak Martin. 2005. "Women's Autonomy, Education and Contraception Use in Pakistan: A National Study." *Reproductive Health* 2 (8) : 8p. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-2-8>.
- UNDESA. 2020. "World Family Planning 2020 Highlights: Accelerating Action to Ensure Universal Access to Family Planning (St/Esa/Ser.a/450)." United Nations Department of Economic ; Social Affairs, Population Division. https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Sep/unpd_2020_worldfamilyplanning_highlights.pdf.
- UNFPA. 2022. Les dirigeants du monde revendiquent la protection des femmes et des filles touchées par les conflits. Disponible à : <https://www.unfpa.org/fr/news/les-dirigeants-du-monde-revendiquent-la-protection-des-femmes-et-des-filles-touchees-par-les>. Consulter le 14 décembre 2022 à 9:27 GMT.
- United Nations Economic Commission for Africa, (2015). Conflicts in the Democratic Republic of Congo : Causes, impact and implications for the Great Lakes region. 126p.
- Warnes, Gregory R., Ben Bolker, and Thomas Lumley. 2018. *Gtools : Various R Programming Tools*. <https://CRAN.R-project.org/package=gtools>.
- Wickham, Hadley, and Evan Miller. 2019. *Haven : Import and Export 'Spss', 'Stata' and 'Sas' Files*. <https://CRAN.R-project.org/package=haven>.
- Wickham, Hadley, Romain François, Lionel Henry, and Kirill Müller. 2019. *Dplyr : A Grammar of Data Manipulation*. <https://CRAN.R-project.org/package=dplyr>.
- World Health Organization. 2019. "Maternal Mortality." Available at <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality> (2020/07/10). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.
- Xie, Yihui. 2019. *Knitr : A General-Purpose Package for Dynamic Report Generation in R*. <https://yihui.name/knitr/>.
- Yaya, Sanni, Uthman Olalekan A., Ekholuenetale Michael, and Bishwajit Ghose. 2018. "Women Empowerment as an Enabling Factor of Contraceptive Use in Sub-Saharan Africa: A Multilevel Analysis of Crosssectional Surveys of 32 Countries." *Reproductive Health* 15 (204) : 12p. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0658-5>.