Trends in Family Planning and Age at First Marriage among Women in Guinea:

Further Analysis of the 2012 Demographic and Health Survey

DHS Further Analysis Reports
No. 94

September 2014

DHS Further Analysis Reports No. 94

Trends in Family Planning and Age at First Marriage among Women in Guinea: Further Analysis of the 2012 Demographic and Health Survey

Abdramane B. Soura

Michelle Winner

ICF International

Rockville, Maryland, USA

September 2014

Corresponding author: Abdramane B. Soura, University of Ouagadougou, ISSP, 03 BP 7118 Ouagadougou 03, Burkina Faso; phone: +226 50 30 25 58; email: bassiahi@hotmail.com

Acknowledgments:

This report has benefitted from a helpful review by the following Guinean experts: Alpha Amadou Bano Barry, Frédia Mara, Mamadou Saliou Barry, Ibrahima Conte, and Mamadou Badian Diallo.

Translator: P. Stanley Yoder
Editor: Kerry L.D. MacQuarrie
Document Production: Natalie La Roche

This study was carried out with support provided by the United States Agency for International Development (USAID) through The DHS Program (#GPO–C–00–08–00008–00). The views expressed are those of the author and do not necessarily reflect the views of USAID or the United States Government.

The DHS Program assists countries worldwide in the collection and use of data to monitor and evaluate population, health, and nutrition programs. For additional information about the DHS Program contact: DHS Program, ICF International, 530 Gaither Road, Suite 500, Rockville, MD 20850, USA; phone: 301-407-6500, fax: 301-407-6501, email: reports@dhsprogram.com, Internet: www.dhsprogram.com.

Recommended citation:

Soura, Abdramane B. 2014. *Trends in Family Planning and Age at First Marriage among Women in Guinea: Further Analysis of the 2012 Demographic and Health Survey*. DHS Further Analysis Reports No. 94. Rockville, Maryland, USA: ICF International.

Contents

Tables v

Figures v

Abstract vii

1. Introduction 1

2. Data and Methods 3

2.1 Data 3

2.2 Statistical Methods 4

3. Main Findings 5

3.1 Knowledge and Use of Contraceptive Methods at a Point in Time 5

3.2 Knowledge and Use of Contraception at Some Point by Year of Birth and Age Group 5

3.3 Current Use of Contraception 6

3.4 The Choice and Source of a Method 8

3.5 Unmet Need for Family Planning 11

3.6 Trends in Age at First Marriage 14

4. Conclusions 17

References 19

Annexes 21

Tables

Table 1. Percent distribution of current users of contraception by type of method, by survey, and by selected background characteristics 10

Table 2. Unmet need for family planning according to selected background characteristics of women 13

Table 3. Percentage of women married at age 18 and 20 and median age at first marriage by survey and by women's background characteristics 15

Annex 1. Confidence intervals (95%) for several indicators 21

Figures

Figure 1. Percentage of women (age 15-49) who knew about a method of contraception by type of method and by survey 5

Figure 2. Percentage of women (age 15-49) who ever used a method of contraception by type of method and by survey 5

Figure 3. Percentage of women (age 15-49) who knew a method of contraception by age group and by year of birth 6

Figure 4. Percentage of women (age 15-49) who ever used a method of contraception by age group and by year of birth 6

Figure 5. Percentage of women (age 15-49) currently using contraception by type of method and by year 7

Figure 6. Percentage of women (age 15-49) currently using contraception by marital status, by reason for use, and by survey 8

Figure 7. Percent distribution of current users of contraception by type of method and by survey 9

Figure 8. Percent distribution of current users of modern methods of contraception by source of method most recently obtained, by type of method, and by survey 11

Figure 9. Unmet need for family planning by type and by survey 12

Figure 10. Variation in the median age at first marriage by age group and by birth year 14

Abstract

This report presents findings from secondary analyses of data from three Demographic and Health Surveys conducted in Guinea in 1999, 2005, and 2012. The objective of this report is to examine the patterns in knowledge and use of modern methods of contraception in Guinea since 1990, as well as changes in the age of first marriage, a proximate determinant of fertility. We will explore the findings related to these issues in three sections. We begin with a presentation of data examined and the statistical methods used in the analyses, followed by the findings obtained. The final section will discuss the implications of the analyses.

1. Introduction

World leaders have been greatly concerned about high fertility rates and population growth around the world. Although some studies support the hypothesis that population growth stimulates development (Lee, 2002), an increasing number of studies conducted from different disciplines show that overall well-being is threatened by an unsustainable population growth (Van Braeckel et al. 2012). Concerns related to rapid population growth stem from the uncertainty about whether the earth, with its human population and technology, will be able to provide sufficient resources for a rising population given that a large proportion of that population already has difficulties meeting its own basic needs. In that regard, a number of international conferences have been held to reaffirm the need for planning the timing of births. During the International Conference on Population and Development (ICPD) in Cairo in 1994, for instance, participants discussed the importance of providing universal access to reproductive health services, including Family Planning (FP) services, by 2015. The Maputo Action Plan for Africa in 2006 considered FP services as central to the strategy for achieving the Millennium Development Goals (MDG). At the conference on FP in West Africa in 2011 in Ouagadougou attended by representatives from eight francophone countries, both technical and financial experts pledged to promote FP in West Africa.

Despite these international commitments, contraceptive prevalence rates have increased very little, and total fertility rates have dropped slowly in a number of countries in Sub-Saharan Africa (SSA) (Tabutin et Schoumaker 2004; Bongaarts 2008; Ezeh et al. 2009). Moreover, in countries like Cameroun and Senegal, where fertility has decreased considerably, that decrease derives more from an increase in age at first marriage than from the use of FP (Fall et Ngom 2001; Akam 2007). In Guinea, there has been no real change yet in fertility. The data from the Demographic and Health Surveys (DHS) in Guinea showed a total fertility rate of 5.5 in 1999, of 5.7 in 2005, and 5.1 in 2012 with overlapping confidence intervals.

As in other francophone countries of West Africa, after independence Guinea adopted a population policy derived from French policy at the time that encouraged high fertility (pronatalist), a position that lasted until the end of the 1980s (Locoh 1989). In this context, it was difficult for political leaders to promote any reduction in fertility even if they were aware of the consequences of rapid population growth because of the value attached to having large families. Only in 1992 did the government of Guinea adopt its first population policy developed a few years earlier to monitor population growth (MSPH and WHO 2005). That policy was revised in 1996 in order to gain control over population growth (MSPH 2012).

Although FP was given a central role in the Guinean policy for population growth, the first national plan for reproductive health (a 10 year plan) was not formulated until 2000. A law related to reproductive health services was also passed in 2000; The law stated that “couples and individuals have the right to make free and informed choices about their own reproductive health in accordance with legal principles, accepted practices, and good conduct. They can determine themselves the number of children they have, the timing of their births, and have information and access to the best reproductive health services” (law L/10/2000/AN of 10 July). However, the decree that initiated the application of this law was signed only in 2010, 10 years later (MSPH 2012).

Thus FP in Guinea did not receive any state financing before 2011 even though a strategic plan for repositioning FP was formulated in 2008 to increase both access and use of modern contraception (MSPH 2012). The government strategy for promoting FP relied on a diverse set of interventions from a variety of nongovernmental organizations such as l’Association Guinéenne pour le Bien-Être Familial (AGBEF), Population Services International (PSI), Engender Health, MCHIP-Jhpiego, as well as donors such as UNFPA, USAID, the World Bank, the International Planned Parenthood Federation (IPPF), the German Aid for Development (GIZ), and the West African Health Organization. In this context of multiple interventions, how did FP services develop? How does one explain its progress and/or setbacks?

The objective of this report is to examine the patterns in knowledge and use of modern methods of contraception in Guinea since 1990, as well as changes in the age of first marriage, a proximate determinant of fertility. We will explore the findings related to these issues in three sections. We begin with a presentation of data examined and the statistical methods used in the analyses, followed by the findings obtained. The final section will discuss the implications of the analyses.

2. Data and Methods

2.1 Data

This report presents findings from secondary analyses of data from three DHS surveys conducted in Guinea in 1999, 2005, and 2012. These surveys are part of a worldwide program of demographic and health surveys implemented by ICF International (formerly Macro International) and its partners. The goal of The DHS Program is to collect, analyze, and disseminate demographic data related to fertility, FP, and mother and child health. Data on FP focus on the knowledge and use (current and past) of contraception.

Even though these surveys collect data from both men and women, this study draws only on the sample of women of reproductive age (age 15-49), the population usually targeted for studies of contraception. The sample of women was 6,753 for the 1999 survey, 7,954 for the 2005 survey, and 9,142 for the 2012 survey. In each case the sample was representative at the national, the regional, and the residence (urban/rural) levels. The sample was selected using a stratified, two-stage cluster design with enumeration areas being the sampling units for the first stage. The enumeration areas were selected proportionally according to their size by number of households from the most recent census (the census of 1996 for the 1999 and 2005 surveys and the 2012 census for the 2012 survey). Within each enumeration area selected, the number of households was listed and a fixed number of households was randomly chosen. All women age 15-49 in the selected households were interviewed except for those who were unavailable. All the men in the households age 15-59 were also selected for interviews in a sub-sample of households (usual 1 in 2).

Information on age at first marriage is found in a section of the questionnaire entitled “marriage and sexual activity.” This section includes questions on the current marital status of the woman, the presence of her partner in the household, her experience with prior unions, and her age at first marriage. In DHS surveys, all women who have already lived or who currently live with a partner as if married are considered as having been in union, whether the union was legalized or not, formal or informal.

The section of the questionnaire on contraception concerns mainly knowledge of methods of contraception, current and past use of contraception, the methods used, and the places of access and the distribution of modern methods. Modern methods of contraception include female sterilization, male sterilization, inter-uterine devices (IUDs), injectables, implants, pills, male condoms, female condoms, diaphragms, foam, and gels. Methods such as withdrawal, periodic abstinence, breastfeeding, and amenorrhea are considered as traditional methods in this study. It should be noted that information on past use of contraception by type of method (modern/traditional) was not collected in the 2012 DHS survey. Thus, our analysis of past use by method type is limited to the 1999 and the 2005 surveys.

Beyond the knowledge and use of contraception, we will be interested in the unmet or need for FP. When a woman or a couple seeks to limit or space future births, we say there is a need for FP (Bertrand et al 1994). The need for FP is thus made up of the need for spacing births and the need for limiting the number of births. This sense of FP allows us to calculate the total number of respondents who should be served if all women wishing to avoid a future pregnancy, or who wish to space their births, were to seek a method of FP. Unmet need for FP is generally measured among married women. It includes those who “are not using any method of contraception, who are not infertile, and who are not currently pregnant and who do not want any more children or who wish to wait two years or more before the next birth” (Mariko et al. 2009, p.3). Also included in this category of women with unmet need are “women who are pregnant or with amenorrhea for which the last or the current pregnancy was unwanted or poorly planned” (Mariko el al. 2009, p.3). Given the complexity of this definition, the DHS data sets available for public use

provide numbers for women with unmet need already calculated in order to avoid possible errors that could result from individual efforts to calculate such numbers.

We will show crosstabs of knowledge and use with selected socio-demographic (background) variables theoretically associated with health behavior, namely age, marital status, education, religion, ethnicity, urban/rural residence, access to the media, and wealth status.

The level of education attained has been coded and classified into three categories: those with no education, with some primary education, and those with secondary education or higher. Three categories of religion were retained: Islam, Christianity, and Other. The majority of those in the 'Other' category were animists. Residence was recorded as either urban or rural. The ages of women were grouped into five year categories. The variable 'access to media' was generated by combining the responses to three questions asking whether they had used media in the past week: reading a newspaper or a magazine; listening to the radio; watching television. Responses were classified into three categories: no access to media, access to one form of media, and access to at least two forms of media. Women who reported that they had not read a newspaper or magazine, had not listened to the radio, and had not watched television were considered as not having access to media. Similarly, those who responded positively to one of the media questions were considered as having access to one form of media, and those with two or more positive responses were placed in the third category. Household wealth status is estimated with household's possessions and incorporated into the DHS databases. Five quintiles are distinguished, going from the poorest to the richest households.

2.2 Statistical Methods

This report has used descriptive statistics derived from a comparison of means and proportions to describe changes in contraceptive knowledge and practice from one survey to another. The statistical significance of some changes were established using confidence intervals. In the analysis of age at first marriage, we examined life tables in which the age at first marriage, or the current age for never married women, became the variable of duration. The median age at first marriage as well as the proportion of women married by the age of 18 and 20 was deduced from the life tables to estimate a possible increase in the age at first union. This method of using life tables does not allow for any weighting of the data or the use of confidence intervals. Since the estimates made from this method come close to the values found in published articles, we consider contrasts in values of a certain size as significant.

3. Main Findings

3.1 Knowledge and Use of Contraceptive Methods at a Point in Time

As can be seen in the results shown in Figure 1, the proportion of women who reported knowing about a method of contraception, whether modern or traditional, increased markedly from 1999 to 2005, rising from 71.6 percent to 92.1 percent. In 2012 that figure remained at about 90 percent, indicating no change from 2005. It is the knowledge of modern methods that has changed the most and that explains most of the overall change. The proportion of women who know about a modern method was 71 percent in the survey of 1999, 91.8 percent in 2005, and 89.8 in 2012. The knowledge of traditional methods shows a rather different pattern of change. After being around 30 percent in 1999 and 33.2 percent in 2005, the proportion increased to 55.7 percent in the 2012 survey.

Figure 1. Percentage of women (age 15-49) who knew about a method of contraception by type of method and by survey

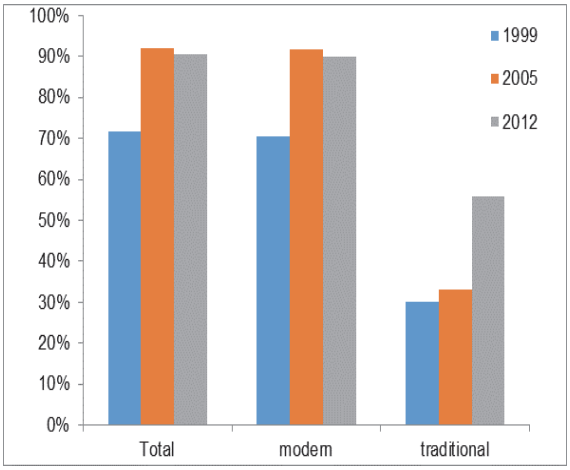
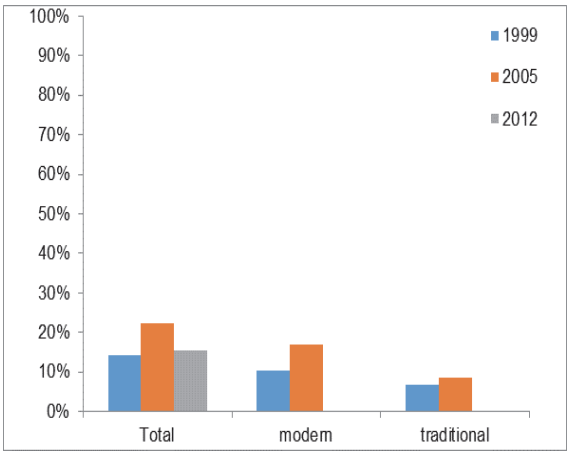


Figure 2. Percentage of women (age 15-49) who ever used a method of contraception by type of method and by survey



The use of FP methods, whether current or past, remains rather low overall: fewer than one in four women have used contraception in each of the three surveys (Figure 2). One finds major contrasts between the proportion of women who reported knowledge and ever use of a method; those differences widen over time: 58 percentage points in 1999, 70 points in 2005, and 75 points in 2012. The proportion of women who ever used contraception rose significantly from 1999 to 2005, and involved both modern and traditional methods. The use of modern methods increased from 10.2 percent to 16.9 percent while traditional methods rose from 6.7 percent to 8.6 percent. However, the overall value of ever use in 2012 returned to the 1999 level.

3.2 Knowledge and Use of Contraception at Some Point by Year of Birth and Age Group

Figures 3 and 4 show how knowledge of and current and ever use of contraception has changed by age group and by year of birth. The figures show the trends over time in knowledge and ever use of contraception and of the possible effects of grouping by age in the trends in knowledge and in ever use from one survey to the next. If one finds an increase in knowledge of contraception in one age group by

year of birth, it means that knowledge in that age group has improved. Moreover, if such a trend is evident for all age groups, we can conclude that the increase is real and not related to any ambiguity linked to age. In fact, this trend can be observed in Figure 3 that shows an increase in the proportion of women who know a method of FP from 1999 to 2005 in all age groups. The largest increases are found in the oldest age group (age 40-49). The levels of knowledge were relatively low in 1999 (60%-70%) but moved to around 85 percent in 2005. However, the levels of knowledge found in 2012 did not show any changes from 2005.

Figure 3. Percentage of women (age 15-49) who knew a method of contraception by age group and by year of birth

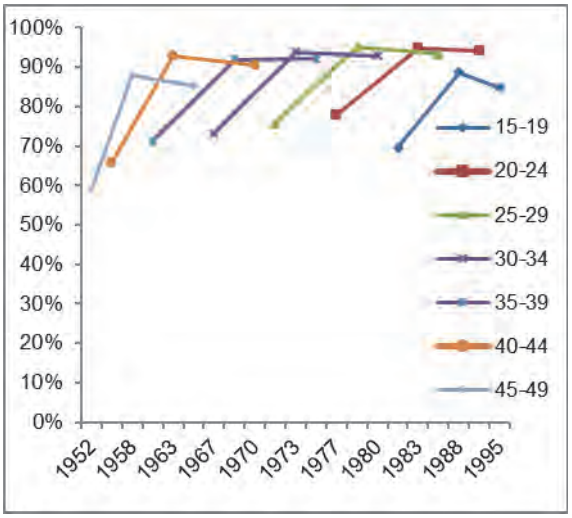


Figure 4. Percentage of women (age 15-49) who ever used a method of contraception by age group and by year of birth

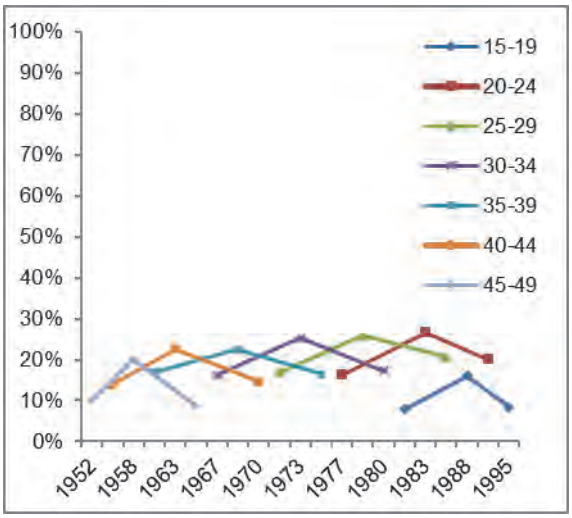
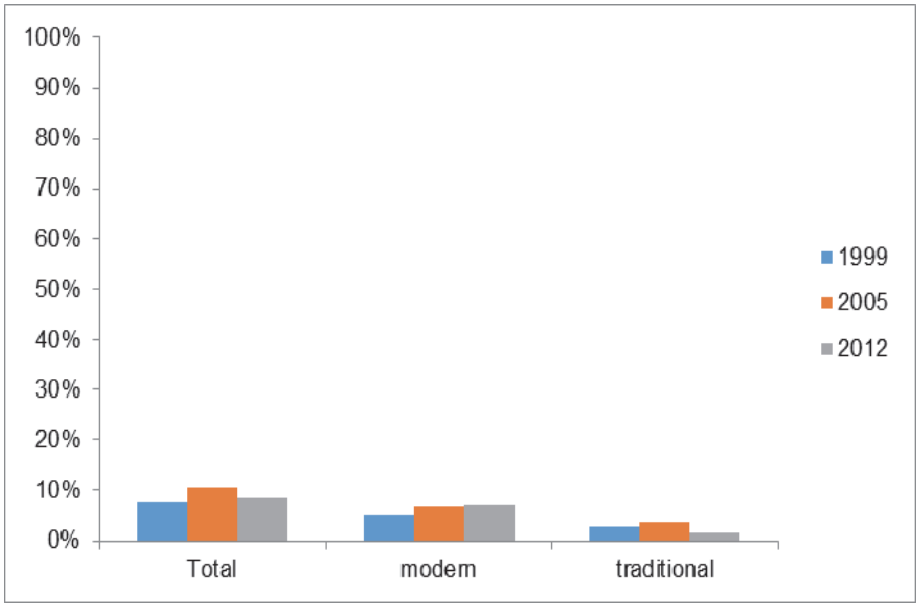


Figure 4 shows the same trends in ever use of contraception by age group as were found for knowledge of FP. No matter which age group is considered, the proportion of women who reported ever using contraception increased markedly from 1999 to 2005, sometimes even increasing by 100 percent. The 2012 survey, however, showed a uniform decrease in ever use. The youngest age group (age 15-19) shows a lower level of ever use than all others in all three surveys.

3.3 Current Use of Contraception

Figure 5 shows that the level of current use of contraception remains rather low in Guinea. Although current use increased to 10.4 percent in 2005 from 7.6 percent in 1999, the 2012 survey showed a lower level of current use at 8.5 percent. Considering only modern methods, current use increased from 4.9 percent in 1999 to 6.8 percent in 2005, and remained the same in 2012 at 7.0 percent. The use of traditional methods also increased slightly from 1999 to 2005, going from 2.7 percent to 3.6 percent, only to drop again in 2012 to 1.5 percent. The decrease in the levels of overall current use in 2012 can thus be attributed to lower use of traditional methods.

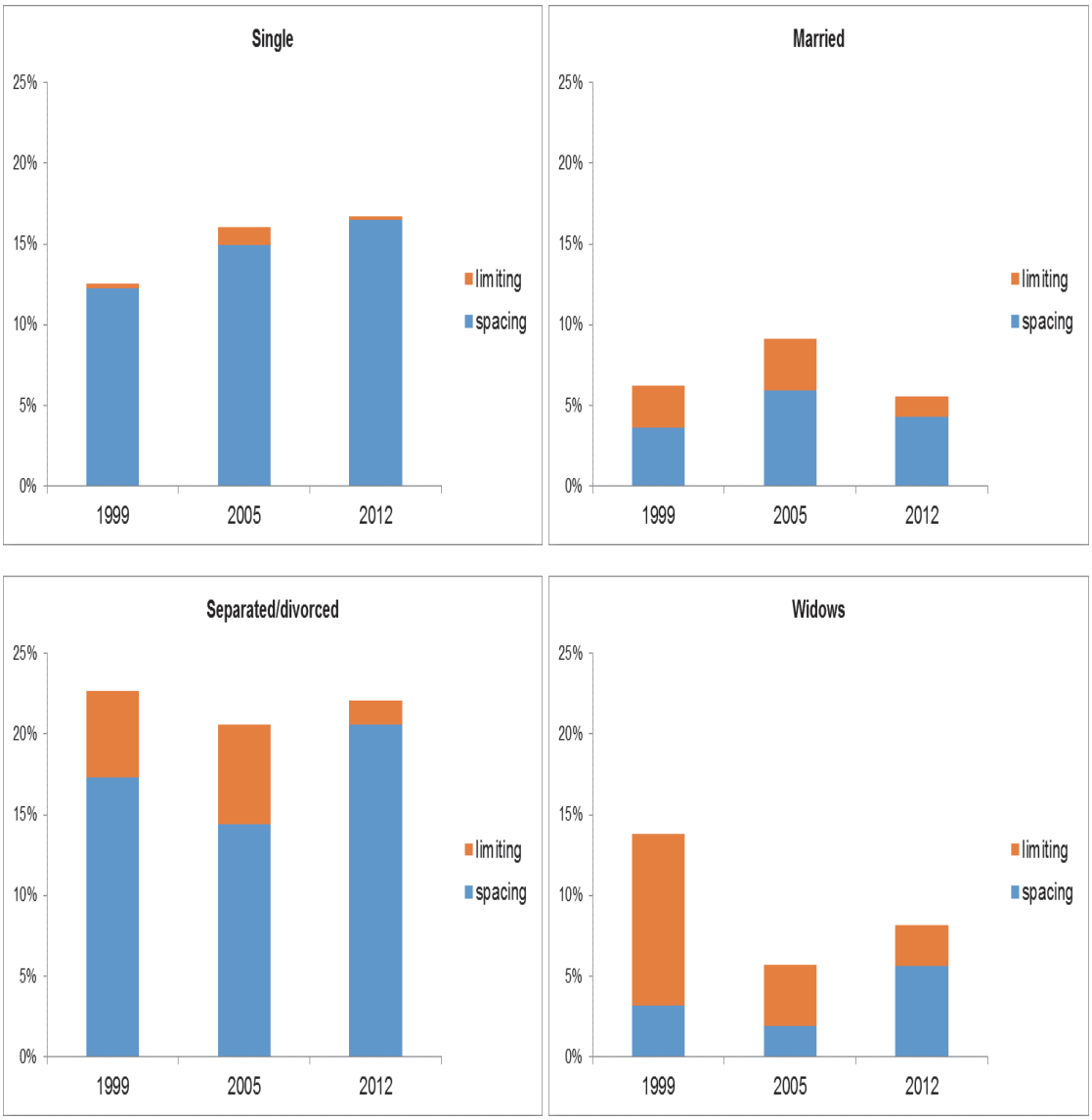
Figure 5. Percentage of women (age 15-49) currently using contraception by type of method and by year



When current use is considered by marital status and by reason for use as shown in Figure 6, we find much higher levels of use for single women and those divorced or separated. Among single women, current use increases steadily from 1999 to 2012 (12.3% to 16.5%), while among divorced and separated women, current use is stable at around 22 percent. Current use among widows shows a rather different trend: a large decrease from 1999 to 2005 (13.8% to 5.1%), followed by a small increase to 8.2 percent in 2012. A consideration of the situation of women in union (married or living as married) leads to a better understanding of the overall trends in current use. The trends in levels of current use among women in union resemble those of the overall levels: an increase from 1999 to 2005, and then a decrease in 2012. This parallel in trends is easily understood when we note that women in union make up the majority of the sample in each survey: (82.5% in 1999, 79.1% in 2005 and 73.6% in 2012).

Figure 6 shows that contraception is used mainly for spacing births by women in all categories of marital status except for widows, who more often used contraception for limiting births in 1999 and 2005.

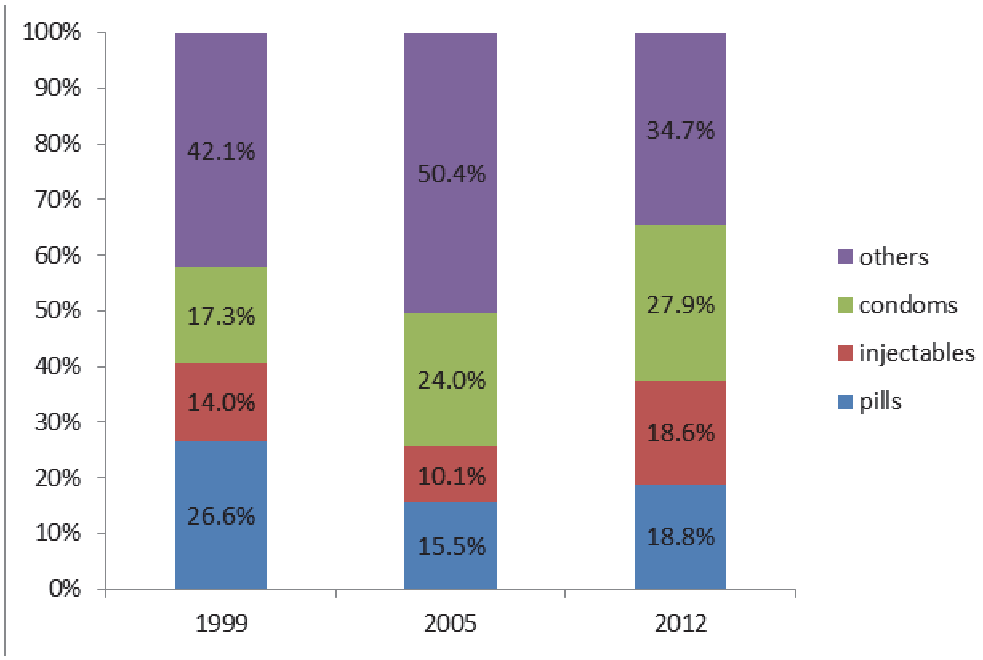
Figure 6. Percentage of women (age 15-49) currently using contraception by marital status, by reason for use, and by survey



3.4 The Choice and Source of a Method

An analysis of the trends in contraceptive methods chosen by current users shows that the use of pills dropped dramatically from 1999 to 2005, but then increased somewhat in 2012. Condom use increased steadily, from 17.3 percent in 1999 to 24.0 percent in 2005 and to 27.9 percent in 2012. The proportion of women using injectables varied greatly from one survey to the next: from 14.0 percent in 1999 to 10.1 percent in 2005, and then to 18.6 percent in 2012. It seems useful to note that these three methods (pills, condom, injectables) comprised 58 percent of all methods in 1999, slightly less in 2005, and then rose again to 65 percent in 2012.

Figure 7. Percent distribution of current users of contraception by type of method and by survey



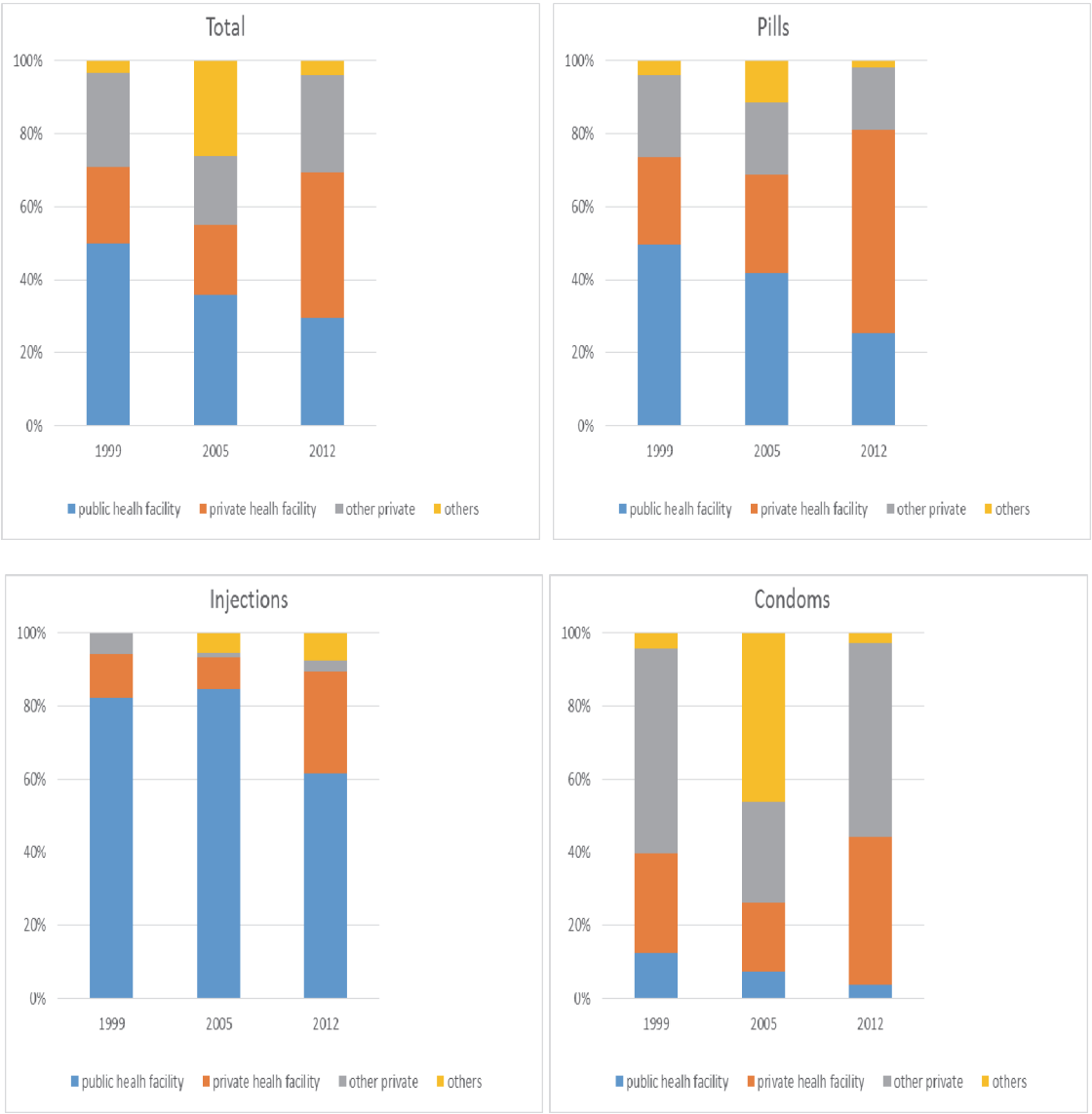
Compared to levels in 1999, the decline in the use of pills in 2012 has occurred among all economic classes and all age groups except women aged 40-44 (Table 1). The decrease was also important among women with no education (33.1% in 1999 to 20.6% in 2012), for those in a union (33.5% in 1999 to 21.0% in 2012) and among widows (38.5% in 1999 to 30.8% in 2012). Regarding condom use, its increase is observed in almost all age groups (with the exception of those aged 15-19 and 40-44 years), among educated women, separated or widowed and whatever the economic status. The V-shape observed in the use of injectable is observed in all economic groups, in almost all age groups, among women with primary education, and among single women and married women (Table 1).

Table 1. Percent distribution of current users of contraception by type of method, by survey, and by selected background characteristics

Women's background characteristics	Current method used											
	Pills			injectables			Condoms			others		
	1999	2005	2012	1999	2005	2012	1999	2005	2012	1999	2005	2012
Age group												
15-19	13.9%	7.9%	9.8%	0.0%	4.2%	11.6%	41.7%	46.6%	42.9%	44.4%	41.3%	35.7%
20-24	20.6%	10.3%	17.1%	11.8%	10.3%	16.2%	28.4%	31.5%	38.3%	39.2%	47.9%	28.4%
25-29	26.3%	12.6%	19.1%	15.8%	7.7%	16.0%	14.7%	22.4%	28.7%	43.2%	57.3%	36.2%
30-34	29.9%	24.5%	19.2%	14.3%	12.3%	23.2%	6.5%	9.4%	13.1%	49.3%	53.8%	44.5%
35-39	36.5%	14.4%	26.1%	18.8%	14.4%	23.9%	7.1%	10.8%	12.5%	37.6%	60.4%	37.5%
40-44	29.2%	29.2%	31.9%	18.8%	16.7%	29.8%	8.3%	2.8%	8.5%	43.7%	51.3%	29.8%
45-49	38.2%	36.4%	19.0%	29.4%	18.2%	38.1%	0.0%	4.5%	9.5%	32.4%	40.9%	33.4%
Education												
None	33.1%	14.6%	20.6%	18.4%	11.1%	22.7%	12.6%	11.7%	13.8%	35.9%	62.6%	42.9%
Primary	20.9%	20.7%	19.1%	9.3%	8.6%	24.5%	18.6%	28.4%	27.3%	51.2%	42.3%	29.1%
Secondary or higher	20.7%	14.7%	17.0%	10.7%	9.2%	12.9%	22.9%	46.2%	41.5%	45.7%	29.9%	28.6%
Marital status												
Single	7.6%	10.0%	14.8%	5.1%	7.1%	13.6%	39.0%	51.0%	47.5%	48.3%	31.9%	24.1%
Married	33.5%	17.8%	21.0%	16.2%	10.6%	23.9%	10.1%	11.7%	8.2%	40.2%	59.9%	46.9%
Separated	17.1%	7.3%	27.3%	17.1%	22.0%	18.2%	20.0%	53.7%	36.4%	45.8%	17.0%	18.1%
Widow	38.5%	25.0%	30.8%	30.8%	0.0%	0.0%	7.7%	37.5%	46.2%	23.0%	37.5%	23.0%
Wealth Quintile												
Poorest	29.6%	8.3%	10.0%	18.5%	8.3%	20.0%	3.7%	7.1%	25.0%	48.2%	76.3%	45.0%
Poor	18.8%	8.3%	12.6%	18.8%	13.5%	16.8%	8.3%	9.4%	7.4%	54.1%	68.8%	63.2%
Middle	36.0%	18.0%	14.4%	20.0%	7.5%	21.6%	10.0%	14.3%	23.7%	34.0%	60.2%	40.3%
Rich	36.4%	15.8%	23.4%	20.9%	13.8%	19.5%	14.0%	25.1%	27.2%	28.7%	45.3%	29.9%
Richest	20.9%	18.0%	21.1%	8.1%	8.5%	17.6%	23.3%	36.4%	35.3%	47.7%	37.1%	26.0%
Total	**26.6%**	**15.5%**	**18.8%**	**14.0%**	**10.1%**	**18.6%**	**17.3%**	**24.0%**	**27.9%**	**42.1%**	**50.4%**	**34.7%**

Figure 8 shows the distribution of the places where modern FP methods were obtained by type of source: public health facilities, private health facilities, other private facilities, and undetermined sources. With regard to the source of methods, Figure 8 shows that public health facilities dominated in 1999 and 2005 with 49.9 percent and 35.8 percent respectively. In the 2012 survey, the use of private health facilities surpassed public ones, as they supplied 40.1 percent of modern methods obtained. This drop in the use of public health facilities for modern contraceptives can be seen in all three methods: pills, injectables, and condoms. Similarly, for each of these methods, the change in preference from public to private facilities can be seen in the use of all three methods. As for other sources (shops, kiosks, markets, etc.), the proportion of methods provided was the same in 2012 as in 1999 even though the proportion so obtained in 2005 had decreased for condoms.

Figure 8. Percent distribution of current users of modern methods of contraception by source of method most recently obtained, by type of method, and by survey



3.5 Unmet Need for Family Planning

The estimates of unmet need for FP in the three DHS surveys seen in Figure 9 show a significant decrease from 1999 to 2005, along with a slight increase (not significant) from 2005 to 2012. Most of this demand for FP stems from a desire for birth spacing, but it parallels the overall demand since the need for limiting the number of children did not vary widely. The decrease and subsequent increase in demand for birth spacing (from 16.2% in 1999 to 13.4% in 2005 to 17.1% in 2012)) are statistically significant. The small decrease in demand for limiting from 2005 to 2012 (8.6% to 6.6%) was significant.

Figure 9. Unmet need for family planning by type and by survey

The decrease observed in unmet need for FP from 1999 to 2005 is also reflected in trends among women when classified according to selected background characteristics. Table 2 shows a trend of increasing unmet need among women without education, Muslims, inhabitants of rural areas, those not exposed to media, the Fulani ethnic group, and to a lesser degree, those of Mandinka or Sussu ethnicity. Some of these categories of women form a majority of the population in Guinea. For example, in the 2012 sample, 87 percent of the women are Muslim, 67 percent have no education, and 64 percent live in rural areas. Table 2 also shows an increase in unmet need for FP from 2005 to 2012 among nearly all categories of women grouped according to background characteristics. It should be noted, however, that only among Muslims and among Fulani was this increase found to be statistically significant (see annex 1).

On the other hand, among Christian women, among those of Guerze, Kissi and Toma ethnicity (included in the 'Other' category), and among those with a secondary or higher education, one observes a decrease in unmet need for FP between the last two surveys. This decrease is significant for each of the three ethnicities of the forest region of Guinea. This decrease, however, follows an increase in levels of unmet need from 1999 to 2005 among both Christians and among the three ethnic groups: from 19.4 percent to 29.1 percent and from 20.5 percent to 26.6 percent respectively.

In connection with household wealth quintile, the change in total unmet need is not noticeable. In all quintiles, there is a slight decrease between 1999 and 2005, followed by a slight increase between 2005 and 2012. It is important to note that unmet need remains high regardless of wealth status.

Table 2. Unmet need for family planning according to selected background characteristics of women

Women's background characteristics	Unmet need								
	Total			Spacing			Limiting		
	1999	2005	2012	1999	2005	2012	1999	2005	2012
Education									
None	24.6%	20.9%	22.6%	15.9%	12.6%	15.5%	8.7%	8.4%	7.0%
Primary	29.6%	25.4%	28.5%	21.2%	15.0%	22.4%	8.4%	10.4%	6.0%
Secondary and higher	24.2%	30.3%	27.3%	15.3%	22.2%	23.8%	8.9%	8.1%	3.5%
Religion									
Muslim	25.7%	21.0%	24.2%	17.1%	12.7%	17.3%	8.6%	8.3%	6.9%
Christian	19.4%	29.1%	22.8%	11.6%	19.2%	16.9%	7.8%	9.8%	5.8%
Other	22.1%	25.4%	16.5%	10.5%	15.1%	14.1%	11.6%	10.3%	2.4%
Exposure to media									
No media	24.9%	20.0%	21.3%	16.2%	12.2%	15.3%	8.8%	7.8%	6.1%
1 media only	28.4%	21.8%	23.0%	19.1%	12.6%	16.8%	9.3%	9.2%	6.2%
2 media or more	24.1%	25.0%	26.7%	15.9%	17.0%	19.1%	8.2%	8.0%	7.5%
Residence									
Urban	25.8%	23.0%	25.7%	16.6%	14.8%	18.3%	9.2%	8.2%	7.3%
Rural	24.6%	21.5%	22.9%	16.0%	12.9%	16.6%	8.6%	8.7%	6.3%
Ethnicity									
Sussu	27.8%	24.5%	28.2%	17.5%	14.9%	20.1%	10.3%	9.6%	8.1%
Fulani	26.3%	18.8%	22.9%	18.9%	11.8%	16.5%	7.4%	7.0%	6.4%
Mandinka	24.0%	21.6%	23.5%	14.9%	12.4%	16.6%	9.0%	9.1%	6.9%
Other	20.5%	26.6%	20.8%	10.9%	16.7%	16.2%	9.6%	9.9%	4.6%
Wealth Quintile									
Poorest	22.7%	19.6%	21.7%	16.1%	11.4%	14.8%	6.6%	8.2%	6.9%
Poor	22.6%	20.3%	21.3%	14.3%	12.2%	17.1%	8.3%	8.1%	4.2%
Middle	26.9%	23.7%	21.9%	16.2%	14.8%	15.5%	10.7%	8.9%	6.5%
Rich	27.3%	23.5%	27.1%	17.9%	14.0%	19.1%	9.4%	9.5%	8.0%
Rchest	25.8%	23.1%	27.4%	16.7%	15.0%	19.6%	9.1%	8.1%	7.7%
Total	**24.9%**	**21.9%**	**23.7%**	**16.2%**	**13.4%**	**17.1%**	**8.7%**	**8.5%**	**6.6%**

The dominance of using FP for birth spacing versus for limiting the number of children is a pattern that appears in all categories of women. This suggests that, in Guinea, contraception is thought of more as a means for timing births and not birth control. Women without education, rural inhabitants, Muslims, those of Fulani ethnicity, and those without access to media show a trend in the form of a V with regard to unmet need for spacing, just as was observed for unmet need in general. Women with primary school education, urban inhabitants, as well as those of Mandinka and Sussu ethnicity also show this same trend, though we should note that the decrease in unmet need from 1999 to 2005 for these groups is not statistically significant. Somewhat to our surprise, women with a secondary or higher education display an increase in unmet need in 2005 and in 2012 despite their higher use of health care services and their (presumed) greater openness to cultural change.

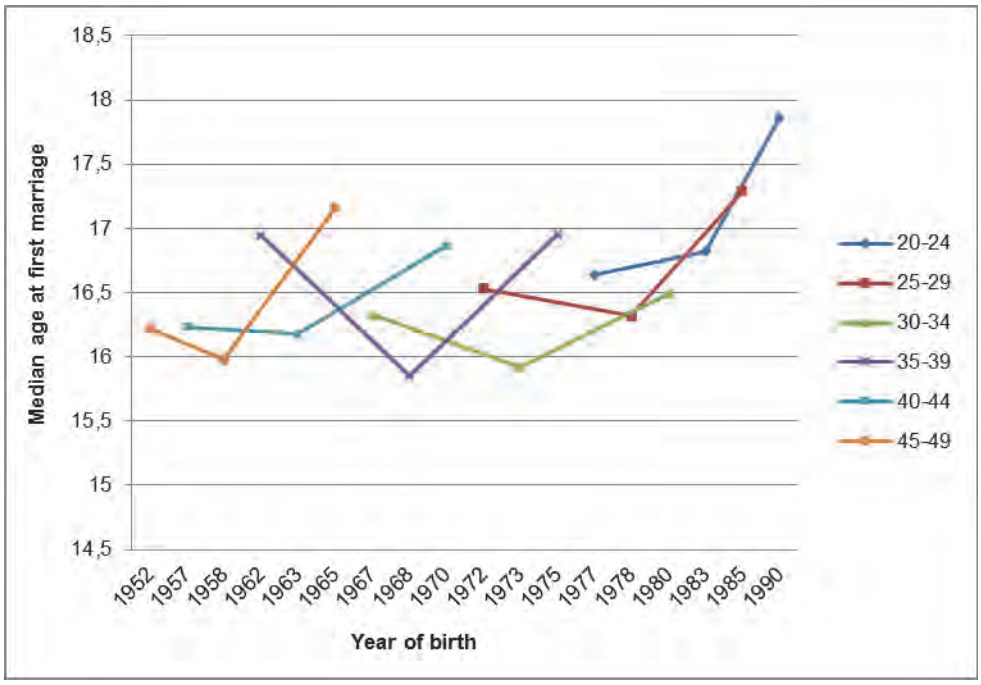
The general picture observed for unmet need for limitating, a level constant between 1999 and 2005 followed by a decrease in 2012, is also reflected in the values for many categories of women classified by

background characteristics. This was true for Muslims, those who are neither Muslim nor Christian, ethnic minorities, all levels of education, and those with no media or exposure to one media channel. On the other hand, the level of unmet need for limiting hardly varied in the three surveys among women of Mandinka, Sussu, or Fulani ethnicity, urban women, or women with access to two or three media channels (Table 2).

3.6 Trends in Age at First Marriage

The analysis of life tables indicates that women in Guinea marry at an early age. In fact, the 1999 DHS found that the median age of marriage in the sample was 16.5 years. Subsequent surveys found that the median age of marriage was 16.1 years in 2005 and 17.1 in 2012. Figure 10 shows in contrasting outlines the trends in the median age at first marriage by age group, but do not constitute evidence of a rise in age at first marriage over time. Only with the youngest age group (age 20-24) can one see an increase in median age at first marriage: 16.6 in 1999, 16.8 in 2005, and 17.9 in 2012. In each of the other age groups, the lines in Figure 10 show a V shape, indicating a drop in the median age from 1999 to 2005 followed by a rise in the survey of 2012.

Figure 10. Variation in the median age at first marriage by age group and by birth year



The presentation of the proportion of women who were married by the age of 18 and 20 classified by selected background characterisitics in the three DHS surveys reveals a number of major contrasts (Table 3). With regard to levels of education, the median age at first marriage does not vary from one survey to the next for women with no education or those with primary education. For women with secondary education, however, the median age increased from 2005 to 2012 (20.1 to 24.0). This trend found in median age is also evident in the proportion of women married by the age of 18 and 20; Those proportions dropped substantially from 2005 to 2012 among women with a secondary education. The proportion of those married by age 18 decreased from 47.1 percent to 28.5, and those married by the age of 20 dropped from 56.4 percent to 38.7 percent.

Table 3. Percentage of women married at age 18 and 20 and median age at first marriage by survey and by women's background characteristics

Background characteristics	% of women married by age 18			% of women married by age 20			Median age at first marriage		
	1999	2005	2012	1999	2005	2012	1999	2005	2012
Education									
None	78.3%	85.0%	75.2%	89.3%	91.5%	86.1%	16.2	15.9	16.5
Primary	68.2%	69.6%	60.7%	79.3%	82.3%	72.9%	17.3	17.1	17.7
Secondary or higher	37.7%	41.7%	28.5%	53.4%	56.4%	38.7%	20.5	20.1	24
Religion									
Muslim	73.1%	81.5%	66.8%	84.3%	88.6%	77.7%	16.5	16	17.1
Christian	74.5%	71.7%	64.0%	85.8%	81.0%	75.2%	16.3	16.8	17.4
Other	80.4%	72.9%	67.4%	94.2%	89.3%	78.6%	16.5	17.1	17.4
Residence									
Urban	62.5%	66.1%	50.8%	74.9%	77.4%	62.3%	17.6	17.4	18.9
Rural	79.0%	85.7%	75.8%	90.0%	92.1%	86.5%	16	15.9	16.3
Ethnicity									
Sussu	67.4%	74.8%	53.7%	79.7%	83.6%	65.2%	17.4	16.9	18.5
Fulani	78.1%	85.2%	72.6%	87.8%	91.2%	83.0%	15.9	15.6	16.5
Mandinka	70.9%	79.5%	66.0%	83.1%	87.4%	77.2%	16.8	16.4	17.3
Other ethnicity	77.7%	75.3%	65.4%	90.6%	86.3%	77.1%	16.3	16.7	17.3
Wealth Quintile									
Poorest	81.0%	88.0%	81.0%	92.4%	93.9%	89.9%	15.9	15.6	16.1
Poor	78.8%	87.8%	74.6%	89.4%	92.9%	84.9%	16	15.8	16.3
Middle	78.5%	84.1%	74.5%	89.5%	92.0%	85.7%	16.1	16.1	16.5
Rich	74.4%	78.1%	62.4%	85.7%	85.9%	76.3%	16.6	16.6	17.7
Richest	57.7%	60.9%	42.4%	70.1%	73.2%	52.5%	18.1	17.9	20.5
Total	**73.7%**	**80.4%**	**66.6%**	**85.1%**	**88.0%**	**77.6%**	**16.5**	**16.1**	**17.1**

The increase in age at marriage in all socio-economic classes is noticeable between 2005 and 2012 and is much higher in the most affluent households (Table 3). In the richest household wealth quintile, for example, the median age at first marriage has risen from 17.9 years to 20.5 years over the period. In the same group, the proportion of women married by age 18 has declined from 60.9 percent to 42.4 percent and that of women married by 20 years decreased from 73.2 percent to 52.5 percent. This rise in age at marriage regardless of the wealth quintile of women could be explained by occupational instability (especially among men) due to the economic crisis in a context made more difficult by a political crisis from 2008.

In the domain of cultural variables, the trends in age at first marriage differ among Muslims and Christians. The age at first marriage among Muslims mirrors exactly the overall totals that show a decrease in age at first marriage from 1999 to 2005 followed by an increase to 17.1 in 2012. Among Christians, the median age at first marriage increases in 2005 and in 2012. Similarly, the proportion of women married by the age of 18 decreased in the 2005 and the 2012 surveys from 74.5 percent to 71.7 percent to 64.0 percent. The same trend is visible among Christians for the proportion of women married

by the age of 20 as well as for religious minorities. Among Muslims, the median age at first marriage varies less from 1999 to 2012 than among Christians and among those of other religions. As for the various ethnic groups, Fulani women marry earlier than others, and the median age at first marriage changed only slightly over time from 1999 to 2012. Although the median age of first marriage for Mandinka women is nearly a year later than for Fulani, their overall rate of change resembles that of the Fulani. Finally, Sussu women marry later than do other ethnic groups and their median age at first marriage increased (from 17.4 in 1999 to 18.5 in 2012), more than for other ethnicities. Among ethnic minorities, one finds an increase similar to that of Sussu women (Table 3).

It seems important to note that the increase in the median age of first marriage occurred only in urban areas where it was found to be 17.6 in 1999 and 18.9 in 2012 and where the proportion of women married at the age of 18 and 20 decreased over time by more than 10 percentage points. In rural areas, the median age at first marriage remained near 16.0 in all three surveys and the proportion of women married at age 18 and 20 decreased by a small amount.

4. Conclusions

As in other African countries, fertility rates in Guinea have remained at a high level over the last 15 years. This lack of change raises the question of what has shifted in two main factors that affect fertility: the use of FP and the age at first marriage. The secondary analysis of data from the past three DHS surveys conducted for this report has sought to shed light on this question.

The findings have shown that women in Guinea have been marrying at very early ages and that the age at first marriage has not risen except from 2005 to 2012. This modest increase in age at first marriage can be seen mostly in urban areas, among women with a secondary education or more, among Christian women, and among Sussu women. This change in age at first marriage was not followed by a decrease in fertility in a period of time when contraceptive prevalence changed very little, despite an increase in knowledge of modern methods of contraception and a large amount of unmet need for FP.

Among married women, the sub-group most exposed to the risk of fertility, one even sees a decrease in the use of contraception between 2005 and 2012, when contraceptive use returned to the levels of 1999. The use of modern methods of contraception during this period did increase among single women, a sub-group less exposed to the risk of fertility, in a cultural context where home is the main place of reproduction. These women used mostly condoms for contraception. Overall, the rate of condom use increased progressively among women in Guinea from 1999 to 2012, while at the same time, the use of pills decreased. The use of injectables decreased from 1999 to 2005 and then increased again in 2012.

The framework and analyses of this study is puzzled by the lack of increase in the use of contraception between 2005 and 2012. One wonders if the political regime, especially for the period of 2008 to 2010, may have impeded the efforts of the many nongovernmental organizations and their partners in the promotion of FP. As we have already mentioned, at one time (before 2011), public funding for FP was non-existent in Guinea. Even if it does exist now, it remains low so that the purchase of contraceptives depends heavily on technical and financial partners (Delamou et al 2014). The use of external financing reduces the decision-making power of the country and even the local actors as the Guinean Association for Family Welfare, particularly in the choice and quantity of contraceptives to import (Delamou et al 2014). This leads inevitably to the discontinuity of FP services in the event of stock-outs or end of funding or withdrawal of a partner.

These problems are recognized by the Ministry of Health in the new National Action Plan for repositioning FP for the period 2014-2018 (MSHP 2013). Existing initiatives are inadequate or insufficient. For example, while in theory all health facilities offer FP services, in 2013, only 29.4 percent of them offered basic FP services, that is to say, pills and / or injectable (MSHP 2013). In 72.2 percent of facilities, long term methods (intrauterine devices and implants) were not available (MOH, 2013). To this lack of service are added problems of stock-outs of contraceptives. A national survey to assess public FP services in 2009 had estimated on average 25.7 days of stock-outs per year in secondary hospitals in Conakry (Delamou et al 2014). In all other secondary hospitals in the country and in all primary health centers, the average number of days of stock-out was at 58.5 per year (Delamou et al 2014).

The quality of service is also to be taken into account because according to the Ministry of Health (2013), some health workers providing FP services have been trained many years ago and have never been refreshed. Worse, others were trained on the job and are nowadays using outdated practices. All this occurs in a context marked by the absence of monitoring and evaluation to inform decision making and improve the quality of services (Delamou et al 2014).

At the policy level, our findings have implications for the promotion of FP. The low level of contraceptive use, combined with the high level of unmet need for FP, regardless of the place of residence and the economic status indicate that FP services should be made more accessible and tailored more closely to the needs of specific target groups. The analysis has found, for example, that married women have turned increasingly toward injectables while turning away from the use of the pill. The implication of this reality suggests that married women prefer the "certainty" to occasionally missed pills. But for this trend to consolidate, we must strengthen the supply of injectable methods through a better training, greater numbers, and a more consistent supply.

Data also show a steady increase in the use of condoms among single women from 1999 to 2012, as well as some increase in their use of the pill. This use of the pill for FP has also increased among women who are separated/divorced, while widows have been turning to condom use. This indication reinforces the idea of the "trivialization" of the condom as a barrier method when having sex. Unfortunately, the increase in pill use among single women should be acknowledged with caution due to the fact that it protects against unwanted pregnancies but not against sexually transmitted diseases.

Finally, the analysis has also found that women seeking contraception have turned away from the use of public health care facilities and toward private health facilities in seeking contraceptive methods. If the quality of services is equal, people generally prefer to use public health facilities over private ones for financial reasons. The existence of a strong unmet demand for FP concomitantly with a high level of contraceptive knowledge and a clear trend toward the private sector raises questions about the availability of FP services in public health facilities and/or their ability to provide adequate contraceptive services. It is imperative that the capabilities of public health facilities be reinforced and the necessary mechanisms be put in place to make possible a reduction of unmet need for FP in Guinea. This is what will allow Guinea to move towards the fifth Millennium Development Goal, especially concerning its reproduction health component.

References

Akam, E. 2007. "*Les Facteurs de la Contraception au Cameroun au tournant du Siècle : analyse des Données de l'Enquête Démographique et de Santé de 1998"*. Paris: Les collections du CEPED, n°6, 62 p.

Bertrand J.T., Magnani R.J., Knowles J.C. 1994. *Manuel d'Indicateurs pour l'Évaluation des Programmes de Planification Familiale.* USAID, 290 p.

Bongaarts J. 2008, "Fertility Transitions in Developing Countries: Progress or Stagnation?" *Studies in Family Planning* 39(2):105-110.

Delamou A, Koivogui A, Dubourg D., Delvaux T. 2014. "Family Planning in Guinea: A Need for Better Public Commitment" *Tropical Medicine and International Health* 19(1): 65-73.

Ezeh A.C., Mberu B. U., Emina O. J. 2009. "Analysis of Patterns, Determinants and Implications of the Stall in Fertility Decline in Eastern African Countries: regional", *Phil. Trans. R. Soc. B*, 364, doi: 10.1098/rstb.2009.0166.

Fall S., Ngom P. 2001. "*Baisse de la Fécondité en Afrique Francophone : Tendances Récentes et Futures"*. Communication présentée au séminaire organisé par la Division Population, Nations unies sur les Perspectives de déclin de la fécondité dans les pays à forte fécondité, New-York, 9-11 juillet 2001, 18p.

Lee, R. 2002. "*Demographic Change, Welfare, and Intergenerational Transfers: A Global Overview"*. Communication présentée aux Rencontres Sauvy, Rome, 17 Septembre 2002, 26 p.

Locoh T. 1989. "Les Politiques de Population en Matière de Fécondité dans les Pays Francophones : l'Exemple du Togo", *Les dossiers du CEPED*, n°6, 22 p.

Mariko S., Ayad M., Hong R., Kéïta O., Diop M. 2009. *Pratique Contraceptive et Importance des Besoins Non Satisfaits en Matière de Planification Familiale au Mali, de 1995 à 2006: Analyses Approfondies des Enquêtes Démographiques et de Santé au Mali, 1995-1996, 2001 et 2006*, Rapports d'analyses approfondies des EDS No. 69, Maryland, USA : CPS/DNSI et ICF Macro, Calverton, 31 p.

Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) [GUINEE]. 2012. *Analyse de la Situation de la Planification Familiale en Guinée*. Rapport d'étude, Conakry, 106 p.

Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) [GUINEE]. 2013. *Plan d'Action National de Repositionnement de la Planification Familiale en Guinée 2014-2018*, Conakry, 106 p.

Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) [GUINNEE] et Organisation Mondiale de la Santé (WHO). 2005. *Profil de Systèmes de Santé des Pays : République de Guinée*. Rapport d'étude, Conakry & Brazzaville, 122 p.

Tabutin D., Schoumaker B. 2004. "La Démographie de l'Afrique au Sud du Sahara des Années 1950 aux Années 2000. Synthèse des Changements et Bilan Statistique", *Population (French Edition)*, n°3-4, pp. 519-621

Van Braeckel D., Temmerman M., Roelens K., Degomme O. 2012. "Ralentir la Croissance Démographique au Profit du Bien-être et du Développement", *The Lancet –Planification familiale*, Juillet 2012, [http://populationaction.org/wp-content/uploads/2012/10/Lancet_FP_French_web.pdf; site visité le 20 juillet 2014].

Annexes

Annex 1. Confidence intervals (95%) for several indicators

Indicators	1999			2005			2012		
	Value	Lower CI	Higher CI	Value	Lower CI	Higher CI	Value	Lower CI	Higher CI
Knowledge of any method of contraception	**71.60%**	**70.20%**	**72.40%**	**92.10%**	**91.50%**	**92.70%**	**90.50%**	**89.90%**	**91.10%**
Knowledge of a modern method of contraception	70.60%	69.20%	71.40%	91.80%	91.20%	92.40%	89.80%	89.10%	90.40%
Knowledge of a traditional method of contraception	30.20%	28.40%	30.60%	33.20%	31.90%	34.00%	55.70%	54.70%	56.70%
Past use of any method of contraception	**14.10%**	**13.30%**	**15.00%**	**22.40%**	**21.50%**	**23.40%**	**15.40%**	**14.60%**	**16.10%**
Past use of a modern method of contraception	10.20%	9.50%	10.90%	16.90%	16.00%	17.70%	-	-	-
Past use of a traditional method of contraception	6.70%	6.20%	7.40%	8.60%	8.10%	9.40%	-	-	-
Current use of any method of contraception	**7.60%**	**6.90%**	**8.20%**	**10.40%**	**9.90%**	**11.20%**	**8.50%**	**7.90%**	**9.10%**
Current use of a modern method of contraception	4.90%	4.30%	5.30%	6.80%	6.30%	7.40%	7.00%	6.50%	7.60%
Current use of a traditional method of contraception	2.70%	2.40%	3.10%	3.60%	3.30%	4.10%	1.50%	1.20%	1.70%
Current use of contraception for spacing	5.10%	4.60%	5.60%	7.60%	7.00%	8.10%	7.40%	6.90%	8.00%
Current use of contraception for limiting	2.50%	2.10%	2.80%	2.90%	2.50%	3.30%	1.10%	0.90%	1.30%
Unmet need for FP among married women	**24.90%**	**23.80%**	**26.10%**	**21.90%**	**20.90%**	**22.90%**	**23.70%**	**22.70%**	**24.70%**
Unmet need for spacing among married women	16.20%	15.20%	17.20%	13.40%	12.60%	14.20%	17.10%	16.20%	18.00%
Unmet need for limiting among married women	8.70%	8.00%	9.50%	8.50%	7.80%	9.20%	6.60%	6.00%	7.20%
Unmet need for FP among married women with no education	**24.60%**	**23.40%**	**25.80%**	**20.90%**	**19.90%**	**22.00%**	**22.60%**	**21.40%**	**23.70%**
Unmet need for spacing among married women with no education	15.90%	14.80%	16.90%	12.60%	11.70%	13.40%	15.50%	14.50%	16.50%
Unmet need for limiting among married women with no education	8.70%	7.90%	9.50%	8.40%	7.60%	9.10%	7.00%	6.40%	7.70%
Unmet need for FP among women with primary education	**29.60%**	**25.20%**	**34.10%**	**25.40%**	**21.60%**	**29.20%**	**28.50%**	**25.20%**	**31.70%**
Unmet need for spacing among married women with primary education	21.20%	17.20%	25.20%	15.00%	11.90%	18.10%	22.40%	19.40%	25.40%
Unmet need for limiting among married women with primary education	8.40%	5.70%	11.10%	10.40%	7.80%	13.10%	6.00%	4.30%	7.70%
Unmet need for FP among women with secondary education or more	**24.20%**	**19.80%**	**28.60%**	**30.30%**	**25.90%**	**34.70%**	**27.30%**	**23.90%**	**30.70%**
Unmet need for spacing among married women with secondary education or more	15.30%	11.60%	19.10%	22.20%	18.20%	26.20%	23.80%	20.60%	27.10%
Unmet need for limiting among married women with secondary education or more	8.90%	6.00%	11.80%	8.10%	5.40%	10.70%	3.50%	2.10%	4.90%
Unmet need for FP among married Muslim women	**25.70%**	**24.50%**	**26.90%**	**21.00%**	**19.90%**	**22.10%**	**24.20%**	**23.10%**	**25.20%**
Unmet need for spacing among married Muslim women	17.10%	16.00%	18.20%	12.70%	11.80%	13.60%	17.30%	16.30%	18.20%
Unmet need for limiting among married Muslim women	8.60%	7.80%	9.40%	8.30%	7.60%	9.00%	6.90%	6.20%	7.50%
Unmet need for FP among married Christian women	**19.40%**	**15.80%**	**22.90%**	**29.10%**	**25.30%**	**32.90%**	**22.80%**	**19.30%**	**26.20%**
Unmet need for spacing among married Christian women	11.60%	8.70%	14.50%	19.20%	15.90%	22.50%	16.90%	13.80%	20.00%
Unmet need for limiting among married Christian women	7.80%	5.30%	10.20%	9.80%	7.40%	12.30%	5.80%	3.90%	7.80%
Unmet need for FP among married women of other religions	**22.10%**	**17.70%**	**26.40%**	**25.40%**	**20.20%**	**30.50%**	**16.50%**	**12.30%**	**20.70%**
Need for spacing among married women of other religions	10.50%	7.20%	13.70%	15.10%	10.80%	19.30%	14.10%	10.20%	18.10%
Unmet need for limiting among married women of other religions	11.60%	8.20%	15.00%	10.30%	6.70%	13.90%	2.40%	0.70%	4.10%
Unmet need for FP among married women with no access to media	**24.90%**	**23.70%**	**26.10%**	**20.00%**	**18.20%**	**21.80%**	**21.30%**	**19.60%**	**23.10%**
Unmet need for spacing among married women with no access to media	16.20%	15.20%	17.20%	12.20%	10.70%	13.70%	15.30%	13.80%	16.80%
Unmet need for limiting among married women with no access to media	8.80%	8.00%	9.50%	7.80%	6.50%	9.00%	6.10%	5.00%	7.10%

(Continued…)

Annex 1. – Continued

Indicators	1999			2005			2012		
	Value	Lower CI	Higher CI	Value	Lower CI	Higher CI	Value	Lower CI	Higher CI
Unmet need for FP among married women with access to one media	**28.40%**	**18.70%**	**38.00%**	**21.80%**	**20.40%**	**23.30%**	**23.00%**	**21.30%**	**24.70%**
Unmet need for spacing among married women with access to one media	19.10%	10.60%	27.50%	12.60%	11.50%	13.80%	16.80%	15.30%	18.30%
Unmet need for limiting among married women with access to one media	9.30%	3.10%	15.50%	9.20%	8.20%	10.20%	6.20%	5.20%	7.10%
Unmet need for FP among married women with access to 2-3 media	**24.10%**	**19.80%**	**28.40%**	**25.00%**	**22.70%**	**27.40%**	**26.70%**	**24.80%**	**28.50%**
Unmet need for spacing among married women with access to 2-3 media	15.90%	12.20%	19.60%	17.00%	14.90%	19.00%	19.10%	17.50%	20.80%
Unmet need for limiting among married women with access to 2-3 media	8.20%	5.40%	10.90%	8.00%	6.50%	9.50%	7.50%	6.40%	8.60%
Unmet need for FP among married women living in urban areas	**25.80%**	**23.60%**	**28.00%**	**23.00%**	**21.00%**	**25.00%**	**25.70%**	**23.70%**	**27.60%**
Unmet need for spacing among married women living in urban areas	16.60%	14.80%	18.50%	14.80%	13.10%	16.50%	18.30%	16.60%	20.10%
Unmet need for limiting among married women living in urban areas	9.20%	7.70%	10.60%	8.20%	6.90%	9.50%	7.30%	6.20%	8.50%
Unmet need for FP among married women living in rural areas	**24.60%**	**23.30%**	**25.90%**	**21.50%**	**20.40%**	**22.70%**	**22.90%**	**21.70%**	**24.10%**
Unmet need for spacing among married women living in rural areas	16.00%	14.90%	17.20%	12.90%	11.90%	13.90%	16.60%	15.60%	17.70%
Unmet need for limiting among married women living in rural areas	8.60%	7.70%	9.40%	8.70%	7.80%	9.50%	6.30%	5.60%	7.00%
Unmet need for FP among Sussu married women	**27.80%**	**25.00%**	**30.50%**	**24.50%**	**22.10%**	**26.90%**	**28.20%**	**25.60%**	**30.80%**
Unmet need for spacing among Sussu married women	17.50%	15.10%	19.80%	14.90%	13.00%	16.90%	20.10%	17.80%	22.40%
Unmet need for limiting among Sussu married women	10.30%	8.40%	12.20%	9.60%	7.90%	11.20%	8.10%	6.50%	9.60%
Unmet need for FP among Fulani married women	**26.30%**	**24.40%**	**28.20%**	**18.80%**	**17.20%**	**20.40%**	**22.90%**	**21.30%**	**24.60%**
Unmet need for spacing among Fulani married women	18.90%	17.20%	20.60%	11.80%	10.50%	13.10%	16.50%	15.00%	18.00%
Unmet need for limiting among Fulani married women	7.40%	6.20%	8.50%	7.00%	5.90%	8.00%	6.40%	5.50%	7.40%
Unmet need for FP among Mandinka married women	**24.00%**	**21.90%**	**26.10%**	**21.60%**	**19.60%**	**23.50%**	**23.50%**	**21.70%**	**25.30%**
Unmet need for spacing among Mandinka married women	14.90%	13.20%	16.70%	12.40%	10.90%	14.00%	16.60%	15.00%	18.20%
Unmet need for limiting among Mandinka married women	9.00%	7.60%	10.50%	9.10%	7.70%	10.50%	6.90%	5.80%	8.00%
Unmet need for FP among married women of other ethnicities*	**20.50%**	**17.80%**	**23.20%**	**26.60%**	**23.80%**	**29.40%**	**20.80%**	**18.30%**	**23.30%**
Unmet need for spacing among married women of other ethnicities	10.90%	8.80%	13.00%	16.70%	14.30%	19.10%	16.20%	13.90%	18.50%
Unmet need for limiting among married women of other ethnicities	9.60%	7.60%	11.50%	9.90%	8.00%	11.80%	4.60%	3.30%	5.90%
Percentage of women using pills	**26.60%**	**22.76%**	**30.44%**	**15.49%**	**13.03%**	**17.96%**	**18.76%**	**16.01%**	**21.51%**
Percentage of women using injectable	**14.04%**	**11.02%**	**17.06%**	**10.13%**	**8.07%**	**12.18%**	**18.62%**	**15.88%**	**21.37%**
Percentage of women using condoms	**17.28%**	**13.99%**	**20.56%**	**23.96%**	**21.06%**	**26.87%**	**27.93%**	**24.77%**	**31.09%**
Percentage of women using other contraceptives	**42.09%**	**37.80%**	**46.38%**	**50.41%**	**47.01%**	**53.82%**	**34.68%**	**31.33%**	**38.04%**
Unmet need for FP among the poorest quintile	**22.77%**	**20.52%**	**25.02%**	**19.63%**	**17.57%**	**21.70%**	**21.68%**	**19.54%**	**23.81%**
Unmet need for spacing among the poorest quintile	16.14%	14.16%	18.11%	11.45%	9.79%	13.10%	14.80%	12.96%	16.65%
Unmet need for limiting among the poorest quintile	6.63%	5.30%	7.97%	8.19%	6.76%	9.61%	6.87%	5.56%	8.19%
Unmet need for FP among the poor quintile	**22.58%**	**20.11%**	**25.04%**	**20.30%**	**18.12%**	**22.49%**	**21.28%**	**19.16%**	**23.40%**
Unmet need for spacing among the poor quintile	14.25%	12.19%	16.31%	12.24%	10.46%	14.02%	17.10%	15.15%	19.05%
Unmet need for limiting among the poor quintile	8.33%	6.70%	9.96%	8.07%	6.59%	9.55%	4.18%	3.15%	5.22%
Unmet need for FP in the middle quintile	**26.93%**	**24.25%**	**29.62%**	**23.65%**	**21.32%**	**25.98%**	**21.93%**	**19.74%**	**24.11%**
Unmet need for spacing in the middle quintile	16.22%	13.99%	18.45%	14.76%	12.81%	16.70%	15.47%	13.56%	17.38%
Unmet need for limiting in the middle quintile	10.71%	8.84%	12.59%	8.89%	7.34%	10.45%	6.46%	5.16%	7.75%
Unmet need for FP in the rich quintile	**27.27%**	**24.60%**	**29.94%**	**23.52%**	**21.06%**	**25.98%**	**27.13%**	**24.74%**	**29.51%**
Unmet need for spacing in the rich quintile	17.87%	15.57%	20.17%	14.05%	12.03%	16.06%	19.11%	17.00%	21.22%
Unmet need for limiting in the rich quintile	9.40%	7.65%	11.15%	9.47%	7.77%	11.17%	8.02%	6.56%	9.47%
Unmet need for FP in the richest quintile	**25.84%**	**23.11%**	**28.56%**	**23.11%**	**20.65%**	**25.56%**	**27.35%**	**24.76%**	**29.94%**
Unmet need for spacing in the richest quintile	16.68%	14.36%	19.01%	14.98%	12.90%	17.06%	19.63%	17.33%	21.94%
Unmet need for limiting in the richest quintile	9.15%	7.36%	10.95%	8.12%	6.53%	9.71%	7.72%	6.17%	9.27%

(*mostly Guerze, Kissi, and Toma)

Tendances de la planification familiale et de l'âge à la première union chez les femmes en Guinée :

Analyse approfondie de l'Enquête Démographique et de Santé de 2012

Rapports d'analyse approfondie de DHS
No. 94

Septembre 2014

Rapports d'analyse approfondie de DHS No. 94

Tendances de la planification familiale et de l'âge à la première union chez les femmes en Guinée : Analyse approfondie de l'Enquête Démographique et de Santé de 2012

Abdramane B. Soura

Michelle Winner

ICF International
Rockville, Maryland, USA

Septembre 2014

Auteur correspondant : Abdramane B. Soura, University of Ouagadougou, ISSP, 03 BP 7118 Ouagadougou 03, Burkina Faso ; phone : +226 50 30 25 58 ; email : bassiahi@hotmail.com

Remerciements :

Ce rapport a été revu par les experts guinéens suivants: Mamadou Dian Dilé Diallo, Moussa Kantara Camara, Aly Komah, et Mamadou Badian Diallo.

Traducteur : P. Stanley Yoder
Éditeur : Monique Barrère
Production du document : Natalie La Roche

Cette étude a été réalisée avec l'appui de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID) par l'intermédiaire du Programme DHS (#GPO–C–00–08–00008–00). Les opinions exprimées sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les points de vue de l'USAID ou du Gouvernement des États-Unis

Le Programme DHS assiste les pays à travers le monde entier dans la collecte et l'utilisation des données pour suivre et évaluer les programmes de population, de santé et de nutrition. Pour des informations complémentaires concernant le Programme DHS, veuillez contacter : DHS Program, ICF International, 530 Gaither Road, Suite 500, Rockville, MD 20850, USA ; phone : 301-407-6500, fax : 301-407-6501, email : reports@dhsprogram.com, Internet : www.dhsprogram.com.

Citation recommandée :

Soura, Abdramane B., et Michelle Winner. 2014. *Tendances de la planification familiale et de l'âge à la première union chez les femmes en Guinée : Analyse approfondie de l'Enquête Démographique et de Santé de 2012*. Analyse approfondie de l'Enquête Démographique et de Santé de 2012. Rapports d'analyse approfondie de DHS No. 94. Rockville, Maryland, USA : ICF International.

Table des matières

Liste des tableaux ..... **iv**

Liste des figures ..... **iv**

Résumé ..... **vi**

1. Introduction **1**

2. Données et méthodes **3**

2.1 Données **3**

2.2 Méthodes statistiques **4**

3. Principaux résultats **5**

3.1 Connaissance et utilisation des méthodes contraceptives à un moment quelconque **5**

3.2 Connaissance et utilisation de la contraception à un moment donné selon l'âge et la génération **5**

3.3 Utilisation actuelle des méthodes de contraception **6**

3.4 Choix de la méthode et lieu d'approvisionnement **8**

3.5 Besoins non satisfaits en planification familiale **11**

3.6 Tendances de l'âge au premier mariage **14**

4. Conclusions **17**

Références **19**

Annexes **20**

Liste des tableaux

Tableau 1 : Répartition des femmes utilisatrices de la contraception selon le type, l'année et quelques caractéristiques de la femme 10

Tableau 2 : Besoins non satisfaits en planification familiale selon les caractéristiques des femmes 13

Tableau 3 : Pourcentage de femmes en union à 18 ans et 20 ans et âge médian à la première union selon les caractéristiques de la femme et par année 15

Annexe 1 : Intervalles de confiance (95 %) pour quelques indicateurs 20

Liste des figures

Figure 1 : Pourcentage de femmes (15-49 ans) connaissant une méthode de contraception par type et par enquête 5

Figure 2 : Pourcentage de femmes (15-49 ans) ayant déjà utilisé une méthode de contraception par type et par enquête 5

Figure 4 : Pourcentage de femmes (15-49 ans) ayant déjà utilisé une méthode de contraception selon le groupe d'âges et l'année de naissance 6

Figure 3 : Pourcentage de femmes (15-49 ans) connaissant une méthode de contraception selon le groupe d'âges et l'année de naissance 6

Figure 5 : Pourcentage de femmes (15-49 ans) utilisant une méthode de contraception par type et par année 7

Figure 6 : Pourcentage de femmes (15-49 ans) utilisant une méthode de contraception par statut matrimonial, par raison et par année 8

Figure 7 : Répartition des femmes utilisatrices de la contraception selon le type et l'année 9

Figure 8 : Répartition (en %) des utilisatrices actuelles de méthodes contraceptives modernes par source d'approvisionnement la plus récente, selon la méthode et par enquête 11

Figure 9 : Besoins non satisfaits en planification familiale par type et par année 12

Figure 10 : Variation de l'âge médian à la première union par groupe d'âges et par année de naissance 14

Résumé

Ce rapport présente les résultats de la seconde analyse des données des trois enquêtes démographiques et de santé réalisées en Guinée en 1999, 2005 et 2012. Ce rapport se propose d'examiner les tendances de la connaissance et de l'utilisation des méthodes modernes de contraception en Guinée depuis 1990 ainsi que des changements intervenus dans l'âge à la première union considéré comme un déterminant proche de la fécondité. Ces résultats seront analysés dans trois sections. La première sera consacrée à la présentation des données examinées et aux méthodes utilisées pour les analyses puis dans une autre section, nous présenterons les résultats. La section finale sera consacrée à la discussion des implications de l'analyse.

1. Introduction

La forte fécondité, avec son corollaire la croissance démographique, est une préoccupation majeure des dirigeants du monde. Si certains travaux soutiennent l'hypothèse que la croissance démographique est un levier du développement (Lee, 2002), un nombre croissant de résultats issus de différentes disciplines montrent à l'inverse que le bien-être humain est menacé par le rythme insoutenable de la croissance démographique (Van Braeckel et al 2012).

L'inquiétude face à l'augmentation rapide de la population provient de l'incertitude de savoir si la terre, avec le développement humain et la technologie sera capable de fournir suffisamment de ressources pour une population en croissance étant donné qu'une partie importante de cette population a déjà du mal à satisfaire ses besoins fondamentaux. À ce propos, plusieurs conférences internationales ont été organisées pour affirmer la nécessité de planifier les naissances. Ainsi, en 1994 au Caire, lors de la Conférence internationale sur la population et le développement, les participants ont discuté de l'importance de fournir un accès universel aux soins de santé de la procréation, y compris l'accès aux services de la Planification Familiale (PF) d'ici 2015. En 2006, le Plan d'action de Maputo a proposé de repositionner les services de planification familiale comme principale stratégie permettant de réaliser les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). En février 2011, lors de la conférence sur la PF en Afrique de l'Ouest à Ouagadougou qui réunissait les représentants de huit pays francophones, les partenaires techniques et financiers ont pris l'engagement de soutenir la Planification Familiale en Afrique de l'Ouest.

En dépit de ces engagements internationaux, la prévalence contraceptive n'a que très peu augmenté et l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) a légèrement baissé dans un certain nombre de pays d'Afrique au Sud du Sahara (Tabutin et Schoumaker, 2004 ; Bongaarts, 2008 ; Ezeh et al, 2009). En outre, les données de plusieurs recherches admettent que la baisse de la fécondité dans certains pays comme le Sénégal et le Cameroun relève beaucoup plus du vieillissement de l'âge au mariage que de l'utilisation de la PF (Fall et Ngom, 2001 ; Akam, 2007). En Guinée, on ne constate toujours pas de changement réel du niveau de la fécondité. En effet, selon les trois dernières Enquêtes Démographiques et de Santé, l'ISF est passé de 5,5 enfants par femme en 1999, à 5,7 en 2005 et à 5,1 en 2012 avec des intervalles de confiance qui se chevauchent.

À l'instar d'autres pays d'Afrique francophone, la Guinée a adopté une politique de population basée sur la législation française pronataliste à l'époque (Locoh, 1989). Cette conception a prévalu jusqu'à la fin des années 1980 (Locoh, 1989). Dans ce contexte, il était difficile pour les hommes politiques, même conscients des effets d'une forte croissance démographique, de s'engager dans une politique de réduction des naissances à cause de la forte valeur culturelle attachée à une nombreuse progéniture. Ce n'est qu'en 1992 que la Guinée a promulgué sa première politique de population, conçue quelques années auparavant pour contrôler la croissance démographique (MSP et OMS, 2005). Cette politique a été révisée en 1996 avec toujours l'objectif d'une maîtrise de la croissance démographique (MSHP, 2012).

Quoique la planification familiale ait une place centrale dans la politique guinéenne de population, ce n'est que tardivement, précisément en 2000 qu'a été élaboré le premier programme national de la santé de la reproduction (pour une durée de 10 ans) ainsi que l'adoption d'une loi sur la santé de la reproduction qui stipule que *« les couples et les individus ont le droit de décider librement et avec discernement des questions ayant trait à la santé de la reproduction dans le respect des lois en vigueur, de l'ordre public et des bonnes mœurs. Ils peuvent décider du nombre de leurs enfants, de leurs naissances, disposer des informations et du droit d'accéder aux meilleurs services de soins de santé en matière de reproduction* » (loi L/10/2000/AN du 10 juillet). Malheureusement, le décret d'application de cette loi ne sera signé que 10 années après, c'est-à-dire en 2010 (MSHP, 2012).

Jusqu'en 2011, la planification familiale ne recevait donc aucun financement de la part de l'État guinéen même si on peut relever en 2008 l'élaboration d'un plan stratégique pour son

repositionnement avec l'objectif d'accroître significativement l'accès et l'utilisation des produits de contraception modernes (MSHP, 2012). La diversification des interventions était (mais reste encore aujourd'hui) la stratégie privilégiée par l'Etat pour la mise en œuvre de la politique de planification familiale, avec l'implication d'ONG comme l'Association Guinéenne pour le Bien-être Familial (AGBEF), Population Services International (PSI), Engerderhealth, MCHIP-JHPIEGO ainsi que celle de bailleurs comme l'UNFPA, l'USAID, la Banque Mondiale, la Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF), la Coopération allemande (GIZ) et l'Organisation ouest-africaine de la santé. Dans ce contexte, comment la planification familiale en Guinée a-t-elle évolué ? Comment expliquez ses progrès et/ou ses récessions?

L'objectif de cette étude est d'analyser les tendances en matière de connaissance et d'utilisation des méthodes de contraception en Guinée depuis la fin des années 1990 ainsi que celles d'un déterminant proche de la fécondité, l'âge au premier mariage. Deux questions guident la présente recherche : comment ont évolué la connaissance et l'utilisation des méthodes contraceptives et l'âge au premier mariage en Guinée ? Comment expliquer l'évolution constatée ?

En trois grandes parties, nous essayerons d'apporter des éléments de réponses aux questions d'intérêt soulevées. Nous commencerons par une présentation détaillée des données et des méthodes statistiques utilisées. Nous présenterons ensuite le cadre conceptuel et les principaux résultats avant de les discuter dans une dernière partie.

2. Données et méthodes

2.1 Données

Cette étude est basée sur l'exploitation secondaire des données d'Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS), en particulier celles réalisées en Guinée en 1999, 2005 et 2012, et leur croisement avec des études, des rapports et des réflexions multiples. Ces enquêtes ont été effectuées dans le cadre du programme mondial des enquêtes démographiques et de santé mis en œuvre par ICF International (ex. Macro International). Elles ont pour objectif de collecter, d'analyser et de diffuser des données démographiques portant en particulier sur la fécondité, la planification familiale et la santé de la mère et de l'enfant. Les informations sur la planification familiale concernent la connaissance et l'utilisation (antérieure et actuelle) de la contraception.

Quoique ces enquêtes aient collecté des informations auprès d'hommes et de femmes, notre analyse se limite ici à l'échantillon des femmes en âge de procréer (15-49 ans), sous-population habituellement utilisée pour l'étude de la contraception. Ces femmes étaient au nombre de 6 753 à l'enquête de 1999, 7 954 en 2005 et 9 142 en 2012. Leur échantillon était représentatif au niveau national et au niveau des régions et des milieux de résidence. Il a été obtenu à partir d'un sondage à deux degrés. Au premier degré, des zones de dénombrement (ZD) ont été tirées proportionnellement à leur taille en nombre de ménages au dernier recensement (celui de 1996 pour les EDS de 1999 et 2005, celui de 2012 pour l'EDS de 2012). Dans chaque zone de dénombrement échantillonné, les ménages ont été dénombrés et un nombre fixe d'entre eux ont ensuite été aléatoirement tirés. À l'exception des cas de non réponses, toutes les femmes âgées de 15-49 ans dans un ménage échantillonné ont, en principe, été enquêtées. Dans un sous-échantillon de ménages (1 sur 2 en général), tous les hommes de 15-59 ans ont également été interrogés.

L'âge à la première union figure dans une section du questionnaire appelée « mariage et activité sexuelle » où on s'intéresse, entre autres, au statut matrimonial actuel de la femme, à la présence du conjoint, à son expérience d'unions antérieures et à l'âge à la première union. Dans les EDS, sont considérées comme ayant été en union toutes les femmes qui ont déjà vécu ou qui vivent maritalement avec un partenaire, que cette union soit légale ou non, formelle ou informelle. Ainsi, les mariages civils, religieux ou coutumiers et les unions libres font parties des unions.

La section portant sur la contraception touche essentiellement à la connaissance des méthodes contraceptives, à l'utilisation passée et actuelle de la contraception, aux types de méthodes utilisées et aux points de vente et de distribution des méthodes de contraception modernes. Ces dernières font référence à l'utilisation des méthodes comme la stérilisation féminine, la stérilisation masculine, le dispositif intra utérin, les injectables, les implants, les pilules, le condom masculin, le condom féminin, le diaphragme, la mousse et la gelée. Les autres méthodes comme le retrait, l'abstinence périodique ou la méthode de l'allaitement maternelle et de l'aménorrhée sont considérées comme traditionnelles. Il convient toutefois de signaler que cette information sur l'utilisation passée de la contraception par type de méthode (moderne/traditionnelle) n'a pas été collectée à l'enquête de 2012. Notre analyse à ce niveau se limitera aux enquêtes de 1999 et 2005.

Au-delà de la connaissance et de l'utilisation de la contraception, nous nous intéresserons à la demande (ou besoin) non satisfaite de planification familiale. On considère qu'il existe une demande en matière de planification familiale lorsque la femme (ou le couple) souhaite limiter ou espacer les futures naissances (Bertrand et al, 1994). La demande de planification familiale est donc composée de la demande d'espacement des naissances et de la demande de limitation des naissances. Elle permet d'évaluer le nombre total de clientes qui devraient être prises en charge si toutes les femmes qui désiraient éviter une future grossesse ou espacer les naissances se rendaient dans des services de planification familiale. La demande non satisfaite de planification familiale est en général estimée parmi les femmes en union. Elle inclut celles « *qui n'utilisent aucune méthode de contraception, qui ne sont pas infécondes et qui ne sont pas actuellement enceintes et qui ne veulent plus d'enfants ou qui*

désirent attendre deux ans ou plus avant la prochaine naissance » (Mariko et al, 2009, p.3). Sont également prises en compte dans cette mesure « *les femmes enceintes ou en aménorrhée dont la dernière grossesse ou la grossesse actuelle était mal planifiée ou non désirée* » (Mariko el al 2009, p.3). Vu la complexité d'une telle définition, les femmes ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale sont déjà identifiées dans les bases de données EDS mises à la disposition du public, mettant ainsi à l'abri d'éventuelles erreurs liées à l'opérationnalisation du concept par l'utilisateur.

Nous effectuerons des croisements avec quelques caractéristiques sociodémographiques théoriquement associées au comportement sanitaire. Ce sont l'âge de la femme, son statut matrimonial, son niveau d'instruction, sa religion, son ethnie, le milieu de résidence, l'accès aux médias et la situation économique du ménage. Le niveau d'instruction est codé en trois catégories permettant de distinguer les femmes sans instruction, celles ayant le niveau primaire et celles ayant le niveau secondaire ou plus. La religion comprend trois modalités à savoir l'islam, le christianisme et les autres catégories dominées par l'animisme. Le milieu de résidence distingue classiquement le milieu urbain du milieu rural et l'âge a été codé en classes quinquennales. La variable « accès aux médias » a été créée par combinaison de trois questions en rapport avec la lecture du journal ou d'un magazine, l'écoute de la radio et le suivi de la télévision. Trois modalités sont retenues : aucun accès aux médias, l'accès à un seul media et l'accès à au moins deux médias. Sont considérées comme n'ayant aucun accès aux médias les femmes qui ne lisent aucun journal, n'écoutent pas la radio et ne regardent pas la télévision. Celles ayant accès à un seul média ont une réponse positive à un seul des trois critères considérés, et celles ayant accès à deux médias ou plus ont minimalement une réponse positive à deux des trois critères considérés. Enfin, la situation économique du ménage est mesurée par un proxy estimé à partir des possessions et incorporé dans la base de données de l'EDS. Cinq classes de niveau de vie sont distinguées, allant de la classe la plus pauvre à la classe la plus riche.

2.2 Méthodes statistiques

Cette recherche a utilisé des méthodes de statistique descriptive basées sur une comparaison de moyennes et de proportions pour décrire les changements dans la connaissance et la pratique contraceptive d'une enquête à l'autre. Des intervalles de confiance sont exploités pour tester la significativité statistique de certains changements.

Pour analyser l'âge à la première union, nous avons recouru à la méthode de la table de survie dans laquelle l'âge à la première union ou l'âge courant pour les femmes jamais en union a constitué la variable de durée. De la table de survie, nous avons déduit l'âge médian au premier mariage ainsi que la proportion de femmes déjà en union à 18 ans et à 20 ans pour apprécier un éventuel relèvement de l'âge d'entrée en union. Cette méthode de la table de survie n'autorise pas une pondération du fichier ni un calcul d'intervalles de confiance. Elle fournit toutefois des estimations très proches des valeurs publiées et nous jugerons comme significatifs des écarts relativement importants.

3. Principaux résultats

3.1 Connaissance et utilisation des méthodes contraceptives à un moment quelconque

Selon les résultats présentés sur la figure 1, la proportion de femmes ayant entendu parler d'une méthode quelconque de planification familiale a connu une augmentation sensible de 1999 à 2005, passant de 71,6 % à 92,1 %. Entre 2005 et 2012, cette proportion est restée quasi-stable autour de 90 %.

C'est la connaissance d'une méthode de contraception moderne qui semble avoir imprimé sa tendance à celle de la contraception tous types confondus. Elle est estimée à 71 % en 1999, 91,8 % en 2005 et 89,8 % en 2012. Pour la connaissance des méthodes contraceptives traditionnelles, après une période de stabilité entre 1999 et 2005, elle a connu une progression significative entre 2005 et 2012, passant de 33,2 % à 55,7 %.

Figure 1 : Pourcentage de femmes (15-49 ans) connaissant une méthode de contraception par type et par enquête

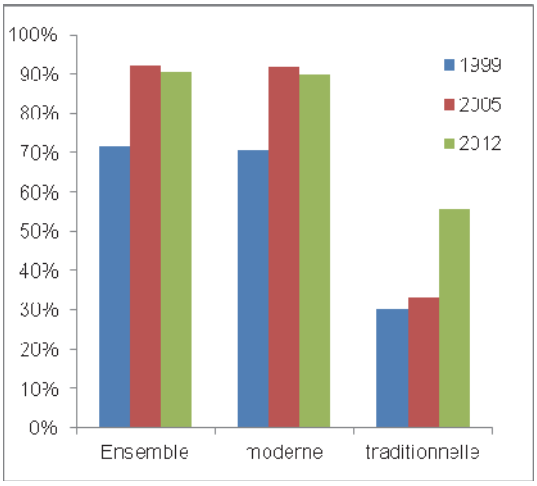
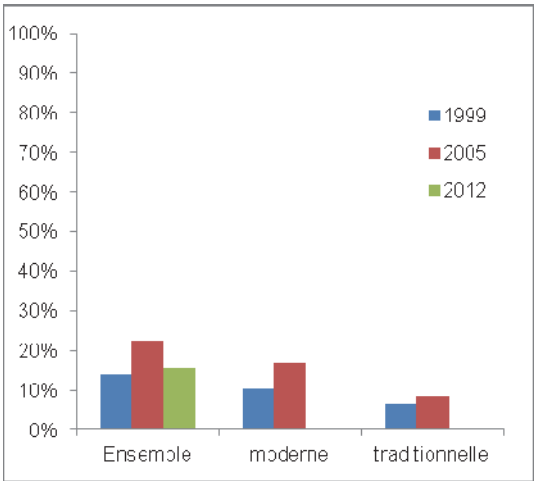


Figure 2 : Pourcentage de femmes (15-49 ans) ayant déjà utilisé une méthode de contraception par type et par enquête



En ce qui concerne l'utilisation (passée ou actuelle) des méthodes de planification familiale, elle reste globalement faible avec une proportion inférieure à une femme sur quatre quelle que soit l'EDS (figure 2). Les écarts entre la connaissance et l'utilisation passée d'une méthode de contraception restent ainsi très importants et semblent même se renforcer avec le temps : 58 points en 1999, 70 points en 2005 et 75 points en 2012. La proportion de femmes ayant déjà utilisé une méthode de contraception a significativement augmenté entre 1999 et 2005 avant de revenir en 2012 à son niveau de 1999 (figure 2). Entre 1999 et 2005, la hausse a concerné aussi bien les méthodes modernes (de 10,2 % à 16,9 %) que les méthodes traditionnelles (de 6,7 % à 8,6 %).

3.2 Connaissance et utilisation de la contraception à un moment donné selon l'âge et la génération

Les figures 3 et 4 montrent comment la connaissance et l'utilisation (passée ou actuelle) de la contraception a évolué par groupe d'âges des femmes et par année de naissance. Elles permettent de se faire une idée sur l'évolution avec le temps de la connaissance et de l'utilisation passée de la contraception et sur l'existence ou non d'un effet de composition lié à l'âge dans l'évolution de la

connaissance et de l'utilisation passée de la contraception d'une enquête à l'autre. En effet, si pour un même groupe d'âges, on constate une augmentation de la connaissance de la contraception en fonction de l'année de naissance, cela signifie que cette connaissance s'est effectivement améliorée pour ce groupe d'âges. De plus, si pour tous les groupes d'âges, une telle tendance est observée, cela signifie que la hausse est bien réelle, dédouanée de tout soupçon d'effet de confusion lié à l'âge. C'est ce que semble indiquer la figure 3 qui montre une augmentation de la proportion de femmes qui connaissent une méthode de planification familiale de l'enquête de 1999 à celle de 2005, quel que soit le groupe d'âges considéré.

Les hausses les plus remarquables sont observées pour les générations les plus anciennes (40-49 ans). Leurs niveaux de connaissance d'une méthode contraceptive qui étaient faibles en 1999 (entre 60 % et 70 %) ont connu une nette amélioration, se situant au-dessus de la barre de 85 % en 2005. Entre 2005 et 2012, on note une stagnation quasi-généralisée de l'indicateur.

Figure 3 : Pourcentage de femmes (15-49 ans) connaissant une méthode de contraception selon le groupe d'âges et

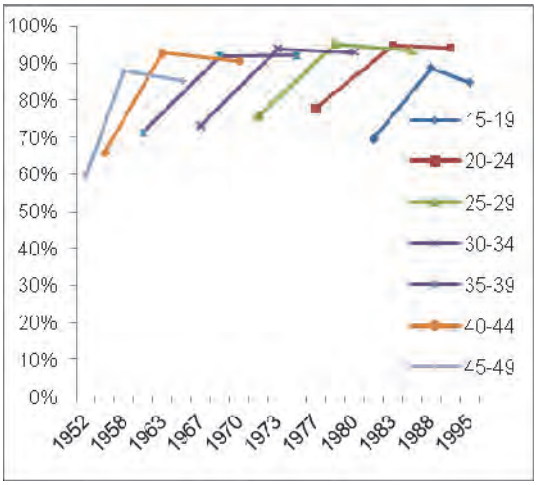
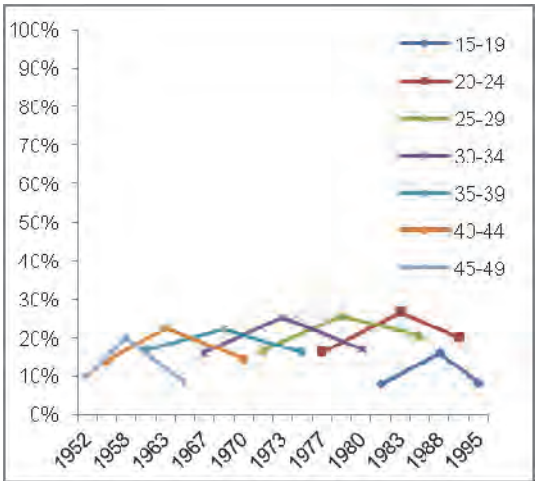


Figure 4 : Pourcentage de femmes (15-49 ans) ayant déjà utilisé une méthode de contraception selon le groupe d'âges et

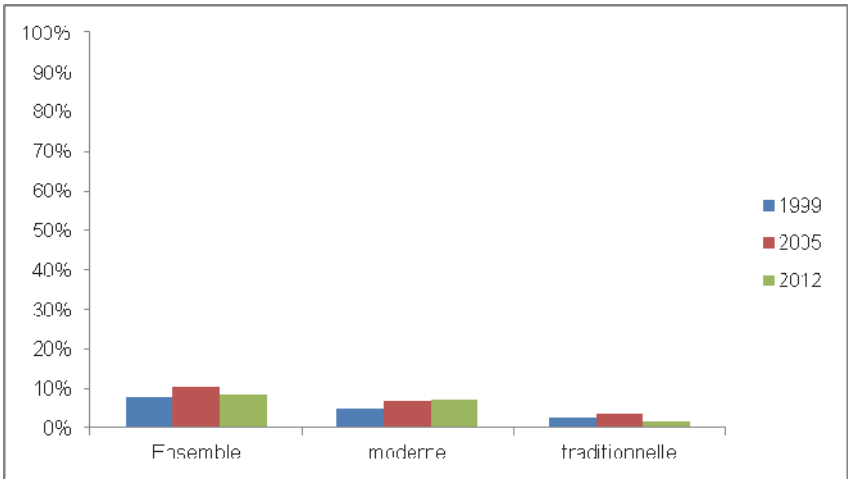


La même tendance que celle de la connaissance de la contraception est également observée dans l'analyse générationnelle de la pratique contraceptive à un moment quelconque (figure 4). Quel que soit le groupe d'âges, la proportion de femmes utilisatrices de la contraception connait une hausse sensible entre 1999 et 2005, allant parfois du simple au double. Entre 2005 et 2012, on note une baisse généralisée. Les femmes de 15-19 ans se démarquent des autres avec un niveau d'utilisation plus faible, cela quelle que soit l'enquête.

3.3 Utilisation actuelle des méthodes de contraception

Le niveau d'utilisation de la contraception reste assez faible en Guinée (figure 5). Il a augmenté de 7,6 % en 1999 à 10,4 % en 2005 mais cette hausse a été vite rattrapée par une baisse en 2012 (8,5 %). Concernant la prévalence contraceptive moderne, elle est passée de 4,9 % en 1999 à 6,8 % en 2005, puis s'est stabilisée entre 2005 et 2012. Si le niveau d'utilisation de la contraception traditionnelle a lui aussi légèrement augmenté entre 1999 et 2005 (de 2,7 % à 3,6 %), il a ensuite connu une nette diminution sur la période 2005-2012 (de 3,6 % à 1,5 %). La baisse constatée dans la prévalence contraceptive tous types confondus est donc le résultat d'une baisse de la prévalence contraceptive traditionnelle.

Figure 5 : Pourcentage de femmes (15-49 ans) utilisant une méthode de contraception par type et par année

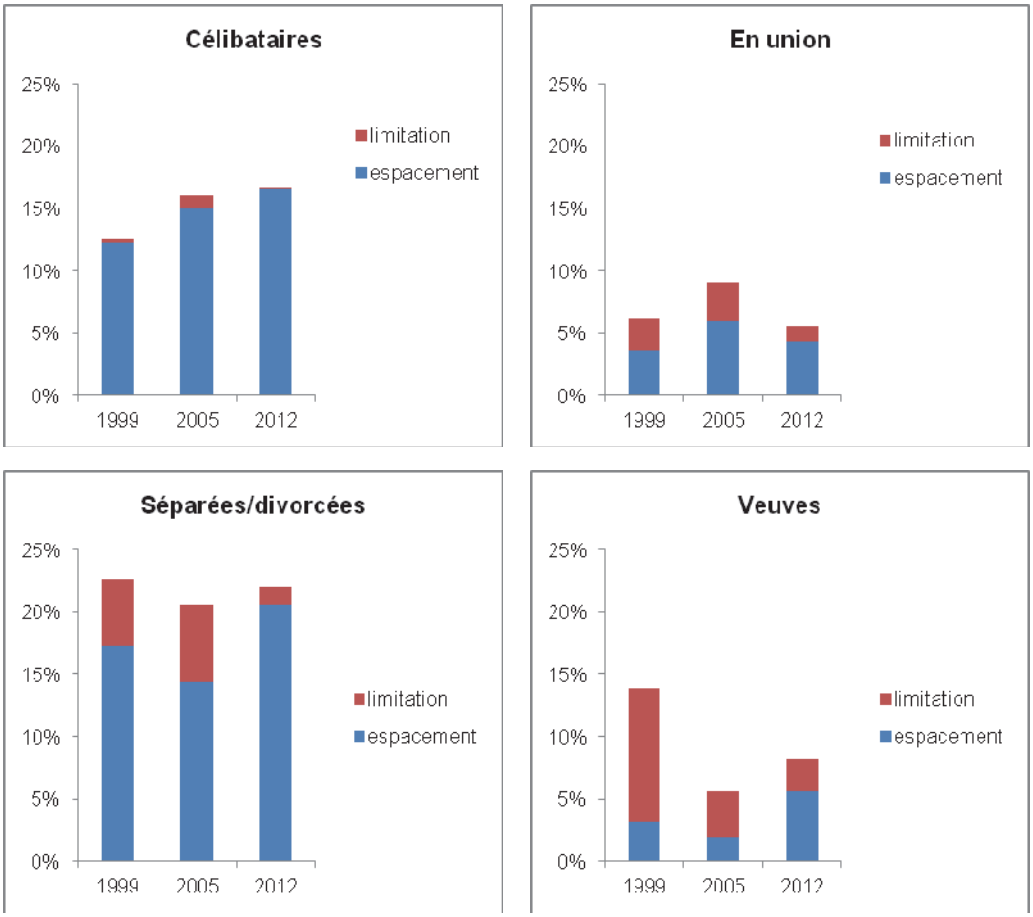


L'analyse par statut matrimonial et selon la raison d'utilisation (figure 6) révèle une pratique contraceptive plus importante chez les célibataires et les femmes séparées ou divorcées, c'est-à-dire les catégories intéressées par des relations sexuelles sans but reproductif. Chez les célibataires, la prévalence contraceptive est en augmentation entre 1999 et 2012 tandis que chez les divorcées et les séparées, elle est quasi-stable autour de 22 %. Chez les veuves, c'est au contraire une baisse de l'indicateur qui est observée entre 1999 et 2005 (de 13,8 % à 5,1 %) avant de faire place à une légère augmentation de 2005 à 2012 (de 5,1 % à 8,2 %).

L'examen de la situation chez les femmes en union permet de mieux comprendre la tendance observée toutes catégories confondues. Les deux tendances sont similaires avec une forme en V inversé : une augmentation de 1999 à 2005 puis une diminution de 2005 à 2012. Cela est d'autant plus compréhensible que les femmes en union sont les plus nombreuses dans l'échantillon (82,5 % en 1999, 79,1 % en 2005 et 73,6 % en 2012).

L'utilisation de la contraception d'espacement reste prépondérante dans tous les groupes matrimoniaux quelle que soit l'année, excepté chez les veuves (figure 6). Chez ces dernières, la contraception d'espacement ne l'emporte qu'en 2012 (figure 6).

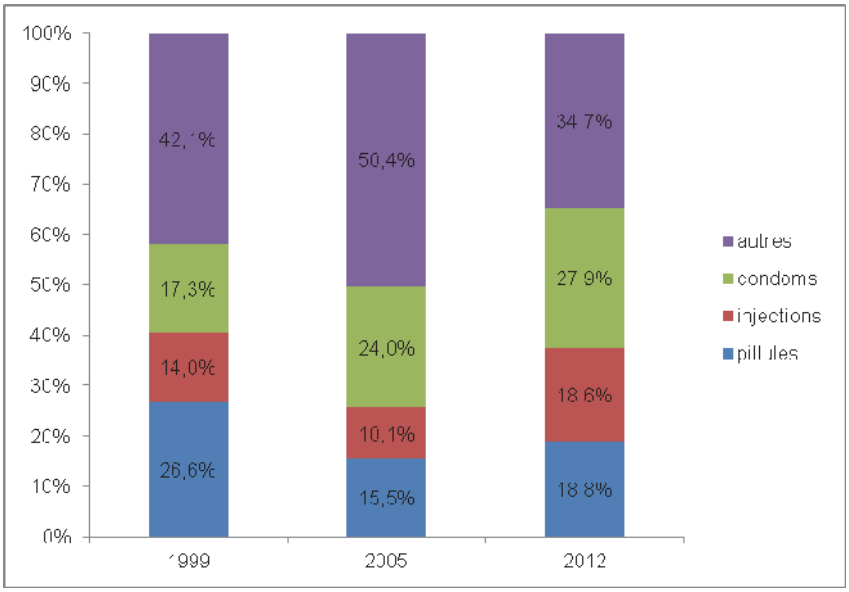
Figure 6 : Pourcentage de femmes (15-49 ans) utilisant une méthode de contraception par statut matrimonial, par raison et par année



3.4 Choix de la méthode et lieu d'approvisionnement

L'analyse des changements dans le choix des méthodes contraceptives révèle que parmi les utilisatrices courantes, le recours à la pilule a connu une baisse globale entre 1999 et 2012 même si on peut noter une faible reprise à partir de 2005 (figure 7). L'utilisation des condoms a quant à elle connu une augmentation progressive, passant de 17,3 % en 1999 à 24,0 % en 2005 puis à 27,9 % en 2012. Quant aux injectables, leur évolution a été plus contrastée d'une enquête à l'autre puisque la proportion de femmes utilisatrices de cette méthode a d'abord diminué entre 1999 et 2005 (de 14,0 % à 10,1 %) pour ensuite augmenter entre 2005 et 2012 (de 10,1 % à 18,6 %). Il convient de signaler que ces trois méthodes prises globalement représentaient 58 % en 1999. Leur prépondérance a légèrement baissé entre 1999 et 2005 avant de se réaffirmer en 2012.

Figure 7 : Répartition des femmes utilisatrices de la contraception selon le type et l'année



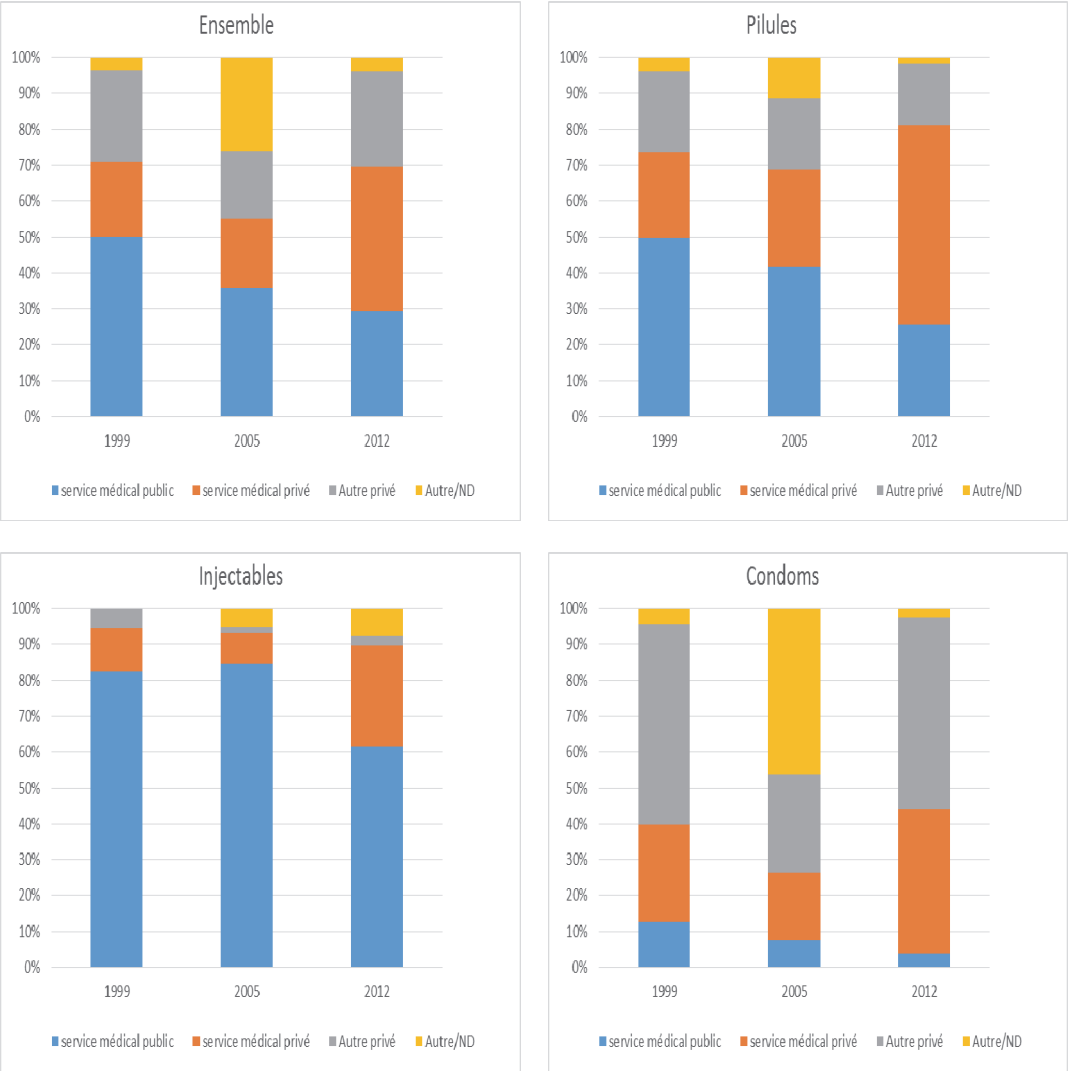
Comparée au niveau de 1999, la baisse du recours à la pilule en 2012 a concerné toutes les classes de niveau socio-économique et tous les groupes d'âges à l'exception des femmes de 40-44 ans (tableau 1). Elle a également été sensible chez les femmes sans instruction (de 33,1 % en 1999 à 20,6 % en 2012), chez celles en union (de 33,5 % en 1999 à 21,0 % en 2012) ainsi que chez les veuves (de 38,5 % en 1999 à 30,8 % en 2012). En ce qui concerne l'utilisation des condoms, son augmentation est observée dans la quasi-totalité des groupes d'âges (à l'exception de celles âgées de 15-19 ans et 40-44 ans), chez les femmes instruites, chez les femmes en rupture d'union (séparées ou veuves) et quel que soit le statut économique. L'allure en V constatée dans l'utilisation des injectables est observée dans tous les niveaux socio-économiques, dans la quasi-totalité des groupes d'âges ainsi que chez les femmes de niveau d'études primaires, chez les célibataires et chez les femmes en union (tableau 1).

Tableau 1 : Répartition des femmes utilisatrices de la contraception selon le type, l'année et quelques caractéristiques de la femme

Caractéristique de la femme	Méthodes courantes utilisées											
	pilule			injectables			condoms			autres		
	1999	2005	2012	1999	2005	2012	1999	2005	2012	1999	2005	2012
Groupes d'âge												
15-19	13,9%	7,9%	9,8%	0,0%	4,2%	11,6%	41,7%	46,6%	42,9%	44,4%	41,3%	35,7%
20-24	20,6%	10,3%	17,1%	11,8%	10,3%	16,2%	28,4%	31,5%	38,3%	39,2%	47,9%	28,4%
25-29	26,3%	12,6%	19,1%	15,8%	7,7%	16,0%	14,7%	22,4%	28,7%	43,2%	57,3%	36,2%
30-34	29,9%	24,5%	19,2%	14,3%	12,3%	23,2%	6,5%	9,4%	13,1%	49,3%	53,8%	44,5%
35-39	36,5%	14,4%	26,1%	18,8%	14,4%	23,9%	7,1%	10,8%	12,5%	37,6%	60,4%	37,5%
40-44	29,2%	29,2%	31,9%	18,8%	16,7%	29,8%	8,3%	2,8%	8,5%	43,7%	51,3%	29,8%
45-49	38,2%	36,4%	19,0%	29,4%	18,2%	38,1%	0,0%	4,5%	9,5%	32,4%	40,9%	33,4%
Niveau d'instruction												
aucun	33,1%	14,6%	20,6%	18,4%	11,1%	22,7%	12,6%	11,7%	13,8%	35,9%	62,6%	42,9%
primaire	20,9%	20,7%	19,1%	9,3%	8,6%	24,5%	18,6%	28,4%	27,3%	51,2%	42,3%	29,1%
secondaire et +	20,7%	14,7%	17,0%	10,7%	9,2%	12,9%	22,9%	46,2%	41,5%	45,7%	29,9%	28,6%
Situation matrimoniale												
célibataire	7,6%	10,0%	14,8%	5,1%	7,1%	13,6%	39,0%	51,0%	47,5%	48,3%	31,9%	24,1%
En union	33,5%	17,8%	21,0%	16,2%	10,6%	23,9%	10,1%	11,7%	8,2%	40,2%	59,9%	46,9%
séparée	17,1%	7,3%	27,3%	17,1%	22,0%	18,2%	20,0%	53,7%	36,4%	45,8%	17,0%	18,1%
Veuve	38,5%	25,0%	30,8%	30,8%	0,0%	0,0%	7,7%	37,5%	46,2%	23,0%	37,5%	23,0%
Quintile de bien-être économique du ménage												
Le plus pauvre	29,6%	8,3%	10,0%	18,5%	8,3%	20,0%	3,7%	7,1%	25,0%	48,2%	76,3%	45,0%
Second	18,8%	8,3%	12,6%	18,8%	13,5%	16,8%	8,3%	9,4%	7,4%	54,1%	68,8%	63,2%
Moyen	36,0%	18,0%	14,4%	20,0%	7,5%	21,6%	10,0%	14,3%	23,7%	34,0%	60,2%	40,3%
Quatrième	36,4%	15,8%	23,4%	20,9%	13,8%	19,5%	14,0%	25,1%	27,2%	28,7%	45,3%	29,9%
Le plus riche	20,9%	18,0%	21,1%	8,1%	8,5%	17,6%	23,3%	36,4%	35,3%	47,7%	37,1%	26,0%
Ensemble	**26,6%**	**15,5%**	**18,8%**	**14,0%**	**10,1%**	**18,6%**	**17,3%**	**24,0%**	**27,9%**	**42,1%**	**50,4%**	**34,7%**

En ce qui concerne le lieu d'approvisionnement en méthodes de contraception modernes, on note une prédominance du service médical public en 1999 et 2005 avec respectivement 49,9 % et 35,8 % des cas. En 2012, cette première place a été perdue au profit du service médical privé qui regroupe 40,1 % des cas. La baisse du recours aux services sanitaires publics pour les méthodes contraceptives s'observe, qu'il s'agisse d'accéder aux pilules, aux injectables ou aux condoms. Dans le même temps, l'augmentation de la préférence pour les services de santé privés entre 1999 et 2012 s'observe pour toutes les méthodes (figure 8). Quant aux autres sources d'approvisionnement (boutiques, kiosque, tablier, etc.), leur fréquentation en 2012 est au même niveau qu'en 1999 même si en 2005 elle avait baissé pour l'achat de condoms.

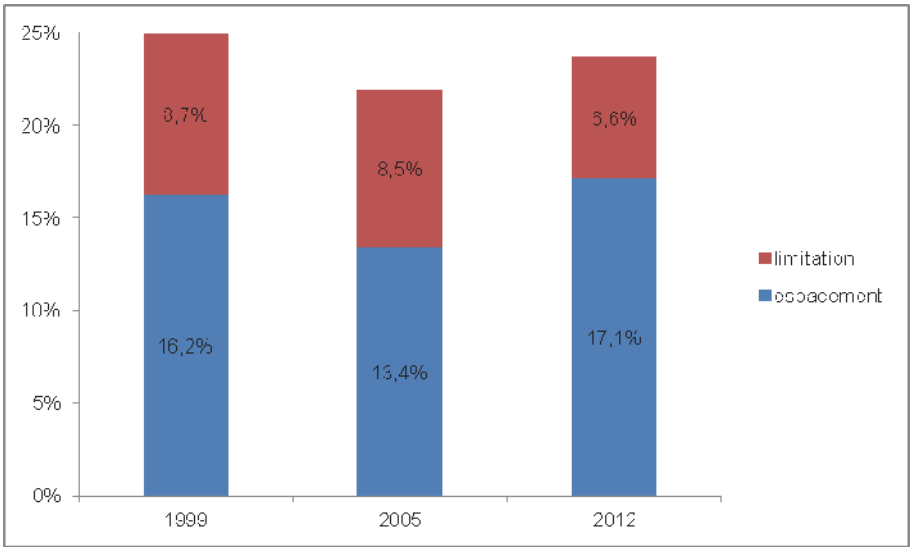
Figure 8 : Répartition (en %) des utilisatrices actuelles de méthodes contraceptives modernes par source d'approvisionnement la plus récente, selon la méthode et par enquête



3.5 Besoins non satisfaits en planification familiale

L'analyse des besoins non satisfaits en planification familiale montre une baisse significative entre 1999 et 2005 puis une hausse apparente (non significative) entre 2005 et 2012 (figure 9). Ces besoins sont constitués majoritairement de besoins orientés vers l'espacement dont la tendance avec le temps est similaire à celle des besoins totaux. À ce niveau, les différentes variations sont significatives. On passe de 16,2 % en 1999 à 13,4 % en 2005 avant de remonter à 17,1 % en 2012. À l'inverse, les besoins non satisfaits orientés vers la limitation n'ont pas sensiblement varié entre 1999 et 2005 (autour de 8 %) mais enregistrent une baisse significative entre 2005 et 2012 (de 8,5 % à 6,6 %).

Figure 9 : Besoins non satisfaits en planification familiale par type et par année



La diminution des besoins non satisfaits entre 1999 et 2005 est le reflet de la tendance observée dans un certain nombre de catégories de femmes, notamment les non instruites, les musulmanes, celles qui vivent en milieu rural, celles non exposées aux médias, celles de l'ethnie Peulh et dans une moindre mesure les femmes Malinké et Soussou (tableau 2). Certaines de ces catégories sont majoritaires en Guinée. Par exemple, les femmes sans instruction, les musulmanes et celles vivant en milieu rural représentaient respectivement 67 %, 87 % et 64 % à l'enquête de 2012.

L'apparente augmentation des besoins non satisfaits entre 2005 et 2012 est un phénomène quasi-généralisé, c'est-à-dire présent dans presque toutes les catégories même si on peut relever que seulement chez les femmes musulmanes et chez les femmes Peulh, elle est statistiquement significative (voir annexe 1). Seules les femmes chrétiennes, celles de niveau d'études secondaires ou plus et celles appartenant aux minorités ethniques (Guerzé, Kissi et Toma, etc.) ont connu une certaine diminution (significative dans les minorités ethniques) des besoins non satisfaits en planification familiale entre les deux dernières EDS. Cette diminution apparente a été précédée chez les chrétiennes et dans les minorités ethniques d'une hausse sensible entre 1999 et 2005; l'indicateur étant passé respectivement de 19,4 % à 29,1 % et de 20,5 % à 26,6 %.

En lien spécifiquement avec le niveau de vie, la variation des besoins non satisfaits totaux n'est pas sensible dans les différentes catégories. Dans toutes les classes, on observe une légère baisse entre 1999 et 2005, suivi d'une légère augmentation entre 2005 et 2012. Il est important de noter que les besoins non satisfaits restent élevés quelle que soit la classe socio-économique.

Tableau 2 : Besoins non satisfaits en planification familiale selon les caractéristiques des femmes

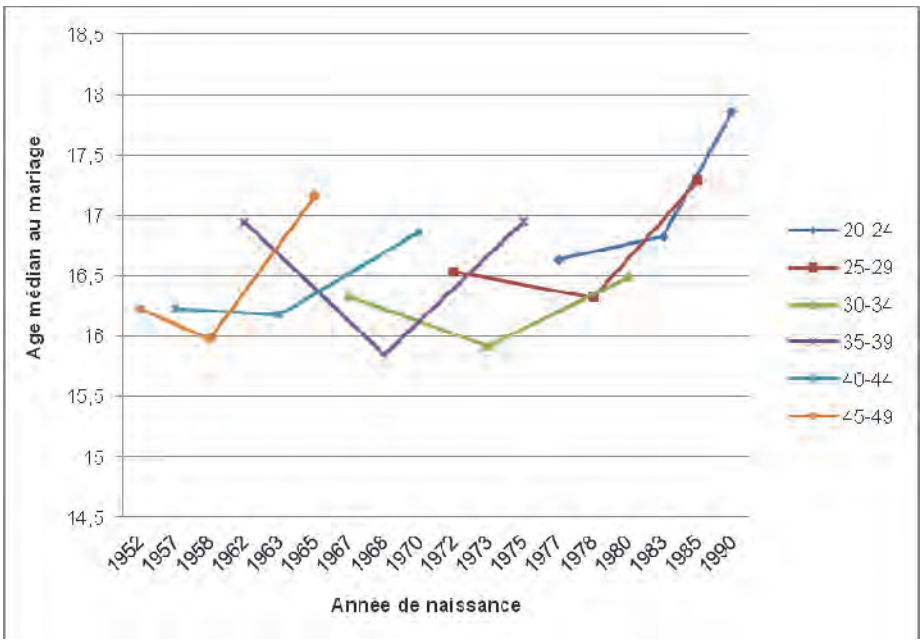
Caractéristiques de la femme	Besoins non satisfaits								
	totaux			espacement			limitation		
	1999	2005	2012	1999	2005	2012	1999	2005	2012
Niveau d'instruction									
aucun	24,6%	20,9%	22,6%	15,9%	12,6%	15,5%	8,7%	8,4%	7,0%
primaire	29,6%	25,4%	28,5%	21,2%	15,0%	22,4%	8,4%	10,4%	6,0%
secondaire et +	24,2%	30,3%	27,3%	15,3%	22,2%	23,8%	8,9%	8,1%	3,5%
Religion									
musulmane	25,7%	21,0%	24,2%	17,1%	12,7%	17,3%	8,6%	8,3%	6,9%
chrétienne	19,4%	29,1%	22,8%	11,6%	19,2%	16,9%	7,8%	9,8%	5,8%
autre	22,1%	25,4%	16,5%	10,5%	15,1%	14,1%	11,6%	10,3%	2,4%
Exposition aux média									
aucun média	24,9%	20,0%	21,3%	16,2%	12,2%	15,3%	8,8%	7,8%	6,1%
1 media seulement	28,4%	21,8%	23,0%	19,1%	12,6%	16,8%	9,3%	9,2%	6,2%
2 médias et +	24,1%	25,0%	26,7%	15,9%	17,0%	19,1%	8,2%	8,0%	7,5%
Milieu de résidence									
urbain	25,8%	23,0%	25,7%	16,6%	14,8%	18,3%	9,2%	8,2%	7,3%
rural	24,6%	21,5%	22,9%	16,0%	12,9%	16,6%	8,6%	8,7%	6,3%
Ethnie									
Soussou	27,8%	24,5%	28,2%	17,5%	14,9%	20,1%	10,3%	9,6%	8,1%
Peulh	26,3%	18,8%	22,9%	18,9%	11,8%	16,5%	7,4%	7,0%	6,4%
Malinké	24,0%	21,6%	23,5%	14,9%	12,4%	16,6%	9,0%	9,1%	6,9%
Autre ethnie	20,5%	26,6%	20,8%	10,9%	16,7%	16,2%	9,6%	9,9%	4,6%
Quintile de bien-être économique du ménage									
Le plus pauvre	22,7%	19,6%	21,7%	16,1%	11,4%	14,8%	6,6%	8,2%	6,9%
Second	22,6%	20,3%	21,3%	14,3%	12,2%	17,1%	8,3%	8,1%	4,2%
Moyen	26,9%	23,7%	21,9%	16,2%	14,8%	15,5%	10,7%	8,9%	6,5%
Quatrième	27,3%	23,5%	27,1%	17,9%	14,0%	19,1%	9,4%	9,5%	8,0%
Le plus riche	25,8%	23,1%	27,4%	16,7%	15,0%	19,6%	9,1%	8,1%	7,7%
Ensemble	**24,9%**	**21,9%**	**23,7%**	**16,2%**	**13,4%**	**17,1%**	**8,7%**	**8,5%**	**6,6%**

La prédominance des besoins non satisfaits pour l'espacement s'observe dans toutes les sous-populations constituées, ce qui suggère qu'en Guinée la contraception est beaucoup plus envisagée comme un moyen d'espacement et non de limitation des naissances. En termes de tendances, on observe que les femmes non instruites, celles du milieu rural, les musulmanes, les Peulh et celles sans accès aux médias présentent une évolution en V pour les besoins non satisfaits pour l'espacement comme précédemment observé avec les besoins non satisfaits totaux. Les femmes de niveau d'études primaires, celles du milieu urbain ainsi que les Malinké et les Soussou ont également cette tendance en V même si on peut relever que la baisse constatée entre 1999 et 2005 n'est pas significative pour ces catégories. Chez les femmes de niveau d'études secondaires ou plus, on observe contre intuitivement une hausse continue entre 1999 et 2012 malgré, en théorie, leur ouverture culturelle et leur recours plus important aux services de santé. Le schéma général observé pour les besoins non satisfaits pour la limitation (constance entre 1999 et 2005 suivie d'une baisse entre 2005 et 2012) est le même dans de nombreuses catégories prises individuellement : chez les femmes musulmanes, chez celles de religion autre que l'islam et le christianisme, dans les minorités ethniques, chez celles exposées à moins de deux médias et quel que soit le niveau d'instruction. L'indicateur n'a pas connu de variations sensibles chez les femmes Malinké, Soussou ou Peulh ainsi qu'en milieu urbain et chez les femmes exposées à deux médias ou plus (tableau 2).

3.6 Tendances de l'âge au premier mariage

Les résultats de l'analyse de survie montrent que les femmes guinéennes entrent précocement en union. En effet, selon l'EDS de 1999, avant l'âge de 16,5 ans, la moitié des femmes avaient déjà contracté une union. Cet âge médian est estimé à 16,1 ans à l'EDS de 2005 et 17,1 ans à celle de 2012. L'examen de la figure 10 révèle un schéma contrasté ne permettant pas de conclure à une élévation de l'âge à la première union avec le temps. La seule exception est observée chez les femmes les plus jeunes (20-24 ans) avec une hausse tendancielle de l'indicateur. Celui-ci est estimé à 16,6 ans en 1999, 16,8 ans en 2005 et 17,9 ans en 2012. Pour les autres groupes d'âges, la tendance est discontinue avec une diminution observée par l'enquête de 2005 relativement à celle de 1999, puis une hausse selon l'enquête de 2012.

Figure 10 : Variation de l'âge médian à la première union par groupe d'âges et par année de naissance



L'examen des tendances de l'âge à la première union selon les caractéristiques des femmes fait apparaître quelques inégalités. Ainsi, alors que l'âge médian à la première union ne semble pas véritablement évoluer chez les femmes sans instruction et chez celles de niveau primaire, il a clairement augmenté chez les femmes de niveau secondaire ou plus, en particulier entre 2005 et 2012 (tableau 3). Cette augmentation de l'âge à la première union est également lisible à travers la proportion de femmes déjà en union à 20 ans ou à 18 ans. La baisse de ces deux indicateurs entre 2005 et 2012 est impressionnante chez les femmes ayant fait des études secondaires. On passe de 56,4 % à 38,7 % lorsqu'il s'agit d'union avant l'âge de 20 ans, et de 47,1 % à 28,5 % lorsqu'il s'agit d'union avant l'âge de 18 ans.

Tableau 3 : Pourcentage de femmes en union à 18 ans et 20 ans et âge médian à la première union selon les caractéristiques de la femme et par année

Caractéristiques de la femme	% de femmes déjà en union à 18 ans			% de femmes déjà en union à 20 ans			Âge médian à la première union (ans)		
	1999	2005	2012	1999	2005	2012	1999	2005	2012
Niveau d'instruction									
Aucun	78,3%	85,0%	75,2%	89,3%	91,5%	86,1%	16,2	15,9	16,5
Primaire	68,2%	69,6%	60,7%	79,3%	82,3%	72,9%	17,3	17,1	17,7
Secondaire +	37,7%	41,7%	28,5%	53,4%	56,4%	38,7%	20,5	20,1	24
Religion									
Islam	73,1%	81,5%	66,8%	84,3%	88,6%	77,7%	16,5	16	17,1
Christianisme	74,5%	71,7%	64,0%	85,8%	81,0%	75,2%	16,3	16,8	17,4
Autre	80,4%	72,9%	67,4%	94,2%	89,3%	78,6%	16,5	17,1	17,4
Milieu de résidence									
Urbain	62,5%	66,1%	50,8%	74,9%	77,4%	62,3%	17,6	17,4	18,9
Rural	79,0%	85,7%	75,8%	90,0%	92,1%	86,5%	16	15,9	16,3
Ethnie									
Soussou	67,4%	74,8%	53,7%	79,7%	83,6%	65,2%	17,4	16,9	18,5
Peulh	78,1%	85,2%	72,6%	87,8%	91,2%	83,0%	15,9	15,6	16,5
Malinké	70,9%	79,5%	66,0%	83,1%	87,4%	77,2%	16,8	16,4	17,3
Autre ethnie	77,7%	75,3%	65,4%	90,6%	86,3%	77,1%	16,3	16,7	17,3
Quintile de bien-être économique du ménage									
Le plus pauvre	81,0%	88,0%	81,0%	92,4%	93,9%	89,9%	15,9	15,6	16,1
Second	78,8%	87,8%	74,6%	89,4%	92,9%	84,9%	16	15,8	16,3
Moyen	78,5%	84,1%	74,5%	89,5%	92,0%	85,7%	16,1	16,1	16,5
Quatrième	74,4%	78,1%	62,4%	85,7%	85,9%	76,3%	16,6	16,6	17,7
Le plus riche	57,7%	60,9%	42,4%	70,1%	73,2%	52,5%	18,1	17,9	20,5
Ensemble	**73,7%**	**80,4%**	**66,6%**	**85,1%**	**88,0%**	**77,6%**	**16,5**	**16,1**	**17,1**

L'augmentation de l'âge à la première union dans les quintiles socio-économiques n'est perceptible qu'entre 2005 et 2012, et elle est beaucoup plus élevée dans les catégories les plus nanties (tableau 3). Dans la classe la plus riche par exemple, l'âge médian à la première union est passé 17,9 ans à 20,5 ans sur la période. Dans le même groupe, la proportion de femmes déjà en union à 18 ans a ainsi baissé, passant de 60,9 % à 42,4 %, et celle de femmes déjà en union à 20 ans passe de 73,2 % à 52,5 %. L'élévation de l'âge à l'union, indépendamment du statut économique de la femme, pourrait s'expliquer par l'instabilité professionnelle (des hommes surtout) liée à la crise économique dans un contexte rendu encore plus difficile avec la crise politique intervenue à partir de 2008.

En lien avec les caractéristiques culturelles, on note une augmentation moins sensible de l'âge à la première union chez les musulmanes. En effet, la proportion de femmes déjà en union à 18 ans ainsi que celle des femmes déjà en union à 20 ans a continuellement baissé entre 1999 et 2012 chez les chrétiennes et dans les minorités religieuses alors que chez les musulmanes, elle semble croître d'abord entre 1999 et 2005 avant de connaître une diminution. L'âge médian à la première union a aussi évolué dans ce groupe de façon discontinue et l'écart entre les niveaux de 2012 et 1999 est plus faible que chez les chrétiennes ou chez les autres (tableau 3).

Sur le plan de l'ethnie, les résultats montrent que les femmes Peulh sont celles qui entrent en première union le plus précocement et leur âge d'entrée en union ne semble pas connaitre une augmentation

sensible depuis 1999 (tableau 3). Cette faible évolution de l'âge à la première union est également observée chez les femmes Malinké, même si ces dernières entrent plus tardivement en union comparativement aux Peulh. Les femmes Soussou sont celles qui contractent leur première union le plus tardivement et leur âge d'entrée en union a connu une augmentation sensible entre 1999 et 2012 (tableau 3). L'accroissement de l'âge d'entrée en union entre 1999 et 2012 est également sensible dans les minorités ethniques.

Le relèvement de l'âge au mariage concerne uniquement en milieu urbain, et cette tendance se lit aisément dans chacun des trois indicateurs retenus (tableau 3). Par exemple, entre 1999 et 2012, l'âge médian à la première union a connu une augmentation de plus de 1 an (passant de 16,3 ans à 17,4 ans) alors que la situation est restée quasi-stable en milieu rural, autour de 16 ans. Sur cette période, la proportion de femmes en union à 18 ans et celle des femmes en union à 20 ans ont connu une baisse de plus de 10 points de pourcentage tandis que les niveaux restent proches en milieu rural (tableau 3).

4. Conclusions

À l'instar d'autres pays africains, la fécondité s'est maintenue à un niveau élevé au cours des quinze dernières années en Guinée. Cette immuabilité du comportement fécond conduit à s'interroger sur l'évolution de deux déterminants majeurs de la fécondité : la planification familiale et l'âge d'entrée en union. C'est ce que nous avons tenté de faire en menant une analyse secondaire des données des trois dernières EDS du pays (1999, 2005, 2012).

Les résultats ont fait ressortir le caractère précoce de l'entrée en union en Guinée, qui ne semble avoir connu un changement qu'entre 2005 et 2012. L'augmentation reste toutefois modérée et est observée particulièrement en milieu urbain, chez les femmes de niveau d'études secondaires et plus, chez les chrétiennes et chez les femmes Soussou. Le relèvement de l'âge au mariage n'a pas été suivi, pour le moment, d'une baisse de la fécondité dans une période où la prévalence contraceptive n'a pas non plus suffisamment évolué ; et cela malgré une amélioration de la connaissance des méthodes de contraception et une forte demande non satisfaite en planification familiale.

Chez les femmes en union, sous-groupe le plus exposé à la fécondité, on a même pu voir une diminution de la pratique contraceptive entre 2005 et 2012, revenant à son niveau de 1999. S'il y a augmentation de la pratique contraceptive, c'est chez les célibataires, sous-groupe le moins exposé à la fécondité dans un contexte culturel où le foyer constitue le principal lieu de reproduction. Ces dernières recourent plus aux condoms comme méthode de contraception. L'utilisation des condoms par les femmes guinéennes a connu une augmentation progressive de 1999 à 2012 tandis que celle de la pilule a globalement connu une diminution. L'utilisation des injectables quant à elle a connu une évolution discontinue marquée d'abord par une diminution entre 1999 et 2005, puis une reprise en 2012.

Au terme de cette description, l'on s'interroge sur l'absence d'amélioration du recours à la contraception depuis 2005 en Guinée. Le contexte politique du pays, marqué par un régime d'exception entre 2008 et 2010 aurait-t-il freiné les efforts consentis par les nombreuses ONG et partenaires engagés dans la planification familiale? Comme nous l'avons déjà mentionné, à une certaine époque (avant 2011), le financement public de la planification familiale était inexistant en Guinée. Même s'il existe désormais, il reste faible de sorte que l'achat des contraceptifs dépend énormément des partenaires techniques et financiers (Delamou et al 2014). Or, le recours aux financements extérieurs réduit le pouvoir de décision du pays et même celui d'acteurs locaux comme l'Association Guinéenne pour le Bien-Être Familial, notamment dans le choix et la quantité de contraceptifs à importer (Delamou et al 2014). Cela conduit inévitablement à la discontinuité du service de planification familiale en cas rupture de stock ou de fin d'un financement ou de retrait d'un partenaire.

Ces problèmes sont reconnus par le Ministère de la Santé publique dans le nouveau plan d'action national de repositionnement de la planification familiale pour la période 2014-2018 (MSHP, 2013). Les initiatives existantes sont inadéquates voire insuffisantes. Par exemple, alors qu'en théorie toutes les formations sanitaires disposent de services de planification familiale, en 2013, seulement 29,4 % d'entre elles offraient le service de planification familiale de base, c'est-à-dire la pilule et/ou des injectables (MSHP, 2013). Dans 72,2 % des formations sanitaires, les méthodes de longue durée (dispositif intra-utérin et implants) n'étaient pas offertes (MSHP, 2013). À cette insuffisance des services s'ajoutent des problèmes de rupture de stocks des produits contraceptifs. Une enquête nationale d'évaluation des services publics de planification familiale en 2009 avait estimé à 25,7 les jours de rupture de stocks par an dans les hôpitaux secondaires de Conakry (Delamou et al 2014). Dans tous les autres hôpitaux secondaires du pays ainsi que dans tous les centres de santé primaires, le nombre moyen de jours de rupture était estimé à 58,5 par an (Delamou et al 2014).

La qualité des prestataires est également à prendre en compte car selon le Ministère de la Santé (2013), certains prestataires des services de planification familiale ont été formés depuis des années et n'ont

jamais bénéficié d'une formation pour la mise à jour de leurs connaissances. Pire, d'autres ont été formés sur le tas et utilisent aujourd'hui des pratiques obsolètes. Tout cela intervient dans un contexte marqué par l'absence de suivi-évaluation pour éclairer la prise de décision et améliorer la qualité des services (Delamou et al 2014).

Du point de vue politique, les résultats auxquels nous avons abouti suggèrent plusieurs implications. Ainsi, la faible utilisation de la contraception ainsi que le niveau élevé des besoins non satisfaits en planification familiale, quel que soit le milieu de résidence et quel que soit le statut économique suggèrent de renforcer l'approvisionnement des produits contraceptifs en les orientant davantage vers les besoins de divers groupes cibles. On a, par exemple, vu une augmentation du recours aux méthodes injectables chez les femmes en union et une diminution de l'utilisation de la pilule dans le même groupe. L'implication d'une telle réalité suggère que les femmes en union privilégient la « certitude » au caractère aléatoire lié à l'oubli de la pilule. Mais pour que cette tendance se consolide, il faut renforcer l'offre en méthodes injectable par une meilleure formation en plus grand nombre et une offre plus conséquente.

Les résultats ont également montré une augmentation globale de l'usage du condom entre 1999 et 2012 chez les femmes célibataires, couplée à une relative augmentation de l'usage de la pilule. Ce recours à la pilule a connu une augmentation chez les femmes séparées tandis que les femmes veuves préfèrent de plus en plus le condom. Cette indication conforte l'idée de la « banalisation » du condom comme intermédiaire dans les relations sexuelles. Malheureusement, l'augmentation de l'utilisation de la pilule chez les femmes célibataires devrait être accueillie avec prudence en raison du fait que celle-ci protège certes des grossesses non désirées mais pas des maladies sexuellement transmissibles.

Enfin, une baisse de la fréquentation des services de santé publics au profit des services de santé privés pour l'approvisionnement en produits de contraception a été observée. En général, à qualité égale, les populations recourent aux services médicaux publics qui sont financièrement plus abordables. L'existence d'une forte demande non satisfaite en planification familiale concomitamment avec un niveau de connaissance élevé de la contraception et une tendance manifeste du secteur privé à se substituer au public dans l'offre de service, renforce l'idée d'une indisponibilité des services dans les centres de santé publics et/ou de leur incapacité à assurer adéquatement les services de planification familiale. Il est important de renforcer leurs capacités et de mettre en place des dispositifs adéquats permettant de réduire les besoins non satisfaits en planification familiale en Guinée. C'est ce qui permettra à la Guinée de se diriger vers la réalisation du cinquième Objectif du Millénaire pour le Développement, notamment dans sa composante santé de la reproduction.

Références

Akam, E. (2007), *« Les Facteurs de la contraception au Cameroun au tournant du siècle : analyse des données de l'enquête démographique et de santé de 1998 »*. Paris: Les collections du CEPED, n°6, 62 p.

Bertrand J.T., Magnani R.J., Knowles J.C. (1994), *Manuel d'indicateurs pour l'évaluation des programmes de planification familiale*, USAID, 290 p.

Bongaarts J. (2008), "Fertility Transitions in Developing Countries: Progress or Stagnation?" *Studies in Family Planning*, 39(2), pp.105-110.

Delamou A, Koivogui A, Dubourg D., Delvaux T. (2014), "Family planning in Guinea: a need for better public Commitment", *Tropical Medicine and International Health*, 19(1): 65-73.

Ezeh A.C., Mberu B. U., Emina O. J. (2009), "Analysis of patterns, determinants and implications Stall in fertility decline in Eastern African countries: regional", *Phil. Trans. R. Soc. B*, 364, doi: 10.1098/rstb.2009.0166.

Fall S., Ngom P. (2001, « *Baisse de la fécondité en Afrique francophone : Tendances récentes et futures* ». Communication présentée au séminaire organisé par la Division Population, Nations unies sur les Perspectives de déclin de la fécondité dans les pays à forte fécondité, New-York, 9-11 juillet 2001, 18 p.

Lee, R. (2002), « *Demographic Change, Welfare, and Intergenerational Transfers: A Global Overview* ». Communication présentée aux Rencontres Sauvy, Rome, 17 Septembre 2002, 26 p.

Locoh T. (1989), « Les politiques de population en matière de fécondité dans les pays francophones : l'exemple du Togo », *Les dossiers du CEPED*, n°6, 22 p.

Mariko S., Ayad M., Hong R., Kéïta O., Diop M. (2009), *Pratique contraceptive et importance des besoins non satisfaits en matière de planification familiale au Mali, de 1995 à 2006: Analyses approfondies des Enquêtes Démographiques et de Santé au Mali, 1995-1996, 2001 et 2006*, Rapports d'analyses approfondies des EDS No. 69, Maryland, USA : CPS/DNSI et ICF Macro, Calverton, 31 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE (MSHP) [GUINÉE] (2012), *Analyse de la situation de la planification familiale en Guinée*. Rapport d'étude, Conakry, 106 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE (MSHP) [GUINÉE] (2013), *Plan d'action national de repositionnement de la planification familiale en Guinée 2014-2018*, Conakry, 106 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE (MSP) [GUINNEE], ORGANISATION MONDIALE, DE LA SANTÉ (2005), *Profil de Systèmes de Santé des Pays : République de Guinée*. Rapport d'étude, Conakry & Brazzaville, 122 p.

Tabutin D., Schoumaker B. (2004). « La démographie de l'Afrique au sud du Sahara des années 1950 aux années 2000. Synthèse des changements et bilan statistique » *Population (French Edition)*, n°3-4, pp. 519-621.

Van Braeckel D., Temmerman M., Roelens K., Degomme O. (2012), « Ralentir la croissance démographique au profit du bien-être et du développement », *The Lancet –Planification familiale*, Juillet 2012 [http://populationaction.org/wp-content/uploads/2012/10/Lancet_FP_French_web.pdf; site visité le 20 juillet 2014].

Annexes

Annexe 1 : Intervalles de confiance (95 %) pour quelques indicateurs

Indicateurs	1999			2005			2012		
	Valeur	Borne inf. IC	Borne sup. IC	Valeur	Borne inf. IC	Borne sup. IC	Valeur	Borne inf. IC	Borne sup. IC
Connaissance d'une méthode contraceptive quelconque	**71,60%**	**70,20%**	**72,40%**	**92,10%**	**91,50%**	**92,70%**	**90,50%**	**89,90%**	**91,10%**
Connaissance d'une méthode contraceptive moderne	70,60%	69,20%	71,40%	91,80%	91,20%	92,40%	89,80%	89,10%	90,40%
Connaissance d'une méthode contraceptive traditionnelle	30,20%	28,40%	30,60%	33,20%	31,90%	34,00%	55,70%	54,70%	56,70%
Utilisation passée d'une méthode contraceptive quelconque	**14,10%**	**13,30%**	**15,00%**	**22,40%**	**21,50%**	**23,40%**	**15,40%**	**14,60%**	**16,10%**
Utilisation passée d'une méthode contraceptive moderne	10,20%	9,50%	10,90%	16,90%	16,00%	17,70%	-	-	-
Utilisation passée d'une méthode contraceptive traditionnelle	6,70%	6,20%	7,40%	8,60%	8,10%	9,40%	-	-	-
Utilisation courante d'une méthode contraceptive quelconque	**7,60%**	**6,90%**	**8,20%**	**10,40%**	**9,90%**	**11,20%**	**8,50%**	**7,90%**	**9,10%**
Utilisation courante d'une méthode contraceptive moderne	4,90%	4,30%	5,30%	6,80%	6,30%	7,40%	7,00%	6,50%	7,60%
Utilisation courante d'une méthode contraceptive traditionnelle	2,70%	2,40%	3,10%	3,60%	3,30%	4,10%	1,50%	1,20%	1,70%
Utilisation courante pour espacement	5,10%	4,60%	5,60%	7,60%	7,00%	8,10%	7,40%	6,90%	8,00%
Utilisation courante pour limitation	2,50%	2,10%	2,80%	2,90%	2,50%	3,30%	1,10%	0,90%	1,30%
Besoin non satisfait total en PF des femmes en union	**24,90%**	**23,80%**	**26,10%**	**21,90%**	**20,90%**	**22,90%**	**23,70%**	**22,70%**	**24,70%**
Besoin non satisfait pour espacement des femmes en union	16,20%	15,20%	17,20%	13,40%	12,60%	14,20%	17,10%	16,20%	18,00%
Besoin non satisfait pour limitation des femmes en union	8,70%	8,00%	9,50%	8,50%	7,80%	9,20%	6,60%	6,00%	7,20%
Besoin non satisfait total en PF des femmes en union sans instruction	**24,60%**	**23,40%**	**25,80%**	**20,90%**	**19,90%**	**22,00%**	**22,60%**	**21,40%**	**23,70%**
Besoin non satisfait pour espacement des femmes en union sans instruction	15,90%	14,80%	16,90%	12,60%	11,70%	13,40%	15,50%	14,50%	16,50%
Besoin non satisfait pour limitation des femmes en union sans instruction	8,70%	7,90%	9,50%	8,40%	7,60%	9,10%	7,00%	6,40%	7,70%
Besoin non satisfait total en PF des femmes en union de niveau primaire	**29,60%**	**25,20%**	**34,10%**	**25,40%**	**21,60%**	**29,20%**	**28,50%**	**25,20%**	**31,70%**
Besoin non satisfait pour espacement des femmes en union de niveau primaire	21,20%	17,20%	25,20%	15,00%	11,90%	18,10%	22,40%	19,40%	25,40%
Besoin non satisfait pour limitation des femmes en union de niveau primaire	8,40%	5,70%	11,10%	10,40%	7,80%	13,10%	6,00%	4,30%	7,70%
Besoin non satisfait total en PF des femmes en union de niveau secondaire et plus	**24,20%**	**19,80%**	**28,60%**	**30,30%**	**25,90%**	**34,70%**	**27,30%**	**23,90%**	**30,70%**
Besoin non satisfait pour espacement des femmes en union de niveau secondaire et +	15,30%	11,60%	19,10%	22,20%	18,20%	26,20%	23,80%	20,60%	27,10%
Besoin non satisfait pour limitation des femmes en union de niveau secondaire et +	8,90%	6,00%	11,80%	8,10%	5,40%	10,70%	3,50%	2,10%	4,90%
Besoin non satisfait total en PF des femmes musulmanes en union	**25,70%**	**24,50%**	**26,90%**	**21,00%**	**19,90%**	**22,10%**	**24,20%**	**23,10%**	**25,20%**
Besoin non satisfait pour espacement des femmes musulmanes en union	17,10%	16,00%	18,20%	12,70%	11,80%	13,60%	17,30%	16,30%	18,20%
Besoin non satisfait pour limitation des femmes musulmanes en union	8,60%	7,80%	9,40%	8,30%	7,60%	9,00%	6,90%	6,20%	7,50%
Besoin non satisfait total en PF des femmes chrétiennes en union	**19,40%**	**15,80%**	**22,90%**	**29,10%**	**25,30%**	**32,90%**	**22,80%**	**19,30%**	**26,20%**
Besoin non satisfait pour espacement des femmes chrétiennes en union	11,60%	8,70%	14,50%	19,20%	15,90%	22,50%	16,90%	13,80%	20,00%
Besoin non satisfait pour limitation des femmes chrétiennes en union	7,80%	5,30%	10,20%	9,80%	7,40%	12,30%	5,80%	3,90%	7,80%
Besoin non satisfait total en PF des femmes d'autres religions en union	**22,10%**	**17,70%**	**26,40%**	**25,40%**	**20,20%**	**30,50%**	**16,50%**	**12,30%**	**20,70%**
Besoin non satisfait pour espacement des femmes d'autres religions en union	10,50%	7,20%	13,70%	15,10%	10,80%	19,30%	14,10%	10,20%	18,10%
Besoin non satisfait pour limitation des femmes d'autres religions en union	11,60%	8,20%	15,00%	10,30%	6,70%	13,90%	2,40%	0,70%	4,10%

(A Suivre…)

Annexe 1 – *Suite*

Indicateurs	1999			2005			2012		
	Valeur	Borne inf. IC	Borne sup. IC	Valeur	Borne inf. IC	Borne sup. IC	Valeur	Borne inf. IC	Borne sup. IC
Besoin non satisfait total en PF des femmes en union non exposées à un média	**24,90%**	**23,70%**	**26,10%**	**20,00%**	**18,20%**	**21,80%**	**21,30%**	**19,60%**	**23,10%**
Besoin non satisfait pour espacement des femmes en union non exposées à un média	16,20%	15,20%	17,20%	12,20%	10,70%	13,70%	15,30%	13,80%	16,80%
Besoin non satisfait pour limitation des femmes en union non exposées à un média	8,80%	8,00%	9,50%	7,80%	6,50%	9,00%	6,10%	5,00%	7,10%
Besoin non satisfait total en PF des femmes en union exposées à un seul média	**28,40%**	**18,70%**	**38,00%**	**21,80%**	**20,40%**	**23,30%**	**23,00%**	**21,30%**	**24,70%**
Besoin non satisfait pour espacement des femmes en union exposées à un seul média	19,10%	10,60%	27,50%	12,60%	11,50%	13,80%	16,80%	15,30%	18,30%
Besoin non satisfait pour limitation des femmes en union exposées à un seul média	9,30%	3,10%	15,50%	9,20%	8,20%	10,20%	6,20%	5,20%	7,10%
Besoin non satisfait total en PF des femmes en union exposées à 2 médias et plus	**24,10%**	**19,80%**	**28,40%**	**25,00%**	**22,70%**	**27,40%**	**26,70%**	**24,80%**	**28,50%**
Besoin non satisfait pour espacement des femmes en union exposées à 2 médias et plus	15,90%	12,20%	19,60%	17,00%	14,90%	19,00%	19,10%	17,50%	20,80%
Besoin non satisfait pour limitation des femmes en union exposées à 2 médias et plus	8,20%	5,40%	10,90%	8,00%	6,50%	9,50%	7,50%	6,40%	8,60%
Besoin non satisfait total en PF des femmes en union résidant en milieu urbain	**25,80%**	**23,60%**	**28,00%**	**23,00%**	**21,00%**	**25,00%**	**25,70%**	**23,70%**	**27,60%**
Besoin non satisfait pour espacement des femmes en union résidant en milieu urbain	16,60%	14,80%	18,50%	14,80%	13,10%	16,50%	18,30%	16,60%	20,10%
Besoin non satisfait pour limitation des femmes en union résidant en milieu urbain	9,20%	7,70%	10,60%	8,20%	6,90%	9,50%	7,30%	6,20%	8,50%
Besoin non satisfait total en PF des femmes en union résidant en milieu rural	**24,60%**	**23,30%**	**25,90%**	**21,50%**	**20,40%**	**22,70%**	**22,90%**	**21,70%**	**24,10%**
Besoin non satisfait pour espacement des femmes en union résidant en milieu rural	16,00%	14,90%	17,20%	12,90%	11,90%	13,90%	16,60%	15,60%	17,70%
Besoin non satisfait pour limitation des femmes en union résidant en milieu rural	8,60%	7,70%	9,40%	8,70%	7,80%	9,50%	6,30%	5,60%	7,00%
Besoin non satisfait total en PF des femmes Soussou en union	**27,80%**	**25,00%**	**30,50%**	**24,50%**	**22,10%**	**26,90%**	**28,20%**	**25,60%**	**30,80%**
Besoin non satisfait pour espacement des femmes Soussou en union	17,50%	15,10%	19,80%	14,90%	13,00%	16,90%	20,10%	17,80%	22,40%
Besoin non satisfait pour limitation des femmes Soussou en union	10,30%	8,40%	12,20%	9,60%	7,90%	11,20%	8,10%	6,50%	9,60%
Besoin non satisfait total en PF des femmes Peulh en union	**26,30%**	**24,40%**	**28,20%**	**18,80%**	**17,20%**	**20,40%**	**22,90%**	**21,30%**	**24,60%**
Besoin non satisfait pour espacement des femmes Peulh en union	18,90%	17,20%	20,60%	11,80%	10,50%	13,10%	16,50%	15,00%	18,00%
Besoin non satisfait pour limitation des femmes Peulh en union	7,40%	6,20%	8,50%	7,00%	5,90%	8,00%	6,40%	5,50%	7,40%
Besoin non satisfait total en PF des femmes Malinké en union	**24,00%**	**21,90%**	**26,10%**	**21,60%**	**19,60%**	**23,50%**	**23,50%**	**21,70%**	**25,30%**
Besoin non satisfait pour espacement des femmes Malinké en union	14,90%	13,20%	16,70%	12,40%	10,90%	14,00%	16,60%	15,00%	18,20%
Besoin non satisfait pour limitation des femmes Malinké en union	9,00%	7,60%	10,50%	9,10%	7,70%	10,50%	6,90%	5,80%	8,00%
Besoin non satisfait total en PF des femmes d'autres ethnies* en union	**20,50%**	**17,80%**	**23,20%**	**26,60%**	**23,80%**	**29,40%**	**20,80%**	**18,30%**	**23,30%**
Besoin non satisfait en espacement des femmes en union d'autres ethnies	10,90%	8,80%	13,00%	16,70%	14,30%	19,10%	16,20%	13,90%	18,50%
Besoin non satisfait en limitation des femmes en union d'autres ethnies	9,60%	7,60%	11,50%	9,90%	8,00%	11,80%	4,60%	3,30%	5,90%
Proportion d'utilisatrice ayant recours à la pilule (%)	**26,60%**	**22,76%**	**30,44%**	**15,49%**	**13,03%**	**17,96%**	**18,76%**	**16,01%**	**21,51%**
Proportion d'utilisatrice ayant recours aux injectables (%)	**14,04%**	**11,02%**	**17,06%**	**10,13%**	**8,07%**	**12,18%**	**18,62%**	**15,88%**	**21,37%**
Proportion d'utilisatrice ayant recours au condom (%)	**17,28%**	**13,99%**	**20,56%**	**23,96%**	**21,06%**	**26,87%**	**27,93%**	**24,77%**	**31,09%**
Proportion d'utilisatrice ayant recours à d'autres contraceptifs (%)	**42,09%**	**37,80%**	**46,38%**	**50,41%**	**47,01%**	**53,82%**	**34,68%**	**31,33%**	**38,04%**
Besoins totaux des femmes en union de niveau de vie très pauvre (%)	**22,77%**	**20,52%**	**25,02%**	**19,63%**	**17,57%**	**21,70%**	**21,68%**	**19,54%**	**23,81%**
Besoin non satisfait en espacement des femmes en union de niveau de vie très pauvre (%)	16,14%	14,16%	18,11%	11,45%	9,79%	13,10%	14,80%	12,96%	16,65%
Besoin non satisfait en limitation des femmes en union de niveau de vie très pauvre (%)	6,63%	5,30%	7,97%	8,19%	6,76%	9,61%	6,87%	5,56%	8,19%

(A Suivre…)

Annexe 1 – *Suite*

Indicateurs	1999			2005			2012		
	Valeur	Borne inf. IC	Borne sup. IC	Valeur	Borne inf. IC	Borne sup. IC	Valeur	Borne inf. IC	Borne sup. IC
Besoins non satisfaits totaux des femmes en union de niveau de vie pauvre (%)	**22,58%**	**20,11%**	**25,04%**	**20,30%**	**18,12%**	**22,49%**	**21,28%**	**19,16%**	**23,40%**
Besoins non satisfaits en espacement des femmes en union de niveau de vie pauvre (%)	14,25%	12,19%	16,31%	12,24%	10,46%	14,02%	17,10%	15,15%	19,05%
Besoins non satisfaits en limitation des femmes en union de niveau de vie pauvre (%)	8,33%	6,70%	9,96%	8,07%	6,59%	9,55%	4,18%	3,15%	5,22%
Besoins non satisfaits totaux des femmes en union de niveau de vie intermédiaire (%)	**26,93%**	**24,25%**	**29,62%**	**23,65%**	**21,32%**	**25,98%**	**21,93%**	**19,74%**	**24,11%**
Besoins non satisfaits en espacement des femmes en union de niveau de vie intermédiaire (%)	16,22%	13,99%	18,45%	14,76%	12,81%	16,70%	15,47%	13,56%	17,38%
Besoins non satisfaits en limitation des femmes en union de niveau de vie intermédiaire (%)	10,71%	8,84%	12,59%	8,89%	7,34%	10,45%	6,46%	5,16%	7,75%
Besoins non satisfaits totaux des femmes en union de niveau de vie riche (%)	**27,27%**	**24,60%**	**29,94%**	**23,52%**	**21,06%**	**25,98%**	**27,13%**	**24,74%**	**29,51%**
Besoins non satisfaits en espacement des femmes en union de niveau de vie riche (%)	17,87%	15,57%	20,17%	14,05%	12,03%	16,06%	19,11%	17,00%	21,22%
Besoins non satisfaits en limitation des femmes en union de niveau de vie riche (%)	9,40%	7,65%	11,15%	9,47%	7,77%	11,17%	8,02%	6,56%	9,47%
Besoins non satisfaits totaux des femmes en union de niveau de vie très riche (%)	**25,84%**	**23,11%**	**28,56%**	**23,11%**	**20,65%**	**25,56%**	**27,35%**	**24,76%**	**29,94%**
Besoins non satisfaits en espacement des femmes en union de niveau de vie très riche (%)	16,68%	14,36%	19,01%	14,98%	12,90%	17,06%	19,63%	17,33%	21,94%
Besoins non satisfaits en limitation des femmes en union de niveau de vie très riche (%)	9,15%	7,36%	10,95%	8,12%	6,53%	9,71%	7,72%	6,17%	9,27%

(*principalement Guerzé, Kissi, et Toma)